



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Inteligência emocional nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria

Marco Paulo da Costa Martins

Dissertação
Gestão de Unidades de Saúde

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor António João Santos Nunes

Covilhã, junho de 2018

Dedicatória

Aos meus filhos, Matilde Martins e Dinis Martins.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor António Nunes, pela orientação, empenho, incentivo e partilha de conhecimentos ao longo da realização deste estudo.

À Marta Costa, pelo seu amor, amizade e compreensão.

Aos meus pais e sogros pelo incentivo, confiança e apoio incondicional.

À Irmã Isabel Morgado, pelo desafio profissional.

Ao Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, pela colaboração indispensável no estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

A todos o meu obrigado!

Resumo

A inteligência emocional (IE) é considerada um assunto emergente em diferentes campos de investigação (Wong e Law, 2002). Diversos estudos realçam como a IE está positivamente associada ao bem-estar e o bom funcionamento das organizações, sendo que no âmbito da saúde é reconhecida como uma habilidade indispensável no atendimento aos doentes (Neumann et al., 2011). Este trabalho de investigação procura identificar os níveis de IE, em todas as suas dimensões, nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, numa instituição portuguesa cuja missão é prestar cuidados de qualidade no âmbito da saúde mental e psiquiatria. Pretendem-se mensurar os níveis de IE considerando-se a importância das variáveis sociodemográficas e socioprofissionais.

Utilizou-se uma metodologia quantitativa para avaliar o impacto das variáveis sociodemográficas e de contexto profissional nos níveis de IE. A recolha de dados realizou-se através da aplicação de um questionário composto por indicadores sócio demográficos e socio profissionais, com a escala Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS - 2002), na versão traduzida e validada para a língua portuguesa por Rodrigues, Rebelo e Coelho. (2011). A amostra foi constituída por 225 enfermeiros que desenvolvem a sua atividade no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Com predomínio dos sujeitos do sexo feminino (73,8%), os níveis de IE não apresentaram diferenças significativas nas variáveis género, grupo etário, estado civil, habilitações académicas, antiguidade e tipo de vínculo, embora os prestadores de serviços revelem valores médios de IE inferiores aos restantes contratados. As diferenças estatisticamente significativas observaram-se nas variáveis: funções desempenhadas, com os trabalhadores em funções de liderança a apresentarem maiores níveis de IE, e ligação institucional, com os membros da congregação religiosa a apresentarem maiores níveis de IE do que os restantes trabalhadores.

Salientam-se os níveis mais elevados de IE dos trabalhadores que exercem funções de liderança quando comparados com trabalhadores que não exercem funções de responsabilidade, revelando a tendência para o exercício de funções de liderança de indivíduos com elevados níveis de IE. Também assume extrema relevância o facto dos membros da congregação revelarem maiores níveis de IE, fator não evidenciado pela teoria, provavelmente por ser novidade o estudo comparativo entre membros da instituição religiosa e membros exteriores à instituição que exercem funções de enfermagem.

Palavras-chave: Inteligência Emocional; Enfermagem; Saúde Mental;

Abstract

Emotional intelligence (EI) is considered an emerging subject in different fields of research (Wong and Law, 2002). Several studies emphasize how EI is positively associated with the well-being and well-functioning of organizations, and in health it is recognized as an indispensable ability to take care of patients (Neumann et al., 2011). This research aims to identify levels of EI, in all its dimensions, in mental health and psychiatry nurses, in a Portuguese institution whose mission is to provide quality care in the field of mental health and psychiatry. The objective is to measure the EI levels considering the importance of socio-demographic and socio-professional variables.

A quantitative methodology was used to measure the impact of sociodemographic and professional context variables on the EI levels. Data collection was performed through the application of a questionnaire composed of socio-demographic and socio-professional indicators with the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS - 2002), in the version translated and validated for the Portuguese language by Rodrigues, Rebelo e Coelho. (2011). The sample consisted of 225 nurses who work in the no *Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus*.

With the predominance of female subjects (73.8%), EI levels did not present significant differences in gender, age group, marital status, academic qualifications, seniority and type of employment relationship, although service providers show lower EI values than the other contractors. The statistically significant differences were observed in the variables: performed functions - with workers in leadership roles presenting higher levels of EI - and institutional link - with the members of the religious congregation presenting higher levels of EI than the other workers.

Emphasis on higher levels of EI among workers in leadership roles compared to workers in non-leadership roles, revealing the tendency that leadership roles are performed by individuals with high EI levels. Also of great relevance is the fact that members of the congregation reveal higher levels of IE, a factor not evidenced by the theory, probably because it is new the comparative study between members of the religious institution and members outside the institution who perform nursing functions.

Keywords: Emotional intelligence; Nursing; Mental Health;

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Introdução à temática	1
1.2. Objetivos e propósito da investigação	2
1.3. Estrutura da dissertação	3
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
2.1. Inteligência emocional	5
2.2. Modelos de inteligência emocional	7
2.2.1. Modelo de Salovey e Mayer (modelo de competências/habilidades)	7
2.2.2. Modelo Misto de Goleman (modelo de personalidade)	8
2.2.3. Modelo Misto de Petrides e Furnham (modelo IE como traço)	8
2.2.4. Modelo Misto de Bar-On	9
2.3. Instrumentos de mensuração	9
2.4. Enfermagem de saúde mental	10
2.5. Competências emocionais na enfermagem de saúde mental	13
2.6. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus	15
2.7. Inteligência emocional na enfermagem de saúde mental	16
3. METODOLOGIA	19
3.1. Tipo de estudo	19
3.2. Amostra	20
3.3. Procedimentos para a recolha de dados	21
3.4. Mensuração das variáveis	21
3.4.1. Variável Inteligência Emocional	22
3.4.2. Variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais	24
3.5. Formulação das hipóteses	26
3.6. Princípios éticos	28
3.7. Tratamento estatístico	29
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	31
4.1. Análise descritiva	31
4.1.1. Caracterização da amostra	31
4.1.2. Análise da escala de inteligência emocional de Wong e Law	35
4.2. Verificação das hipóteses formuladas	36
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
6. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	47
BIBLIOGRAFIA	51

ANEXOS	59
Anexo 1. Pedido de autorização do estudo ao IIHSCJ	61
Anexo 2. Declaração de consentimento informado	63
Anexo 3. Pedidos de autorização do estudo às direções dos 12 centros hospitais	65
Anexo 4. Questionário	77
Anexo 5. Tabelas de estatística descritiva	81

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo do desenho de investigação

23

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros segundo o género	32
Tabela 2 - Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário	32
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo estado civil	32
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas	33
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a ligação institucional	33
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo vínculo profissional	33
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo categoria profissional	34
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a função desempenhada	34
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço	34
Tabela 10 - Estimativa do Alpha de Cronbach da IE e dimensões	35
Tabela 11 - Estatísticas descritivas da IE global e dimensões	36
Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney relacionando o género	37
Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando os grupos etários	37
Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o estado civil	38
Tabela 15 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a habilitação académica	38
Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o vínculo profissional	39
Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o tempo de serviço	40
Tabela 18 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a função desempenhada	40
Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a área de intervenção no âmbito da saúde mental	41
Tabela 20 - Teste de Mann-Whitney relacionando a ligação institucional dos enfermeiros	41
Tabela 21 - Estatísticas descritivas relativas ao género	81
Tabela 22 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo etário	81
Tabela 23 - Estatísticas descritivas relativas ao estado civil	82
Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas à habilitação académica	82
Tabela 25 - Estatísticas descritivas relativas ao vínculo profissional	83
Tabela 26 - Estatísticas descritivas relativas ao tempo de serviço	83
Tabela 27 - Estatísticas descritivas relativas à função desempenhada	84
Tabela 28 - Estatísticas descritivas relativas à área de intervenção	84
Tabela 29 - Estatísticas descritivas relativas à ligação institucional	85
Tabela 30 - Estatística descritiva relativa ao local de trabalho	85
Tabela 31 - Estatística descritiva relativa às questões da Escala IE de Wong e Law	85

Lista de Acrónimos

WLEIS	Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law
IE	Inteligência Emocional
CSBM	Casa de Saúde Bento Menni
IIHSCJ	Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus
SEA	Self Emotion Appraisals
ROE	Regulation of Emotion
UOE	Use of Emotion
OEA	Others' Emotion Appraisals
OMS	Organização Mundial da Saúde

1. INTRODUÇÃO

1.1. Introdução à temática

A necessidade de se investigar a Inteligência emocional (IE), sobretudo em instituições de saúde mental que lidam diariamente com as emoções em contexto profissional e pessoal, foi o ponto de partida para a investigação desta temática.

A consciencialização para melhorar a forma de atuar a nível individual e coletivo na área da saúde, de modo específico na enfermagem, é possível através de um conjunto de habilidades que permitam conciliar a emoção e a razão. Torna-se assim, uma mais-valia para organização, bem como, para o aumento dos níveis de satisfação com o trabalho dos colaboradores. Podem alterar-se atitudes e comportamentos com o pressuposto de fomentar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos pacientes.

Entre os inúmeros estudos desenvolvidos, nos últimos anos, acerca da IE, destaca-se o trabalho desenvolvido por Damásio (1995), o qual demonstrou a impossibilidade de se separar a razão da emoção, uma vez que a ausência de emoção, altera significativamente as decisões supostamente racionais. Goleman, Boyatzis & McKee (2003) dizem-nos que são as emoções que fundamentam o sentido da eficácia das decisões racionais, sustentando-se essa decisão no controlo das emoções.

O termo IE enquadra-se num contexto de otimização do desempenho profissional e o mesmo foi sendo trabalhado ao longo dos últimos anos por diversos investigadores. Destacam-se durante a década de 90 Peter Salovey e John Mayer e mais recentemente Daniel Goleman.

A enfermagem é considerada uma profissão condicionada por numerosos fatores de *stress*, recursos por vezes limitados, diferentes estruturas organizacionais, uma diversificada tipologia de doenças e uma constante evolução nas necessidades dos cuidados a prestar (Vitello-Cicciu, 2003).

Partindo do pressuposto de que os cuidados de enfermagem requerem um ato de inteligência total da pessoa que cuida, que tem em conta o vivenciado pelo corpo, as emoções e as capacidades de pensamento (Collière, 2003). A IE é considerada uma capacidade fundamental na relação de cuidar que se estabelece entre o enfermeiro e o paciente e apresenta um conjunto de importantes consequências na relação terapêutica com os pacientes (Cerit & Gordeles, 2014), assim como para os próprios enfermeiros (Harrison & Fopma, 2010). A enfermagem pode assim usar a EI para se adaptar e prosperar na mudança constante dos

cuidados de saúde e no modo como aprendem a gerir as emoções que conduzem o comportamento humano (Davidson, 2017).

Segundo Al-Hamdan, Oweidat, Al-Faouri & Codier (2017), a IE é fundamental para a enfermagem na medida em que o profissional deve ser capaz de controlar as suas próprias emoções e conseguir simultaneamente detetar, interpretar e lidar assertivamente com a diversidade de emoções manifestadas pelos doentes.

A profissão de enfermagem é extremamente exigente, pois requer que se ofereça ao paciente e à sua família uma relação de ajuda sustentada em envolvimento emocional. O ser humano é dotado de uma força e vulnerabilidade singular, que constitui a centralidade da enfermagem no ato de cuidar (Lazure, 1994).

1.2. Objetivos e propósito da investigação

A enfermagem lida com o desempenho das suas funções junto do paciente, da família e amigos e com as emoções do dia-a-dia, trabalhando em equipa com outros profissionais, desempenhando um papel crucial em qualquer organização de saúde e contribuindo com uma assistência constante para a recuperação dos pacientes. É assim fundamental que este grupo profissional apresente bons índices de inteligência emocional, pois esta promove a competência emocional dos profissionais e contribui para a construção de organizações emocionalmente inteligentes (Efkarpidis, Efkarpidis & Zyga, 2012).

Deste modo, o estudo focaliza-se no enfermeiro prestador de cuidados em saúde mental e psiquiatria, uma área muito específica e com características únicas na prática da enfermagem. Enquanto profissional, indissociável da pessoa que é, vivencia os fenómenos do quotidiano, assumindo atitudes e comportamentos de acordo com todas as dimensões que caracterizam a inteligência emocional.

Verifica-se uma ausência de estudos que investiguem os níveis de inteligência emocional em enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, sobretudo quando integrados ou a trabalhar em instituições particulares de caris religioso e cujo atendimento é convencionado pelo Serviço Nacional de Saúde.

Deste modo, o objetivo principal deste estudo passa por identificar as variáveis sócio demográficas e sócio profissionais que poderão influenciar a IE no contexto específico da enfermagem de saúde mental numa instituição sem fins lucrativos.

1.3. Estrutura da dissertação

O presente trabalho está organizado em seis partes. A primeira parte refere-se à introdução à temática e à pertinência do estudo. A segunda parte faz o enquadramento teórico, que fundamenta todo o conhecimento existente sobre o tema, obtido através da consulta da bibliografia existente. Neste capítulo salienta-se por um lado a temática da IE incluindo modelos e instrumentos de mensuração e por outro lado focaliza-se a saúde mental e psiquiatria, nomeadamente na enfermagem, e na congregação das Irmãs Hospitaleiras.

A terceira parte apresenta e descreve a metodologia utilizada para a recolha e o tratamento dos dados. Na quarta parte apresentam-se os resultados e na quinta parte faz-se a discussão desses mesmos resultados. Finalmente apresentam-se as conclusões, limitações e sugestões para futuras linhas de investigação.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Inteligência emocional

O conceito de IE é relativamente recente. Surgiu no início da década de 90. Desde então desenvolveram-se diversos estudos científicos que permitiram construir e aprofundar o constructo científico. Trata-se de um campo emergente na psicologia social e organizacional de extrema relevância para os contextos profissionais e especificamente na maior parte dos locais de trabalho (Sy, Tram & Hara, 2006). A IE surge como uma novidade, ou especificidade, no estudo abrangente das emoções, que desempenham um papel muito importante no processo de resolução dos problemas do quotidiano laboral.

Salovey & Mayer (1990) apresentam-se como os pioneiros na apresentação do conceito. Contudo os primeiros contributos no âmbito da inteligência remontam a 1920 através da teoria de Edward Thorndick. A teoria permitia, até então, distinguir três tipos de inteligência: concreta, abstrata e social. Posteriormente, Gardner (1983), através da teoria da inteligência múltipla, concebeu um tipo de inteligência, a qual classificou como pessoal, que se subdividia em intrapessoal (capacidade de reconhecer sentimentos, necessidades e desejos) e interpessoal (capacidade de entender e agir face a humores, temperamentos, motivações e desejos de outros (Gardner & Hatch, 1989).

A literatura revela uma diversidade de definições e conceitos indispensáveis para a compreensão desta temática. A IE é descrita como “a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções para promover o crescimento emocional e intelectual” (Salovey & Mayer, 1990, p.10). Segundo os mesmos autores é considerada “uma subcategoria da inteligência social que envolve a capacidade de monitorizar os sentimentos e as emoções, tanto em si próprio como nos outros indivíduos” (Salovey & Mayer, 1990, p.189).

No período compreendido entre 1994 e 1997, o estudo da IE emancipou-se, nomeadamente com Goleman (1995) através da publicação do livro “*Emotional Intelligence*”. Desta forma, disseminou-se abrangentemente o conceito, que o autor definiu como “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma a persistir, a respeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado psicológico e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar, de sentir empatia e ter esperança” (Goleman, 1995, p.54). Nesta obra identificam-se as contribuições da IE para a sociedade e para o próprio indivíduo, sustentando-se que se torna impossível separar o conceito de racionalidade do conceito de

emoção. Conjuntamente favorecem a construção do sentido de eficácia das decisões que se tomam a partir do controlo da emocionalidade.

Damáσιο (1995), vem também reiterar a visão de Goleman (1995) através da impossibilidade em separar a emoção da razão, sendo que um indivíduo quando é privado das suas emoções vê as suas decisões (racionais) sofrerem alterações significativas. Goleman (1995), vem também afirmar que, para que um indivíduo consiga descrever as suas próprias emoções numa dada circunstância, requer que este tome consciência das mesmas através da assimilação dos seus processos cognitivos. Deste modo, Goleman provocou alterações no próprio conceito ao introduzir aspetos da personalidade.

