



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

MESTRADO DE PSICOLOGIA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E ASSERTIVIDADE NOS
ENFERMEIROS

Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia –
Psicologia da Saúde

ALEXANDRA MONGE GODINHO COSTA

Faro, 2009



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

MESTRADO DE PSICOLOGIA NA ÁREA DE
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E ASSERTIVIDADE NOS
ENFERMEIROS

Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia –
Psicologia da Saúde

ALEXANDRA MONGE GODINHO COSTA

Dissertação orientada por: Professor Doutor Saúl Neves de Jesus

Faro, 2009

A grandeza de uma profissão é talvez,
antes de tudo, unir os homens: não há
senão um verdadeiro luxo e esse é o
das relações humanas.

Antoine de Saint-Exupéry

Dedicatória

Aos profissionais de saúde, enfermeiros ou não, que se motivam e preservam a sua vontade, que controlam as suas pulsões, que regulam o humor, que são empáticos e que evitam que o stress lhes interrompa o pensamento apesar das intempéries do dia a dia.

Aos enfermeiros que com emoção cuidam dos seus utentes.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Saúl Neves de Jesus, pela motivação, orientação e partilha de conhecimentos durante a realização deste estudo.

Aos Conselhos de Administração dos Hospitais onde teve lugar esta investigação (Beja, Évora, Litoral Alentejano e Faro).

Aos Enfermeiros Chefes pela colaboração na distribuição e recolha dos questionários.

A todos os Enfermeiros que directa ou indirectamente participaram neste estudo e tornaram possível a sua concretização.

Ao Doutor Cesário Almeida e à Doutora Ana Dionísio pela ajuda preciosa e ensinamento no tratamento e análise estatística.

Aos colegas de serviço, pela emotividade e disponibilidade demonstrada.

Ao Davide e à Sofia por tudo aquilo que representam para mim e pelo tempo que não lhes dediquei.

A todos o meu muito obrigado.

RESUMO

A temática da Inteligência Emocional e da Assertividade tem sido essencialmente tratada pela psicologia, no entanto as escassas investigações recentes na área de enfermagem a par da nossa experiência na prática do cuidar, das reflexões e pesquisas efectuadas, levou-nos a compreender que as emoções, e tudo aquilo que sentimos, têm uma especial importância na interacção humana do cuidar (Diogo, 2006).

O presente estudo de carácter descritivo, exploratório e correlacional baseado numa metodologia do tipo quantitativo, procura compreender a existência de relação ou não relação entre a Inteligência Emocional e a Assertividade nos Enfermeiros.

A amostra é de conveniência e compreende 176 enfermeiros que desempenham funções em instituições hospitalares (Beja, Évora, Litoral Alentejano e Faro).

O alicerce teórico do estudo foi suportado pelo quadro conceptual que definimos através da revisão bibliográfica efectuada, que permitiu definir as hipóteses de estudo.

Os resultados obtidos verificam a existência de relação positiva e significativa entre as capacidades da IE entre si e estas com a adopção de comportamentos assertivos, sendo que a correlação mais forte é relativa à capacidade Auto-Consciência com a Auto-Motivação.

As sub-escalas que compõem quer a escala de Inteligência Emocional como a escala de avaliação de Comportamentos Assertivos, reflectem boas características psicométricas, à semelhança do que foi verificado em estudos anteriores (Branco, 2004; Vilela, 2006; Amaro, 2006; Gregório, 2007; Agostinho, 2008).

Os Enfermeiros da nossa amostra, segundo a sua percepção revelaram-se frequentemente Inteligentes Emocionalmente, no entanto dissecando cada uma das

capacidades, constatou-se que pouco frequentemente apresentam capacidade para gerir as suas emoções.

Relativamente à influência das variáveis sócio-demográficas sobre as capacidades da IE e sobre a adopção de comportamentos assertivos (assertividade), verificámos não existir relação entre estas e os dois constructos.

Palavras Chave: Enfermagem, Inteligência Emocional, Assertividade, Cuidar

ABSTRACT

The thematic of Emotional Intelligence and Assertiveness has been essentially dealt by Psychology, however recent scarce investigations in the Nursing area in parallel with our experience in the exercise of caring, the reflexions and searchings carried out, made us to understand that emotions, and everything we feel, have a special meaning in the human interaction of caring (Diogo, 2006).

This study has a descriptive, exploratory and correlating character based upon a methodology of the quantitative type, it searches to understand the existence of the relation or the nonrelation between the Emotional Intelligence and the Assertiveness among nurses.

The sample is convenient and includes 176 nurses who accomplish services in hospitalar institutions (Beja, Évora, Litoral Alentejano and Faro).

The theoretical basis of the study was sustained by the conceptual frame which was defined through the bibliographic revision, and allowed to define the study hypothesis.

The results obtained confirm the existence of positive and significative relation between the Emotional Intelligence capacities among themselves and from these with the adoption of assertive behaviours, being that the strongest co-relation is relative to the Self-Conscience with Self-Motivation.

The sub-scales that compose both the Emotional Intelligence and the Assertive Behaviours, reveal (disclose) good psychometric features, as it was confirmed in former studies (Branco, 2004; Vilela, 2006; Amaro, 2006; Gregório, 2007; Agostinho, 2008).

The nurses of our sample according to their understanding generally revealed Emotionally Intelligent, however dissecting each one of their own capacities, it was realized that they rarely present capacity to deal with their own emotions.

Relating the influence of the socio-demographic variables about the Emotional Intellinence is about the adoption of assertive behaviours (Assertiveness), we realize that it doesn't exist no relation amont these and the two constructs.

Key words: Nursing, Emotional Intelligence, Assertiveness, Caring

ABREVIATURAS

IE – Inteligência Emocional

QI – Quociente de Inteligência

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
CAPITULO 1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	22
1.1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	23
1.2 - EMOÇÃO VERSUS COGNIÇÃO.....	26
1.3 - MODELOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	28
1.3.1- MODELO DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS DE GARDNER.....	29
1.3.2 - MODELO DE INTELIGÊNCIA DE MAYER E SALOVEY.....	29
1.3.3 - MODELO DE INTELIGÊNCIA DE BAR-ON.....	31
1.3.4 - MODELO DE INTELIGÊNCIA DE GOLEMAN.....	32
1.4 - CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	35
1.4.1- AUTO-CONSCIÊNCIA.....	36
1.4.2 - GESTÃO DAS EMOÇÕES.....	38
1.4.3 - AUTO-MOTIVAÇÃO.....	39
1.4.4 - EMPATIA.....	40
1.4.5 - COMPETÊNCIAS SOCIAIS.....	42
CAPITULO 2 – ASSERTIVIDADE.....	43
2.1 - COMPORTAMENTOS COMUNICACIONAIS.....	46
2.1.1 - COMPORTAMENTO AGRESSIVO.....	46
2.1.2 - COMPORTAMENTO PASSIVO.....	48
2.1.3 – COMPORTAMENTO ASSERTIVO.....	49
2.2 - COMUNICAÇÃO ASSERTIVA EM ENFERMAGEM.....	50
2.2.1- Componentes Não Verbais da Comunicação Assertiva.....	52
2.2.2- Componentes Verbais da Comunicação Assertiva.....	55
CAPITULO 3 – A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO.....	57
3.1 - CONCEITO DE ENFERMAGEM.....	58
3.1.1- Abordagem ao Mundo do Cuidar em Enfermagem.....	59
3.2 – PERIODO PARADIGMÁTICO DA ENFERMAGEM.....	62
3.2.1- Paradigma da Categorização.....	62
3.2.2- Paradigma da Integração.....	64

3.2.3- Paradigma da Transformação.....	65
3.3- INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E ASSERTIVIDADE NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	68
3.4 - RELAÇÕES INTERPESSOAIS EM ENFERMAGEM.....	70
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....	77
CAPITULO 4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	78
4.1- DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	80
4.2 - HIPÓTESES.....	81
4.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	82
4.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	83
4.5- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	84
4.5.1-Questionário Sócio-Demográfico.....	85
4.5.2-Escala das Capacidades da Inteligência Emocional.....	85
4.5.3-Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos.....	87
4.6- PROCEDIMENTOS NA INVESTIGAÇÃO.....	88
CAPITULO 5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	90
5.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	92
5-2- ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS/COMPARAÇÃO COM ESTUDOS ANTERIORES.....	94
5.2.1-Inteligência Emocional.....	94
5.2.2- Comportamentos Assertivos do Enfermeiro.....	97
5.3- ANÁLISE DESCRITIVA DOS VALORES DAS VARIÁVEIS.....	98
5.4- TESTES DE HIPÓTESES.....	101
6- CONCLUSÕES DO ESTUDO.....	109
BIBLIOGRAFIA.....	116
ANEXOS	123
Anexo I – Pedido de autorização para realização do estudo nas instituições.....	
Anexo II – Instrumentos de colheita de dados.....	

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey, (1997).....	30
Quadro 2 – Modelo de Competência Emocional de Bar-On (1997).....	32
Quadro 3 – As cinco capacidades de Inteligência Emocional de Goleman (1997)	33
Quadro 4 – Os cinco blocos de competências de inteligência emocional, Goleman (1999).....	34
Quadro 5 – Os cinco blocos de competências de Inteligência Emocional (Goleman, Boyatzis, Mckee, 2002).....	35
Quadro 6 – Itens invertidos na Escala das Capacidades da Inteligência Emocional.....	86

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de factores extraídos e Alfa de Cronbach obtidos nos estudos de Veiga Branco (2005), Vilela (2006), Gregório (2007), Agostinho (2008) e no presente estudo para a Inteligência Emocional e por cada uma das capacidades.....	97
Tabela 2 – Alfa de Cronbach obtidos nas sub-escalas A e B e no total da escala de avaliação de Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros, comparando com o estudo de Amaro, 2006.....	98
Tabela 3 – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas Sub-escalas A e B de avaliação de comportamentos assertivos do Enfermeiro e no seu total e em cada uma das Capacidades de Inteligência Emocional e no seu total.....	99
Tabela 4 – Resultados obtidos da análise da correlação entre as capacidades da IE entre si.....	102
Tabela 5 – Resultados obtidos da análise da correlação entre a IE e a adopção de comportamentos assertivos.....	103
Tabela 6 – Influência do Género sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA One-way.....	104
Tabela 7 – Influência do Género sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way.....	105
Tabela 8 – Influência do Estado Civil sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA one-way.....	105
Tabela 9 – Influência do Estado Civil sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way.....	106
Tabela 10 – Influência das habilitações literárias/profissionais sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA one-way.....	106
Tabela 11 – Influência das habilitações literárias/profissionais sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way.....	107
Tabela 12 – Influência da idade sobre as capacidades da IE e total da escala através da regressão linear	107
Tabela 13 – Influência da idade sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da regressão linear	107
Tabela 14 – Influência do tempo de serviço sobre as capacidades da IE e total da escala através da regressão linear.....	108
Tabela 15 – Influência do tempo de serviço sobre a adopção de comportamentos	108

INTRODUÇÃO

Em enfermagem, as emoções assumem particular importância, pois sendo considerada uma profissão de relação, humanista, o desempenho profissional está directamente relacionado com a capacidade das pessoas reconhecerem e controlarem as suas emoções. As competências técnicas, muito valorizadas pelas instituições de saúde, escolas de enfermagem e até utentes, que apelidam de “bom enfermeiro” aquele que com mais perícia e rapidez manuseia os instrumentos de trabalho, deram lugar a uma vertente emocional. Não há muito tempo que se acreditava que as emoções prejudicavam o trabalho, sendo uma influência negativa. Recordamos ainda o período de ensino clínico de enfermagem, onde em termos de avaliação se dava ênfase à vertente tecnicista e ao distanciamento emocional. Parafraseando Damásio:

“Ao longo da maior parte do século XX, a emoção não foi digna de crédito nos laboratórios. Era demasiado subjectiva, dizia-se. Era demasiado fugidia e vaga. Estava no pólo oposto da razão, indubitavelmente a mais excelente capacidade humana, e a razão era encarada como totalmente independente da emoção...A emoção não era racional, e estudá-la também não era” (2000:59).

Actualmente, o sucesso pessoal e profissional não depende apenas do Quociente de Inteligência, mas sim da capacidade de comunicar, da adaptação à mudança, da empatia, da autoconfiança, do autodomínio, etc. Na realidade, na enfermagem e noutras profissões de ajuda, a inteligência cognitiva e a perícia técnica, não são suficientes para uma actividade profissional em que as relações interpessoais são o cerne da prática de cuidados. Evidentemente, será necessário desenvolver determinadas capacidades, como a criatividade, a flexibilidade, a assertividade, o espírito de inter-ajuda e o saber estar (Goleman, 2000,2003; Salovey, Mayer e Caruso, 2002).

A nível organizacional, os “novos” líderes cada vez mais se preocupam com a relação existente entre as pessoas e a organização, o que revela o crescente interesse pela área das emoções, sentimentos e conseqüentemente comportamentos inerentes assim como a consciencialização de que o motor das organizações são as pessoas.

A inteligência emocional, não sendo um conceito recente, pois desde a década de 90 tem sido alvo de pesquisas, principalmente pela psicologia, a sua percepção por parte dos profissionais de saúde parece ser ainda escassa. Destaca-se Peter Salovey e Jonh Mayer como os preconizadores de estudos científicos acerca desta temática. No entanto foi Goleman quem estruturou o conceito de inteligência emocional ao publicar em 1995 o livro “Inteligência Emocional”, no qual apresenta uma abordagem científica deste conceito, defendendo que a dimensão emocional influencia e inteligência.

Assim para Goleman, a inteligência emocional é a “ capacidade da pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; controlar os impulsos e adiar a recompensa, de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e ter esperança” (1997).

Partindo do princípio que a enfermagem na sua prática de cuidar se rege pela relação que estabelece com o utente e equipa multidisciplinar, sendo esta carregada de emoções e sentimentos traduzidos muitas vezes em sofrimento, podemos considerá-la uma profissão vulnerável ao stress, tal como foi referido em variadas investigações. A este propósito cabe realçar Hélio de Jesus (2006) ao fazer referência a Caruso, defendendo que “ a inteligência emocional é especialmente importante para as profissões que nos põem em contacto com outras pessoas, nos fazem trabalhar informalmente em equipas ou requerem empatia e compreensão de outro... sem inteligência emocional a profissão pode tornar-se difícil, mas podemos aprende-la. Da lista de profissões apresentadas por Caruso, a enfermagem é uma das que mais requer inteligência emocional” (1999:121).

Sendo a Enfermagem, "gente que cuida de gente", no centro da sua intervenção está o ser humano, daí que os aspectos relacionais se assumam como fundamentais na actividade do enfermeiro (Horta, 1979). A este propósito cabe realçar que o paradigma humanista pressupõe por parte dos profissionais, um leque de conhecimentos na área do relacionamento e da competência emocional.

Nomeadamente, a este respeito a comunicação assume um papel relevante no quotidiano do enfermeiro, pois tal como referem Atkinson e Murray "mais de 70% do dia de trabalho destes profissionais de saúde, é ocupado com actividades que envolvem directa ou indirectamente o processo de comunicação interpessoal" (1989), assumindo-se a mesma como a principal ferramenta de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Um estudo realizado por Morais (2002) a 22 enfermeiros acerca dos principais factores geradores de conflitos no seio da equipa multidisciplinar de saúde, 21,1% dos participantes apontou a falta de comunicação no seio da equipa multidisciplinar como principal factor de conflitos.

Ao longo da experiência profissional temos observado que devido a uma série de alterações na vida quotidiana e no meio ambiente, as necessidades dos utentes mudaram, a par dos contributos e avanços das ciências. Perante este facto, é imprescindível que o profissional de enfermagem reflecta e altere atitudes e comportamentos, alicerçadas na formação técnica e na modelação de aspectos emocionais.

No seu percurso profissional, enfrenta uma série de obstáculos, entre eles, os conflitos, as tensões, o trabalho em equipa, a não valorização da carreira e da profissão, os horários de trabalho, o próprio contacto com utentes em sofrimento, entre outros.

É neste pressuposto que cabe a importância dos aspectos emocionais na vida do enfermeiro referidos anteriormente, como a motivação, a consciência de si, a empatia, o auto-controlo e as habilidades sociais como a assertividade.

A assertividade prende-se com o acto de defender os direitos pessoais e exprimir pensamentos, sentimentos e convicções de forma apropriada, honestamente e de modo a não violar os direitos dos outros. Para Goleman “é expor os seus sentimentos e preocupações sem ira nem passividade” (1995:235). De facto, a palavra assertividade apresenta no seu cerne uma conduta imprescindível a qualquer profissional, nomeadamente em profissões de relação como a Enfermagem. Como nos diz Fachada, “grande parte do tempo da maioria das pessoas (cerca de 75% do tempo em média) é passado a relacionar-se com outras pessoas” (2005). As interações podem ter vários objectivos, como: transmitir ou obter conhecimento, informações ou compreensão, solicitar mudança de comportamentos, atitudes, manter conversação, etc. Convictos de que a Enfermagem é uma profissão de relação, onde as dimensões da Inteligência Emocional preconizadas por Goleman são uma constante na vida dos enfermeiros e de que a assertividade lhe está associada, surgiu esta investigação. Tais convicções vêm ao encontro de Goleman ao defender que “a inteligência emocional é aquela que mais contribui para as qualidades que nos tornam mais humanos” (1997).

A escolha do tema insere-se na experiência como enfermeira de prestação de cuidados e da área de gestão como enfermeira responsável de serviço, onde por vezes as relações geram tensão, conflito no seio da equipa multidisciplinar, o que se reflecte na prática clínica.

Surge assim o interesse em compreender a relação entre a inteligência emocional e a assertividade nos enfermeiros. Em Portugal, poucos são os estudos com enfermeiros na área da assertividade, no entanto Amaro (2006) investigou a adopção de

comportamentos assertivos nesta classe profissional e verificou que tratar os utentes pelo nome é um dos comportamentos assertivos mais usados pelos enfermeiros com os utentes e elogiar sem receio um membro da equipa multidisciplinar é um dos comportamentos assertivos mais utilizados com a equipa multidisciplinar.

Ao longo do nosso estudo utilizaremos o quadro conceptual de Goleman (2006) no que concerne à inteligência emocional afim de fornecer um suporte teórico. Relativamente à assertividade, adoptámos o quadro conceptual de Angel e Petronko (1983), os quais desenvolveram os comportamentos assertivos em enfermeiros.

O estudo é constituído por cinco capítulos.

O primeiro apresenta o enquadramento teórico e conceptual acerca da inteligência emocional. Abordará a perspectiva histórica do referido conceito, será evidenciada a forma como a emoção se relaciona com a cognição. Posteriormente serão expostos os modelos de IE, assim como as capacidades de IE que corresponderão ao modelo de Goleman (2006).

No segundo capítulo será feita uma abordagem conceptual dos comportamentos comunicacionais assertivos, dando ênfase à importância da comunicação assertiva. O terceiro capítulo refere-se à profissão de Enfermagem, a partir da abordagem do seu conceito e do período paradigmático que caracterizou a profissão, focalizando a importância das relações interpessoais para a mesma, realçando a comunicação como instrumento de trabalho na prática de cuidados. Sudden expõe que “ se não há comunicação, não pode haver relação. Portanto, a comunicação não é só uma manifestação observável de um conceito abstracto (relação) ela é a própria relação “ (1994:94).

O quarto capítulo será destinado às considerações metodológicas utilizadas no estudo, nomeadamente a nossa amostra compreende 200 enfermeiros a exercerem funções em instituições hospitalares.

O último capítulo integra a apresentação, análise e discussão dos resultados e por fim faremos as conclusões e propostas de investigação e formação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Apresentaremos na Parte I, a revisão bibliográfica que alicerçou o estudo empírico, procurando fazer uma análise da bibliografia existente sobre o problema de investigação com o contributo do cunho pessoal e simultaneamente efectuando momentos de reflexão acerca da temática.

Assim, com vista a abranger o que se pretende estudar, desenvolvemos três capítulos: Inteligência Emocional; Assertividade e Profissão de Enfermagem e sua Contextualização.

CAPITULO 1 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

1.1 - PERSPECTIVA HISTÓRICA DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Cabe aqui realçar o início do estudo quer da inteligência, quer das emoções, fazendo uma breve revisão histórica dos conceitos.

O interesse pelo estudo da inteligência remonta ao ano 1882 quando Galton se propôs medir pela primeira vez a inteligência. Posteriormente, Binet-Simon em 1905 construiu a primeira escala de inteligência (psicometria). Se antigamente a inteligência era considerada uma capacidade superior e um dom dos Deuses que aumentava com a idade, hoje podemos identificar cinco tipos de inteligência: **Biológica** (resultado da adaptação ao meio), **Psicológica** (resultado da aprendizagem), **Operacional** (capacidade de pensar abstractamente), **Emocional** (capacidade de compreender as emoções) e **Artificial** (relativa ao pensamento das máquinas)¹ O termo inteligência significa compreensão ou faculdade de compreender e vem do latim “intelligere”.

A inteligência resulta de uma interacção conjunta do indivíduo e do meio – ambiente que o rodeia (Franco, 2007:62).

Relativamente às emoções, podemos encontrar em documentos escritos na era antes de Cristo, algumas reflexões referentes a este constructo. A origem da palavra emoção provem do latim “emotionem”, que sugere “ movimento, comoção, acto de mover”. Importa destacar o filósofo Aristóteles que defendia que as emoções estavam ligadas à acção e que derivavam daquilo em que acreditávamos (Diogo:2006).

Levenson (1994) citado por Serra “define as emoções como fenómenos psico-fisiológicos de curta duração que representam modos eficientes de adaptação às exigências colocadas pelo meio ambiente” (1999:227).

¹ http://web.educom.pt/~pr1327/psy_antigo/88_licao_inteligencia_ou_desenvolvimentocognitivo.pdf

O estudo das emoções remonta ao século XIX, quando Charles Darwin, James e Freud, estabeleceram a sua compreensão. Darwin iniciou as suas observações em 1838, mais concretamente analisou e descreveu as expressões faciais e musculares que acompanhavam várias emoções, alicerçando o estudo da chamada inteligência social, pois a face humana é considerada uma área privilegiada na expressão não verbal das emoções.

No percurso histórico do estudo da inteligência emocional, parece ter sido Edward Thorndike em 1920 que propôs o conceito de Inteligência Social, sendo o que melhor encaixava no que se pensava ser a Inteligência Emocional. O autor referia que era a capacidade de lidar com sucesso em contextos sociais, estabelecendo relações sociais produtivas e favoráveis ao progresso social do indivíduo, considerava ainda que esta eficácia interpessoal era muito importante para o êxito em várias áreas (Goleman, 2006).

David Wechsler, conhecido por ter desenvolvido o primeiro teste de QI em 1940, considerava a inteligência social simplesmente “ inteligência geral aplicada a situações sociais”, defendendo que os aspectos não intelectuais seriam essenciais para aumentar as chances de sucesso na vida.

Posteriormente, parece ter existido um período de esquecimento no que respeita a esta temática. No entanto, em 1983 Howard Gardner reactivou o estudo deste constructo ao trazer uma nova visão dos vários tipos de inteligência. Este autor destacou a teoria das Inteligências Múltiplas, referindo que as pessoas seriam possuidoras de oito áreas de inteligência: lógico-matemática, linguística-verbal, espacial, cinestésica-corporal, naturalista, musical, e as inteligências pessoais (inter e intrapessoais). No que respeita a esta última, poder-se-á afirmar que a investigação da inteligência realça o conhecimento que as pessoas têm de si próprias e a sensibilidade relativamente aos outros.

Na década de 90, Peter Salovey e Jonh Mayer converteram o nome de inteligência interpessoal e intrapessoal em inteligência emocional. Estes psicólogos identificaram os quatro componentes responsáveis pela IE, sendo: a capacidade de perceber, avaliar e expressar a emoção de forma correcta; a capacidade de gerar ou ter acesso a sentimentos quando eles puderem facilitar a compreensão de si mesmo ou do outro; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento derivado delas e a capacidade de controlar as próprias emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. Referiram ainda que estes componentes ao actuarem em conjunto com outros constituintes da nossa genética e alimentados pelas experiências vividas, tornam possível o desenvolvimento de habilidades emocionais. Na perspectiva de Salovey e Mayer, a IE pode ser descrita como a “ (...) habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e geri-las” (2004).

Mais recentemente e para fundamentar este tema, centraliza-se a atenção em Daniel Goleman que serve de modelo ao nosso estudo. Psicólogo que em 1995 difundiu mundialmente o conceito de IE ao publicar uma obra sobre a sua tese “ Inteligência Emocional”, cujo sucesso é ainda hoje notável. Na sua obra, o autor apresenta uma abordagem científica da IE e defende que a vertente emocional influencia a inteligência, sendo esta mais importante para o sucesso da vida das pessoas que o QI.

Este autor definiu o conceito de IE como a “ a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar, de sentir empatia e de ter esperança (Goleman, 2003:54).

1.2 - EMOÇÃO VERSUS COGNIÇÃO

Ao fazermos uma compreensão retrospectiva até à Antiguidade Grega, percebemos que os seres humanos têm separado a cognição da emoção e até meados dos anos 80, acreditava-se que as emoções prejudicavam o raciocínio, sendo correcto deixar as emoções em casa, fora do local de trabalho para que o desempenho não fosse prejudicado (Ceitil, 2006).

Este estudo da racionalidade, conhecido por cognição, procura conhecer a forma como nós adquirimos conhecimento do nosso mundo e como utilizamos esse conhecimento para viver (Le Doux, 2000).

Na área do estudo das emoções, esta relação emoção/cognição tem sido alvo de interesse de alguns investigadores. Considerado um tema em expansão, na última década houve um avanço considerável dos estudos da neurociência, obtendo-se novos dados neurobiológicos através das tecnologias de visualização do cérebro. Surgiram novas perspectivas na compreensão das interacções entre as estruturas cerebrais em alguns momentos emotivos, como de medo, de raiva ou de alegria e as razões de sucesso na vida foram alvo de investigação.

Goleman (1997) numa perspectiva dicotómica, defende que possuímos duas mentes, a mente racional e a mente emocional. A primeira engloba a atenção, o pensamento, a reflexão, enquanto que a segunda entra em acção sem pensar, é mais rápida, funciona de semáforo da vida, pois a mente emocional consegue ler a tristeza, a raiva, a alegria num instante, sendo a mente racional mais demorada na resposta.

No que diz respeito à relação entre a razão e a emoção, Damásio refere que:

“ Sem qualquer excepção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias

emoções, e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis” (2000:55). Ainda segundo o mesmo autor, “pensamos com o nosso corpo e com as nossas emoções, não existindo razão pura”. Existe portanto uma ligação entre a emoção e a cognição, em que a primeira não pode ser entendida apenas em termos do que ocorre no interior da pessoa ou cérebro, implicando um conjunto de transacções com acontecimentos do meio ambiente, significativos para o bem estar do sujeito e avaliados pelo mesmo através de uma avaliação cognitiva dos acontecimentos de forma deliberada, racional e consciente. É um facto, que actualmente, se percebe que é impossível separar a razão da emoção, facto este, que foi demonstrado por António Damásio (1995,2000), defendendo que alguém privado das suas emoções, dificilmente consegue tomar decisões racionais, assumindo mesmo que sem emoções não existirão raciocínios assertivos.

A cognição envolve o processo de informação e inclui a aprendizagem, a memória e a resolução de problemas, permitindo-nos aprender com o meio ambiente e dar resposta a problemas novos, no entanto estes elementos cognitivos influenciam e são influenciados pelos emocionais, originando uma predisposição para a acção.

Importa realçar que Damásio (2003) ao sustentar que pensamos com o corpo e com as emoções, pois o processo de raciocínio passa pelo corpo através do que ele chama de “estados de corpo”, constatou que na presença de lesão nos lóbulos frontais, ocorrem perturbações no raciocínio assim como incapacidade de sentir e exprimir emoções, verificando também que pessoas com lesões na amígdala (área essencial nas emoções) e no córtex cingulado, apresentavam incapacidade de raciocinar correctamente e défice na expressão emocional e no raciocínio (Branco, 2004).

Goleman em 1995 evidenciou a emoção como determinante nos comportamentos e nas decisões, entendendo a inteligência emocional como a capacidade para conciliar

emoções e razão: usando as emoções para facilitar a razão, e raciocinar inteligentemente as emoções. Nesta abordagem, o quociente emocional (QE), predomina face ao quociente de inteligência (QI).

Em suma e parafraseando Damásio (1995), não há decisões puramente lógicas nem decisões puramente emocionais, sendo importante um elo de ligação entre as duas a fim de tomar decisões adequadas e “dado que também temos a capacidade de reflectir e planear, temos um meio de controlar a influente tirania da emoção: chama-se razão. Ironicamente, claro, os motores da razão também requerem emoção, o que significa que o poder da razão é por vezes bem modesto” (Damásio, 2000:80).

1.3 - MODELOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Nos últimos anos, foi notório o interesse e a procura de uma definição de IE. No entanto cada conceito emerge da abordagem teórica que a sustenta, cujas origens partem da psicologia social e da inteligência pessoal. Os vários modelos de IE integram várias dimensões de acordo com o que os seus autores defendem, permitindo a classificação de dois tipos de modelos teóricos na literatura científica de Mayer e Caruso (2000), sendo o modelo de aptidões e os modelos mistos. O primeiro valoriza a forma de processamento emocional de informação e o estudo das capacidades relacionadas com esse processamento, ou seja, define a IE como um conjunto de aptidões constituintes de um indivíduo que o capacita para utilizar as informações provenientes das emoções, a fim de lidar melhor com as situações e conduzir os comportamentos de forma mais assertiva, sendo o modelo de Salovey e Mayer (1990,1997) um exemplo. O segundo procura definir inteligência emocional e compreende uma combinação entre traços da personalidade, como a assertividade, auto-estima, optimismo e motivação com aspectos

das habilidades da IE, sendo os modelos de Goleman (1995,1998) e Bar-On (1997) exemplos.

Assim, pretendemos abordar alguns modelos de inteligência emocional, com especial ênfase ao modelo de Daniel Goleman que alicerça o nosso estudo.

1.3.1- MODELO DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS DE GARDNER

Howard Gardner criticou os testes de QI, postulando a existência de uma série de habilidades, a que designou de Inteligências Múltiplas. Defendia que algumas eram inatas e outras adquiridas socialmente, pressupondo todas elas um determinado tipo de desenvolvimento se fossem ensinadas ou reforçadas pela educação.

O modelo de inteligências múltiplas desenvolvido por Gardner, refere-se à inteligência como um processo, onde várias competências mentais, sociais e fisiológicas actuam.