Posteriormente, Bar-On (1997) definiu a IE como sendo uma capacidade metacognitiva através das competências e das habilidades que influenciam o sucesso do próprio indivíduo face às exigências e às pressões do meio envolvente. Posteriormente, o mesmo autor Bar-On (2000) abordou a IE de uma maneira mais generalista, sustentando que é a capacidade de perceber, assimilar e regular as suas próprias emoções e as dos outros, caracterizando-a como sendo a capacidade de guiar o pensamento, refletindo sobre o sentido das emoções por forma a melhorar os níveis de bem-estar subjetivo. A IE pode assim, ser entendida como um instrumento que se debruça sobre o estudo das emoções. Salovey, Mayer & Caruso (2002) dizem-nos que a IE estuda a capacidade do indivíduo em assimilar eficazmente toda a informação, utilizando-a para guiar as atividade cognitivas com o objetivo de resolver os problemas.

Por outro lado, Emmons (2000) defendeu com cerrada argumentação, que a inteligência tem uma faceta espiritual, que pode e obedece a todos os critérios indicados por Gardner para ser assumida no espectro das inteligências múltiplas. A formação espiritual, nessa mesma perspetiva, consistiria fundamentalmente na construção de uma base de conhecimentos e informações relacionados ao sagrado.

Segundo Figueira & Almeida (2006), a IE manifesta-se na capacidade, ou na habilidade, de compreender o outro, através do autoconhecimento e do autocontrolo das emoções no processo de resolver situações pessoais e sociais. De acordo com Cooper & Sawaf (1997) a IE é considerada como sendo a capacidade de utilizar o poder das emoções para obter informações de uma forma mais eficiente. A IE surge correlacionada com processos e resultados institucionais positivos, quando enquadrada em ambientes de saúde (Monemi, 2009).

Conceptualmente, os indivíduos com níveis mais elevados de IE, são capazes de fazer uso de mecanismos eficazes de regulação das emoções para criar emoções positivas tanto a nível emocional como intelectual (Wong & Law, 2002). Muitos estudos mostram que o sucesso de

um indivíduo está relacionado com elementos de inteligência emocional, com a alta motivação, com a alta autoconfiança e o trabalho em equipa. (Sulaiman & Noor, 2015)

Resumindo, pode-se dizer que a IE é a arte de usar de forma inteligente as emoções no contexto da vida diária (Anbarasan & Mehta, 2010) e que os conceitos de emoção e de inteligência devem ser analisados como complementares e nunca como possíveis rivais (Fiori & Antonakis, 2012).

As diferentes concepções estabelecidas ao longo dos anos, permitiu a cada visão desenvolver um constructo teórico dotado dos seus próprios instrumentos de mensuração. Surgiram deste modo diferentes abordagens que permitiram definir diversos modelos de IE, os quais se descrevem a seguir.

2.2. Modelos de inteligência emocional

Na revisão da literatura identificaram-se vários modelos e componentes da IE, sendo categorizados em dois grupos distintos: o modelo de competências e os modelos mistos ou também descritos como os modelos dos traços. O primeiro, modelo de habilidade de Salovey e Mayer (1997) foca-se na relação entre emoções e inteligência, como uma competência de ajuda. Os modelos mistos incluem outros fatores como por exemplo, as capacidades mentais, as disposições e os traços. Nesta descrição incluem-se o modelo de personalidade de Daniel Goleman (1995, 2001), o modelo de traço da inteligência emocional de Petrides e Furnham (2001) e o modelo misto de Bar-On (1997, 2006).

2.2.1. Modelo de Salovey e Mayer (modelo de competências ou habilidades)

Em 1991 e 1997, Salovey e Mayer (cit. in Côte & Hideg, 2011), identificam quatro componentes da IE, começando por identificar três competências fundamentais. A primeira componente identifica a capacidade de perceber emoções, ou seja, orientação para detetar ou decifrar as emoções através das expressões nos rostos, vozes e apetrechos culturais dos indivíduos. A segunda componente refere-se à capacidade de usar ou assimilar as emoções, utilizando a sensibilidade para aproveitá-las, conseguindo distinguir as mais facilitadoras do processo de tomada de decisão. Como terceira componente surge a capacidade de gerir e alterar emoções em si ou nos outros, perante o controlo de determinado contexto situacional. Apenas em 1997 é acrescentada uma quarta componente, a capacidade de compreender emoções, ou seja, a aptidão de compreender a linguagem emocional e de diferenciar emoções, suas causas e consequências.

Resumindo o modelo em causa, pode-se inferir que em 1997 Mayer e Salovey (cit. in Sequeira, 2013, p.6), a IE é definida como uma “capacidade de perceber, valorizar e expressar emoções com exatidão, a capacidade para aceder e/ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento, a capacidade para compreender emoções e o conhecimento emocional e a capacidade para regular as emoções promovendo um crescimento emocional e intelectual”.

2.2.2. Modelo misto de Goleman (modelo de personalidade)

O modelo de personalidade de Daniel Goleman surge em 2001 (cit. in Anbarasan & Mehta, 2010). Desenvolveu um modelo onde integra as capacidades individuais do indivíduo com características da personalidade. O modelo em causa apresenta quatro componentes subjacentes: «autoconsciência» como a capacidade de compreender as próprias emoções e reconhecer o seu impacto na utilização dos sentimentos na tomada de decisões, «autogestão» através do controlo das próprias emoções e impulsos, assim como a capacidade de se adaptar a novas circunstâncias, «consciência social» que integra a capacidade de sentir, compreender e reagir às emoções manifestadas pelos outros indivíduos e por último a «gestão de relações», onde está implícito a habilidade de inspirar, influenciar e interagir com os outros num processo de gestão de conflitos.

2.2.3. Modelo misto de Petrides e Furnham (modelo IE como traço)

Em 2001, Petrides e Furnham (cit. in Anbarasam & Mehta, 2010), desenvolveram o modelo de traço da inteligência emocional, este inclui diversos traços da inteligência, adaptabilidade, assertividade, perceção, expressão, gestão, regulação, impulsividade, relação, autoestima, auto-motivação, consciência social, gestão do *stress*, empatia, felicidade e otimismo. Este modelo é composto por diversos traços de personalidade, sendo que estes estão relacionados com os afetos e constituem quatro componentes fundamentais: bem-estar, sociabilidade, autocontrolo e emotividade.

Segundo Petrides (2010), a IE é considerada como um traço e também como um conjunto de auto-percepções emocionais localizadas nos níveis inferiores das hierarquias da personalidade.

2.2.4. Modelo misto de Bar-On

O modelo de Bar-On sugere que a IE é definida como sendo um conjunto correlacionado de competências, capacidades e facilitadores emocionais e sociais que podem influenciar a forma como nos relacionamos e atuamos face às exigências do meio exterior.

Segundo Bar-On (1997), os indivíduos emocionalmente inteligentes possuem a capacidade de reconhecer e expressar as suas emoções e de se compreender a si mesmo. Por outro lado, são também capazes de compreender como as outras pessoas se sentem. Em 2006 o mesmo autor vem inferir que ser inteligente a nível emocional e social, implica ser capaz de efetuar mudanças pessoais, sociais e ambientais. Deste modo Bar-On desenvolve um modelo misto de inteligência social e emocional, onde identifica cinco componentes chave para a IE e que estão diretamente relacionadas com o domínio da personalidade do indivíduo: habilidades intrapessoais, habilidades interpessoais, adaptabilidade, gestão do *stress* e humor geral. Segundo o autor, o modelo é definido como sendo um conjunto de capacidades emocionais e sociais e competências técnicas que são utilizadas para compreender e gerir emoções, para se relacionar com o outro, para se adaptar à mudança e para solucionar problemas de natureza pessoal e interpessoal e para lidar de forma eficiente com as exigências e os desafios do dia-a-dia (cit. in Tsousis & Kasi, 2012).

De modo geral pode se dizer sumariamente, que os modelos e as definições de IE se debruçam sobre o reconhecimento e a compreensão das emoções próprias e das emoções alheias, permitindo desenvolver competências emocionais diferenciadas para se utilizarem de forma eficaz em processos de tomada de decisão (Crowne, 2009).

2.3. Instrumentos de mensuração

A literatura permite inferir que existem diversos métodos de mensuração da IE, sendo que também não existe um consenso global sobre o melhor método a utilizar.

Segundo Mayer, Caruso & Salovey (2000), conseguimos identificar três métodos fundamentais para avaliação da IE: testes de competência, métodos dos informadores e questionários de auto-descrição ou auto-resposta.

Para os autores seguidores dos modelos de competências e habilidades e tendo em consideração as diversas definições de IE para desenvolverem instrumentos de mensuração, consideram os questionários de auto-descrição ou auto-resposta os mais indicados (Rodrigues et al., 2011). Estes instrumentos de mensuração onde os tempos de preenchimento são claramente inferiores aos dos testes de aptidões, tornam-se ferramentas interessantes nos

contextos organizacionais. Da pesquisa realizada sobre a aplicabilidade deste instrumento em diversos estudos, verifica-se que o mesmo apresenta variáveis com maior relevo para o domínio organizacional e da personalidade (Wang & Law, 2002).

O desenvolvimento da WLEIS, tem por base as dimensões de IE identificadas pela revisão da literatura utilizada no seu construto (Davis, Stankov & Roberts, 1998). Originariamente foi desenvolvida com base em amostras de Hong kong (Kok-Mun, 2007). Atualmente verificam-se adaptações a outras populações, nomeadamente à portuguesa (Rodrigues et al. 2011). Wong & Law (2002), desenvolveram os traços da escala de IE envolvendo quatro domínios, de acordo com o esquema dimensional de IE identificado por Davis et al. (1998), os quais convergem e refletem a conceptualização de Salovey & Mayer (1990).

Segundo Bitmis & Ergeneli (2014), a utilização da WEILS num estudo realizado com uma amostra de enfermeiros na Turquia, permite confirmar a validade da escala. Também estudos realizados em Portugal (Rodrigues et al., 2011) e Espanha (Fernández-Berrocal, et al., 2004 e Carvalho et al., 2016) demonstram que o instrumento também é confiável quando aplicado à população portuguesa.

Deste modo, a WLEIS (2002) é um instrumento de avaliação considerado como muito válido na avaliação da IE em contextos organizacionais e no âmbito da saúde.

2.4. A enfermagem na saúde mental

A doença mental é identificada em várias sociedades e em várias épocas. Define-se o indivíduo doente mental como sendo diferente, porque não se mostra capaz de se manter na esfera do que se pode considerar como “indivíduo normal”, ou seja, é um resultado de possessões demoníacas ou de inspiração divina. O fato é que o portador de frequentes distúrbios mentais encontrou para si o estigma da exclusão, com a negação da sua cidadania e da presunção de capacidade que se tem na maioria dos seres humanos (Neeb K. 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), (2016) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

Já a saúde mental é definida pela OMS (2016) como o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma

produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere. É um aspeto vinculado ao bem-estar, à qualidade de vida, à capacidade de amar, trabalhar e de se relacionar com os outros. Com esta perspetiva a saúde mental é vista muito além das doenças e das deficiências mentais.

No que concerne à doença mental, esta começou a ganhar visibilidade social e a ser considerada como objeto de estudo, a partir do final do século XIX, quando surgiram as primeiras instituições psiquiátricas, cujo objetivo era cuidar e/ou isolar a pessoa com algum tipo de transtorno mental (Alves, 2011).

É neste contexto peculiar que a enfermagem desempenha um papel crucial no atendimento a este tipo de doente. A enfermagem é uma área de saúde reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescenta atributos a um campo de atividades de cuidados de saúde desenvolvidas por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários (Pires, 2009).

Desta forma, define-se enfermagem como uma profissão desenvolvida por um grupo de profissionais qualificados e especializados para a realização de atividades socialmente necessárias. Os profissionais de enfermagem dominam os conhecimentos que fundamentam as suas atividades e controlam a produção e a reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa (Pires, 2009). Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível. Neste contexto a enfermagem é caracterizada como sendo uma profissão de relacionamentos e ambientes emocionalmente carregados (Smit, K. et al, 2009; Mohamed & Yousef, 2014).

A enfermagem de saúde mental e psiquiatria surge assim com o objetivo primordial de promoção, prevenção, diagnóstico e intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento ou doença mental.

Na especificidade da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, identificam-se competências de âmbito psicoterapêutico que permitem ao enfermeiro desenvolver um juízo singular, sendo deste modo, uma prática em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.

As preocupações e comportamentos específicos do doente do foro mental e psiquiátrico, como sendo a depressão, distúrbios da ansiedade, delírios, agressão, auto-agressão, resistência e desconfiança, são situações que podem causar situações de *stress* emocional aos cuidadores, nomeadamente aos enfermeiros (Akerjordet & Severinsson 2004).

Este quadro emocional, pode surgir perante o facto de lidar de forma constante com sentimentos de raiva, piedade, medo, irritação e impaciência. Contudo na relação que se estabelece com o doente mental, o enfermeiro, antes com um sentimento de desconfiança face ao desconhecido, passa a lidar com esse mesmo receio e a saber o que pode esperar por parte do doente, face aos comportamentos manifestados pelo próprio (Megens & van Meijel, 2006).

Tendo como objeto da intervenção o indivíduo dotado de uma dignidade humana imensurável e que se encontra num contexto peculiar, a enfermagem em saúde mental e psiquiatria procura refletir sobre o seu ato de cuidado tendo em atenção as atitudes, comportamentos e emoções expressas. Por outro lado, a enfermagem sentiu a necessidade de chegar mais próximo do doente, numa relação interpessoal mais intensa, terapêutica e humanizadora. McQueen (2004) diz-nos que a compreensão das emoções por parte dos enfermeiros surge através de um processo auto-reflexivo, na medida em que estes tomam consciência das suas próprias emoções. O enfermeiro ao reconhecer os seus próprios sentimentos, permite também que os consiga gerir de modo eficaz na relação que estabelece com o doente.

Segundo Akerjordet & Severinsson (2004), as emoções e os comportamentos dos enfermeiros podem afetar a qualidade do seu relacionamento com o doente, nomeadamente através da comunicação, da interação, da terapêutica, da colaboração e dos resultados do tratamento. Possuir um maior grau de formação em saúde mental e um alto nível de IE, permite associar uma atitude mais positiva e proactiva em relação aos comportamentos do doente mental (Navarro & Martínez, 2012). Segundo Dingman et al. (1999), as habilidades da IE podem melhorar o bem-estar dos doentes, da mesma forma que podem ter consequências económicas positivas (Issel & Kahn, 1998).

Diferentes estudos sobre a IE, ter uma maior perceção de autoeficácia e um melhor conhecimento dos numerosos conflitos e reações negativas que surgem no contexto laboral, pode ser um recurso que gera facilidades (Gerits, Derken & Verbruggem, 2004).

Para Cadman & Brewer (2001), a IE ajuda os enfermeiros a lidar com o *stress* resultante da prática diária. De acordo com Slaski & Cartwright (2003), os indivíduos emocionalmente mais inteligentes possuem maior facilidade nos processos de adaptação ao seu meio envolvente, ajudando-o a lidar eficazmente com as contingências no seu quotidiano. Possuem mais facilidade em criar, desenvolver e manter relações interpessoais saudáveis e permitem ultrapassar as vicissitudes do dia-a-dia.

Segundo Freshwater (2004) é através das relações humanas que o profissional de enfermagem presta os cuidados ao doente, participando das emoções que ocorrem entre eles, seja de dor, mal-estar, tristeza, alívio ou esperança, obrigando o profissional a ser emocionalmente inteligente. Estudos recentes demonstram que o nível médio de IE nos profissionais de

enfermagem de saúde mental é mais elevado do que na população geral (Dusseldorp, Meijel & Derksen, 2010).

Assim, podemos concluir que durante o processo de cuidar da pessoa doente mental, a capacidade de IE em níveis superiores permite desenvolver uma compreensão e intervenção terapêutica eficaz na promoção, na proteção, na prevenção e na reabilitação psicossocial.

2.5. Competências emocionais da enfermagem de saúde mental e psiquiatria

Segundo Valverde (2001), (citado por Bisquerra & Pérez, 2007), competência emocional é definida como a capacidade de realizar com eficácia uma atividade de trabalho mobilizando os conhecimentos, habilidades, destrezas e a compreensão necessária para conseguir os objetivos que certa atividade supõe.

Como foi referido anteriormente, a IE pressupõe um conjunto de competências emocionais e sociais, que poderão ser adquiridas ao longo da vida. Tendo por base o modelo de IE desenvolvido por Goleman (2005), podemos identificar as seguintes competências que são inerentes ao perfil do enfermeiro: autoconsciência, gestão de emoções ou autorregulação, auto-motivação, empatia e gestão de emoções em grupos.

De acordo com Xavier, Nunes & Basto (2014) a definição de competência emocional do enfermeiro, surge como sendo um conjunto de capacidades através das quais permitem conhecer, regular, atingir e gerir situações emocionais de modo a construir e manter relações interpessoais num ambiente afetivo em torno das suas dimensões. O desenvolvimento de competências emocionais, ajudam a resolver problemas e conflitos nas organizações e a gerar ideias que levam a uma otimização do desempenho (Goleman, Boyatzis & McKee, 2003).

O constructo de competência emocional foi definido de modo amplo por Bisquerra (2002), ao qual foi incluindo diversos processos, provocando uma variedade de consequências. Considerando as revisões propostas, o autor defende que a competência emocional é um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais (Bisquerra, 2009), bem como, realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia (Bisquerra & Pérez, 2007). Segundo os mesmos autores, a competência emocional, enquanto conceito educativo é ampla, compreensiva e integradora, com forte ligação ao contexto profissional, baseando-se no amplo marco conceptual das emoções.

Todavia, as emoções não dependem do tipo de circunstâncias que o ser humano vive, mas sim da avaliação dessas envolvendo uma modificação substancial. Ocorrem quando a pessoa se apercebe de alterações muito significativas no contexto que vivência, sendo a partir desta função que se torna possível inscrever as emoções na esfera das funções reguladoras do comportamento e do desempenho pessoal e profissional. Poder-se-á assim afirmar que a forma como a pessoa expressa e gere o fenómeno emocional, modela estratégias pessoais de interação com o meio em que se encontra, no sentido de atingir o seu bem-estar (Marques-Teixeira, 2003).

A formulação do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais resultou de um percurso de construção de consensos, partindo do documento *“Framework of Competencies for the Generalist Nurse”*, tendo sido em 2003 publicado e amplamente divulgado (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (Regulamento n.º 129/2011), os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O enfermeiro de saúde mental e psiquiatria compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais.

Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiatria foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Ao mobilizar na prática clínica um conjunto de saberes e conhecimentos científicos, técnicos e humanos e ao demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas, o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria possibilita também que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais.

2.6. Congregação das irmãs hospitaleiras do sagrado coração de Jesus

As instituições do setor social, nomeadamente as Ordens Religiosas, têm representado no conjunto do sistema prestador de cuidados de saúde mental em Portugal, uma parte muito importante, funcionando em articulação direta com o Serviço Nacional de Saúde, nalguns casos, há algumas décadas (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

No período compreendido entre 1984 e 1990, verificou-se o desenvolvimento de uma rede de serviços integrados, designados de centros de saúde mental e que foram inseridos em cada área geográfica, com a responsabilidade de prestarem atendimento desde a fase de tratamento, até à fase de reabilitação e de inserção na comunidade. Esta cooperação foi possível através de cooperações com instituições privadas, no qual se destaca o papel fundamental da Ordem dos Irmãos São João de Deus e da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Deste modo, salienta-se o papel fundamental que Angelo Hercules Menni (São Bento Menni) deu à saúde mental, numa dimensão ao nível internacional e com repercussão a nível nacional.

Surgem assim, pela mão de Angelo Hercules Menni duas obras grandiosas, por um lado a restauração da Ordem dos Irmãos de São João de Deus e por outro lado enfrentando a vontade e a persistência de Maria Angustias e de Maria Joséfa Récio. Juntas acabam por fundar a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus que como finalidade a assistência aos mais necessitados, nomeadamente às mulheres vítimas de doença mental. Bento Menni revela-se assim um pioneiro da psiquiatria moderna, tornando as Irmãs Hospitaleiras as primeiras enfermeiras psiquiátricas (Haumonté, 2014).

Durante a expansão da congregação a nível mundial, surgiu em Portugal, em 1894, o primeiro centro assistencial - a Casa de Saúde De Idanha (Irmãs Hospitaleiras, 1997). Seguiu-se a edificação de diversos centros a nível nacional. No ano em que a província portuguesa celebra o primeiro centenário da Implantação da Congregação no nosso país, é inaugurada a CSBM na Guarda em 1994. Atualmente existem em Portugal Continental, Madeira e Açores (Irmãs Hospitaleiras, 1997), 12 centros.

As Irmãs hospitaleiras apresentam como missão “a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, sobretudo em saúde mental e psiquiatria, de acordo com as melhores práticas clínicas, com qualidade e eficiência, respeito pela individualidade e sensibilidade do utente, numa visão humanista e integral da pessoa” (www.irmashospitaleiras.pt), e a sua visão passa por “desenvolver uma intervenção especializada em saúde mental e psiquiatria, segundo um modelo integral de cuidar, articulando ciência e humanidade, em consonância com a matriz hospitaleira” (www.irmashospitaleiras.pt).

2.7. Inteligência emocional nos enfermeiros de saúde mental

A IE estimula a procura pela compreensão mais profunda por parte dos profissionais com identidade em enfermagem de saúde mental. Os processos de aprendizagem emocional e de maturação são fundamentais para a competência profissional, isto é, o crescimento e o desenvolvimento pessoal, assim como, o caráter moral da mentalidade do enfermeiro de saúde mental revelam-se primordiais para a adequada prática clínica (Akerjordet & Severinsson, 2004).

Segundo Akerjordet & Severinsson (2004) cit. Rogers (1962), é essencial que a enfermagem de saúde mental tenha um sentimento de compreensão da necessidade e do desespero interior dos pacientes, enquanto ao mesmo tempo deve manter a autoconsciência e ser capaz de diferenciar entre os seus sentimentos e os dos pacientes. A autoconsciência é o principal elemento de IE (Mayer & Salovey, 1995), e é central para enfermagem em saúde mental. Assim, deste modo, a IE na enfermagem em saúde mental é uma capacidade essencial em todos os processos, quer a nível da tomada de decisão, quer a nível da criatividade, ao capturar e interpretar o contexto imediato com que se depara na sua prática diária (Rosendal, 1981). Os enfermeiros têm que possuir competência profissional e também sensibilidade para satisfazer a vulnerabilidade e a ansiedade dos pacientes (Hummelvoll & Severinsson, 2001b).

De um modo generalizado, mais ou menos implicitamente, todos os autores de referência, consideram que as habilidades sociais fundamentais para a enfermagem de saúde mental são a capacidade de empatia e de comunicação, nomeadamente, através das descrições de Goleman (1998) no que diz respeito às diferentes componentes da IE. Essas habilidades permitem lidar com as relações de forma positiva e a propósito.

A empatia é a chave para a sensibilidade na ação, de acordo com o contexto e a compreensão da doença e do sofrimento. A comunicação e o diálogo possibilitam ao enfermeiro aceder ao mundo do paciente com o objetivo de ter uma perceção do seu sofrimento. Uma compreensão do sofrimento vivenciado pelo próprio paciente é a base fundamental para a prática da enfermagem em saúde mental no desenvolvimento de estratégias a estabelecer junto do processo de tratamento e/ou da reabilitação do paciente de forma mais eficaz e assim provocar o que se pode transcrever em última análise como sendo ganhos em saúde.

Deste modo, os cuidados de enfermagem de alta qualidade podem surgir quando o enfermeiro de saúde mental é capaz de criar um relacionamento, caracterizado por confiança mútua (Bégat & Severinsson, 2001). Assim, a experiência emocional, a consciência desenvolvida, a autoconsciência e a capacidade de pensar e agir de forma construtiva e racional em relação ao cenário clínico, são fundamentais para o enfermeiro de saúde mental (Severinsson, 2001).

É fundamental que a enfermagem de saúde mental seja capaz de orientar os seus pensamentos de forma construtiva, através da razão. Além disso, a motivação e o domínio da situação são componentes valiosos da IE (Goleman, 1998). O domínio pessoal melhora um sentimento interior de liberdade resultando em coragem para criar.

A visão da enfermagem manifesta-se no poder criativo e encarna a dimensão espiritual do ser humano (Gardner, 1999; Zohar & Marshall, 2000). Uma dimensão muitas vezes colocada em segundo plano, mas que se torna um fator essencial na visão do conceito de saúde na sua vertente multidimensional.

3. METODOLOGIA

A metodologia num trabalho de investigação é fulcral, pois fornece aos investigadores a estratégia que descreve toda a operacionalização do estudo no sentido de encontrar respostas para a problemática. Para Fortin (2009), “a escolha do método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo da natureza da questão colocada” (p.37).

Segundo Fortin (2009, p.53), a metodologia “consiste em definir os meios de desenvolver a investigação, sendo aqui que o investigador determina a sua forma de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses isto, segundo a natureza do desenho que difere caso o objetivo do estudo vise desenvolver um fenómeno, explorar ou verificar associações entre variáveis ou as diferenças entre grupos”.

Neste capítulo apresentam-se as opções metodológicas que nortearam a realização deste estudo para caracterizar a inteligência emocional dos enfermeiros inquiridos. Deste modo, passa-se em análise o desenho do estudo, os objetivos que se pretendem atingir, a amostra, o instrumento de medida utilizado, as variáveis estudadas, os procedimentos formais e éticos considerados, a forma como foram recolhidos os dados e o tratamento estatístico descritivo e analítico a que foram submetidos.

3.1. Tipo de estudo

Com base na revisão bibliográfica efetuada, o estudo de investigação é considerado como sendo um estudo **quantitativo, transversal, descritivo e correlacional**.

O método de investigação quantitativa é, sem dúvida, o mais conhecido dos dois métodos. Caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2003, p.371), as investigações de natureza quantitativa têm como fim “descrever, verificar relações entre variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após manipulação da variável independente”, considerando a recolha sistemática de informação em condições controladas e análise da informação recolhida recorrendo a procedimentos estatísticos.

A natureza transversal associa-se com o facto de o foco ser um único grupo representativo da população em estudo e os dados serem recolhidos, num único momento, estabelecendo

relações entre variáveis (Pais, 1999). Este estudo descreve e relaciona características e variáveis de uma determinada amostra, examinando a relação que existe entre as mesmas de forma a determinar a natureza das próprias relações (Fortin, 2003).

3.2. Amostra

A identificação da população de uma forma clara e objetiva é imprescindível, embora pareça demasiado óbvia, em muitas circunstâncias, é fundamental que as suas características sejam bem definidas.

No estudo realizado, o universo da amostra é constituída por 425 enfermeiros. Contudo a amostragem é considerada como sendo não-probabilística, pois trata-se de uma amostragem por conveniência, devido ao facto de ser impossível em poder estar presente pessoalmente em cada local e pelas limitações temporais, logísticas e económicas.

Segundo Afonso & Nunes (2010) as técnicas de amostragem não-probabilísticas (ou dirigidas) não permitem definir com rigor ou calcular as probabilidades de inclusão dos diferentes elementos da população na amostra. Este tipo de seleção dos indivíduos da amostra é geralmente mais económico e expedito. Para Polit & Beck (2011, p.595) amostragem de conveniência é a “seleção das pessoas mais prontamente disponíveis, como participantes de um estudo”.

Deste modo a população alvo deste estudo foram os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem nos dos doze centros hospitalares do IIHSCJ, (Casa de Saúde Bom Jesus em Braga; Casa de Saúde Bento Menni na Guarda; Casa de saúde Rainha Santa Isabel em Condeixa; Centro de Recuperação de Menores em Assumar; Casa de Saúde de Idanha em Belas; Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima na Parede; Clínica Psiquiátrica São José em Lisboa; Casa de Saúde Santa Rosa de Lima em Belas; Casa de Saúde do Espírito Santo de Angra do Heroísmo nos açores; Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição de Ponta Delgada nos Açores; Casa de Saúde Câmara Pestana do Funchal na Madeira e Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família de São Roque na Madeira. A amostra final do estudo é constituída por 225 enfermeiros.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: exercer a prática profissional de enfermagem nos centros do IIHSCJ e aceitar participar voluntariamente no estudo. Importa salientar que no processo de recolha da informação surgiram algumas dificuldades, a disponibilidade, sensibilidade e a motivação das direções de enfermagem para aplicação dos questionários e a motivação dos mesmos para o seu preenchimento.

3.3. Procedimentos para a recolha de dados

Na investigação assume especial relevância a ética da produção de dados, nomeadamente quando os participantes são seres humanos e estes têm direitos que devem ser salvaguardados e respeitados, sendo por isso, fundamental garantir a total privacidade dos sujeitos inquiridos.

Foram salvaguardadas determinadas considerações e procedimentos éticos antes de se proceder à recolha de dados. O projeto de investigação foi submetido à apreciação da direção do IIHSCJ juntamente com a formalização do pedido de autorização para a realização do estudo (anexo 1) e a declaração de consentimento informado (anexo 2). Após a aprovação, procedeu-se à formalização do pedido de autorização junto das direções dos doze centros hospitalares (anexo 3).

Foi ainda solicitada às direções de enfermagem dos centros colaboração para procederem a distribuição e à recolha dos questionários. Foi-lhes facultado todo o tipo de informação pertinente, nomeadamente a finalidade do estudo, do anonimato e sigilo da informação recolhida, assim como, o respeito pela liberdade de desistir em qualquer momento.

Durante o processo de recolha de dados é necessário desenvolver um processo sistemático que assegure a fiabilidade e a comparabilidade desses resultados (Calapez et al., 2015). Após o cumprimento dos requisitos formais, procedeu-se à recolha dos dados durante o período compreendido entre 15 de junho e 30 de julho de 2017.

O instrumento utilizado para a recolha de dados apresenta-se no anexo 4, podendo ser consultado em toda a sua profundidade.

3.4. Mensuração das variáveis

As variáveis podem ser definidas como qualidades ou características às quais se atribuem valores. Elas estão presentes no enunciado do objetivo, nas questões de investigação e nas hipóteses e tomam diferentes valores podendo ser medidas, manipuladas ou controladas (Fortin, 2009).

As variáveis representam aspetos relevantes dos fenómenos. É importante saber individualizá-las de modo adequado na investigação. É necessária a operacionalização inicial dos conceitos formulados de forma a predispor os dados de modo correto para as operações de recolha de dados, análise e interpretação (Dias, 2010).

As variáveis são definidas como sendo independentes ou dependentes. Segundo Almeida & Freire (1997), as variáveis independentes dizem respeito às dimensões ou características manipuladas pelo investigador para compreender o seu impacto numa outra variável. As variáveis dependentes dizem respeito às dimensões ou características que surgem ou se modificam em consequência de variações na variável independente.

Fortin (2009), refere que “para ser medida, uma variável deve em primeiro ter uma significação conceptual. Uma definição conceptual é uma definição de um conceito que corresponde a uma teoria ou a um modelo conceptual” (p.172). Por outro lado, o mesmo autor advoga que “a definição operacional enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável (...) de maneira a que a variável possa ser medida ou manipulada numa dada situação de investigação” (Fortin, 2009, p.173).

No estudo realizado são consideradas como variáveis independentes as seguintes: sociodemográficas (género, idade e estado civil) e socioprofissionais (habilitações académicas, vínculo institucional ou profissional, categoria profissional, função desempenhada, tempo de serviço e ligação institucional). A variável dependente é a IE nas suas respetivas dimensões. A variável IE e as suas dimensões são avaliadas através do instrumento de mensuração - WLEIS-2002.

3.4.1. Variável Inteligência Emocional

A medição de elementos subjetivos em saúde permite aceder a aspetos qualitativos e quantitativos, dando oportunidade a que se possam fazer inferências sobre conceitos não diretamente mensuráveis como a qualidade de vida, autoestima ou resiliência. Instrumentos padronizados para a medição de dimensões do comportamento, culturalmente adaptados para populações distintas, facilitam a comparação da expressão destas variáveis em diversas populações, bem como a realização de estudos multicêntricos.

Para a mensuração da variável IE utiliza-se a escala de Law, Wong & Song (2004). A escala encontra-se traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa (Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law, WLEIS-P, trabalho realizado por Rodrigues et al. (2011).

A WEILS, é um instrumento de auto-resposta constituído por 16 questões formuladas na positiva, e que permitem avaliar as 4 dimensões de inteligência emocional segundo Law et al. (2004) e enunciadas por Davies et Al. (1998). As 4 dimensões identificadas na avaliação da IE são: a) avaliação e expressão das próprias emoções; b) avaliação e reconhecimento das

emoções nos outros; c) regulação das emoções do próprio e c) utilização das emoções para facilitar o desempenho.

Segundo o mesmo autor, este conjunto de dimensões apresenta um elevado grau de convergência com a conceção do modelo e instrumento de Mayer e Salovey.

As 4 dimensões referidas incidem de modo específico nos seguintes aspetos:

- Avaliação e expressão das próprias emoções/*Self Emotion Appraisals (SEA)*, esta dimensão reflete a aptidão individual para se poder compreender as próprias emoções e conseguir expressar as mesmas de modo natural e autêntico. Esta dimensão é medida através das questões nº1, nº2, nº3 e nº4.