Assim a classificação por Gardner, apresenta um conjunto de sete inteligências: a linguística, lógico-matemática, musical, espacial, a corporal-cinestésica, interpessoal e a intrapessoal. No que diz respeito às duas últimas, Gardner (1988), considera-as do tipo pessoal e social, uma vez que se relacionam com o conhecimento do “eu” e do “outro”, e refere-se a elas como “duas formas de inteligência pessoal (...) não muito bem compreendidas, difíceis de estudar, mas imensamente importantes”.

A teoria de Gardner, focaliza a descrição das faculdades da inteligência ao invés da sua estruturação e funcionamento.

1.3.2- MODELO DE INTELIGÊNCIA DE MAYER E SALOVEY

A noção de inteligência emocional ganhou popularidade com Jonh Mayer e Peter Salovey, que em 1990 concluíram que a inteligência emocional pode ser

operacionalizada e medida de uma forma diferente de todas as outras conhecidas até à altura.

Estes autores cunharam o termo Inteligência Emocional e a sua definição centra-se em capacidades específicas, representadas no seu modelo por quatro componentes:

Percepção, avaliação e expressão da emoção	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidade de identificar a emoção em estados físicos e psicológicos; •Capacidade de identificar a emoção nos outros; •Capacidade de expressar a emoção de forma adequada; •Capacidade de discriminar as emoções precisas e imprecisas.
Facilitação emocional do pensamento	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidade de redireccionar o pensamento; •Capacidade para gerar ou desencadear emoções intensas; •Capacidade para integrar as diversas perspectivas geradas pelas flutuações do humor; •Capacidade para utilizar as emoções na resolução de problemas.
Compreender e analisar a informação emocional e sua aplicação	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidades para compreender como as emoções estão relacionadas; •Capacidade de perceber as causas e consequências das emoções; •Capacidade de interpretação das emoções; •Capacidade para compreender e prever transições saudáveis entre as emoções.
Compreender e analisar a informação emocional e sua aplicação	<ul style="list-style-type: none"> •Capacidade para estar aberto às emoções; •Capacidade para reflectir sobre as emoções; •Capacidade de gerar ou desligar-se de um estado emocional; •Capacidade de gerar emoções em si próprio e nos outros.

Quadro 1 – Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey, 1997

Estes quatro componentes, surgem assim das inteligências pessoais de Gardner e estão organizados em níveis de complexidade crescente, ou seja, dos mais elementares aos mais complexos, sendo a aquisição de uma capacidade posterior dependente da aquisição da anterior.

A inteligência emocional é definida por estes autores como a “capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções próprias e de outros, com o objectivo de os distinguir, e de usar essa informação para orientar o pensamento e a acção” (Mayer & Salovey: 1990). De facto, esta definição tem implícito quer aspectos cognitivos como aspectos sociais. Tal como Mayer e Salovey referem, a Psicologia reconheceu há cerca de 28 anos três factos que influenciam a mente: a cognição (pensamento), o afecto (incluindo as emoções) e a motivação, os quais deram origem ao estudo da IE.

Para estes autores a IE marca a interacção entre o cognitivo e o emocional, realçando a importância dos sentimentos e das emoções na racionalização das atitudes, pois ao conhecer as diferentes situações onde as emoções são geradas, o sujeito é capaz de criar estratégias para lidar de forma mais adequada com essas situações (Saraiva, 2007).

1.3.3 - MODELO DE INTELIGÊNCIA DE BAR-ON

Bar-On interessou-se em conhecer os factores que contribuíam para o sucesso na vida pessoal, profissional, privada e social, colocando um pouco de lado a definição de inteligência emocional e os seus atributos.

Assim, este autor considera a IE “um conjunto de capacidades não cognitivas e competências que influenciam a capacidade de ser bem sucedido ao lidar com as pressões e exigências do meio” (Ceitil, 2006:253).

No seu modelo misto, a IE é fragmentada em cinco áreas de competências, conforme quadro seguinte:

Intrapessoal	<ul style="list-style-type: none"> •Autoconsciência emocional •Assertividade •Auto-estima •Auto-Realização •Independência
Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> •Empatia •Relacionamento Interpessoal •Responsabilidade Social
Gestão de stress	<ul style="list-style-type: none"> •Tolerância ao Stress •Controle do Impulso
Adaptabilidade	<ul style="list-style-type: none"> •Resolução de problemas •Realismo •Flexibilidade
Humor geral	<ul style="list-style-type: none"> •Felicidade •Optimismo

Fonte: Ceitil (2006:254)

Quadro 2 – Modelo de Competência Emocional de Bar-On (1997)

1.3.4 - MODELO DE INTELIGÊNCIA DE GOLEMAN

Em 1995, Goleman direcciona a sua abordagem da IE para o contexto escolar, colocando em causa a relação entre o sucesso escolar e o sucesso na vida pessoal, referindo mesmo que *“pessoas com QI elevado podem resultar péssimas condutoras das suas vidas privadas”* (p.53,54). Para este autor a Inteligência Emocional *“é a capacidade de reconhecer os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações”* (2000:333).

Para fundamentar o tema de Inteligência Emocional, centraliza-se a atenção em Daniel Goleman, que ao recolher os conceitos dos autores supracitados, apresentou o conceito de IE de forma organizada e fragmentada em cinco capacidades básicas, interdependentes e com objectivos distintos, pois referem-se a diferentes dimensões do ser humano. Este modelo de IE integra no seu conceito segundo a abordagem de Goleman, a inteligência emocional misturada com habilidades pessoais e competências sociais, nas quais se inclui as características e comportamentos pessoais.

Conhecer as próprias emoções	Reconhecer as emoções no momento em que elas ocorrem Monitorar as emoções a cada momento
Gerir as emoções	Gerir as emoções afim de serem apropriadas Capacidade de se acalmar Capacidade de ultrapassar situações de ansiedade ou irritabilidade
Auto-motivar-se	Direccionar as emoções ao serviço de um objectivo Adiar as recompensas e controlar a impulsividade
Reconhecer as emoções nos outros	Empatia Compreensão do que os outros querem ou precisam
Gerir relacionamentos	Capacidade de gerir as emoções dos outros Interagir de forma construtiva com os outros

Fonte: Ceitil, Mário (2006:255)

Quadro 3 – As cinco capacidades de Inteligência Emocional de Goleman (1997)

Posteriormente em 1998, direcciona o seu modelo para o contexto de trabalho. Cria a “Teoria da Performance” ao propor que a inteligência emocional se refere à habilidade de reconhecer e regular as emoções pessoais e as dos outros (Goleman, 2001). Nesta teoria o autor faz distinção entre IE e competência emocional, ao explicar que as competências emocionais se baseiam na IE, portanto é necessário um determinado nível de IE para aprender uma competência emocional (Gowing, 2001;citado por Ceitil, 2006). Neste sentido Goleman (1998), define competência emocional como “ a capacidade aprendida baseada na Inteligência emocional que resulta em alta performance.

Em 1999, apresenta um esboço do modelo de Competência Emocional, conforme quadro 4.

Auto-consciência	Auto-consciência emocional Auto-avaliação Auto-confiança
Auto-regulação	Auto-controlo Honestidade/integridade Conscienciosidade Adaptabilidade Inovação
Auto-motivação	Orientação para a realização Implicação e empenhamento Iniciativa Optimismo
Empatia	Compreender os outros Desenvolver os outros Orientação para o serviço Gerir a diversidade Consciência política
Competências sociais	Influência Comunicação Gestão de conflito Liderança Catalisador de mudança Construtor de uma rede de relações Colaboração e cooperação Capacidade para trabalhar em equipa

Fonte: Ceitil, Mário (2006:256)

Quadro 4 – Os cinco blocos de competências de inteligência emocional, Goleman (1999)

É de salientar que a Auto-Consciência, Gestão de Emoções ou Auto-Regulação e Auto-Motivação, são competências pessoais e “determinam a forma como nos gerimos a nós próprios” (Goleman, 1999:34). A Empatia e Gestão da Emoções são competências sociais e “determinam a forma como lidamos com as relações” (Goleman, 1999:35)

De acordo com este modelo, Goleman reforça-o, apresentando 25 competências que se inserem em cinco capacidades ou dimensões (quadro5) e segundo este autor, apresentam algumas características, como: são independentes entre si, interdependentes, hierárquicas, necessárias e são genéricas.

Mais tarde, em 2002, Goleman em conjunto com Boyatzis e Mckee, apresentaram um modelo de IE direccionado à liderança, no qual identificaram seis estilos de liderança

com IE (estilo coercivo, estilo visionário, estilo afiliativo, estilo democrático, estilo agressivo e estilo conselheiro).

Competência Pessoal	
Auto-consciência	Auto-consciência emocional Auto-avaliação Auto-confiança
Auto-gestão	Auto-controlo emocional Transparência Adaptabilidade Orientação para a realização Iniciativa Optimismo
Competência Social	
Consciência Social	Empatia Consciência organizacional Orientação para o serviço Optimismo
Gestão de Relacionamentos	Liderança inspiradora Influência Desenvolvimento dos outros Catalizador de mudança Gestor de conflitos Trabalho em equipa e colaboração

Fonte: Ceitil, Mário (2006:257)

Quadro 5 – Os cinco blocos de competências de Inteligência Emocional (Goleman, Boyatzis, Mckee, 2002)

1.4 - CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

O quadro de referência de competências emocionais elaborado por Goleman, fragmenta a Inteligência Emocional em cinco capacidades, as quais serão exploradas neste capítulo consoante Goleman as definiu.

Não obstante, ao falarmos quer de competência, quer de capacidade, parece-nos premente descodificar os respectivos conceitos.

Competência enfatiza um conjunto de saberes, de conhecimentos que as pessoas adquirem em formação de ensino ou profissional ao longo da vida e conseguem mobilizar e aplicar quando necessário. Por Capacidade, entende-se um conjunto de habilidades pessoais que podem ser aprendidas, como a comunicação, assertividade, espírito de equipa, entre outras. Podemos inferir que a capacidade precede a competência e de acordo com alguns autores (Berthelof, 1995; Boterf, 1995; Mandoon, 1990) citados por Carvalhal (1995), a capacidade aprende-se e a competência é o modo como as pessoas a colocam em prática nos vários contextos.

1.4.1- AUTO-CONSCIÊNCIA

Apresenta-se como a primeira capacidade envolta nas competências pessoais e pressupõe três competências emocionais: Auto-consciência emocional, Auto-avaliação exacta e Auto-confiança.

A Auto-consciência é a percepção do que se está a sentir, é a capacidade para reconhecer as nossas próprias emoções e sentimentos no momento em que estas ocorrem. Na perspectiva de Goleman, a Auto-consciência é a pedra basilar da IE, que revela o conhecimento de si e pressupõe ainda perceber de que forma os nossos sentimentos afectam os outros.

Não sendo surpresa que os sentimentos desempenham um papel fundamental nas nossas decisões, importa realçar que aprender a conhecer, a compreender e a analisar as emoções e os sentimentos, constitui o caminho para o que aprendemos ou descobrimos acerca do eu, facilitando desta forma as decisões que devemos tomar.

Goleman proferiu que ter Auto-consciência emocional “significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições” (1999:34), sendo esta capacidade que nos permite decidir em consonância com os nossos valores. *“As pessoas que têm*

uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar a que emprego escolher” (Goleman, 2003:63)

Assim, podemos inferir que o conhecimento e compreensão dos sentimentos e emoções viabiliza o desenvolvimento pessoal.

Considerando que a Auto-consciência traduz o conhecimento de si, resultando da auto-análise de si, da sua vida, de como nos comportamos e de como nos desejamos comportar (Goleman, 2000), este facto representa elevada importância, tanto na vida em geral como na profissão de enfermagem em particular, pois quanto melhor for a compreensão que o enfermeiro tem de si próprio, melhor será a sua comunicação, o seu desenvolvimento e mais facilidade terá em manter relações profissionais satisfatórias assim como melhor aprenderá a gerir situações difíceis. Paraphrasing Faísca, Gregório e Pereira”... *no exercício da intervenção cuidativa, o enfermeiro necessita possuir um bom conhecimento de si próprio e do seu papel..., o conhecimento elevado de si próprio, permite-lhe distinguir de forma clara, como as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação, o que traduzirá a sua maneira de fazer e de estar na intervenção e melhor compreender os comportamentos e sentimentos do utente” (1995:47).*

Seguidamente à Auto-consciência emocional, vem a auto-avaliação que a complementa. Esta diz respeito à avaliação realística dos próprios recursos, forças e fraquezas. Na verdade, esta destreza está presente em pessoas capazes de reflectir acerca de si, *“capazes de revelar sentido de humor e perspectiva acerca de si próprio”, (Goleman, 1999:69).* A auto-avaliação permite assim um momento de introspecção que nos leva a

uma observação do eu, para deste modo compreendermos a forma como pensamos, sentimos, agimos, como nos relacionamos com os outros e conosco.

A Auto-confiança constitui a última destreza da Auto-consciência emocional e refere-se ao “*sentido intenso do valor e das capacidades próprias*”, segundo o mesmo autor. É acreditar no nosso potencial, estar aberto a novas experiências, a novas oportunidades. Esta destreza é, com efeito, a expressão de uma auto-imagem positiva de si. Encontra-se em pessoas que apresentam capacidade de confrontar, que são determinadas e “resolutas, capazes de tomar decisões sólidas, apesar das incertezas e das pressões”, (Goleman, 1999: 80).

Por tudo atrás exposto, esta capacidade acompanhada das suas destrezas deve fazer parte integrante da vida do enfermeiro, não só pela sua construção pessoal, mas sendo uma profissão humanista, é importante quem cuida conhecer-se, para assim estar disponível para conhecer o outro e desta forma responder às suas necessidades.

1.4.2 - GESTÃO DAS EMOÇÕES

A capacidade de gerir as emoções, a qual Goleman posteriormente apelidou de Auto-regulação (1999), refere-se à forma como gerimos as emoções que ocorrem.

No entanto, a consciência é imprescindível no sentido de compreender e conhecer as próprias emoções, sendo esta capacidade emergente do autoconhecimento, pois tal como foi referido anteriormente e corroborando a ideia de Goleman, a base da IE é a consciência do Eu, o que nos leva a auto-regular os estados emocionais, ao autodomínio, em vez de se adoptar comportamentos defensivos, de negação e repressão do que realmente se sente.

Quando experienciamos emoções como a raiva, fúria, cólera, torna-se primário mobilizar essas energias, pois são inibidoras do bem estar emocional. Apesar de o

controlo e a regulação desses estados não parecer tarefa fácil, Goleman defende algumas estratégias facilitadoras, como por exemplo, em caso de raiva, refere que o seu controlo é facilitado pelo processo de empatia, ou seja, pensar o que se passa com o outro, interrompendo desta forma o efeito bola de neve.

A vida de um enfermeiro comporta alterações de harmonia interior, estados de espírito como a ansiedade, tristeza provocados pela natureza dos cuidados de alguns serviços, em que esta capacidade assume especial importância. Inerentes a esta capacidade encontram-se cinco destrezas: o Autodomínio (gerir as emoções e impulsos negativos eficazmente), Inspirar Confiança (utilizando a honestidade, integridade, fiabilidade e autenticidade), Ser Consciosos (capacidade para se autogerir com responsabilidade), Adaptabilidade (ter abertura a novas ideias, ser flexível em relação à mudança) e Inovação (abertura para novas ideias, ser proactivo)

De facto, a gestão das emoções, implica a sua consciência, no sentido de as reconhecer e posteriormente resolver problemas em caso de emoções negativas (raiva, tristeza) ou manter preservadas as emoções positivas (alegria, felicidade). Como refere Damásio *“as emoções não podem ser conhecidas pelo indivíduo que as possui antes de haver consciência”* (2001:319).