- Avaliação e reconhecimento das emoções nos outros/*Others' Emotion Appraisals (OEA)*, este aspeto diz respeito à aptidão do indivíduo para conseguir perceber e compreender as emoções das pessoas na sua envolvente. Deste modo, permite que os indivíduos consigam desenvolver uma maior sensibilidade em relação às emoções dos outros e que sejam capazes de antecipar eficazmente a sua ocorrência. Esta dimensão é avaliada tendo em consideração as questões nº 5, nº6, nº7 e nº8.

- Regulação das emoções do próprio/*Regulation of Emotion (ROE)*, esta característica está de modo particular relacionada com a capacidade de regular as emoções próprias, possibilitando o controlo emocional e uma rápida transição de estados emocionais de valência negativa para estados afetivos positivos. Para a avaliação desta dimensão utilizam-se as questões nº9, nº10, nº11 e nº12.

- Utilização das emoções para facilitar o desempenho/*Use of Emotion (UOE)*, esta dimensão está relacionada com a capacidade da pessoa para direcionar as suas próprias emoções, de modo a conseguir facilitar o seu próprio desempenho na realização das tarefas nas quais está implicado. Esta última dimensão é avaliada pelas questões nº13, nº14, nº15 e nº16.

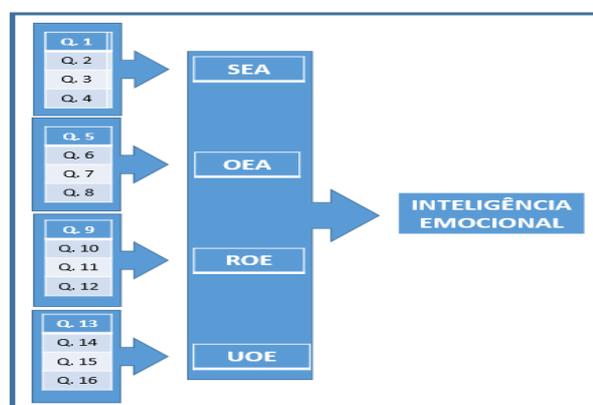


Figura 1: Modelo do desenho de investigação

No instrumento desenvolvido por Wong e Law (2002), os inquiridos devem responder, indicando o grau através do qual cada afirmação reflete o seu comportamento ou atitude. A ponderação é efetuada através de uma escala Lickert que varia entre 0 e 6 pontos (respetivamente: 0 - nunca, 1 - quase nunca/algumas vezes por ano, 2 - raramente/uma vez por ano, 3 - às vezes/algumas vezes por mês, 4 - bastante/uma vez por semana, 5 - frequentemente/algumas vezes por semana e 6 - sempre/todos os dias).

3.4.2. Variáveis sociodemográficas e socioprofissionais

A população é descrita através das suas características sociodemográficas mais comuns, neste caso específico a idade, género e estado civil. Estas variáveis são usadas na análise dos objetivos de interesse ou como controle na análise da relação entre variáveis.

Idade/Grupo etário - Inserida dentro das variáveis atributo, o significado da idade está associada com a pertinência de ser um indicador de um estágio biológico, processo histórico ou psico-social. A importância social da idade cronológica varia de acordo com o tempo e o género, do mesmo modo que a relação entre a idade cronológica, social ou psicológica também pode variar com fatores históricos ou culturais. A definição conceptual remete-nos para o tempo de vida extra-uterina. A variável foi operacionalizada no número de anos do indivíduo, sendo que se procedeu à sua categorização do seguinte modo: 21 aos 30 anos, dos 31 aos 40, dos 41 aos 50 anos, dos 51 aos 60 anos e com mais de 60 anos.

Género - a avaliação é realizada de acordo com aspetos biológicos, sociais, psicológicos e comportamentais. Sendo que estes podem variar em termos históricos e culturais. A variável é definida conceptualmente segundo a representação social do sexo biológico e operacionalizada em masculino e feminino.

Estado civil - esta variável é utilizada para modificar ou expandir outras medidas como a definição da classe social de um indivíduo. O significado e a importância do estado civil pode variar de acordo com a idade e o sexo. A variável é definida conceptualmente através da situação do indivíduo em relação à sociedade conjugal e operacionalizada nos itens: solteiro(a), casado(a)/união de facto e viúvo(a)/separado(a)/divorciado(a).

Habilitações académicas - a definição conceptual da variável emerge num quadro de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, até agora vigente e que está profundamente assente numa lógica académica, dado que deter habilitação académica tem sido suficiente para a atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e de enfermeiros especialista. A valorização académica assume particular relevância, de modo mais específico e pessoal, nomeadamente a capacitação académica através de pós-graduação, mestrado ou

doutoramento. A operacionalização da variável foi realizada através dos itens mencionados: enfermeiro, enfermeiro especialista ou enfermeiro com pós-graduação/mestrado/doutoramento.

Ligação institucional - A conceptualização da variável ligação institucional está diretamente relacionada com fatores carismáticos/congregacionais e fatores operacionais. Tratando-se de uma instituição de cariz religioso, a presença das Irmãs, membros da congregação em áreas específicas é um facto, situação existente a nível do exercício da profissão de enfermagem. A operacionalização passa por identificar a relação do colaborador com a instituição, sendo ela como membro da congregação (Irmã enfermeira) ou colaborador (enfermeiro).

Vínculo Profissional - A definição conceptual refere a natureza do contrato de trabalho vigente entre as partes (trabalhador e entidade patronal). A operacionalização da variável vínculo profissional foi efetuado através de uma das três alternativas que representam as possibilidades de contrato a nível institucional, sendo elas: contrato por termo indeterminado, contrato a termo (certo ou incerto) e prestação de serviços.

Categoria profissional - A definição conceptual da variável categoria profissional é considerada como a posição que o enfermeiro ocupa na hierarquia no que se refere à carreira de enfermagem e fundamentada segundo o manual de recursos humanos institucional. A operacionalização da variável é estruturada com base na tipologia de funções desempenhadas. A área da prestação de cuidados é a área de maior dimensão e embola duas situações distintas: o enfermeiro e o enfermeiro especialista. No entanto existe uma outra área que se direciona para a gestão e liderança englobando uma categoria constituída por enfermeiro chefe/enfermeiro supervisor/enfermeiro diretor.

Função desempenhada - A definição conceptual da variável função desempenhada é utilizada para expressar a tipologia de prática profissional exercida, independentemente da categoria profissional. A operacionalização da variável é expressa através da função de gestão/liderança, prestação de cuidados diretos à pessoa assistida ou ambas as opções.

Tempo de serviço - A definição conceptual da variável tempo de serviço corresponde ao tempo de exercício da profissão de enfermagem. A sua operacionalização foi expressa em grupos com anos de exercício da profissão, nomeadamente: inferior a 5 anos, de 5 a 15 anos, de 15 a 25 anos e superior a 25 anos.

Local de trabalho - A definição conceptual da variável local de trabalho é considerada como o centro do IHSCJ, onde o enfermeiro exerce funções. A sua operacionalização passa por identificar o local/centro, nomeadamente os doze centros das IHSCJ a nível continental e regional.

Área de intervenção do exercício de enfermagem - A definição conceptual da variável enquadra-se na focalização realizada na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, nomeadamente na intervenção psicoterapêutica. A operacionalização reflete-se em valências específicas da saúde mental que são disponibilizadas ao nível do IHSJC, nomeadamente: deficiência intelectual, psicogeriatría/gerontología, psiquiatria e diversas áreas da saúde mental.

3.5. Formulação das hipóteses

A hipótese é considerada, um enunciado das relações previstas entre duas ou mais variáveis, podendo ser também uma predição baseada na teoria ou numa porção desta (Fortin, 2003).

Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada e a perspetiva defendida por Quivy & Campenhoudt (1998), onde nos dizem que as hipóteses podem constituir de algum modo respostas provisórias e relativamente sumárias que servem de guia para o trabalho de recolha e análise de dados, tendo porém que ser testadas, corrigidas e aprofundadas.

Tendo em consideração alguns dos estudos efetuados, regista-se a abordagem realizada por Dusseldorp et al. (2010), onde verificou que no geral o nível médio de IE que os enfermeiros em saúde mental apresentam é superior ao nível médio da população em geral.

A relação entre o género e a IE, de acordo com a revisão bibliográfica realizada, nomeadamente nos estudos citados por Pope, Roper & Qualter (2012), é possível verificar que existem resultados que não são consistentes em relação à diferença entre géneros. Segundo Goleman (2005), nos estudos que realizou concluiu que embora existam ligeiras diferenças entre géneros, estas não são significativas, pois existe uma aproximação preponderante face às semelhanças entre os géneros.

Alves, Ribeiro & Campos (2012), num estudo realizado com enfermeiros, constatou que os homens obtiveram valores médios mais baixos para a inteligência emocional no global, embora saliente a grande semelhança de valores médios obtidos nas sub-dimensões.

Dusseldorp et al. (2010), investigou a existência de diferenças nos níveis de IE entre géneros de enfermeiros de saúde mental. Além disso verificou que as enfermeiras apresentam valores médios de IE superiores, nomeadamente na dimensão autoconsciência. Por outro lado os estudos realizados por Derksen et al. em 1997 e 2002, permitiram confirmar a existência de diferenças significativas na IE entre homens e mulheres enfermeiros de saúde mental. O

mesmo autor descreve ainda que as enfermeiras obtiveram valores médios superiores em relação aos aspetos interpessoais, como a empatia, responsabilidade social e relações interpessoais.

Alguns estudos realizados demonstraram a existência de uma relação entre a IE e a idade. Derksen (1999) concluiu que enfermeiros com idade entre os 30 e os 60 anos apresentam valores médios de IE superiores a grupos de enfermeiros com idades inferiores a 30 anos e mais de 60 anos. Dusseldorp et al. (2010), veio corroborar os resultados de Derksen (1999), num estudo realizado em enfermeiros de saúde mental.

Alves et al. (2012) observou uma tendência para a idade dos enfermeiros se correlacionar com a capacidade de IE, ou seja consoante a idade vai aumentando, os enfermeiros tendem a evidenciar uma maior capacidade de inteligência emocional.

Goleman (2005), refere que a IE vai sendo assimilada e que vai-se desenvolvendo ao longo da vida, à medida que se aprende com as experiências vivenciadas. Investigadores como Humpel & Caputti (2001) constataram que também é válida a preposição onde existe um impacto a nível da IE nos anos de experiência, verificando que grupos com mais anos de experiência evidenciam níveis de IE superiores a grupos com menos anos de experiência. O estudo realizado por Dusseldorp et al. (2010), permitiu também verificar a relação existente.

Alves et al. (2012) apuraram através do estudo realizado, que existe relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a capacidade de inteligência emocional, onde constata que quanto mais tempo de serviço, mais capacidades de inteligência emocional apresentam, com a exceção da capacidade empatia. O mesmo autor realizou um estudo onde compara a categoria profissional e a sua capacidade de IE, Viu que os enfermeiros chefes, que na prática estão associados a funções de liderança e gestão e que teoricamente apresentam uma maior diferenciação especializada em termos formativos, apresentam no global valor médio de IE superior. Segundo o mesmo e citando Diogo (2006), afirma que o enfermeiro vai desenvolvendo modos de lidar com a experiência emocional ao longo da sua experiência profissional.

Considerando a sustentação atrás referida e para funcionarem como ponto de partida para a investigação empírica, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1 - Existem diferenças de IE entre os géneros e o género feminino assume valores mais elevados.

H2 - Os diversos escalões etários apresentam níveis diferentes de IE, sendo que os maiores níveis estão nos enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos.

H3 - A IE manifestando-se em níveis superiores nos enfermeiros que apresentam estado civil de casado/união de facto.

H4 - Os níveis de IE são superiores nos trabalhadores que apresentam habilitações académicas mais elevadas.

H5 - Os níveis de IE variam de acordo com o vínculo profissional, apresentando os contratados por tempo indeterminado níveis superiores de IE.

H6 - A IE apresenta diferenças de acordo com tempo de serviço, tendo níveis mais elevados em enfermeiros com mais antiguidade.

H7 - Os níveis de IE variam de acordo com as funções desempenhadas, sendo maiores os níveis de IE nos enfermeiros com funções de gestão e de liderança.

H8 - Os valores de IE variam de acordo com a área de intervenção, sendo superiores nos enfermeiros que atuam em diversas áreas.

H9 - As enfermeiras com ligação congregacional (Irmãs Hospitaleiras) apresentam maiores níveis de IE relativamente aos que estão apenas como colaboradores da instituição.

3.6. Princípios éticos

Qualquer estudo é suscetível de levantar questões de âmbito ético e moral. Devem ser considerados, preservados e respeitados os direitos dos indivíduos intervenientes no estudo realizado, assim como a liberdade dos mesmos, isto é, os intervenientes serão esclarecidos acerca do âmbito do estudo que se está a desenvolver e que os mesmos poderão decidir participar ou não, de forma livre e esclarecida. Na realização do presente estudo foi solicitada autorização à direção do IIHSCJ, que pode ser consultada no anexo 1. Após aprovação do IIHSCJ, foi solicitada autorização a cada uma das direções dos doze centros como pode ser consultado através do anexo 3.

Fortin (1999) refere que, a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Deste modo, é fundamental tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e a liberdade dos indivíduos que participam no estudo.

Após autorização por parte das respetivas direções, foram contactadas as direções de enfermagem, de modo agilizar o processo de colheita de dados. Durante esta fase de acordo com os códigos de ética foram respeitados todos os princípios éticos, nomeadamente o direito

à autodeterminação, à intimidade, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e/ou prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

3.7. Tratamento estatístico

O tratamento dos dados foi realizado através de suporte informático, o SPSS (*Statistical Package For the Social Sciences*), versão 24.0 para Windows, por ser um aplicativo de eleição dos pesquisadores das ciências sociais e humanas (Maroco, 2003) e também porque permite selecionar procedimentos estatísticos com distinção de variáveis onde se alcançam resultados.

Neste estudo foram determinadas os valores de frequência, medidas de tendência central e medidas de dispersão. De acordo com Hill & Hill (2000), ao utilizar-se a estatística descritiva como recurso, existe a possibilidade de descrever as características das variáveis, através das medidas de tendência central e resumir a relação entre os seus valores.

Para além da estatística descritiva, foi utilizada a estatística inferencial, uma vez que as análises estatísticas inferenciais “vão além das análises descritivas, porque elas permitem aplicar à população total os resultados provenientes de uma amostra” (Fortin, 2009, p. 440).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Uma vez recolhidos os dados, a partir da aplicação dos instrumentos de colheita de dados à amostra selecionada, e após o seu tratamento estatístico, é possível, posteriormente proceder à sua organização e sistematização em quadros e tabelas, de modo a permitir uma leitura clara e objetiva dos mesmos, por forma a analisarem-se e a estabelecerem-se relações entre as variáveis.

Nesta fase, o pesquisador “presta uma atenção particular aos resultados apresentados”. É assim, levado a comparar e a confrontar os resultados entre si, de forma a conseguir realizar referência à teoria e aos trabalhos anteriores sobre o fenómeno que estudou” (Fortin, 2009, p. 427). Entra assim em detalhes sobre os dados decorrentes do trabalho estatístico, a fim de conseguir respostas às suas indagações e procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as questões formuladas (Polit & Hungler, 1995).

Inicia-se este capítulo com a caracterização da amostra em estudo, considerando as suas variáveis de natureza sociodemográfica e clínica. Após se considerar a validação dos questionários utilizados, procede-se à apresentação dos dados obtidos.

Para facilitar a leitura e análise apresentam-se os dados em quadros e tabelas seguidos de considerações que se julgam necessárias. As tabelas apresentam a distribuição absoluta e percentual das variáveis mensuradas na amostra.

4.1. Análise descritiva

A estatística descritiva “centra-se no estudo de características não uniformes das unidades observadas ou experimentadas, como por exemplo, pessoas (...), descrevendo os dados através de tabelas de frequência e de indicadores chamados estatísticos” (Pestana & Gageiro, 2014, p.57). Segundo Fortin (2009), a “análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação” (p.410).

4.1.1. Caracterização da amostra

A amostra da investigação é constituída por enfermeiros dos doze centros do IIHSCJ, de Portugal (Portugal Continental, região da Madeira e região dos Açores).

Os participantes constituem uma amostra de 225 enfermeiros, dos quais 73,8% são do sexo feminino e 26,2% do sexo masculino (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o género.

	N	%
Masculino	59	26,2
Feminino	166	73,8
Total	225	100,0

A amostra apresenta uma média de idades aproximada de 34 anos, variando entre os 21 e os 68 anos, tendo como grupo etário mais representativo o dos 21 aos 30 anos.

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário.

	N	%
21 a 30 anos	104	46,2
31 a 40 anos	70	31,1
41 a 50 anos	36	16,0
51 a 60 anos	8	3,6
> a 61 anos	7	3,1
Total	225	100,0

Quanto à distribuição da amostra segundo o estado civil, pode constatar-se através da tabela 3, que 49,8% dos inquiridos são casado/a - união de facto, 47,1% são solteiro/a, 3,1% são divorciado/a - separado/a - viúvo/a.

Tabela 3 – Distribuição dos enfermeiros segundo estado civil.

	N	%
Solteiro/a	106	47,1
Casado/a - união de facto	112	49,8
Divorciado/a - separado/a - viúvo/a	7	3,1
Total	225	100,0

Relativamente ao grau de escolaridade, tendo em consideração as habilitações académicas dos 225 enfermeiros constituintes da amostra, é de referir que 52,4% possuem bacharelato - licenciatura, e 18,7% já realizaram a especialidade em enfermagem e 28,9% realizaram formação complementar em enfermagem: pós-graduações, mestrados ou doutoramento (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo as habilitações académicas.

	N	%
Bacharelato – licenciatura	118	52,4
Especialidade	42	18,7
Pós-graduação/mestrado/doutoramento	65	28,9
Total	225	100,0

Em relação ao vínculo institucional, 96,4% dos inquiridos são colaboradores da instituição, apresentando uma ligação apenas laboral, enquanto 3,6% são irmãs hospitalares com formação académica na área da enfermagem e a exercer funções como profissionais de enfermagem associadas a funções congregacionais (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a ligação institucional.

	N	%
Colaborador	217	96,4
Membro da congregação (irmã)	8	3,6
Total	225	100,0

Dos 225 enfermeiros constituintes da amostra deste estudo, 61,3% apresentam uma ligação à instituição através de um contrato laboral por termo indeterminado, 30,2% apresentam uma ligação através da prestação de serviços e 8,4% apresentam vínculo profissional através de um contrato a termo (certo ou incerto), ver (tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo vínculo profissional

	N	%
Contrato por termo indeterminado	138	61,3
Contrato a termo (certo ou incerto)	19	8,4
Prestação de serviços	68	30,2
Total	225	100,0

Em relação à categoria profissional dos enfermeiros participantes na amostra, (tabela 7) constata-se que 82,2% são enfermeiros, 7,6% são enfermeiros especialistas e 10,2% são enfermeiros com a categoria de enfermeiro chefe, supervisor ou diretor de enfermagem.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo categoria profissional.

	N	%
Enfermeiro	185	82,2
Enfermeiro especialista	17	7,6
Enfermeiro chefe/supervisor/diretor	23	10,2
Total	225	100,0

Em relação às funções desempenhadas na prática diária do exercício da enfermagem 84% estão diretamente ligados à prestação de cuidados, 6,2% em funções de gestão e liderança e 9,8% acumulam funções de gestão com prestação de cuidados, (tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo a função desempenhada.

	N	%
Gestão/Liderança	14	6,2
Prestação de cuidados	189	84,0
Ambas	22	9,8
Total	225	100,0

Na tabela 9, são apresentados os resultados relativos ao tempo de serviço, sendo que 42,7% dos enfermeiros apresentam menos de 5 anos de tempo de serviço.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo o tempo de serviço.

	N	%
< 5 anos	96	42,7
> 5 até <15 anos	91	40,4
> 15 até < 25 anos	30	13,3
> 25 anos	8	3,6
Total	225	100,0

Os questionários foram dirigidos aos enfermeiros do IHSCJ, nomeadamente nos doze centros de Portugal continental, madeira e açores, tendo participado sujeitos de todos os centros contactados. A participação de sujeitos por centro pode ser consultada na tabela 30 em anexo 5.

Em relação à área de intervenção de cada sujeito, esta encontra-se distribuída pelas diferentes valências disponíveis ao nível do IIHSCJ. Verifica-se que 39,6% dos enfermeiros realizam intervenções em diversas áreas da saúde mental e psiquiatria em simultâneo. De modo mais específico verifica-se que a área da psicogeriatrica/gerontologia representa o grupo mais significativo com 33,8% da amostra, os restantes dados podem ser consultados através da tabela 28 em anexo 5.

4.1.2. Análise da Escala Inteligência Emocional de Wong e Law

Para avaliar o nível de IE nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, foi utilizado o instrumento WLEIS.

Na avaliação da IE, os valores da escala global tendo em consideração o score de ponderação nas respostas uma variação entre 0 “nunca” e 6 “sempre/todos os dias”, permite uma variação de score final entre um mínimo de 0 e um máximo de 96 pontos. Deste modo, os valores das dimensões da escala variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 24 em ambas as dimensões.

Para estimar a confiabilidade do questionário aplicado ao estudo, realizou-se avaliação do *Alpha de Cronbach*, para medir e analisar a correlação entre as respostas, apresentando um valor de correlação média, calculada através da variância da soma dos itens respondidos. Segundo Pestana & Gageiro (2014), um valor de *Alpha de Cronbach* com valores variáveis entre 0,70 e 0,80 é considerada uma consistência interna razoável, entre 0,80 e 0,90 é considerada boa e superior a 0,90 é considerada muito boa.

Na avaliação da consistência interna da escala utilizada no presente estudo, o coeficiente de *Alpha de Cronbach* atingiu o valor de 0,92 para a escala global. No que diz respeito às dimensões que a constituem os valores de *Alpha de Cronbach* estes apresentam valores relevantes, ver tabela 10. Os valores indicam uma boa consistência interna da escala e de suas dimensões (Pestana & Gageiro, 2014). Os resultados corroboram os estudos realizados por estudos realizados por Wong & Law (2002).

Tabela 10 - Alpha de Cronbach da IE e respetivas dimensões

SEA	0,87
OEA	0,83
ROE	0,86
UOE	0,90
IE Global	0,92

No que diz respeito a cada item da escala, a média de resposta varia entre um mínimo de 4,34 e desvio padrão de 0,84 no item nº 5 “reconheço sempre as emoções dos outros pelo seu comportamento”, e uma máxima de 5,20 nos itens nº 1 “apercebo-me realmente dos meus sentimentos a maior parte do tempo” e nº 12 “incentivo-me sempre a fazer o meu melhor” com um desvio padrão de 0,81 e 0,96 respetivamente e considerando a variação da resposta entre 0 e 6 pontos.

Avaliando a escala de IE no global e suas dimensões, verifica-se uma média de IE de 77,15 e um desvio padrão de 10,03. Em relação às dimensões da escala regista-se uma média máxima de 20,39 com um desvio padrão de 2,96 na dimensão SEA e uma média mínima de 18,40 com um desvio padrão de 3,40 na dimensão UOE, ver tabela 11.

Tabela 11 - Estatísticas descritivas da IE global e dimensões

	Média	Desvio padrão
SEA	20,39	2,96
OEA	18,93	2,70
ROE	19,43	3,40
UOE	18,40	3,31
IE Global	77,15	10,03

4.2. Verificação das hipóteses formuladas

Após análise descritiva dos resultados, procedeu-se a análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica, efetuando deste modo a verificação da validade das hipóteses formuladas.

As variáveis dependentes são do tipo quantitativo mas não apresentam uma distribuição normal, pelo que foram utilizados testes não paramétricos. Foi utilizado como referência para a aceitação da hipótese nula, um nível de significância $p \leq 0,05$ em todas as hipóteses. Na análise e verificação das hipóteses formuladas recorreu-se aos testes de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis para duas amostras independentes.

H1 - Existem diferenças de IE entre os géneros e o género feminino assume valores mais elevados.

No estudo realizado podemos verificar que os enfermeiros do género masculino obtiveram valores médios mais baixos para a IE na avaliação global (masculino - 77,03 e feminino -

77,19), ver tabela 21 em anexo 5. Contudo, regista-se que existe uma grande proximidade e semelhança entre todos os valores médios obtidos a nível das dimensões da escala. Nas dimensões SEA e UOE o género masculino apresenta valores superiores ao género feminino, sendo que o inverso se verifica nas restantes duas dimensões (OEA e ROE).

Através da análise estatística da hipótese (ver tabela 12), verifica-se que as diferenças estatísticas entre os géneros não são significativas em relação à IE global ($P=0,940$), nem em relação à maior parte das suas dimensões: SEA, ROE E UOE, contudo apresenta valores com significado estatístico na dimensão OEA ($p=0,019$). Desta forma, embora os valores relativos à IE, sejam ligeiramente superiores no género masculino, não se aceita a hipótese formulada, exceto para a dimensão OEA, onde os valores são superiores para o sexo feminino e as diferenças têm significado estatístico.

Tabela 12 - Teste de Mann-Whitney relacionando o género

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Mann-Whitney	Reter H0	Reter H0	Rejeitar H0	Reter H0	Reter H0
P. value (sig.)	0,940*	0,965*	0,019*	0,979*	0,060*

* O nível de significância de 0,05

H2 - Os diversos escalões etários apresentam níveis diferentes de IE, sendo que os maiores níveis estão nos enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos.

Analisando os resultados relativos à média dos valores globais da IE, regista-se que o grupo etário com idade superior a 61 anos apresenta o valor medio de EI mais elevado (82,43), seguido do grupo etário com idades compreendidas entre os 41 e 50 anos (79,78) e do grupo etário com as idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, ver tabela 22 em anexo 5.

Através da análise estatística da hipótese, ver tabela 13, verifica-se que as diferenças estatísticas entre os grupos etários não são significativas em relação à IE global ($P=0,213$), assim como em relação a cada uma das suas dimensões, deste modo não se aceita a hipótese formulada.

Tabela 13 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando os grupos etários

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0				
P. value (sig.)	0,213*	0,694*	0,132*	0,315*	0,200*

* O nível de significância de 0,05

H3 - A IE manifestando-se em níveis superiores nos enfermeiros que apresentam estado civil de casado/união de facto.

Através da análise dos resultados relativos às médias dos valores da IE segundo o estado civil, verifica-se que o estado civil de casado/a-União de fato apresenta o valor médio de IE global mais elevado (78,15) comparado com a situação de solteiro/a (76,39) e divorciado/a-separado/a - viúvo/a (72,57), ver tabela 23 em anexo 5.

Contudo através da análise estatística da hipótese, ver tabela 14, verifica-se que as diferenças estatísticas não são significativas em relação à IE global ($P=0,164$), assim como em relação a todas as suas dimensões. Assim, os resultados não permitem aceitar a hipótese formulada.

Tabela 14 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o estado civil

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0				
P. value (sig.)	0,164*	0,248*	0,538*	0,115*	0,443*

* O nível de significância de 0,05

H4 - Os níveis de IE são superiores nos trabalhadores que apresentam habilitações académicas mais elevadas.

Através da análise das médias de IE global segundo o nível de habilitação académica, verifica-se que os enfermeiros com especialidade apresentam o valor médio mais elevado (78,83) comparado os enfermeiros que apenas possuem bacharelato ou licenciatura (76,58) e com os enfermeiros que possuem formação diferenciada como sendo Pós-graduação/Mestrado ou Doutoramento (77,09), ver tabela 24 em anexo 5.

Com base na análise de resultados dos valores da IE segundo o nível de habilitação académica, ver tabela 15, regista-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em relação à IE global ($P=0,569$), assim como em relação às suas dimensões, ver tabela em anexo. Os resultados não permitem aceitar a hipótese formulada.

Tabela 15 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a habilitação académica

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0				
P. value (sig.)	0,569*	0,655*	0,339*	0,717*	0,683*

* O nível de significância de 0,05

H5 - Os níveis de IE variam de acordo com o vínculo profissional, apresentando os contratados por tempo indeterminado níveis superiores de IE.

No estudo podemos verificar que os enfermeiros com vínculo profissional através de contrato a termo (certo ou incerto) obtiveram valores médios mais elevados para a IE global (78,47). Contudo, existe uma grande proximidade e semelhança entre todos os valores médios obtidos em todas as dimensões para as situações de contrato por tempo indeterminado e contrato a termo (certo ou incerto). Verifica-se que nas dimensões SEA, OEA e ROE os enfermeiros com contrato por tempo indeterminado apresentam valores superiores, enquanto na dimensão UOE os valores mais elevados é para a tipologia de contrato a termo (certo ou incerto), ver tabela 25 em anexo 5.

Através da análise estatística da hipótese, ver tabela 16, verifica-se que as diferenças estatísticas não são significativas em relação à IE global ($P=0,182$), contudo existem valores estatisticamente significativos em relação à dimensão OEA ($P=0,005$). Deste modo os resultados não apresentam significado estatístico, não se aceitando a hipótese formulada, exceto para a dimensão OEA, onde as diferenças têm significado estatístico.

Tabela 16 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o vínculo profissional

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0	Reter H0	Rejeitar H0	Reter H0	Reter H0
P. value (sig.)	0,182*	0,330*	0,005*	0,336*	0,619*

* O nível de significância de 0,05

H6 - A IE apresenta diferenças de acordo com tempo de serviço, tendo níveis mais elevados em enfermeiros com mais antiguidade.

No estudo realizado podemos verificar que na análise dos valores médios da IE global em relação ao tempo de serviço no exercício da profissão da enfermagem, existe uma tendência progressiva para os níveis de IE globais aumentarem com o do tempo de serviço com uma inversão dos resultados após os 25 anos de serviço, ver tabela 26 em anexo 5.

Na análise estatística da hipótese, ver tabela 17, relativa ao tempo de serviço verifica-se que as diferenças estatísticas não são significativas em relação à IE global ($P=0,246$), contudo existem resultados estatisticamente significativos em relação à dimensão SEA ($P=0,046$). Verifica-se que globalmente os resultados não apresentam significado estatístico, não se aceitando a hipótese formulada, exceto para a dimensão SEA, onde as diferenças têm significado estatístico.

Tabela 17 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o tempo de serviço

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0	Rejeitar H0	Reter H0	Reter H0	Reter H0
P. value (sig.)	0,246*	0,046*	0,392*	0,673*	0,210*

* O nível de significância de 0,05

H7 - Os níveis de IE variam de acordo com as funções desempenhadas, sendo maiores os níveis de IE nos enfermeiros com funções de gestão e de liderança.

Através da análise dos resultados relativos às médias dos valores da IE segundo a função desempenhada, verifica-se que os enfermeiros com funções de gestão e liderança apresentam os valores médios de IE mais elevados (83,43) comparado com os enfermeiros prestadores de cuidados diretos ao doente (76,62) ou com os enfermeiros que desempenham ambas as funções atrás descritas (77,73). Podemos salientar que os resultados das médias a nível das dimensões, também evidenciam a mesma tendência, ver tabela 27 em anexo 5.

Analisando os resultados estatísticos da hipótese em questão, ver tabela 18, verifica-se que as diferenças estatísticas são significativas em relação à IE global (P=0,009) para um nível de significância de 0,01, assim como também se verifica o resultado estatisticamente significativo em relação à dimensão OEA (P=0,001). Deste modo podemos aceitar a hipótese formulada no que diz respeito à IE global e de modo específico aceitar a os resultados da dimensão OEA, onde as diferenças têm significado estatístico. Podemos afirmar que os enfermeiros com funções de gestão e liderança evidenciam níveis de IE superiores.

Tabela 18 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a função desempenhada

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Rejeitar H0	Reter H0	Rejeitar H0	Reter H0	Reter H0
P. value (sig.)	0,009*	0,364*	0,001*	0,075*	0,265*

* O nível de significância de 0,01

H8 - Os valores de IE variam de acordo com a área de intervenção, sendo superiores nos enfermeiros que atuam em diversas áreas.

No estudo realizado podemos verificar que os enfermeiros com intervenção na área da deficiência intelectual obtiveram valores médios mais altos para a IE na avaliação global (79,71), seguindo-se os enfermeiros que desempenham funções em diversas áreas (77,79), ver tabela 28 em anexo 5.

Da análise estatística da hipótese em estudo, ver tabela 19, relativa à área de intervenção específica no âmbito da enfermagem de saúde mental verifica-se que as diferenças estatísticas não são significativas em relação à IE global ($P=0,180$), contudo existem resultados estatisticamente significativos em relação à dimensão UOE ($P=0,017$). Deste modo os resultados não apresentam significado estatístico, não se aceitando a hipótese formulada, exceto para a dimensão UOE, onde as diferenças têm significado estatístico.