1.4.3 - AUTO-MOTIVAÇÃO

A terceira capacidade acontece quando *“as pessoas se excedem a si mesmas numa actividade, ou os momentos onde a excelência se consegue sem esforço”* (Goleman, 1999:113), o que caracteriza um estado de fluxo. Motivarmo-nos a nós mesmos tem a ver com a forma como utilizamos e canalizamos as energias no sentido de atingir as metas traçadas, pois são as metas que nos motivam diariamente.

A auto-motivação exprime-se em comportamentos e atitudes e prende-se com o que Goleman denomina de *“estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem”* (1999). Podemos então dizer que a auto-motivação está presente quando a pessoa sente que existe um sentido para a sua vida e que gosta da sua profissão, reconhecendo a sua importância para o seu projecto de vida.

As pessoas sentirem-se motivadas, quer para a vida pessoal como profissional, constitui um aspecto fundamental de encontrar um sentido para a vida, um motivo para acção, com emoção, prazer, com vontade de fazer tudo o melhor possível.

De acordo com Goleman (1999), esta capacidade compreende as seguintes destrezas:

Vontade de Vencer, Entrega ou Empenho, Iniciativa e o Optimismo. Concordamos certamente que todas elas, isoladamente ou não contribuem fortemente para enfrentar o stress, o sofrimento, a morte, a doença a que o enfermeiro está exposto no seu local de trabalho.

Diogo defende que: *“Manter um nível razoável de confiança em si e de aptidão para a negociação, saber encontrar as energias retiradas para a negociação, saber sempre encontrar as energias da motivação é indispensável para viver bem a sua profissão de cuidador e levar a bom termo um projecto profissional harmonioso”* (2006:81).

1.4.4 – EMPATIA

A empatia nasce da autoconsciência, assim como a gestão das emoções nasce do autoconhecimento e segundo Goleman *“...quanto mais conscientes estivermos da nossas próprias acções, mais destros seremos a ler os sentimentos dos outros”* (1995:117). Este autor define-a como *“ a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, das necessidades e das preocupações dos outros, sendo capazes de*

estabelecer laços de sintonia com as pessoas e de se colocar no seu lugar, promovendo o sentimento de partilha com o outro...”. Envolve as expressões emocionais verbais e não verbais, sendo importante que exista veracidade entre o que se comunica e a forma como comunicamos, ou seja, o tom de voz, os gestos, a postura corporal deve estar de acordo com a mensagem verbal.

A arte de ouvir, ou melhor, de saber escutar, é um aspecto essencial para o estabelecimento da relação empática e conseqüentemente para o sucesso nas relações interpessoais. Como refere Watson, citado por Correia (1983), considera-a como um factor importante no processo de relação, o desenvolvimento da sensibilidade em relação a si próprio e aos outros, pois a sensibilidade equilibrada em relação aos seus próprios sentimentos é a base de toda a relação empática. Só na medida em que se reconhece, aceita e consegue explorar os próprios sentimentos, se será capaz de aceitar os sentimentos dos outros.

Esta prática deve ser adoptada e treinada em profissões em que o elemento central são as pessoas, como é o caso de Enfermagem, pois todo o técnico de saúde deve ter esta capacidade porque faz parte fundamental do seu trabalho e do seu relacionamento profissional. Deverá reconhecer as experiências do outro como se fosse ele, sem deixar de ser o que é (Loff, 1994).

Goleman (1999) defende que a empatia compreende: a compreensão dos outros, o desenvolvimento dos outros, a orientação para o serviço, o potenciar a diversidade e a consciência política.

Em suma, ser empático significa procurar imaginar-se no lugar do outro, encarar as coisas do seu ponto de vista, o que implica compreensão e entrar em sintonia.

1.4.5 - COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Apresenta-se como a quinta capacidade, anteriormente conhecida por Gestão de Relações em Grupos. Caracteriza-se por reconhecer os sentimentos de outra pessoa e agir de forma a influenciar esses sentimentos e inclui o que Goleman denomina de: Influência, Comunicação, Gestão de conflito, Liderança, Catalisador de mudança, Construtor de uma rede de relações, Colaboração e cooperação e Capacidade para trabalhar em equipa.

Na perspectiva de Goleman *“são estas capacidades que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal”* (2003:64). As pessoas competentes emocionais no que diz respeito à gestão das emoções sociais, são certamente aquelas que revelam o que pensam e agem em consonância com os seus sentimentos, ao invés de agirem de acordo com o que o outro quer ou espera que ela seja.

Ao terminarmos este capítulo com a descrição das capacidades e dimensões da Inteligência Emocional, urge reflectir acerca da presença das mesmas capacidades nas pessoas. De facto, o nosso comportamento e atitudes são influenciados pela realidade exterior e interior, pela nossa história de vida, pelo contexto em que se vive. Nesta perspectiva, as capacidades anteriormente descritas diferem de pessoa para pessoa, sendo natural umas pessoas dominarem melhor umas capacidades do que outras.

CAPITULO 2 – ASSERTIVIDADE

Várias são as definições de assertividade, a qual tem origem latina, do verbo *Asserere* que significa “chamar a si, reivindicar, dizer e defender, afirmar”. Asserção significa afirmação, portanto podemos defini-la como um estilo de comunicação afirmativa que inclui a capacidade de dizer não, permitindo-nos ser mais construtivos na relação com os outros.

Na perspectiva de Goleman ser assertivo, “*é expor os seus sentimentos e preocupações sem ira nem passividade*” (1995:235).

A assertividade é considerada uma habilidade social relativamente recente no seio da profissão de Enfermagem, embora o conceito seja conhecido desde 1958 por Wolpe (Azevedo, 1996;Almeida,1992) e a sua introdução na Enfermagem tenha ocorrido em 1976, por Mandrino.

Historicamente, a formação de Enfermagem passou pela adopção de comportamentos não assertivos. Era esperado que as enfermeiras fossem passivas, submissas, omitindo as próprias opiniões e sentimentos.

Considerando que a assertividade não é um traço da personalidade ou uma característica inata, esta deve ser aprendida e desenvolvida através de um treino sistemático, no qual as profissões orientadas para a Pessoa, como é a profissão de Enfermagem, devem investir com o objectivo de atingir uma comunicação sem violar os seus próprios direitos, nem os dos outros.

Este tipo de comportamento comunicacional promove a auto-estima, a resolução de problemas interpessoais, melhorando o relacionamento e permite uma maior satisfação na comunicação das nossas emoções.

Angel e Petronko (1983) elaboraram um modelo conceptual de assertividade para os profissionais de enfermagem que consiste numa série de direitos assertivos que consistem em:

- ✓Direito a ser tratado como um membro efectivo da equipa multidisciplinar;
- ✓Direito a efectuar ensinamentos para a saúde, com vista a promover o bem-estar e a independência dos utentes;
- ✓Direito a tomar as decisões respeitantes à equipa de enfermagem ou equipa multidisciplinar;
- ✓Direito a que lhe seja atribuído uma quantidade de trabalho de acordo com a sua capacidade de resposta.

Considerando que não existe uma pessoa totalmente agressiva, passiva ou assertiva, mas sim uma tendência para um tipo de comportamento comunicacional, pensamos ser uma mais valia para a profissão de Enfermagem a adopção de comportamentos assertivos, quer pelo contributo pessoal e profissional no serviço onde exerce, como para a organização como um todo, pois existem estudos nesta área que fazem referência que os profissionais “tendencialmente assertivos”, diminuem os conflitos melhorando as relações interpessoais entre si, conseqüentemente promovem o bem estar e a sua satisfação profissional, aumentando o desempenho profissional e a produtividade (Smith, 1992).

A experiência emocional vivida pelo enfermeiro, reflecte-se por vezes em dificuldades na esfera relacional, pelo próprio desgaste emocional da profissão, pois o enfermeiro vivencia o sofrimento quer do doente como da família, enfrenta a morte, sentindo-se impotente no processo de cuidados e no seio da equipa multidisciplinar, experiencia tensões e conflitos, considerando-se o treino da assertividade essencial para manter e desenvolver relações eficientes.

2.1 - COMPORTAMENTOS COMUNICACIONAIS

Alves (1992) considera a comunicação uma manifestação do homem, através da qual ele se une ao mundo e aos outros homens, sendo um dos seus maiores dons e representando a faculdade que o homem dispõe para transmitir emoções, ideias e sensações. Refere ainda que “ *é um processo fundamental da mente humana e põe em jogo objectivos e fantasias, consciência de valores e percepção da vida*”. Não obstante, sabemos que a forma como comunicamos é determinante no comportamento esperado da pessoa com a qual comunicamos, tal como refere Fachada “comportamento gera comportamento”, o que significa que a comunicação não só transmite informação, mas também impõe um determinado tipo de comportamento (2001).

Existem alguns comportamentos comunicacionais adoptados nas relações interpessoais que estabelecemos, que sem nos darmos conta estamos a contribuir para determinado tipo de comportamento, portanto é imprescindível desenvolver hábitos e capacidades específicas de comunicação.

Apresentamos então a síntese da análise dos comportamentos comunicacionais que escolhemos para o nosso trabalho. De entre as pesquisas realizadas, importa realçar que será abordada a perspectiva anglo-saxónica, a qual defende a existência de três tipos de comportamentos comunicacionais (comportamento agressivo, passivo e assertivo).

2.1.1 - COMPORTAMENTO AGRESSIVO

Este tipo de comportamento é definido por Azevedo como “ *um comportamento em que os comunicadores defendem os seus direitos à custa dos direitos dos outros, embora haja agressividade e puro prazer de ferir*” (1996:23). Tem a ver com a expressão de sentimentos, pensamentos e convicções de uma forma que viola os direitos dos outros,

com recurso a formas de expressão verbal e não verbal inadequadas, como a zanga, o tom de voz elevado, a ironia, etc.

A pessoa que frequentemente adopta um comportamento agressivo centra-se naquilo que ela própria e/ou a organização desejam, o que a curto prazo poderá trazer alguma recompensa monetária ou aparente consideração acrescida, mas a médio ou longo prazo a pessoa sente-se insatisfeita, desvalorizada pelos colegas de trabalho que descontentes e desmotivados evitam a sua companhia.

Esta noção, já partilhada por alguns autores (Azevedo, 1996; Fachada, 2001; Leebov, 2003), é que as pessoas agressivas têm como finalidade atingir os seus objectivos sem respeitar os sentimentos e opiniões dos outros.

Apenas a título de exemplo, certamente já observámos como se apresentam estas pessoas. Normalmente, a expressão de sentimentos e opiniões é feita de forma hostil, punitiva, sem respeito pelos direitos dos outros. A voz tende a ser em tom brusco, alto e acompanhada de risos sarcásticos. O rosto é tenso, com testa franzida e olhos semicerrados, adoptando uma postura corporal tensa, rígida, direita e quando sentados, colocam os pés na secretária e/ou mãos atrás da cabeça. (Lloyd, 1993, Azevedo, 1996; Fachada, 2001).

A pessoa com uma atitude agressiva, estabelece relações interpessoais insatisfatórias, ineficazes, pois os comportamentos que adopta, pressiona os outros, obrigando-os a agir contra a sua vontade, o que não favorece o bem estar numa relação.

Serra atribui este tipo de comportamento a pessoas sujeitas com alguma frequência a frustrações, que viveram em ambientes predominantemente agressivos e que imitaram os seus modelos de vida (1999).

2.1.2 - COMPORTAMENTO PASSIVO

O grande objectivo deste tipo de comportamento é a ausência de conflitos. Para Azevedo *“trata-se de um comportamento em que o comunicador evita expressar as suas opiniões, vontades e sentimentos, submetendo-se facilmente aos dos outros. Perder a aprovação dos outros é uma preocupação central de quem age de forma passiva”* (1996:24).

As pessoas com comportamento passivo, violam os próprios direitos pelo facto de não expressarem honestamente sentimentos, pensamentos e convicções, permitindo aos outros que também eles violem os seus direitos.

Na tentativa incessante de agradar a toda a gente, não será respeitado e acaba por compreender que nem sempre é possível proporcionar satisfação a todas as pessoas do mundo. Embora sintam dificuldade em dizer não, são normalmente pessoas submissas, sempre de acordo com as decisões tomadas pelos outros, mesmo que não concordem, evitam o confronto.

A pessoa que tendencialmente adopta um comportamento passivo, respeita os outros, mas não tem respeito por si própria, o que tem repercussões pessoais e nas pessoas que a rodeiam. Por um lado, há uma perda de auto-estima, falta de respeito dos outros e por outro lado, os outros podem sentir-se culpados, com sensação de estar sempre em dívida ou sentir-se superiores e com capacidade para se aproveitar de tanta boa vontade.

Este tipo de pessoas passivas, utilizam um tom de voz baixo, pouco fluida, com silêncios, repetições, hesitações. Evitam o contacto ocular, mantendo o olhar baixo, rosto tenso, lábios trémulos e dentes cerrados. A postura normalmente é hirta e incómoda e por apresentarem uma baixa de auto-estima, sentem-se incompreendidas

Serra explica que as pessoas com comportamento passivo viveram em ambientes onde era punida a livre expressão de opiniões e sentimentos sobressaindo a obediência (1999).

2.1.3 – COMPORTAMENTO ASSERTIVO

Existem duas correntes complementares sob as quais o comportamento comunicacional assertivo, de acordo com Azevedo teve a sua origem, nomeadamente, o humanismo ocidental, principalmente a perspectiva americana e a corrente behaviorista (1996).

O primeiro, defende que alcançar determinado objectivo depende do esforço e sacrifício pessoal que o sujeito utiliza para o conseguir. No que diz respeito à corrente behaviorista, praticada pelo psicólogo Skinner, o seu interesse prende-se com o comportamento propriamente dito, quer verbal como não verbal.

A assertividade é assim definida por Azevedo como um comportamento comunicacional que *“permite ao comunicador afirmar as suas opiniões, vontades e sentimentos próprios e simultaneamente respeitar e promover as opiniões, vontades e sentimentos dos interlocutores (...) o comportamento assertivo visa desenvolver simultaneamente a proactividade e afirmatividade de todos os comunicadores sem subserviências nem desigualdades”* (1996:23).

Podemos inferir que as pessoas assertivas conhecem e defendem os seus direitos, mas não deixam de respeitar os outros e têm como objectivo chegar a um acordo. Parafraseando Branco *“Saber dizer não é possuir uma habilidade de sair elegantemente de situações irritantes, saturantes ou de conflito”* (2004:49).

Castanyer alerta-nos para *“o facto de uma interacção resultar satisfatória depende de nos sentirmos valorizados e respeitados e isto, por sua vez, não depende tanto dos outros, mas do facto de possuímos uma série de competências para responder correctamente e*

uma série de convicções ou esquemas mentais que nos façam sentir bem connosco próprios” (2002:21).

Serra atribui a adopção de comportamentos assertivos, à predisposição de determinados factores inatos interrelacionados com factores de desenvolvimento humano e social (1999). Defende ainda que na ausência desta predisposição, este tipo de comportamento pode ser desenvolvido através do treino de técnicas específicas.

2.2 - COMUNICAÇÃO ASSERTIVA EM ENFERMAGEM

Em termos genéricos podemos dizer que a comunicação em enfermagem é um intercâmbio de sinais e símbolos verbais e não verbais entre o enfermeiro e o utente e entre o enfermeiro e a equipa multidisciplinar. Alves considera a comunicação uma manifestação do homem, através da qual ele se une ao mundo e aos outros homens, sendo um dos seus maiores dons e representando a faculdade que o homem dispõe para transmitir emoções, ideias e sensações. Refere ainda que “ *é um processo fundamental da mente humana e põe em jogo objectivos e fantasias, consciência de valores e percepção da vida*” (1992).

Loff refere que do ponto de vista sociológico, a comunicação designa todas as formas de relações sociais em que existe participação consciente dos indivíduos ou dos grupos; do ponto de vista psicológico, a comunicação é um processo de relação humana e envolve a participação de pelo menos duas pessoas (1994).

Portanto, de uma forma geral podemos dizer que a comunicação consiste numa troca de mensagens, portanto é todo o processo pelo qual uma pessoa transmite os seus pensamentos, sentimentos e ideias aos outros.

A comunicação assume um papel muito importante na prestação de cuidados de enfermagem, pois através dela se consegue apreender as mensagens dos utentes, para

desta forma se poder dar resposta às necessidades não satisfeitas. É também através da comunicação que o enfermeiro consegue transmitir atitudes de atenção, confiança, compreensão e ajuda.

Sudden afirma que “ *se não há comunicação, não pode haver relação. Portanto, a comunicação não é só uma manifestação observável de um conceito abstracto (relação) ela é a própria relação* “ (1994:94).

No mundo profissional, utilizamos a comunicação para interagir. Concretamente, na profissão de Enfermagem, considerada uma profissão de relação, a comunicação constituiu uma ferramenta de trabalho e apresenta-se como um dos principais aspectos dos cuidados de Enfermagem que promove uma melhor assistência ao utente e família assim como mantém e desenvolve os contactos com a equipa multidisciplinar.

Os avanços tecnológicos e as grandes mudanças que ocorrem na área da saúde, exigem cada vez mais que os enfermeiros adoptem intervenções, atitudes e comportamentos compatíveis com os novos tempos. O que está de acordo com Timby ao referir que os novos horizontes da enfermagem exigem do profissional responsabilidade de elaboração de um cuidado holístico, devendo estar motivado para acompanhar os conhecimentos e para aplicá-los (2001). É neste pressuposto que cabe a importância do desenvolvimento de determinadas competências, senão vejamos, o conhecimento científico e a habilidade técnica do enfermeiro são importantes, mas pouco adiantará se este mesmo profissional não apresentar um bom relacionamento interpessoal, isto é, ser empático e assertivo. A este propósito cabe reforçar que é imprescindível encontrar o equilíbrio entre o conhecimento científico e a adopção de comportamentos facilitadores de relações interpessoais.

É pertinente relembrar que embora o conceito de assertividade seja relativamente novo na profissão de Enfermagem, cada vez mais este tipo de comportamento

comunicacional é adoptado por estes profissionais, no sentido de gerar relações positivas, satisfatórias, quer com os utentes quer com a equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros que escolhem a comunicação assertiva na sua prática do cuidar, apresentam satisfação nos relacionamentos, aspecto essencial entre a equipa de saúde para que todos trabalhem para o mesmo fim. Traçam objectivos pessoais e colaboram nos objectivos da equipa, em vez de se limitarem apenas ao cumprimento das rotinas diárias, as decisões que tomam são em função dos seus próprios limites, portanto são pessoas ponderadas, com capacidade de auto-reflexão

Em suma e corroborando com Lima (2006)² o enfermeiro é um elemento fundamental na equipa de saúde, pois é este que melhor conhece o doente. Ao detectar as suas necessidades, o enfermeiro presta os cuidados necessários, a fim de as colmatar, ou estabelece o contacto com os elementos da equipa necessários à resolução do problema. Para isso, é fundamental que se utilize uma comunicação assertiva, com o intuito de evitar conflitos no seio da equipa de saúde, visando o cumprimento do principal objectivo – o bem-estar bio-psico-social do doente.

2.2.1- Componentes Não Verbais da Comunicação Assertiva

A comunicação não verbal inclui todas as formas de comunicação que não envolvem a palavra falada e a sua percepção engloba todos os sentidos incluindo a audição, que é utilizada no nível verbal. A comunicação não verbal ou analógica tem as suas raízes em períodos muito mais arcaicos da evolução e, portanto, é de muito maior validade geral do que o mais recente modo de comunicação verbal ou digital. Ela é muito extensa e abrange vários componentes, como a postura, gestos, expressão facial, inflexão da voz,

² <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=72&view=news:Print&id=238&print=1>

sequência, ritmo e cedência das próprias palavras, entre muitas outras (Watzlawick, 1993).

O paradigma da comunicação assenta na noção de relação e ao estabelecermos uma relação interpessoal, a importância da comunicação não verbal é geralmente desprezada. No entanto é importante consciencializarmo-nos de que é através de um largo espectro de expressões corporais e de comportamentos que ficamos com uma impressão acerca da pessoa, das suas intenções e emoções. Esta ideia é partilhada por Dias ao referir que *“noventa por cento da mensagem que recebemos do outro é comunicada não verbalmente”* (1998:15).

Esser e Deutsch citados por Vieira (1983), referem também que a informação transmitida pela comunicação não verbal é responsável por 65% da informação total recebida.

Para o estabelecimento de uma comunicação assertiva, as mensagens não verbais têm de ser congruentes com as mensagens verbais, o que na profissão de Enfermagem é extremamente importante, pois em contexto de saúde, as interações acontecem frequentemente em ambientes de tensão, de sofrimento e de medo, sendo o comportamento não verbal quer do enfermeiro quer do utente um elemento importante da comunicação. Imaginemos a expressão facial dos pais que esperam ansiosamente informações sobre o estado de saúde do filho e simultaneamente imaginemos a expressão facial do enfermeiro que facultará essa informação.

Considerando que o primeiro contacto se estabelece através do olhar, as pessoas que adoptam comportamentos comunicacionais assertivos, apresentam um olhar directo e firme, olhos nos olhos, sem fixar demasiado; *“os sujeitos assertivos olham mais enquanto falam do que os sujeitos pouco assertivos”* (Castanyer,2002:41).

Parafrazeando Phaneuf “*as pessoas que enfrentam as outras e conservam o contacto visual parecem mais positivas e mais interessadas*” (2005:73).

No que concerne à expressão facial, esta manifesta o estado de espírito ou o comportamento que interessa transmitir. A pessoa predominantemente assertiva apresenta uma expressão facial concordante com a mensagem que pretende transmitir, tem um ar descontraído e calmo.

A postura corporal denuncia o que a pessoa vive interiormente, a sua auto-estima. A forma como se senta, como coloca o tronco, os ombros, a cabeça, transmite um significado. A pessoa que adopta comportamentos comunicacionais assertivos, mantém os ombros direitos, a cabeça direita e alta, reflectindo um auto-controlo, optimismo e segurança.

Os gestos são harmoniosos e servem de apoio à comunicação verbal. Como nos diz Castanyer “*os gestos assertivos são movimentos desinibidos. Sugerem franqueza, segurança e espontaneidade por parte daquele que está a falar*” (2002:43).

As pessoas assertivas falam com clareza, em tom de voz uniforme mas firme, o que é uma mais valia numa profissão de relação, de ajuda, pois transmite segurança e confiança ao utente.

De facto, o comportamento comunicacional assertivo é um excelente potenciador de relações interpessoais satisfatórias pelas suas características. Assim torna-se imprescindível que os enfermeiros se disponham a adoptar e desenvolver este tipo de comportamento, pois certamente a relação que mantém com o utente e equipa multidisciplinar melhorará na medida em que valoriza os direitos da pessoa e do outro.

2.2.2- Componentes Verbais da Comunicação Assertiva

A comunicação verbal é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra, (Phaneuf, 2005:82). Nesta perspectiva, em enfermagem a comunicação apresenta lugar de destaque, pois para além de permitir o contacto enfermeiro/utente, impulsiona a interacção entre os elementos da equipa multidisciplinar, reflectindo-se na prática de cuidados. Assim a comunicação é vista tanto como uma troca de informações como um componente fundamental da relação.

Existem estudos acerca desta temática que demonstraram a existência de elementos ao nível da comunicação verbal que distingue a comunicação verbal assertiva da não assertiva.

A pessoa assertiva sabe dizer não quando considera ser a resposta certa, no entanto fá-lo educadamente, (Lloyd, 1993). Ainda segundo o mesmo autor, as pessoas tendencialmente assertivas utilizam a técnica do disco riscado com indivíduos persistentes, ou seja, fazem valer a sua opinião e posição com insistência face a determinado conteúdo, mantendo a calma e a coerência. Apresentam ideias próprias que defendem de acordo com os seus valores, respeitam os direitos dos outros, no entanto não deixam de defender os seus próprios direitos. Expressam opiniões de uma forma honesta, aberta e espontânea. Portanto, *“uma pessoa que sabe usar os seus recursos verbais enfrenta com mais facilidade as situações que se lhe podem tornar embaraçosas, quer libertando-se delas, quer criando condições para as evitar no futuro”* (Serra, 1999:665).

Wazlawick, um estudioso na área da comunicação, defende que, se toda a comunicação *“tem um conteúdo e uma relação, podemos esperar concluir que os dois modos de comunicação não só existem lado a lado mas complementam-se em todas as mensagens”* (1993:59), no entanto, enquanto que o conteúdo é transmitido

essencialmente através da comunicação verbal, o aspecto relacional é transmitido sobretudo pela comunicação não verbal.

CAPITULO 3 – A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM E SUA CONTEXTUALIZAÇÃO

A enfermagem arrasta consigo um passado histórico, sobre o qual importa reflectir. Desde a origem dos séculos até à actualidade, a prática de cuidados que rege a condição humana sofreu uma evolução de acordo com os conhecimentos da época.

Ao longo deste capítulo iremos abordar uma breve evolução da Enfermagem e do Cuidar.

3.1 - CONCEITO DE ENFERMAGEM

Tendo em conta que um conceito é uma construção lógica estabelecida de acordo com um quadro de referência e que adquire o seu significado dentro do esquema de pensamento no qual é colocado, a Enfermagem foi assumindo vários conceitos de acordo com as teóricas da época e com a evolução da profissão.

Recentemente, a Enfermagem tem sido alvo de várias tentativas de definição no sentido de tornar claro as funções do profissional de enfermagem. Apesar da evolução, não existe uma só definição universalmente aceite.

Florence Nightingale ao profissionalizar a Enfermagem formulou o seu primeiro conceito: o que a enfermagem tem a fazer é colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir. Propôs ainda normas e premissas sobre as quais os profissionais deveriam assentar a sua prática.

A partir do conceito de Florence Nightingale, foram elaborados outros conceitos, como o de Hildegard Pehlau, Virgínia Henderson, Dorothea Orem, Jean Watson, entre outras teóricas

Assim, a Enfermagem é uma ciência humana de pessoas e de experiências de saúde-doença, mediadas por transacções profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas do cuidado humano, sendo a meta o auxílio às pessoas afim de obterem a harmonia entre o corpo, a mente e a alma (Watson, 1988).

Para Henderson, a Enfermagem auxilia a pessoa, doente ou com saúde, a executar aquelas actividades que contribuem com a saúde ou com a sua recuperação (ou para com uma morte em paz) que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, a vontade ou o conhecimento necessários (1961:7-8).

Na perspectiva de Orem (1991), a enfermagem é um serviço humano e especializado de saúde, que distingue de outros serviços, pois dá ênfase à pessoa com inabilidade para a provisão de um cuidado específico em quantidade e qualidade

Embora as várias teóricas atribuam diferentes enfoques aos conceitos de Enfermagem, o alicerce comum prende-se com o cuidar.

Assim, partindo do princípio de que o cuidar implica um olhar para a dimensão total do ser humano, podemos dizer que o enfermeiro ocupa um lugar primordial dentro do contexto da saúde, pois as suas acções envolvem a protecção e o processo de recuperação da saúde.

3.1.1- Abordagem ao Mundo do Cuidar em Enfermagem

Desde o início da história da Humanidade que o cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie, (Collière, 1989).

Em 1890, com a valorização do cuidar na vida humana, emerge a Enfermagem moderna com Florence Nightingale, ao defender que a Enfermagem é o cuidar a pessoa no seu todo e não apenas na doença. O cuidar é assim considerado uma forma de ser, de se relacionar, constituindo a essência da Enfermagem.

Não obstante, a história dos cuidados e até da profissão remonta aos primórdios da Humanidade, pois todos nós cuidamos de nós próprios e dos outros e essa capacidade de cuidar varia consoante a fase da vida e as capacidades humanas desenvolvidas.

A história da Enfermagem está intimamente relacionada com a história da mulher cuidadora e sua evolução, pois as práticas dos cuidados foram desde os tempos mais remotos da humanidade, identificados com a mulher: mulher-religiosa, mulher-enfermeira.

Cuidar é um acto individual que se presta a si mesmo quando se tem autonomia mas é igualmente um acto de reciprocidade que se presta a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1999).

Os teóricos, ao longo da história têm considerado a Enfermagem como uma ciência (Allen, 1963; Roy, 1971 e Newman, 1979) e como uma arte e ciência (Johnson, 1958; Leininger, 1979 e Parse, 1981), citados por Kérouac (1994).

Enquanto ciência, a Enfermagem tem sofrido evolução ao longo do tempo e tal como noutras profissões esta evolução ocorreu em vários contextos de mudanças históricas, económicas, filosóficas, tecnológicas e políticas.

Como arte, a Enfermagem carece do desenvolvimento de determinadas habilidades, assim como de um pensamento pluridireccional, moldável e adaptável (Gomes, 1990).

Na Idade Média, o cuidar em Enfermagem era influenciado por motivações espirituais e humanitárias, predominando a caridade e a penitência (Pitta, 1991).

Em 1890, com a valorização do cuidar na vida humana, emerge a Enfermagem moderna com Florence Nightingale, a qual define Enfermagem como o cuidar a pessoa no seu todo e não apenas na doença. Assiste-se ao abandono de uma abordagem essencialmente técnica, centrada na patologia para um modelo onde a relação enfermeiro/doente é valorizada.

Cuidar é hoje e continuará a ser, o fulcro da prática de Enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interacção pessoal será sem dúvida fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e maximizar o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades (Hennezel, 1997:173)

Urge reflectir que para Cuidar em Enfermagem, não bastam actos tecnicamente correctos, mais ou menos diferenciados sendo também necessários aspectos de âmbito relacional simples ou complexo, técnico ou relacional. Assim, o acto de Cuidar só terá verdadeiro sentido e significado se o Enfermeiro assim o desejar, dependerá dos conhecimentos mobilizados, da intencionalidade, do empenhamento e desejo que imprime a esse agir.

3.2- PERÍODO PARADIGMÁTICO EM ENFERMAGEM

À semelhança de outras profissões, a Enfermagem tem evoluído em vários contextos de mudanças sócio-culturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Os teóricos de Enfermagem elaboraram modelos conceptuais para a profissão, motivados pela necessidade de clarificar a especificidade dos serviços que os enfermeiros prestam à comunidade. De Florence Nightingale a Parse (1992), são vários os modelos conceptuais existentes, o que levou ao surgimento de várias concepções da disciplina de Enfermagem.

Kéroauc et al (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem, sugerindo que os paradigmas adoptassem a seguinte nomenclatura: categorização, integração e transformação.

De acordo com Diogo a “ convergência para um paradigma, parece consensual, enquanto condição para que uma disciplina possa ser considerada como tal” (2006:25).

3.2.1- Paradigma da Categorização

Este paradigma teve início cerca do século VIII-XIX, marcado pela identificação de alguns agentes patogénicos e pela sua relação com algumas doenças.