Tabela 19 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando a área de intervenção no âmbito da saúde mental

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Kruskal-Wallis	Reter H0	Reter H0	Reter H0	Reter H0	Rejeitar H0
P. value (sig.)	0,180*	0,317*	0,536*	0,565*	0,017*

* O nível de significância de 0,05

H9 - As enfermeiras com ligação congregacional (Irmãs Hospitaleiras) apresentam maiores níveis de IE relativamente aos que estão apenas como colaboradores da instituição.

Através da análise dos resultados relativos às médias dos valores da IE das irmãs enfermeiras (membros da congregação), verifica-se que apresentam os resultados de IE mais elevados (85,75) comparado com os restantes enfermeiros(as)/colaboradores (76,83). Podemos salientar que os resultados são também consistentes em relação às dimensões da IE em análise, nas quais se evidencia a mesma tendência. Ver tabela 29 em anexo 5.

Analisando os resultados estatísticos da hipótese em questão (tabela 20), verifica-se que as diferenças estatísticas são significativas em relação ao nível de IE ($P=0,010$) para um nível de significância de 0,05. Do mesmo modo também se verificam resultados estatisticamente significativos em relação à dimensão OEA ($P=0,003$) e à dimensão UOE ($p=0,015$). Verifica-se que os resultados apresentam significado estatístico, validando deste modo a hipótese formulada. Podemos afirmar que as irmãs enfermeiras apresentam níveis de IE superiores em relação com os enfermeiros que apenas são enfermeiros com relação laboral.

Tabela 20 - Teste de Mann-Whitney relacionando a ligação institucional dos enfermeiros

	EI	SEA	OEA	ROE	UOE
Mann-Whitney	Rejeitar H0	Reter H0	Rejeitar H0	Reter H0	Rejeitar H0
P. value (sig.)	0,010*	0,122*	0,003*	0,113*	0,015*

* O nível de significância de 0,05

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como principal objetivo avaliar a IE nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, avaliar a sua relação com fatores socio demográficos, nomeadamente o género, grupo etário, estado civil, habilitação académica, relação institucional, vínculo profissional, categoria profissional, função desempenhada, tempo de serviço e área de intervenção na enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Pretende-se, realizar ao longo deste subcapítulo uma reflexão sobre os resultados obtidos, avaliando se o presente estudo cumpriu os objetivos traçados inicialmente.

A reflexão realizada é orientada com base em dois aspetos fundamentais, primeiro os resultados da análise fatorial exploratória realizada e em segundo os resultados obtidos através da estatística inferencial de modo a poder responder às hipóteses de investigação inicialmente formuladas.

O presente estudo demonstra que o WLEIS (Wong & Law, 2002) é um instrumento válido para avaliar a população de enfermeiros portugueses. Através do processo de resposta, os diversos itens da WLEIS demonstraram ser entendidos corretamente pelos enfermeiros. A estrutura e consistência interna foi analisada por meio de procedimentos estatísticos, em que os resultados correspondem aos inicialmente previstos a nível das quatro dimensões e dezasseis itens que permitiram avaliar a IE. Deste modo a análise descritiva e as características dos diversos itens que compõem a escala, confirmam que cada um é relevante para medir a IE. As dimensões são semelhantes às encontradas no modelo conceptual de Salovey & Mayer (1990). Além disso, os resultados de confiabilidade e de consistência interna do estudo (coeficiente Alpha de Cronbach da IE global= 0,92) é superior aos outros estudos de validade da WLEIS.

Fica deste modo reforçada a adequação deste instrumento a investigações posteriores que possam surgir em contexto nacional. Salientam-se os estudos realizados por Rodrigues et al. (2011) e Carvalho et al. (2016), ambos os estudos realizados com população portuguesa (engenheiros e alunos de medicina) e onde os resultados do coeficiente Alpha de Cronbach foram 0,82 e 0,81 respetivamente. Os resultados destes estudos aproximam-se com diversos estudos precedentes realizados com este instrumento, nomeadamente Devonish & Greenidge, (2010); Kim et al., (2007); Law et al., (2004); Ng et al., (2007); Wong & Law, (2002) (citados por Rodrigues et al., 2011).

Através da caracterização efetuada pela IE aos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, nomeadamente pela análise das dimensões avaliadas, verifica-se que estes evidenciam índices superiores em relação à compreensão e a regulação das suas próprias emoções, face à

compreensão das emoções dos outros ou a utilização das emoções no seu próprio desempenho.

Em relação à segunda parte desta discussão de resultados, importa salientar que no presente estudo foram formuladas 9 hipóteses de investigação:

Quanto à hipótese 1, “existem diferenças de IE entre os géneros e o género feminino assume valores mais elevados”, os testes estatísticos utilizados permitem concluir que não existem resultados estatisticamente significativos que correlacionava o género com o nível de IE. A relação entre o género e a IE, de acordo com a revisão bibliográfica realizada, nomeadamente nos estudos citados por Pope et al. (2012), é possível verificar que existem resultados que não são consistentes em relação a diferença entre géneros. Relativamente aos resultados obtidos no estudo, estes vão de encontro aos investigadores que nos seus estudos não verificam diferenças significativas entre géneros, nomeadamente no que diz respeito às médias da IE e das suas dimensões. Contudo, devemos salientar uma grande semelhança entre todos os valores médios obtidos. Importa, contudo, referir que em relação aos resultados da dimensão OEA, estes são estatisticamente significativos para o género. O que leva a concluir que o género não é um fator que influencia o nível de IE, apesar de se verificarem valores mais elevados no género feminino.

No que diz respeito à hipótese 2 “os diversos escalões etários apresentam níveis diferentes de IE, sendo que os maiores níveis estão nos enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 e 40 anos”, os resultados obtidos permitem aferir que efetivamente os níveis de IE apresentam uma tendência para aumentarem com o evoluir da idade, ou seja, chegando a registar-se um valor mais elevado no grupo etário com mais de 65 anos. Estudos anteriores revelam que existe uma relação entre a IE e a idade (Derkesen,1999), onde se regista que pessoas com mais de 30 e menos de 60 anos apresentam maiores níveis de IE. Posteriormente Dusseldorp et al (2010), não conseguiram demonstrar que os enfermeiros de saúde mental com idades compreendidas entre os 30 e 60 anos apresentavam resultados estatisticamente significativos face ao facto de terem níveis superiores de inteligência. Alves et al (2012), observou que em termos gerais com o aumentar da idade evidencia uma maior capacidade de IE, assim como também Severinsson (2001) salientou a importância da experiência profissional. Contudo nos resultados deste estudo não se verificam diferenças estatisticamente significativas pelo que podemos concluir que a idade não é um fator que influencie o nível de IE dos enfermeiros.

Relativamente à hipótese 3 “a IE varia de acordo com o estado civil, manifestando-se em níveis superiores nos enfermeiros que apresentam estado civil de casado/união de facto”. Os resultados demonstram que a os enfermeiros que apresentam uma relação partilhada através do casamento ou em união de facto apresentam níveis superiores de IE. Contudo os resultados

demonstram que não existem diferenças significativas, o que leva a concluir que o estado civil não é um fator que influencie a IE dos enfermeiros.

Quanto à hipótese 4 “existem diferenças de IE de acordo com os níveis das habilitações académicas”, regista-se a existência de diferenças nos níveis médios de IE e tendencialmente mais elevados nos enfermeiros que apresenta formação especializada e diferenciada no âmbito da enfermagem. Contudo os resultados não são estatisticamente significativos, tornando-se pertinente dizer que para a amostra em estudo, a formação académica não é um fator que influencie a IE dos enfermeiros. Esta situação pode ser justificada devido a situação de estarmos perante uma possível diferenciação entre níveis de formação muito elevados, pois todos os sujeitos avaliados incluem-se num patamar de formação académica com licenciatura ou superior. Em relação aos níveis médios de IE global, os resultados vão de encontro com os resultados de Navarro & Martínez (2012).

No que diz respeito à hipóteses 5 “os níveis de IE variam de acordo com o vínculo profissional, apresentando os contratados por tempo indeterminado níveis superiores de IE do que os restantes”, não se registam dados estatisticamente significativos, nomeadamente na relação entre a tipologia de vínculo profissional e o nível de IE, contudo verifica-se a existência de resultados significativos a nível da dimensão OEA. Através da avaliação dos resultados médios dos níveis de IE verifica-se que o vínculo profissional que demonstra maior estabilidade demonstra níveis superiores de IE. Deste modo podemos concluir que o tipo de vínculo profissional que o enfermeiro apresenta na sua relação com a entidade patronal não influencia o nível de IE. Contudo verifica-se que os valores médios da IE é sempre inferior em relação aos enfermeiros com vínculo de prestação de serviços. Neste aspeto a estabilidade contratual pode ser um fator importante no desenvolvimento das capacidades de IE.

Considerando a hipótese 6 “a IE apresenta diferenças de acordo com o estado civil, tendo níveis mais elevados em enfermeiros com mais antiguidade”, permite-nos aferir que os níveis de IE apresentam uma tendência em aumentar com a experiência profissional. Estudos já realizados indicam que pode existir um impacto a nível da IE com o tempo de serviço ou experiência profissional (Humpel & Caputti, 2011). Alves et al (2012) referiram que existe uma relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e as capacidades de IE. Os resultados obtidos neste estudo permitiram-nos concluir que existem resultados significativos a nível da dimensão SEA, mas não existem resultados com significado estatístico para a IE e para as suas restantes dimensões.

Em relação à hipótese 7 “os níveis de IE variam de acordo com as funções desempenhadas, sendo maiores os níveis de IE nos enfermeiros com funções de gestão e de liderança”, os testes utilizados permitem concluir a veracidade da hipótese que relaciona a IE ao nível das diferentes funções desempenhadas pelos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria, através de resultados estatisticamente significativos a nível da IE global e de modo mais específico na

dimensão OEA. Alves et al. (2012) considera que os enfermeiros chefes (gestão e liderança) apresentam maior capacidade de IE face aos enfermeiros especialistas (prestação de cuidados). Deste modo é possível afirmar que a função de gestão e liderança dentro da profissão de enfermagem está relacionada com a IE, acabando por estar de acordo com resultados obtidos por Law et al. (2004), que demonstram a existência uma relação clara entre a função desempenhada e a IE. Os resultados verificados encontram-se dentro de um intervalo de confiança de 99%.

Quanto à hipótese 8 “os valores de IE variam de acordo com a área de intervenção, sendo superiores nos enfermeiros que atuam em diversas áreas”, os resultados evidenciam que não existe suporte estatístico para a relação entre a IE e o âmbito da área de enfermagem de saúde mental e psiquiatria exercida, contudo regista-se a existência de resultados significativos a nível da dimensão UOE da IE. Durante o processo de revisão bibliográfica não foi possível identificar qualquer estudo com possível análise desta dimensão específica. Deste modo podemos concluir que a área de intervenção específica não é um fator que influencie a IE dos enfermeiros. Trata-se de uma variável que apesar de fazer uma distinção entre diferentes campos da enfermagem de saúde mental, estes não conseguem ser distintos na sua origem e fundamentação teórica, daí não ocorrerem diferenças significativas.

Por último, considerando a hipótese 9 “as enfermeiras com ligação congregacional (Irmãs Hospitaleiras) apresentam maiores níveis de IE relativamente aos que não estão apenas como colaboradores”, verifica-se a existência de resultados estatisticamente significativos a nível da IE e de modo mais específico a nível de duas das quatro dimensões da escala (OEA e UOE). Ambas as preposições são válidas para um intervalo de confiança de 95%. Atendendo à singularidade da amostra, pelo facto de poder incluir uma variável de formação religiosa em paralelismo com a formação académica da profissão de enfermagem, esta tornou-se numa análise muito específica, e onde os resultados obtidos nos revelam que a ligação congregacional, através da formação religiosa pode ser um fator que influencia o nível de IE no domínio do exercício da profissão de enfermagem. Estes resultados suportam a teoria de Emmons, a qual baseada nas ideias e critérios de Gardner como ponto de partida num ensaio, ele tentou provar que se pode postular a existência de uma inteligência que ele, sem meias palavras, chama de “inteligência espiritual” que estará presente e enraizada nos membros das congregações religiosas (Silva, 2001).

6. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

A IE é dos temas mais pertinentes a nível da literatura do final do século XX e início do século XXI, desta forma o objetivo do estudo passou por dar o seu contributo no enriquecimento do conceito, ao abordar a pertinência desta temática do ponto de vista organizacional. O presente estudo desenvolveu-se no âmbito do exercício da profissão de enfermagem, nomeadamente a nível da saúde mental e psiquiatria, tratando-se de um atividade que exige competências a nível de inteligência emocional, e como tal era fundamental observar a sua relação com variáveis sociodemográficas e socioprofissionais fundamentais dentro do contexto organizacional.

A enfermagem é vista como uma área com necessidades de formação impar, dotada de habilidades especiais, de modo a poder lidar no dia-a-dia com situações em que o comportamento é ajustado ao contexto situacional do exercício da profissão, o enfermeiro precisa estar consciente da sua própria capacidade de IE do ponto de vista organizacional (Alves et al., 2012).

Os resultados recolhidos, permitiram identificar um conjunto de variáveis, nas quais não se observa qualquer relação com a IE, como sendo o grupo etário, o estado civil e as habilitações académicas. Esta última apresenta a particularidade de estarmos perante um nível mínimo de formação de nível muito elevado que é requerido para o exercício profissional da enfermagem.

Surgiu também um conjunto de variáveis, as quais apesar de não apresentarem resultados significativos do ponto de vista da IE global, constata-se que estas os apresentam ao nível das dimensões que constituem a própria variável IE. A variável género e vínculo profissional, apresentam a dimensão OEA com resultados significativos, estamos perante uma dimensão que avalia a relação com o outro. A variável tempo de serviço, segundo as orientações teóricas, estaríamos perante uma situação de aumento da IE global associada ao fator experiencia, contudo, os resultados apenas demonstram que apesar das médias de IE evoluírem nesse sentido, apenas na dimensão SEA, os resultados são significativos. A dimensão em análise encontra-se associada à relação com as próprias emoções do individuo, no qual a experiencia associada aos anos de serviço apresenta-se como fator válido. A variável que relaciona a o desempenho segundo o campo de intervenção dentro da enfermagem de saúde mental também não revela resultados significativos a nível da IE global, situação que poderá estar relacionada com a indiferenciação que surge dentro de uma

área de enfermagem que em termos formativos já é muito específica. Apesar de na prática a área de intervenção ser diferenciada, estamos dentro do mesmo âmbito de formação dentro da enfermagem de saúde mental e psiquiatria.

Por último, foram revelados resultados significativos nas variáveis função desempenhada e ligação institucional. A primeira vai de encontro com os resultados que se tem vindo a desenvolver e que demonstram de forma significativa que cargos relacionados com a liderança apontam para resultados diferenciados a nível da inteligência emocional global. Por outro lado, a variável da ligação institucional torna-se aqui um fator inovador em termos de investigação. Estamos perante um nível organizacional com características peculiares. Trata-se de uma organização com profissionais de enfermagem que apresentam um fator diferenciador, a formação religiosa de alguns profissionais, que em última análise pode estar relacionada com o que muitos autores tentam demonstrar ao nível da inteligência humana, falamos do termo de “inteligência espiritual”, fruto de uma opção de vida ligada a interesses e aptidões espirituais.

Os resultados encontrados, remetem-nos para os estudos sobre a inteligência humana, nomeadamente na vertente da investigação da religiosidade humana. Podemos aqui refletir sobre a existência ou não de uma dimensão espiritual da inteligência. Podemos estabelecer uma correlação entre a religião e o próprio, com o mundo ou acontecimentos da vida. A compreensão da realidade estabelecida por esta inteligência, vem estabelecer ligações que integram as dimensões espirituais e religiosas, as motivações pessoais e as próprias emoções.

Deste modo, a definição da personalidade de cada um de nós, está diretamente associada à inteligência espiritual, nomeadamente em três dimensões referidas por Emmons (2000): dos conteúdos e sentidos; da afetividade e desenvolvimento da personalidade e das vivências ao longo da vida.

Durante o estudo sentiram-se algumas limitações, entre outras destacam-se a elevada distância entre os diversos centros da instituição religiosa estudada, situação que implicou uma relação de confiança com elementos chave para a recolha dos dados nesses centros. Outra limitação, poderá estar relacionada com a forma como os próprios participantes interpretam a pertinência do estudo na sua vida profissional ou pessoal, o que poderá influenciar o preenchimento do questionário. O interesse pela temática pode influenciar a participação e os próprios resultados do estudo, neste caso a taxa de participação face à população total foi de 53%.