Para Lopes caracteriza-se “por perspectivar os fenómenos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis” (1999:35). Assim, parafraseando Kéroauc “ os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos e considerados elementos isoláveis ou manifestações simplificáveis” (1996:4).

A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Kéroauc

et al. 1996). A pessoa e o ambiente aparecem assim como duas entidades distintas e separadas.

Podemos identificar duas orientações distintas de Enfermagem dentro deste paradigma. A primeira orienta-se para a saúde pública, a qual integra medidas de higiene e salubridade em geral, lembrando um dos princípios de Florence Nightingale que consistia em criar condições para que a natureza pudesse agir positivamente sobre as pessoas, o que se traduzia em medidas de higiene e salubridade de ordem geral.

A segunda orienta-se para a doença, sendo a pessoa entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. Segundo esta orientação a saúde é vista como um estado de equilíbrio altamente desejável e sinónimo de ausência de doença.

Poderá ter sido marcado pelo início da medicina técnico-científica e sua evolução, permitindo ampliar os horizontes da medicina que passou a dispor de tecnologia mais sofisticada, que permitia tanto diagnosticar como tratar. De acordo com Allan e Hall (1988), citado por Lopes, o objectivo da medicina “era o estudo das doenças, a formulação de um diagnóstico preciso e a indicação de um tratamento específico e concreto” (1999:36).

Face ao exposto, os médicos nesta altura dispunham de menos tempo e começaram a delegar tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade das enfermeiras. Por sua vez, as enfermeiras começaram a ter necessidade de algum saber médico para deste modo prestarem os cuidados de acordo com a tecnologia.

Então, podemos inferir que segundo esta orientação, os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamenta-se na especialização de tarefas: cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (ex. higiene

nos leitos, terapêutica). Até há bem pouco tempo era este o sistema em que se trabalhava em Portugal e esta situação ainda se verifica em alguns locais.

3.2.2- Paradigma da Integração

Este paradigma apesar de dar continuidade ao anterior, perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, ou seja, tanto são valorizados os dados objectivos como os subjectivos, consoante os contextos em que se inserem, (Lopes, 1999).

A orientação da Enfermagem para a pessoa foi influenciada pelo paradigma da integração. Orientação esta, que teve início nos anos 50, tendo sido marcada por dois acontecimentos: a emergência de programas sociais e o desenvolvimento dos meios de comunicação.

Houve também um desenvolvimento das ciências sociais e humanas com a contribuição de Adler sobre a psicologia social, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente e de Maslow sobre a motivação. Todas alertavam para “ um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade” (Kèrouac et al, 1996:10).

Este paradigma abrange escolas orientadas para a pessoa como por exemplo a escola da interacção que foi influenciada por teorias como a psicoterapia centrada no cliente de Carl Rogers, a fenomenologia e o existencialismo. Destaca-se Hildgard Peplau, King e Orlando, teóricas pertencentes a esta escola e que contribuíram em grande parte para a orientação da Enfermagem para a pessoa.

A prestação de cuidados adquiriu uma dimensão diferente, em que cuidar passou a significar “ agir com “ a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (Kèrouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major, 1994). Surgiu a expressão “ a pessoa

como ser bio-psi-socio-cultural-espiritual, uma vez que a pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interação.

Concomitantemente, a saúde e doença passaram também a ser encaradas de outra forma, isto é, começaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interação dinâmica (Lopes, 1999).

A partir da orientação para a pessoa, foram criadas as primeiras concepções de enfermagem, altura em que surgiram os primeiros modelos conceptuais que orientaram a formação e a investigação e precisaram a prática dos cuidados de Enfermagem (Kèrouac et al, 1996). Importa referir que foi em meados da década de 50 que as enfermeiras começaram a desenvolver uma visão teórica da enfermagem.

3.2.3- Paradigma da Transformação

Este paradigma inclui a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar. São escolas de pensamento orientadas para uma abertura ao e para o mundo, sendo proposto por Kèrouac (1996).

Perspectiva os fenómenos como únicos mas em interação com tudo o que os rodeia e segundo Newman (1992), as mudanças ocorrem por estádios de organização e desorganização, mas sempre para níveis de organização superior.

Teve início nos anos 70, representando o alicerce de uma abertura das ciências de enfermagem sobre e para o mundo. Destacamos Watson (1988), Rogers (1989,1992), Newman (1992) e Parse (1992) como autores deste paradigma.

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários que apelava para a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos. Ainda no mesmo ano, a OMS elabora a declaração de Alma Ata que propôs um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que “ *os homens têm o direito e o dever de*

participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas”. Passou a ser “reconhecida às pessoas a possibilidade e a capacidade de serem próprios agentes e parceiros nas decisões de saúde que directamente lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde” (Lopes, 1999:45).

Nesta perspectiva, a pessoa é encarada como um ser único, em que as suas variadas dimensões formam uma unidade assim como a saúde é concebida como uma experiência vivida, como um valor, de acordo com a perspectiva de cada pessoa, englobando a unidade “*ser humano-ambiente*” e não um estado estável ou ausência de doença.

A teoria geral dos sistemas foi uma das teorias que influenciou e contribuiu para esta visão, a qual foi desenvolvida por Von Bertalanffy que encarava o ser humano como um sistema composto por vários sub-sistemas em interacção permanente e sistemática. Entende-se que o sistema “pessoa” se encontra também em interacção com sistemas e supra-sistemas de várias ordens. Durante estas interacções deixa de se poder determinar qual a causa e qual a consequência de determinado fenómeno ocorrido.

Nesta linha de pensamento, os cuidados de enfermagem influenciados por esta abertura para o mundo, visam manter o bem estar da pessoa considerando a sua concepção de bem estar.

Os enfermeiros responsabilizam-se e garantem os cuidados que a pessoa necessita, transmitem os seus conhecimentos no sentido da pessoa escolher o caminho a seguir. Existe uma co-responsabilidade no processo de cuidados, o que faz com que a relação enfermeiro/utente assuma o verdadeiro significado.

Neste paradigma, a pessoa e o ambiente estão em mudança constante, mútua e simultânea (Kèrouac et al, (1996).

Relativamente ao paradigma anterior, uma das diferenças mais importantes é o facto da prestação de cuidados abranger os cuidados globais e integrais, atribuindo aos enfermeiros a responsabilidade pelos mesmos.

Em Portugal assistia-se a um período pós-revolucionário com alterações socioprofissionais, nomeadamente à extinção do Curso de Auxiliares de Enfermagem e à criação de uma carreira de Enfermagem única dividida em três ramos: saúde pública, hospitalar e ensino. Às auxiliares de Enfermagem foi proposto o ingresso num curso de equiparação a enfermeiras. Em 1981 houve revisão da carreira de enfermagem.

O Curso Superior de Enfermagem teve início em 1990, com plano de estudos que incluíam disciplinas como Investigação em Enfermagem, Introdução à Estatística, entre outras.

A década de 90 foi marcada pela conquista da autonomia profissional e revisão das várias teorias e modelos de acção e de práticas de cuidados.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – D.L. n.º 191/96 de 4/9, reforça a conduta de valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados, baseada na igualdade, na reciprocidade e nas relações, marcando o início de uma nova época na profissão de Enfermagem.

Em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) que definiu as competências científicas e técnicas dos enfermeiros dos cuidados gerais com base no enquadramento jurídico da profissão. Ao enfermeiro especialista confere a competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da respectiva especialidade.

3.3- A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A ASSERTIVIDADE NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Desde o início do século XX que a evolução técnica e do conhecimento científico trouxe aos enfermeiros um aumento das suas funções, nomeadamente de gestor da unidade de cuidados e de apoio à pessoa doente e família. (Salvage, 1990).

À profissão de Enfermagem está afectada uma polivalência de cuidados, desde a higiene, alimentação, mobilização, eliminação, administração de terapêutica, apoio psicológico ao utente e família e ainda uma preocupação com as necessidades sociais dos utentes.

Considerando que o trabalho destes profissionais no hospital é contínuo, o seu papel é de grande importância nos cuidados de saúde, conferindo-lhes uma dose razoável de desgaste emocional, quer pelas próprias vivências, quer pelas características dos horários de trabalho, tal como refere Anselmi et al. o trabalho dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, é um tipo de trabalho desenvolvido frequentemente em circunstâncias stressantes, as quais podem levar a problemas como, desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, rotação de serviços e tendência a abandonar a profissão (2001,13-17).

Nesta perspectiva, Veiga Branco defende que os espaços de trabalho de Enfermagem, apresentam misturas de sentimentos mais ou menos intensos e complexos, que exigem uma constante reflexão/acção da realidade, num desgaste continuado entre sentimentos de frustração e os de competência, consequência de situações como: “os fenómenos de burnout, os bloqueios à prática de intertransdisciplinariedade intra e inter equipas, a obrigatoriedade de dar respostas às necessidades institucionais versus necessidades dos utentes, o pluriemprego cada vez mais legitimado, o tradicional trabalho em equipa versus prestação individual de cuidados...”(2004:23) .

Existem seis fontes de burnout referenciadas por Maslach e Leiter (1997 in Queirós, 2004), sendo estas: carga excessiva de trabalho, baixo salário, falta de equidade e justiça, falta de controlo, fragmentação das relações interpessoais e conflitos de valor.

Perante a exposição a situações difíceis e promotoras de stress a que os enfermeiros estão sujeitos, parece incontestável a necessidade destes profissionais serem competentes no que respeita a lidar com as suas emoções e as dos outros, bem como possuir competências na área da comunicação

A Inteligência Emocional assim como a Assertividade têm implicações na vida pessoal e na vida profissional dos enfermeiros, pois trata-se de uma profissão de relações humanas.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), o exercício profissional da enfermagem, “ centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (...). A relação terapêutica (...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o utente, no respeito pelas suas capacidades e insere-se num contexto de actuação multiprofissional”.

A Inteligência Emocional pode ser um preditor importante do sucesso dos relacionamentos pessoais, na família e nos locais de trabalho, segundo Salovey, Mayer e Caruso (1997).

Algumas investigações nesta área, demonstram que as relações interpessoais assumem especial importância na equipa multidisciplinar, Jesus (2001) ao investigar as causas de mal-estar na vida profissional, 100% dos sujeitos responderam que o mau ambiente de trabalho, a dificuldade nas relações interpessoais e a falta de trabalho em equipa eram as principais fontes de mal-estar. Por outro lado o mesmo investigador em 2004, sugeriu que os enfermeiros com níveis mais elevados de IE poderão apresentar melhores desempenhos profissionais.

Perante as mudanças no sistema de saúde, é importante que o profissional de enfermagem se consciencialize de que as necessidades das pessoas que procuram cuidados de saúde mudaram. Vive-se tempos de mudanças, ao nível tecnológico, no aparecimento de novas doenças e no campo social sendo imprescindível a promoção da Inteligência Emocional e da Assertividade como estratégia de prevenção e confronto com dificuldades de resposta a uma série de situações e problemas que habitam no meio hospitalar.

Em Enfermagem e em qualquer área profissional, “expressar as emoções ou opiniões, resulta num produto cultural, que pode ser essencial para o desenvolvimento do sujeito” (Branco, 2004:41)

3- RELAÇÕES INTERPESSOAIS EM ENFERMAGEM

Ao considerarmos a profissão de Enfermagem como humanista, podemos inferir que lhe está implícita a relação humana, quer seja com o utente quer com a equipa multidisciplinar, logo podemos considerar que se trata de uma profissão onde as relações interpessoais ocupam lugar de destaque.

As relações humanas são acções e atitudes desenvolvidas pelos contactos entre pessoas e grupos (Chiavenato, 1987). Cada indivíduo é uma personalidade diferenciada e única que influencia o comportamento e atitudes dos outros com quem mantém contactos, sendo também influenciado pelos outros. A compreensão da natureza das relações humanas permite uma atmosfera onde cada indivíduo é encorajado a exprimir-se livre e sadiamente.

Ainda segundo o mesmo autor, as relações humanas representam *“uma atitude, um estado de espírito que deve prevalecer no estabelecimento e/ou na manutenção dos contactos entre pessoas. Esta atitude deve basear-se no princípio do reconhecimento de*

que os seres humanos são possuidores de uma personalidade própria que merece ser respeitada” (Chiavenato, 1987).

Considerando que o elemento básico da relação humana é a comunicação, a qual permite às pessoas estabelecer, manter e aumentar os contactos com os outros, é imprescindível que o profissional de saúde valorize a sua importância como o principal instrumento de trabalho para a prática de cuidados, pois *“o modo como nos relacionamos com os outros, a maior ou menor eficácia no relacionamento, depende do nosso poder e da nossa habilidade na comunicação” (Fachada, 2005).*

É de salientar que 60% dos problemas interactivos são consequência de uma má comunicação, segundo Druker, P., citado por Fachada (2005).

Tendo em conta que a comunicação, sendo parte integrante das relações interpessoais e como ferramenta terapêutica dos enfermeiros, parece-nos importante a presença do estado de bem-estar nestes profissionais, uma vez que vários estudos apontam as relações interpessoais como fonte de mal-estar.

A relação é uma condição do ser humano, o qual vive num mundo de relações sociais, onde as regras de conversação diferem consoante a relação que se tem com as pessoas que comunicamos. No entanto, para conseguir compreender o outro verdadeiramente, o enfermeiro tem de, antes de tudo, saber comunicar.

Toda a acção pressupõe relação, factual ou simbólica, real ou imaginária, e toda a relação pressupõe formas de comunicação. Como refere Fachada *“ A comunicação desempenha um papel privilegiado na interacção, ela constitui uma habilidade que pode melhorar progressivamente, desde que haja disponibilidade e abertura para que cada um se dê ao outro de forma verdadeira e autêntica, visando o enriquecimento do indivíduo, do grupo e da sociedade” (2005).*

De acordo com Loff “ para se estabelecer um encontro com uma pessoa, doente ou não, a atitude mais adequada é a de compreensão, pois a compreensão é o único meio que permite que duas personalidades estabeleçam reciprocidade ou compenetração psicológica “ (1994).

Formar relações é uma característica implícita da condição humana, a questão que se coloca não é se estabelecemos ou não relação, mas sim, que tipo de relação formamos, com quem e como entendemos essa relação. Assim, Watson refere que “ *cada pessoa é um ser que está no mundo e que possui uma totalidade de experiências vividas, sendo estas o seu quadro de referência e é também nos momentos privilegiados do cuidar que se vai construindo uma relação com o outro através do envolvimento total do eu, utilizando conhecimentos, sentimentos, numa relação pessoal que é capaz de transcender o momento actual* “ (1985). Portanto, é importante que o enfermeiro entenda que só está apto a compreender e a estabelecer relações interpessoais positivas, quando obtiver de si próprio esse conhecimento e essa compreensão pois, só conhecendo-se poderá conhecer os outros (Dias, 1989).

O desenvolvimento pessoal tem constituído preocupação de investigadores e teóricos, na área de Enfermagem desde o aparecimento dos primeiros modelos.

Rispail (2003), citada por Diogo salienta a importância da compreensão que o enfermeiro tem de si próprio (auto-conhecimento) para melhor comunicar, evoluir e desenvolver-se, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações difíceis., referindo ainda que “ *o desenvolvimento pessoal é, com efeito, a expressão de um desejo profundo do indivíduo para se conhecer melhor, evoluir, ultrapassar certos bloqueios, a fim de comunicar melhor, manter relações familiares, com amigos e profissionais satisfatórias (...)* Destina-se a desenvolver o potencial do indivíduo no

sentido da procura de saber como se sentir melhor, e utiliza técnicas que fazem apelo à consciência” (2006).

A vida de um enfermeiro é por vezes uma vida no seio de uma equipa de trabalho, de conflitos a clarificar, de tensões a gerir, na qual está exposto ao stress, à violência de horários de trabalho, ao sofrimento, à doença e à morte, encontrando-se muito necessitado de estratégias para se sentir melhor (Diogo, 2006).

A Enfermagem é considerada desde há muito, uma profissão desgastante, tanto a nível físico como psicológico. No desempenho das suas funções, o enfermeiro vivência momentos de ansiedade, de medo, de angustia e de incerteza, o que causa efeitos devastadores na sua capacidade relacional, racional e emocional.

Num estudo efectuado por Ferreira, A; Ramos, S. (2007), que teve como objectivo conhecer os recursos utilizados para diminuir o desgaste emocional do enfermeiro, foram encontradas três categorias de análise, das quais importa salientar as condições contribuintes para o desgaste emocional na prática hospitalar; com duas subcategorias: Relacionamento interpessoal – enfermeiros, clientes e outros profissionais de saúde e Processo de trabalho – recursos materiais e humanos e condições ambientais de trabalho.

O tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas permanentemente, nos ambientes e nas relações com o trabalho é visto como factor determinante de doenças.

Os estudos efectuados têm verificado que as actividades profissionais em que há relações interpessoais intensas podem ser mais susceptíveis de causar sintomas de stress e burnout.

Em particular, os profissionais de educação e de saúde, nomeadamente professores, médicos e enfermeiros, apresentam níveis muito elevados de stress e de burnout, de acordo com os resultados de investigações realizadas em diversos países³.

De acordo com o REPE, uma das funções do enfermeiro é a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, ou seja, a promoção do bem-estar das pessoas, no entanto, para que esta missão se cumpra, é necessário que os enfermeiros sejam conhecedores do seu próprio bem-estar e desta forma poderem apostar em relações “saudáveis” com as pessoas com que se relacionam. Loff refere que o auto-conceito interfere decisivamente no bem-estar e no relacionamento socioprofissional de cada um. Dos juízos de valor (bons ou maus) que cada um dá de si mesmo dependerá um auto-conceito rico ou pobre, ligado a sentimentos de bem-estar, harmonia das relações interpessoais e até sucesso ou competência pessoal (1994).

Jesus (2001), investigou as causas de mal-estar nos profissionais de Enfermagem e de acordo com o resultado deste estudo, 100% dos participantes apontaram a dificuldade nos relacionamentos interpessoais como uma das principais fontes de mal-estar/stress a nível profissional.

Um outro estudo realizado por Queirós (2003), que procurou identificar as principais causas de mal-estar em profissionais de Enfermagem, revelou que 35% dos participantes referiram os relacionamentos interpessoais no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar/stress na sua vida profissional.

O quotidiano dos enfermeiros é de facto um palco de relações estabelecidas entre vários “actores”, nomeadamente o próprio enfermeiro e o doente. No entanto, na sua prática de cuidados e inserido numa equipa de enfermagem e numa equipa multidisciplinar, o

³ http://www.fedap.es/IberPsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa/jesus/jesus.htm

enfermeiro estabelece relações com um conjunto de pessoas pertencentes a várias profissões cada uma com os seus saberes e lutando pela sua autonomia., com diferentes personalidades, valores, crenças, emoções e sentimentos.

Nesta linha de pensamento, Diogo acrescenta *que “a emoção é vista como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, sendo graças a ela que nos ligamos aos outros, ao mundo, a nós próprios”* (2006:11). Como refere Cunha as emoções e os sentimentos não são um sinal adventício, mas sim verdadeiras entidades capazes de assegurar o estabelecimento de relações interpessoais (2000).

Segundo Heider (1970), citado por Ferreira a relação interpessoal é a “ percepção que um sujeito tem acerca do outro, aquilo que pensa e sente em relação ao outro, o que espera que ele faça e pense, o modo como espera que ele reaja às acções de outro sujeito” (2001).

Como nos diz Fachada, *”grande parte do tempo da maioria das pessoas (cerca de 75% do tempo em média) é passado a relacionar-se com outras pessoas”* (2005). As interacções podem ter vários objectivos, como: transmitir ou obter conhecimento, informações ou compreensão, solicitar mudança de comportamentos, atitudes, manter conversação, etc.

Ao longo dos últimos anos, vários autores dedicaram-se ao desenvolvimento de modelos de Enfermagem, de entre a panóplia de modelos de enfermagem, seleccionámos os modelos classificados por Kérrouac (1994) de modelos de interacção, por serem aqueles que, a nosso ver, estão mais relacionados com o presente estudo.

As teóricas dos modelos interaccionistas centraram-se sobre o processo de interacção entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados e inspiraram-se nas teorias da interacção, da fenomenologia e do existencialismo, tentando responder à questão: “

Comment les infirmières font-elles ce qu'elles font?", Meleis (1991) in K  rouac (1994:10). De entre as teóricas que assumem como pressuposto a interacção, salientamos os modelos desenvolvidos por Hildegard Peplau (1952), Ida Orlando (1962) e Imoge King (1968).

Para o estudo em questão, Peplau,   com efeito a que melhor se enquadra. Foi influenciada pelo modelo de relação interpessoal de Sullivan e reflectia o panorama do modelo psicanalítico da época, sendo a primeira enfermeira que relacionou teorias de outros campos científicos com a enfermagem.

Esta autora salientou a importância da compreensão do próprio comportamento do enfermeiro a fim deste poder ajudar os outros a identificarem as dificuldades que os afectam, sendo também considerado um modelo baseado na teoria do desenvolvimento e uma referência no campo das Relações Interpessoais. Pretende identificar conceitos e princípios que dêem suporte às relações interpessoais que se processam na prática de Enfermagem de forma que as situações de cuidados possam ser transformados em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal.

Todavia, para sustentar as relações interpessoais inerentes a todo o processo de cuidados, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha capacidade para estabelecer este tipo de relação, nomeadamente adoptar comportamentos assertivos, ter inteligência emocional, pois   através da qualidade das interacções que estabelecemos, que obtemos prazer e nos continuamos a relacionar de uma forma satisfatória.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

Na Parte II, iremos apresentar o estudo propriamente dito, considerando o enquadramento teórico a base de sustentação.

Iremos dar a conhecer as considerações metodológicas e posteriormente apresentaremos a análise e discussão de resultados, procurando relacionar os resultados obtidos com estudos efectuados acerca da temática.

CAPITULO 4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Considerando o método como “ o caminho para se chegar a determinado fim” e a pesquisa “ o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”, (Gil, 1989:43), podemos dizer que a metodologia é o estudo dos caminhos, dos instrumentos para se fazer a pesquisa, ou seja, de acordo com Fortin “é o conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (2000:272). Portanto, contempla a fase exploratória, as questões de investigação, os critérios de amostragem, as variáveis, as hipóteses e a definição de instrumentos e procedimentos de colheita e ainda a análise de dados e informações.

Caracterizamos o estudo desenvolvido do tipo descritivo, exploratório e correlacional. De acordo com Fortin et al o estudo descritivo permite-nos “... a obtenção de uma informação mais completa e mais precisa de um fenómeno”, portanto existe descrição dos fenómenos e relação entre factores e variáveis (1998:195).

O estudo é ainda exploratório, pois pretende clarificar e descobrir as dimensões do fenómeno, de que forma este se manifesta assim como os factores com os quais se relaciona, Polit e Hungler (1995) e correlacional por examinar a relação entre as variáveis, de modo a determinar a natureza das relações (Fortin, 2003).

Na perspectiva de Almeida e Freire várias são as modalidades de investigação em psicologia que podem ser adoptadas: Quantitativo-Experimental, Quantitativo-Correlacional e Qualitativo (2007:26).

Polit e Hungler referem que “ se costuma fazer a distinção entre dois grandes métodos de colheita de informações científicas: quantitativo e qualitativo” (1995:17).

No presente estudo a abordagem metodológica é do tipo quantitativo-correlacional, porque a pretensão é generalizar os resultados da população em estudo a partir de uma amostra e avaliar se existe ou não a relação entre as variáveis. Utilizámos questionários de auto-preenchimento com escalas de Likert.

4.1- DELINEAMENTO DO ESTUDO

O delineamento do estudo pretende esquematizar de uma forma geral a investigação, considerando como ponto de partida as questões de investigação, quer o objectivo seja descrever variáveis ou grupos de sujeitos, quer seja para explorar ou examinar relações entre as variáveis ou mesmo verificar hipóteses de casualidade (Fortin, 2000).

A inteligência emocional é um constructo que tem despertado interesse a alguns investigadores, nomeadamente em profissões onde as relações interpessoais assumem lugar de destaque.

Em Portugal na área de Enfermagem é interessante observar que têm surgido novos estudos acerca desta temática, o que pode significar que as emoções são uma questão que inquieta este grupo profissional. Mais concretamente em 2006, Vilela validou o instrumento de medida das capacidades da IE em enfermeiros, o qual tinha sido utilizado por Branco (2004) em professores. Ainda em 2007, Gregório realizou um estudo acerca da Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Em 2008, Agostinho estudou a Competência Emocional em Enfermeiros de Hospitais públicos.

Veiga Branco, ao realizar um estudo sobre a inteligência emocional dos professores do Ensino Politécnico de Bragança, sugeriu que “seria de todo pertinente repetir todos os pressupostos metodológicos, nesta ou noutras populações, nesta ou noutras áreas de trabalho, desde que a competência emocional fosse considerada importante” (2004:114).

Assim, considerámos aliciante o desafio de por um lado procurar compreender a realidade das capacidades da IE em Enfermeiros de Hospitais maioritariamente da região Alentejana e por outro lado compreender a relação existente entre a IE e a adopção de comportamentos assertivos, constructo estudado por Amaro (2007).

Convictos da importância da compreensão das capacidades da IE dos enfermeiros no seu quotidiano ao nível da gestão e formação, assim como da sua assertividade, será sobre estes dois constructos que incidirá a nossa investigação.

Nesta perspectiva, o presente estudo tem como objectivo analisar e esclarecer as seguintes questões de investigação:

- Que influência exercem as variáveis sócio-demográficas dos enfermeiros em estudo, sobre as capacidades da IE e sobre a Assertividade?
- Qual a relação existente entre a IE e a Assertividade?
- Serão os resultados deste estudo idênticos aos obtidos em estudos anteriores, nomeadamente de Agostinho (2008), Branco (2004), Gregório (2007), Vilela (2006)?

4.2- HIPÓTESES

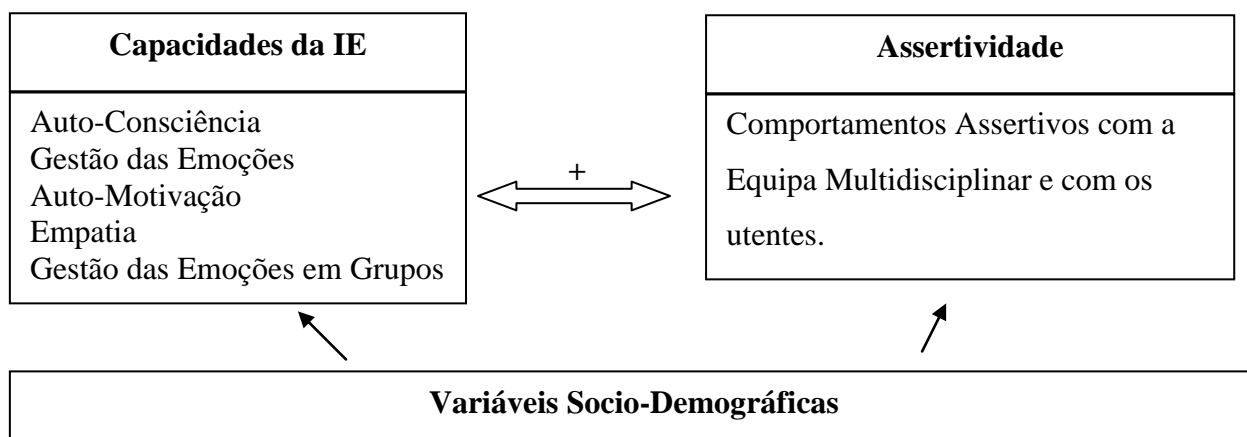
No decurso de uma investigação, a definição de hipótese é um passo fundamental, considerando que a mesma tem como “função” unificar a teoria e a realidade, aumentar os conhecimentos e por outro lado orientar o desenvolvimento do estudo.

Como referem Quivy e Campenhoudt, as hipóteses “ *constituem de algum modo, respostas provisórias e relativamente sumárias que guiarão o trabalho de recolha e análise de dados e que terão, por sua vez, de ser testadas, corrigidas e aprofundadas...*” (1998:111).

Claro está que após a definição conceptual do problema, torna-se necessário encontrar respostas, sendo que a hipótese é pois “*a explicação ou solução plausível de um problema*” (Diogo, 2006:43).

Com este estudo pretendemos compreender, por um lado o perfil que os profissionais de enfermagem em estudo têm relativamente às capacidades da IE, com base no modelo de Goleman, se adoptam comportamentos assertivos e por outro lado estudar a existência

de relação, ou não relação, existente entre a inteligência emocional e a assertividade nos enfermeiros. Desenvolveu-se um modelo hipotético afim de compreender as relações entre as variáveis em estudo que está esquematizado na figura 1.



Neste sentido e considerando o objectivo principal do estudo, foram estabelecidas as seguintes hipóteses de relação entre as variáveis:

- ◆ Existe uma relação positiva entre inteligência emocional e a assertividade nos enfermeiros.
- ◆ Existe uma relação entre cada uma das capacidades da IE e a assertividade nos enfermeiros.

Para além das hipóteses apresentadas, consideramos que as variáveis socio-demográficas e profissionais podem apresentar influência sobre as capacidades da IE e Assertividade.

4.3- POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do presente estudo envolve os enfermeiros do Hospital José Joaquim Fernandes em Beja (349), do Hospital do Espírito Santo em Évora (482), do Hospital do

Litoral Alentejano em Santiago do Cacém (146) e do Hospital Central de Faro (741), totalizando 1718 enfermeiros.

De acordo com Polit e Hungler “uma população é toda a agregação de casos que atendem a um conjunto eleito de critérios” (1995:143), sendo importante distinguir população alvo de população de acesso, pois ainda segundo as mesmas autoras, população alvo é toda a população em que está interessado o pesquisador, enquanto que a população de acesso prende-se com aqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador.

Fortin refere que “ *a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção*” (2003:133).

A nossa amostra foi inicialmente constituída por 200 enfermeiros, a qual ficou reduzida a 176 enfermeiros, porque houve necessidade de excluir 24 questionários aplicados devido a não estarem preenchidos na totalidade.

É de realçar que a amostra do estudo é de conveniência.

4.4 - VARIÁVEIS DO ESTUDO

Identificar as variáveis e as suas relações, é no fundo definir o seu papel na investigação.

“As variáveis podem derivar de conceitos mais amplos, os chamados constructos devidamente operacionalizados ou definidos em termos mais concretos e observáveis. Enquanto que os constructos são entidades abstractas ou as dimensões latentes do

comportamento, as variáveis são a realidade observável,” (Almeida & Freire, 2007:53).

Podemos então inferir que os indicadores dos constructos são as variáveis.

Considerando a pesquisa bibliográfica que deu origem ao enquadramento teórico, o objectivo da investigação, assim como a definição das hipóteses, observamos uma subdivisão no que concerne às variáveis desta investigação.