Também se considera limitação o facto de se resumir o estudo a uma instituição religiosa, o que permite identificar em profundidade as relações entre as variáveis estudadas e a IE nessa instituição, mas não permite a comparação com o exercício da enfermagem em outras instituições religiosas e em instituições não religiosas, públicas ou privadas.

Com o decorrer do estudo, verificou-se que a IE é considerada um fator importante para o desempenho laboral e é encarada como um fator que pode levar a melhores resultados organizacionais. Seria assim pertinente que em estudos futuros fosse explorado a importância da IE a nível da profissão de enfermagem numa visão mais ampla e, ao mesmo tempo, comparativa ao nível dos diferentes âmbitos de intervenção. Ou seja, alargar futuros estudos a outros campos de intervenção de enfermagem. Em última análise, poder alargar-se o estudo a outras entidades prestadoras de cuidados de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. No contexto formativo da profissão de enfermagem, torna-se também fundamental desenvolver esforços no sentido de otimizar as capacidades de IE dos futuros profissionais de enfermagem no sentido de obter ganhos no ato de cuidar do outro e de si próprio.

BIBLIOGRAFIA

Afonso, A. & Nunes, C. (2010). Estatística e Probabilidades: Aplicações e Soluções em SPSS. Editora Escolar.

Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13, 164-170.

Al-Hamdan, Z., Oweidat, I., Al-Faouri, I. & Codier, E. (2017). Correlating Emotional intelligence and job performance among jordanian hospitals' registered nurses. *Nurs Forum*. 52, 12-20.

Almeida, I. & Freire, T. (1997). Metodologia da Investigação em Psicologia e educação. Coimbra. Alport.

Alves, F. (2011). A Doença Mental nem Sempre é Doença. Racionalidades Leigas sobre Saúde e Doença Mental. Porto. Edições Afrontamento.

Alves, J., Ribeiro, C. & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*. IIIª serie, Nº7, 33-42.

Anbarassan, V. & Mehta, N. K. (2010). Importance of emocional intelligence for enhancing employee´s perception on quality of working life. *Synergy*, 2, 24-42.

Bar-On, R. (1997). The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): teste emocional intelligence. Toronto: Multi-health-Systemes.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: insights from the emotional quotient inventory. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emocional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in workplace*. 363-388. San Francisco: Jossey-Bass.

Bégat, I. & Severinsson, E. (2001). Nurses reflections on episodes during their provision of care - an interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 38, 71-77.

Bisquerra, R. & Pérez, N. (2007). Las Competencias Emocionales, *Educación XXI*, Vol. 10, 61-82.

Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. En M. ÁLVAREZ y R. BISQUERRA. *Manual de orientación y tutoría*. 69-83. Barcelona: Praxis.

- Bisquerra, R. (2009). *Metodología de la Investigación Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Bitmiş, M. G., & Ergeneli, A. (2014). Emotional Intelligence: reassessing the construct validity. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 150, 1090-1094. (Acedido em 23.5.2017) <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.123>.
- Cadman, C. & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*. Vol. 9, nº 6, 321-324.
- Calapez, T., Reis, E., Melo, P. & Andrade, R. (2015). *Estatística Aplicada* -. Vol. 1, 6.ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carvalho, V., Guerrero, E., Chambel, M. & González-Rico, P. (2016). Psychometric properties of WLEIS as a measure of emotional intelligence in the Portuguese and Spanish medical students. *Evaluation and Program Planning* 58, 152-159.
- Cerit, E. & Gordeles, N. (2014). Levels of emotional intelligence of nursing students. *Int J Caring Sci*. 7, 936-45.
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Cooper, R. K. & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional Intelligence in Leadership and Organization*. New York: Advanced Intelligence Technologies LLC.
- Côté, S. & Hideg, I. (2011). The ability to influence others via emotions displays: A new dimension of emotional intelligence. *Organizational Psychology Review*, 53-71.
- Crowne, K. A. (2009). The relationships among social intelligence, emotional intelligence and cultural intelligence. *Organization Management Journal*, 148-163.
- Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano*. 9ª ed. Mem Martins: Publicações Europa America.
- Davidson, B. (2017). Emotional Intelligence in heart failure nursing. *Journal Heart & Lung* 46:338.
- Davies, D., StanKov, L. & Roberts, D. (1998). Emotional Intelligence: In search of a elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Derksen, J. J. L. (1999). *EQIQ in Nederland*, 2nd edn. Pen Tests Publisher BV, Nijmegen, the Netherlands.

Derksen, J. J. L. , Jeuken, J. & Klein-Herenbrink, A. J. M. (1997). BarOn Emotioneel Quotient Vragenlijst. PEN Psychodiagnostics, Nijmegen, the Netherlands.

Derksen, J. J. L., Kramer, I. M. A. & Katzko, M. (2002) Does a self report measure for emotional intelligence assess something different than general intelligence? *Personality and Individual Differences*, 32, 37-48.

Dias, M. (2010). Planos de Investigação. Avançando Passo a Passo. Rainho & Neves, Lda. Santa Maria da Feira, ISBN 978-989-96786-0-6.

Dingman, S., Williams, M., Fosbinder, D., & Warnik, M. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction, *Journal of Nursing Administration*, 29, 30-37.

Dusseldorp, L., Meijel, B., & Derksen, J. (2010). Emotional intelligence of mental health nurses. *J Clin Nurs*. 20, 555-562.

Efkarpidis, A., Efkarpidis, P. & Zyga, S. (2012). A study of the emotional intelligence of employees at a District Hospital of Greece. *Int J Caring Sci*. 5, 36-42.

Emmons, R. A. (2000). Is Spirituality an Intelligence? Motivation, Cognition, and the Psychology of Ultimate Concern. In: *The International Journal For The Psychology of Religion*, Volume 10, nº 1, 3-25.

Fernández-Berrocal, P., Pérez, J. C., Repetto, E., & Extremera, N. (2004). Una comparación empírica entre cinco medidas breves de inteligencia emocional percibida [An empirical comparison of five brief measures of perceived emotional intelligence]. *Proceedings of VII European Conference on Psychological Assessment*. 61.

Figueira, A. P. C. & Almeida, A. C. F. (2006). Avaliação da inteligência emocional através da entrevista semi-estruturada (Baron-EQ; Emotional Quotient Interview) In. C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, m. Gonçalves, V. ramalho. XI Conferência Internacional. 289-292. Braga: Psiquilibrios.

Fiori, M. & Antonakis, J. (2012). Selective Attention to emotional stimuli: What IQ and openness do, and emotional intelligence does not. *Intelligence*, 40, 245-254.

Fortin, M. (2003). O processo de investigação - da concepção à realização (3ª edição). Loures: Lusociência.

Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.

Freshwater, D. & Stickley, T. (2004). The heart of the art: emocional intelligence in nurse education. *Nurs Inquiry*. 11, 91-9.

Freshwater, D. (2004). Emotional intelligenc: developing emotionally literate training in mental health. *Mental Health Practice* 8, 12-15.

Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed: Multiple intelligences for the 21st century*. New York: Basic.

Gardner, H. & Hatch, T. (1989). Multiple intelligences go to school: educational implecations of the theory of the multiple intelligences. *Educational Researcher*, 18, 4-10.

Gertis, L., Derken, L., & Verbruggem, B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *American Association on Mental Retardation*. 42, 106-121.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence* 17^a ed. Maia: Círculo de Leitores.

Goleman, D. (1998). *Working With Emotional Inteligence*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (2005). *Trabalhar com inteligência emocional*. 3^a ed. Lisboa: Temas e Debates.

Goleman, D., Boyatiz, R. & McKee, A. (2003). *Os novos líderes*. Lisboa: Gravida.

Harrison, P. A, & Fopma-Loy, J.L. (2010). Reflective journal prompts: a vehicle for stimulating emotional competence in nursing. *J Nurs Educ*. 49, 644-52.

Haumonté, O. (2014). *A Vida de São Bento Menni*. Éditions du Signe. França

Hill, M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa, editora Sílabo.

Hummelvoll, J. K. & Severinsson, E. (2001b). Imperative ideals and the strenuous reality: Focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 8, 17-24.

Humpel, N. & Caputti, P. (2001). Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8, 399-403.

Irmãs Hospitaleiras. (1997). *1º Centenário- Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus em Portugal*. Idanha.

Issel, L., & Kahn, D. (1998). The economic value of caring. *Health Care Management Review*, 23, 43-53.

- Kok-Mun, Ng. et al. (2007). A Confirmatory Analysis of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale in a Sample of Internacional College Students. *Int J Adv Couselling* 29, 173-185.
- Law, S., Wong, S. & Song, J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89, 483-496.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de Ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques-Teixeira, J. (2003). Emoções: Delimitação Conceptual. *Saúde Mental*. 6, 48-54.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Siterenios, G. (2001) Emocional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*. 1, 232-42.
- Mayer, J.D.; Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. In. R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (2ª ed.). 396-420. New York: Cambridge.
- McQueen, H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 47, 101-108.
- Megens, Y. & van Meijel, B. K. G. (2006). Quality of life for long-stay patient of psychiatric hospitals: a literature study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 704-712.
- Mohamed, F. & Yousef, H. (2014). Emotional intelligence and conflict management styles among nurse managers at assiut university hospitals. *Journal of Education and Practice*. Vol 5, Nº 5, 160-165.
- Monemi, N. (2009). The relation between managers emotional intelligence and the organizational climate they create. *Public Pers Manage*. 2009; 38, 35-48.
- Navarro, M., & Martinez, M. (2012). Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional - *Revista latino-Am. Enfermagem*, nov.-dez. nº20.
- Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., et al. (2011). Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*, 86, 996-1009.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: Mc Graw-Hill.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competência do Enfermeiro de cuidados gerais. (Acedido em 20.5.2017)

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2016). Conceito de Saúde. Porto, Portugal: Afrontamento (Acedido a 18.3.2017) em <http://cemi.com.pt/2016/03/04/conceitode-saude-segundo-oms-who/Alves>,

Pais, R. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climpso Editores.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª Ed. Revista, Atualizada e Aumentada)*. Lisboa: Edições sílabo.

Petrides, V. (2010). Trait emotional intelligence theory. *Industrial and Organizational Psychology*, 3, 136-139.

Pires, D. (2009). A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Evolução da Saúde Mental*. (Acedido a 18.3.2017) <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/1.pdf>.

Polit D. & Beck C.(2011). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas, 3ª edição.

Pope, D., Roper, C. & Qualter, P. (2012). The influence of emotional intelligence on academic progress and achievement in UK university students. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 37, 907-918.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Editora Gravidia: Lisboa.

Raupp, F. & Beuren, I. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: Beuren, I. (2003). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: Teoria e prática*. 76-97. São Paulo: Atlas.

Regulamento n.º 129/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, (Acedido em 23.5.2017)

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento>

Rodrigues, N., Rebelo, T., & Coelho, J. V. (2011). Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologica*, 55, 189-207.

Rosendal, B. (1981). *The Emotional Intelligence*. Halmstad, Sverige: Edition Sellem.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*.

Salovey, P., Mayer, J. D. & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder y S. J. Lopez (Eds), *The handbook of positive psychology*. 159-171. New York: Oxford University Press.

Sequeira, P. (2013). Dissertação de mestrado - Contribuição da inteligência emocional para o sucesso escolar no contexto da formação em medicina. Repositório da Universidade da Beira Interior. Covilhã.

Serviço Nacional de Saúde (2017). Relatório da Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020.

Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and selfawareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8, 36-44.

Slaski, M., & Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance, *Stress and Health*, 19, 233-239.

Smit, K. et al. (2009). Emotional intelligence and nursing: Na integrative literature review. *Internacional Journal of Nursing Studies* 46, 1624-1636.

Sulaimen W. & Noor M. (2015). Examining the psychometric properties of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale, *Journal of Social Sciences and Humanities - Special Issue 2* 081-090, ISBN: 1823-884x. Malaysia.

Sy, T., Tram, S. & O`Hara, L., (2006). Relation of employee and manager emotional intelligence to job satisfaction and performance, *Journal of Vocational Behavior*, 68, 461-473.

Tsaousis, I. & Kasi, S. (2012). Factorial invariance and latent mean differences of scores on trait emotional intelligence across gender and age. *Personality and Individual Differences*, 2, 169-173.

Vitello-Cicciu J. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nurs Manag.* 34, 28-32.

Wong, C., & Law, D. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 13, 243-274.

www.irmashospitais.pt (Acedido em 23.5.2017).

Xavier, S., Nunes, L. & Basto, M. (2014). Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo, *Pensar Enfermagem*, Vol. 18, N.º 2.

Zohar, D. & Marshall, I. (2000). *SQ - Spiritual Intelligence, the ultimate intelligence*, Bloomsbury, London.

ANEXOS

Anexo 1. Pedido de autorização do estudo ao IIHSCJ



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Covilhã, 10 de janeiro de 2017

Exma. Senhora/,

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. na qualidade de investigador da Universidade da Beira Interior, onde me encontro a realizar o estudo de mestrado.

No âmbito do mestrado que estou a realizar na área da Gestão de Unidade de Saúde, sob a orientação do Prof. Doutor António João Santos Nunes, proponho-me estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental.

Para desenvolver esta investigação será desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do sagrado Coração de Jesus, nomeadamente nos diversos centros.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar. Serão também garantidas todas as diligências relacionadas com pedidos de autorização junto de cada centro.

Gostaria de poder contar com a colaboração do Instituto para este estudo. Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em explicar, de forma mais detalhada, este estudo. Disponibilizo o documento com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P^o investigador)

A handwritten signature in blue ink that reads "Marco Paulo da Costa Martins".

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt ; marco.pcm@hotm.com ; 963191360.

Anexo 2. Declaração de consentimento informado

Consentimento informado

Eu, _____(nome), portador do
BI/CC n.º _____, residente em
_____ concordo em participar no

estudo com o **tema "Inteligência emocional nos enfermeiros em saúde mental e psiquiatria"**, realizado por *Marco Paulo da Costa Martins*, que tem como objetivos: identificar e avaliar a correlação dos fatores sociodemográficos com as dimensões de inteligência emocional nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria.

Depois de me ter sido dado a conhecer em detalhe este estudo e devidamente explicados os seus objetivos concordo em preencher os instrumentos necessários para o seu desenvolvimento:

- (Questionário: 1ª parte – características sociodemográficas e 2ª parte – Wong and Low Intelligence Emotional Scale)

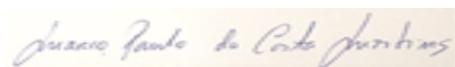
Fui informado e estou consciente que:

- Tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;
- Será completamente salvaguardado o meu anonimato e nenhum dado identificativo será divulgado;
- Os dados recolhidos da minha situação atual serão incorporados nos resultados globais do estudo e poderão ser publicados ou apresentados pela equipa de investigação para os fins a que este estudo se destina;
- Sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;
- Este documento será conservado de forma segura pela equipa de investigação e será destruído no fim do estudo.

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura do participante

Assinatura do investigador



Anexo 3. Pedidos de autorização do estudo às direções dos 12 centros hospitalares



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde Bento Menni

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde Bento Menni a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “*protocolo*” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos: enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcm@hotm.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde Câmara Pestana

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde Câmara Pestana a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcmm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde da Idanha

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde da Idanha a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcomm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde do Bom Jesus

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde do Bom Jesus a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcm@hotm.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde do Espírito Santo

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde do Espírito Santo a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcmm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde Nossa Senhora da Conceição a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcmm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde Rainha Santa Isabel

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde Rainha Santa Isabel a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcomm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Casa de Saúde Santa Rosa de Lima

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Casa de Saúde Santa Rosa de Lima a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcmm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

**Diretor(a) do Centro de Reabilitação Psicopedagógica da
Sagrada Família – S. Roque**

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção do Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família – S. Roque a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos: enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcm@hotm.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) do Centro de Recuperação de Menores

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção do Centro de Recuperação de Menores a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcmm@hotmail.com; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção do Centro Psicogeriátrico Nossa Senhora de Fátima a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P’lo investigador)

Contactos: enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt ; marco.pcomm@hotmail.com ; 963191360



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

Ex.mo(a) Senhor(a)

Diretor(a) da Clínica Psiquiátrica S. José

Covilhã, 10 de maio de 2017

Eu, Marco Paulo da Costa Martins, enfermeiro chefe na Casa de Saúde Bento Menni, dirijo-me a V. Exa. no âmbito do estudo de investigação integrado no Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde da Universidade da Beira Interior, sob a orientação do Professor Coordenador Doutor António João Santos Nunes. Proponho-me a estudar a inteligência emocional no contexto de profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito a enfermeiros cuidadores em saúde mental e psiquiatria.

Para desenvolver esta investigação foi desenvolvido um instrumento de avaliação (questionário) com o objetivo de ser aplicado aos enfermeiros dos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

Após o pedido realizado junto da Direção do Instituto, venho solicitar junto da Direção da Clínica Psiquiátrica S. José a colaboração para a realização deste estudo.

Neste sentido, e para uma melhor apreciação da investigação e da colaboração solicitada, terei todo o gosto em prestar todo e qualquer tipo de esclarecimentos. Disponibilizo os seguintes documentos: “protocolo” com a descrição dos objetivos e procedimentos do estudo, instrumento de recolha de dados “questionário” e aprovação do estudo efetuada junto da Direção do Instituto.

Aos participantes desta investigação fica garantido o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados, bem como, se previamente solicitado, o envio por correio eletrónico, após conclusão, de um exemplar.

Após aprovação por parte da Direção do Centro e de modo agilizar o processo de aplicação e recolha do questionário, farei diligências junto da Direção de Enfermagem.

Desde já grato pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

(P'lo investigador)

Contactos:

enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt; marco.pcm@gmail.com; 963191360

Anexo 4. Questionário

“Inteligência emocional dos enfermeiros em saúde mental”

Enfermeiro Marco Paulo da Costa Martins

Professor Coordenador Doutor António Nunes

Este questionário pretende recolher informação sobre a inteligência emocional nos enfermeiros a desenvolver cuidados de enfermagem em saúde mental nos diversos centros do Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus.

O presente estudo decorre no âmbito da dissertação de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior.

O preenchimento do questionário terá uma duração aproximada de 10 minutos.

Fazemos notar que todas as respostas serão de natureza confidencial e anónima.

A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem qualquer consequência, mas a sua colaboração é fundamental.

Caso tenha alguma questão relativa ao seu preenchimento por favor contacte: Marco Paulo da Costa Martins, enf.chefe.csbm@irmashospitaleiras.pt, marco.pcomm@hotmail.com ou através do contacto móvel 963191360.

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

As perguntas serão respondidas, assinalando uma cruz (X) no referente à sua resposta.

Parte 1 - Características sociodemográficas

As questões que se seguem têm a finalidade de recolher os seus dados pessoais, profissionais e académicos.

Género:	Masculino	<input type="checkbox"/>
	Feminino	<input type="checkbox"/>
Data de Nascimento:	___ / ___ / _____	
Grupo etário:	21 aos 30 anos	<input type="checkbox"/>
	31 aos 40 anos	<input type="checkbox"/>
	41 aos 50 anos	<input type="checkbox"/>
	51 aos 60 anos	<input type="checkbox"/>
	> a 61 anos	<input type="checkbox"/>
Estado civil:	Solteiro/a	<input type="checkbox"/>
	Casado/a - União de facto	<input type="checkbox"/>
	Divorciado/a - Separado/a - Viúvo/a	<input type="checkbox"/>

Habilitação académica de enfermagem:	Bacharelato/Licenciatura	<input type="checkbox"/>
	Especialidade	<input type="checkbox"/>
	Pós-graduação/Mestrado/Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Vínculo profissional:	Contrato por termo indeterminado	<input type="checkbox"/>
	Contrato a termo (certo ou incerto)	<input type="checkbox"/>
	Prestador de serviços	<input type="checkbox"/>
Categoria profissional	Enfermeiro/a	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro/a Especialista	<input type="checkbox"/>
	Enfermeiro/a Chefe - Supervisor - Diretor	<input type="checkbox"/>
Funções desempenhadas:	Gestão/Liderança	<input type="checkbox"/>
	Prestação de cuidados	<input type="checkbox"/>
	Ambas	<input type="checkbox"/>
Tempo de serviço:	< 5 anos	<input type="checkbox"/>
	>5 até < 15 anos	<input type="checkbox"/>
	> 15 até < 25 anos	<input type="checkbox"/>
	> a 25 anos	<input type="checkbox"/>
Área de intervenção:	Deficiência Intelectual	<input type="checkbox"/>
	Psicogeriatria/Gerontopsiquiatria	<input type="checkbox"/>
	Psiquiatria	<input type="checkbox"/>
	Diversas	<input type="checkbox"/>
Ligação Institucional:	Colaborador	<input type="checkbox"/>
	Membro da congregação (Irmã)	<input type="checkbox"/>
Local de trabalho:	Casa de Saúde Bom Jesus - Braga	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde Bento Menni - Guarda	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde Rainha Santa Isabel - Condeixa	<input type="checkbox"/>
	Centro de recuperação de Menores - Assumar	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde de Idanha - Belas	<input type="checkbox"/>
	Centro Psicogeriátrico N. Sra. de Fátima - Parede	<input type="checkbox"/>
	Clínica Psiquiátrica São José - Lisboa	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde Santa Rosa de Lima - Belas	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde do Espírito Santo - Angra do Heroísmo, Açores	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde N. Sra. da Conceição - Ponta Delgada, Açores	<input type="checkbox"/>
	Casa de Saúde Câmara Pestana -Funchal, Madeira	<input type="checkbox"/>
	Centro de R. Psicopedagógica S. Família - São Roque, Madeira	<input type="checkbox"/>

Parte 2 – Mensuração da inteligência emocional (questionário WLEIS – Tradução/Adaptação da escala original Wang and Law Emotional Intelligence Scale).

Nas questões seguintes deverá pensar em si próprio e escolher a afirmação que melhor o descreve. Posteriormente deve assinalar com um X no número que melhor reflete o seu grau de concordância com cada afirmação utilizando a chave de resposta que se segue e que vai de 0 – Nunca até 6 – Sempre/Todos os dias.

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

Obrigado pela sua disponibilidade.

Anexo 5. Tabelas de estatística descritiva

Tabela 21 - Estatísticas descritivas relativas ao género

IE/Componentes	Género	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Masculino	59	20,39	2,92
	Feminino	166	20,39	2,99
OEA	Masculino	59	18,27	2,78
	Feminino	166	19,16	2,64
ROE	Masculino	59	19,37	3,57
	Feminino	166	19,45	3,35
UOE	Masculino	59	19	3,33
	Feminino	166	18,19	3,29
IE Global	Masculino	59	77,03	9,94
	Feminino	166	77,19	10,09

Tabela 22 - Estatísticas descritivas relativas ao grupo etário

IE/Componentes	Grupo etário	N	Média	Desvio Padrão
SEA	21 - 30 anos	104	20,13	3,16
	31 - 40 anos	70	20,36	2,85
	41 - 50 anos	36	21,06	2,44
	51 - 60 anos	8	20,37	3,58
	> 60 anos	7	21	2,83
OEA	21 - 30 anos	104	18,47	2,69
	31 - 40 anos	70	19,33	2,34
	41 - 50 anos	36	19,5	2,62
	51 - 60 anos	8	17,87	4,64
	> 60 anos	7	20	3,06
ROE	21 - 30 anos	104	19,26	3,4
	31 - 40 anos	70	19,4	3,3
	41 - 50 anos	36	20,22	2,71
	51 - 60 anos	8	16,87	6,1
	> 60 anos	7	21,14	2,27
UOE	21 - 30 anos	104	17,9	3,52
	31 - 40 anos	70	18,63	2,97
	41 - 50 anos	36	19	2,92
	51 - 60 anos	8	18,62	4,98
	> 60 anos	7	20,29	2,29
IE Global	21 - 30 anos	104	75,77	10,54
	31 - 40 anos	70	77,71	9,09
	41 - 50 anos	36	79,78	8,23
	51 - 60 anos	8	73,75	15,52
	> 60 anos	7	82,42	9,71

Tabela 23 - Estatísticas descritivas relativas ao estado civil

IE/Componentes	Estado civil	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Solteiro/a	106	20,07	3
	Casado/a	112	20,7	2,89
	Divorciado/a - Separado/ - viúvo/a	7	20,29	3,15
OEA	Solteiro/a	106	18,82	2,67
	Casado/a	112	19,11	2,59
	Divorciado/a - Separado/ - viúvo/a	7	17,57	4,54
ROE	Solteiro/a	106	19,4	3,08
	Casado/a	112	19,67	3,44
	Divorciado/a - Separado/ - viúvo/a	7	16,14	5,76
UOE	Solteiro/a	106	18,11	3,4
	Casado/a	112	18,67	3,22
	Divorciado/a - Separado/ - viúvo/a	7	18,57	3,55
IE Global	Solteiro/a	106	76,4	10,07
	Casado/a	112	78,15	9,85
	Divorciado/a - Separado/ - viúvo/a	7	72,57	11,33

Tabela 24 - Estatísticas descritivas relativas à habilitação académica

IE/Componentes	Habilitação académica	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Bacharelato - Licenciatura	118	20,22	3,11
	Especialidade	42	20,88	2,44
	Pós-graduação/Mestrado/ Doutoramento	65	20,37	2,98
OEA	Bacharelato - Licenciatura	118	18,77	2,75
	Especialidade	42	19,45	2,67
	Pós-graduação/Mestrado/ Doutoramento	65	18,89	2,63
ROE	Bacharelato - Licenciatura	118	19,24	3,5
	Especialidade	42	19,71	3,58
	Pós-graduação/Mestrado/ Doutoramento	65	19,6	3,12
UOE	Bacharelato - Licenciatura	118	18,36	3,46
	Especialidade	42	18,79	3,1
	Pós-graduação/Mestrado/ Doutoramento	65	18,23	3,19
IE Global	Bacharelato - Licenciatura	118	76,58	10,32
	Especialidade	42	78,83	9,34
	Pós-graduação/Mestrado/ Doutoramento	65	77,09	9,94

Tabela 25 - Estatísticas descritivas relativas ao vínculo profissional

IE/Componentes	Vínculo profissional	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Contrato por tempo indeterminado	138	20,59	2,73
	Contrato a termo (certo ou incerto)	19	20,58	3,32
	Prestação de serviços	68	19,93	3,27
OEA	Contrato por tempo indeterminado	138	19,34	2,48
	Contrato a termo (certo ou incerto)	19	19,16	2,73
	Prestação de serviços	68	18,03	2,93
ROE	Contrato por tempo indeterminado	138	19,65	3,27
	Contrato a termo (certo ou incerto)	19	19,53	3,92
	Prestação de serviços	68	18,96	3,5
UOE	Contrato por tempo indeterminado	138	18,29	3,11
	Contrato a termo (certo ou incerto)	19	19,21	3,36
	Prestação de serviços	68	18,41	3,68
IE Global	Contrato por tempo indeterminado	138	77,87	9,32
	Contrato a termo (certo ou incerto)	19	78,47	11,67
	Prestação de serviços	68	75,32	10,81

Tabela 26 - Estatísticas descritivas relativas ao tempo de serviço

IE/Componentes	Tempo de serviço	N	Média	Desvio Padrão
SEA	< 5 anos	96	19,96	3,23
	> 5 até < 15 anos	91	20,49	2,72
	> 15 até < 25 anos	30	21,73	1,8
	> 25 anos	8	19,25	4,17
OEA	< 5 anos	96	18,62	2,81
	> 5 até < 15 anos	91	19,12	2,36
	> 15 até < 25 anos	30	19,27	2,85
	> 25 anos	8	19,12	4,26
ROE	< 5 anos	96	19,37	3,34
	> 5 até < 15 anos	91	19,34	3,31
	> 15 até < 25 anos	30	19,9	3,73
	> 25 anos	8	19,37	4,24
UOE	< 5 anos	96	18,06	3,7
	> 5 até < 15 anos	91	18,34	3
	> 15 até < 25 anos	30	19,47	2,67
	> 25 anos	8	19,25	3,45
IE Global	< 5 anos	96	76,02	12,24
	> 5 até < 15 anos	91	77,3	8,65
	> 15 até < 25 anos	30	80,37	7,77
	> 25 anos	8	77	15,08

Tabela 27 - Estatísticas descritivas relativas à função desempenhada

IE/Componentes	Função desempenhada	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Gestão/Liderança	14	21,29	2,02
	Prestação de cuidados	189	20,27	3
	Ambas	22	20,82	3,08
OEA	Gestão/Liderança	14	21,29	1,54
	Prestação de cuidados	189	18,7	2,73
	Ambas	22	19,37	2,34
ROE	Gestão/Liderança	14	21,21	2,55
	Prestação de cuidados	189	19,32	3,37
	Ambas	22	19,22	3,91
UOE	Gestão/Liderança	14	19,64	2,31
	Prestação de cuidados	189	18,32	3,35
	Ambas	22	18,32	3,46
IE Global	Gestão/Liderança	14	83,43	6,91
	Prestação de cuidados	189	76,62	9,94
	Ambas	22	77,73	11,34

Tabela 28 - Estatísticas descritivas relativas à área de intervenção

IE/Componentes	Vínculo profissional	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Deficiência intelectual	21	21,52	2,14
	Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria	76	20,24	2,94
	Psiquiatria	36	20,11	2,9
	Diversas	92	20,36	3,13
OEA	Deficiência intelectual	21	19,24	2,21
	Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria	76	18,64	2,67
	Psiquiatria	36	19	2,32
	Diversas	92	19,07	2,98
ROE	Deficiência intelectual	21	19,9	3,08
	Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria	76	19,41	2,91
	Psiquiatria	36	18,83	3,81
	Diversas	92	19,58	3,68
UOE	Deficiência intelectual	21	19,05	2,71
	Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria	76	17,49	3,43
	Psiquiatria	36	18,53	3,53
	Diversas	92	18,94	3,12
IE Global	Deficiência intelectual	21	79,71	6,25
	Psicogeriatrica/Gerontopsiquiatria	76	75,78	9,84
	Psiquiatria	36	76,44	10,84
	Diversas	92	77,97	10,48

Tabela 29 - Estatísticas descritivas relativas à ligação institucional

IE/Componentes	Ligação institucional	N	Média	Desvio Padrão
SEA	Colaborador	217	20,33	2,97
	Membro da congregação (Irmã)	8	22	2
OEA	Colaborador	217	18,83	2,69
	Membro da congregação (Irmã)	8	21,5	1,31
ROE	Colaborador	217	19,36	3,42
	Membro da congregação (Irmã)	8	21,25	2,38
UOE	Colaborador	217	18,31	3,31
	Membro da congregação (Irmã)	8	21	2,14
IE Global	Colaborador	217	76,83	10,01
	Membro da congregação (Irmã)	8	85,75	6,32

Tabela 30 - Estatística descritiva relativa ao local de trabalho

Centro	N	%
Casa de Saúde Bom Jesus- Braga	40	17,8
Casa de Saúde Bento Menni - Guarda	15	6,7
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel - Condeixa	30	13,3
Centro de Recuperação de Menores - Assumar	11	4,9
Casa de Saúde de Idanha - Belas	32	14,2
Centro Psicogeriatrico N. Sra. de Fátima - Parede	11	4,9
Clínica Psiquiátrica São José - Lisboa	12	5,3
Casa de Saúde Santa Rosa de Lima - Belas	7	3,1
Casa de Saúde do Espírito Santo - Angra de Heroísmo, Açores	20	8,9
Casa de Saúde N. Sra. da Conceição - Ponta Delgada, Açores	7	3,1
Casa de Saúde Câmara Pestana - Funchal, Madeira	34	15,1
Centro de R. Psicopedagógica S. Família - São Roque, Madeira	6	2,7
Total	225	100

Tabela 31 - Estatística descritiva relativa às questões da Escala IE de Wong e Law

	Média	Desvio Padrão	N
Apercebo-me realmente dos meus sentimentos a maior parte do tempo.	5,20	0,81	225
Compreendo as minhas emoções.	5,03	0,82	225
Realmente percebo o que sinto.	4,99	0,91	225
Sei sempre se sou ou não feliz.	5,17	0,93	225
Reconheço sempre as emoções dos outros pelo seu comportamento.	4,34	0,84	225
Sou um bom observador/a das emoções dos outros.	4,71	0,81	225
Sou sensível aos sentimentos e emoções dos outros.	5,11	0,82	225
Compreendo as emoções dos que me rodeiam.	4,77	0,84	225
Defino sempre metas para mim mesmo/a e depois tento alcançá-las.	4,92	0,90	225
Sempre digo a mim mesmo/a que sou uma pessoa competente.	4,59	1,12	225
Sou uma pessoa auto-motivada.	4,72	1,06	225
Incentivo-me sempre a fazer o meu melhor.	5,20	0,96	225
Consigo controlar o meu temperamento para lidar com as minhas dificuldades.	4,69	0,88	225
Sou perfeitamente capaz de controlar as minhas próprias emoções.	4,53	0,96	225
Posso acalmar-me rapidamente quando estou muito irritado/a.	4,56	0,97	225
Tenho um bom controle das minhas emoções.	4,63	0,93	225