Assim, apresentamos as variáveis de **natureza sócio-demográfica**, divididas em duas categorias:

- de carácter pessoal (sexo, idade, habilitações literárias/profissionais)
- de carácter profissional (categoria profissional, tempo de serviço, instituição em que trabalha)

Apresentamos ainda as variáveis de natureza psicológica, que dizem respeito aos constructos em estudo:

- as capacidades da Inteligência Emocional, avaliada pela Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional (2004)
- os comportamentos assertivos dos enfermeiros, avaliada pela Escala de Amaro e Jesus (2005) de Avaliação de Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros.

4.5- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Com o objectivo de recolher os dados que permitam dar resposta às questões do estudo, o investigador tem ao seu dispor vários tipos de instrumentos de colheita de dados, como a observação, entrevista, questionário, formulário.

Almeida e Freire referem que “ qualquer instrumento de avaliação, seja ele um teste, uma prova, uma escala, uma ficha ou uma grelha de entrevista, pode definir-se como

um conjunto de itens, questões ou situações mais ou menos organizado e relacionado com um certo domínio a avaliar” (2007:134).

No presente estudo, o instrumento de colheita de dados adoptado foi o questionário, o qual foi constituído por três partes.

4.5.1- Questionário Sócio-Demográfico

A primeira parte compreende o questionário sócio-demográfico, diz respeito à caracterização da amostra, o qual aborda variáveis como a idade, género, estado civil, variáveis profissionais, como as habilitações literárias, categoria profissional e tempo de serviço.

4.5.2- Escala das Capacidades da Inteligência Emocional

A segunda parte do questionário é a Escala das Capacidades da Inteligência Emocional, construída por Veiga Branco em 1999, a qual se baseou no modelo de IE de Goleman (1997), transformando cada uma das capacidades em afirmações e expressões com o objectivo de obter um instrumento que permitisse testar a competência emocional do professor (Branco, 2004).

Inicialmente esta escala era composta por 114 itens, ficando reduzida a 85 itens (Branco, 2005) após tratamento estatístico com análise factorial com Rotação Varimax.

Os 85 itens encontram-se divididos por cinco sub-escalas:

- Capacidade da *Autoconsciência* (20 itens)
- Capacidade da *Gestão de Emoções* (18 itens)
- Capacidade da *Automotivação* (21 itens)
- Capacidade da *Empatia* (12 itens)
- Capacidade da *Gestão de Relacionamentos em Grupos* (14 itens)

A cada uma das Capacidades da IE é atribuído um conjunto de situações hipotéticas que induzem o respondente a identificar-se com elas, sendo que a cada uma das situações propostas corresponde um conjunto de expressões, ao qual corresponde uma escala de frequência temporal no sentido de identificar a frequência com que os respondentes vivenciam cada uma das atitudes e comportamentos expressos.

A cada expressão é atribuída uma escala de Likert, na qual o respondente assinala a frequência temporal com que a atitude ou comportamento ocorre. Os valores assumem:

1- Nunca; 2- Raramente; 3- Pouco Frequente; 4- Por Norma; 5- Frequente; 6- Muito Frequente; 7- Sempre. Os respondentes têm ainda a oportunidade de responder em cada conjunto de expressões a uma questão aberta, no item Outra.

Informámos a autora do estudo que iríamos desenvolver e pediu-se em Novembro de 2008, via e-mail autorização para utilizar a Escala, que foi de imediato concedida.

Como metodologia de análise, optou-se pela operacionalização dos itens na forma invertida após a autora informar quais os itens a inverter, conforme **Quadro 6**.

Sub-Escala	Itens Invertidos	Escala das Capacidades da Inteligência Emocional
I	1 (b,c,f) 2 (a,b,c,d) 3 (a,e,g)	
II	2 (a,b) 3 (a,c)	
III	1 (c,d,e,f) 2 (c,f) 3 (a,c,d,e)	
IV	3 (b)	

Quadro 6 – Itens invertidos na Escala das Capacidades da Inteligência Emocional

Parece-nos importante relatar que pelo facto da escala ser portuguesa, constitui logo uma vantagem, pois eliminam-se as diferenças culturais. Por outro lado, a autora (Augusta Veiga Branco) ter como formação base Enfermagem, ser Professora de

Enfermagem na Escola Superior de Saúde de Bragança, interessar-se por esta temática que deu origem à sua dissertação de Mestrado na área da Competência Emocional dos professores, assim como no Doutoramento, onde voltou a aplicar a mesma escala em professores, mostrando ser válida e fidedigna, são motivos que explicam a nossa escolha, pois segundo a autora a escala foi construída não para um grupo profissional, mas sim para *pessoas*, embora seja necessário proceder a algumas alterações em determinados itens de acordo com a população em estudo.

4.5.3- Escala de Avaliação de Comportamentos Assertivos

A terceira parte do questionário consta da Escala de Avaliação de Comportamentos Assertivos em Enfermeiros, constituída por duas sub-escalas:

- Sub-escala A que avalia os Comportamentos Assertivos com os Utentes (constituída por 6 itens)
- Sub-escala B que avalia os Comportamentos Assertivos com a Equipa Multidisciplinar (constituída por 18 itens).

Cada sub-escala é composta por expressões, às quais por sua vez é atribuída uma escala de Likert, composta por seis graus de resposta que varia entre o Nunca (1) e o Sempre (6), com o objectivo de avaliar a frequência com que os respondentes adoptam comportamentos assertivos durante a sua prática clínica.

Este instrumento foi construído por Amaro, H. e Jesus, S. em 2004, tendo emergido da dissertação de Mestrado de Amaro, H. (2006), que estudou a Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros, sendo a sua formação base em Enfermagem.

4.6- PROCEDIMENTOS NA INVESTIGAÇÃO

Após a escolha das escalas e respectiva autorização para as aplicar no nosso estudo, surge a necessidade de pensar nas instituições onde irá decorrer a investigação.

Tendo em conta que os estudos realizados sobre a inteligência emocional dos enfermeiros utilizaram quase sempre amostras do norte e centro do país (Branco, 2004; Vilela, 2006; Agostinho, 2008, com exceção de Gregório 2007), parece-nos importante nesta investigação utilizar uma amostra de enfermeiros do sul do país.

Assim, escolhemos o Hospital do Litoral Alentejano – Santiago do Cacém, o Hospital Espírito Santo – Évora, o Hospital José Joaquim Fernandes – Beja e o Hospital Central de Faro. O motivo da nossa escolha recaiu em primeiro lugar por ser uma população ainda não estudada acerca desta temática, pela proximidade das instituições o que consequentemente diminui os custos envolvidos em qualquer investigação desta natureza.

Posteriormente, foi pedida autorização aos Presidentes dos Conselhos de Administração das Instituições em estudo, que remeteram a autorização. Em cada instituição houve um contacto prévio com os Enfermeiros Directores e Enfermeiros Chefes, no sentido de explicar a finalidade do estudo, dar a conhecer o instrumento de colheita de dados, esclarecer dúvidas e pedir colaboração na distribuição dos questionários pelos enfermeiros dos serviços. Em cada serviço foi entregue um envelope com os questionários, no qual depois de preenchidos deveriam ser colocados, garantindo o anonimato e confidencialidade. Como profissional de saúde, a investigar também profissionais de saúde, tivemos em consideração o código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente os Artigos 53º, 75º, 79º, 85º e 86º, do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, que de uma forma sucinta, protege os enfermeiros pela confidencialidade dos dados obtidos.

Os questionários foram distribuídos pelas instituições no dia 9 e 18 de Dezembro de 2008 e a recolha foi no dia 30 de Janeiro de 2009.

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa informático SPSS, versão 16.0.

**CAPITULO 5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS
RESULTADOS**

Este capítulo consta da apresentação dos resultados obtidos, assim como da sua análise e discussão.

O tratamento dos dados obtidos e a sua apresentação serão subdivididos em dois momentos distintos. O primeiro incidirá sobre a caracterização da amostra e análise descritiva dos valores das variáveis relativamente às suas características mais importantes, comparando com estudos anteriores e no segundo será efectuada a análise factorial de componentes principais das sub-escalas, a análise correlacional e os testes de hipóteses.

No sentido de facilitar a interpretação e análise dos dados estatísticos obtidos, optámos por apresentá-los com recurso a quadros que sustentam a sua análise.

Nos vários serviços das instituições em estudo, foram entregues 200 questionários (50 questionários por instituição), dos quais houve necessidade de eliminar 24, uma vez que não se encontravam totalmente preenchidos, apesar da solicitação para o preenchimento da totalidade das questões.

Importa referir que se verificou apenas duas respostas no item Outra assinaladas como frequência temporal mas com omissão de resposta aberta, pelo que optámos por não as incluir na análise estatística.

Face ao exposto, a nossa amostra é constituída por 176 enfermeiros, o que representa uma taxa de resposta de 87,5% de respondentes. Considerando o n relativamente grande, optámos por testes paramétricos, pois o Teorema do Limite Central refere que quando $n > 30$, a distribuição tende para normal, isto é, a soma de muitas variáveis aleatórias independentes e com mesma distribuição de probabilidade tende à distribuição normal. Como referência adoptámos o nível de significância de $\alpha=0,05$.

5.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Propomo-nos seguidamente descrever as características pessoais e profissionais consideradas no estudo, dos 176 respondentes.

IDADE E GÉNERO

É de realçar que, relativamente à caracterização quanto ao género, a grande maioria dos respondentes são do sexo feminino, correspondendo a 76,7% da amostra. Este facto está de acordo com as características e a representação social da Enfermagem, como revela a Ordem dos Enfermeiros ao referir que dos 58.859 enfermeiros inscritos na Ordem, 48.229 são do sexo feminino, e alguns estudos (Landa, Martos, Zafra & Luzón:2006) ao referirem que 75% dos enfermeiros a nível mundial são do sexo feminino.

As idades mais representativas situam-se no escalão dos 25 aos 29 anos, quer para o sexo masculino como feminino, correspondendo a 32,4% da amostra. A média de idades é de 33 anos com um desvio padrão de 9.

O mínimo de idades dos respondentes foi de 21 anos e o máximo de 57 anos.

ESTADO CIVIL

Quanto ao estado civil, verifica-se que da totalidade dos enfermeiros da amostra, 84 são casados (47,73%), seguindo-se o segundo grupo com os enfermeiros solteiros (73), correspondendo a 41,48% dos casos.

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/PROFISSIONAIS

No que diz respeito às habilitações literárias/profissionais, verifica-se com o que 92% do total da amostra são enfermeiros licenciados com 162 casos. Com o Bacharelato

encontramos 8 respondentes (4,5%), seguidos de 5 casos com Mestrado ou Doutorado (2,8%).

CATEGORIA PROFISSIONAL E INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

No que se refere à categoria profissional, a sequência de resultados é a seguinte: 81 respondentes são enfermeiros (46,0%), 68 (38,6%) são enfermeiros graduados, 21 (11,9%) são especialistas e 6 (3,4%) são chefes. Constata-se que apesar dos enfermeiros chefes terem sido envolvidos na colaboração do estudo com a divulgação e entrega dos questionários, apenas seis fazem parte da nossa amostra.

TIPO DE SERVIÇO E TEMPO DE SERVIÇO

Os serviços mais representativos são o Bloco Operatório e a Urgência, com 14,8% (26) e 11,9% (.).

O tempo de serviço mais representativo situa-se no escalão dos 0 a 4 anos, com 73 enfermeiros (41,5%), o mínimo contemplado para o estudo foi de 1 ano de serviço.

Em síntese, a amostra do nosso estudo é na sua maioria do sexo feminino, com uma média de idade de 33 anos. No que respeita ao estado civil, existe uma homogeneidade entre o estado casado e solteiro, pois 47,3% dos enfermeiros são casados e 41,48% são solteiros.

Maioritariamente, os enfermeiros possuem a licenciatura como habilitações literárias/profissionais, e a categoria profissional mais representada é a categoria de Enfermeiro (81) nas instituições em estudo, correspondendo a 46%.

5-2- ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS/COMPARAÇÃO COM ESTUDOS ANTERIORES

5.2.1- Inteligência Emocional

A Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional foi submetida no seu conjunto (todos os itens das sub-escalas) à análise factorial de componentes principais (AFCP), com rotação Varimax.

Este método estatístico de análise exploratória multivariada, permite agrupar os itens que se relacionam em factores ou componentes principais, servindo de validação a cada sub-escala. De acordo com Pestana e Gageiro, “ *a análise factorial é um conjunto de técnicas estatísticas que procura explicar a correlação entre as variáveis observáveis, simplificando os dados através da redução do número de variáveis não observáveis subjacentes aos dados (factores) que expressam o que existe de comum nas variáveis originais*” (2003:501).

No sentido de medir o grau de consistência interna entre os itens agrupados e cada uma das sub-escalas, foi determinado o alfa de Cronbach. Foram também efectuados os testes de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e da esfericidade de Bartlett de forma a aferir a qualidade das correlações entre as variáveis (Pestana & Gageiro:2003).

Observámos um alpha de Cronbach de 0,907 o que revela uma forte consistência interna da escala, pois o valor do Alpha de Cronbach varia entre 0 e 1.

Os valores considerados de boa consistência interna variam de autor para autor, por exemplo para Pestana e Gageiro (2000) o seu valor como indicador de boa consistência interna deve estar acima de 0,80. Para Hair et al. (1998) valores entre 1,00 e 0,70 são aceitáveis, Malhotra (1996) considera que o valor do Alpha deve estar entre 0,60 e 1,00 e ainda Polit e Hungler (1995) considera como satisfatório um valor acima de 0,70.

AUTO-CONSCIÊNCIA

Na análise estatística efectuada, a 1ª capacidade: auto-consciência, apresenta um alfa de Cronbach de 0,821 relativo à validade interna do constructo, considerando-se um bom indicador de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2000).

A análise factorial dos 20 itens iniciais extraiu 4 factores que explicam 55,92% da variância total no que diz respeito às atitudes e comportamentos dos respondentes de acordo com a sua percepção da auto-consciência. O valor de KMO e de Bartlett's Test obtido foi de 0,813 com um $p = 0,001$, revelando uma boa estrutura factorial (Pestana & Gageiro, 2003:505).

Nos estudos anteriores, os factores extraídos bem como os valores de Alpha de Cronbach não diferem muito dos resultados do presente estudo, conforme constatamos na **tabela 1**.

GESTÃO DAS EMOÇÕES

Verificámos através do tratamento estatístico que a 2ª capacidade: gestão das emoções apresenta um alfa de Cronbach de 0,703 considerando-se satisfatório como consistência interna enquanto capacidade.

Ao efectuarmos a AFCP à 2ª capacidade foram extraídos 6 factores dos 18 itens iniciais que explicam 67,49% da variância total da forma como foi percebida esta capacidade pelos sujeitos da amostra. Obtivemos um KMO e Baartlett's Test de 0,734 com um $p = 0,001$.

AUTO-MOTIVAÇÃO

A 3ª capacidade: auto-motivação apresenta um alfa de Cronbach de 0,750 que também se considera satisfatório como consistência interna enquanto capacidade.

Na análise dos resultados obtidos na AFCP foram extraídos 5 factores dos 21 itens iniciais que no seu conjunto explicam 61,347% da variância total da forma como foi percebida esta capacidade pelos sujeitos da amostra. O valor de KMO e Baartlett's Test foi de 0,807 com um $p = 0,001$.

EMPATIA

A 4ª capacidade: empatia apresenta um alfa de Cronbach de 0,856 que se considera boa consistência interna enquanto capacidade.

Da AFCP realizada à Empatia, foram extraídos 3 factores dos 12 itens iniciais que explicam 64,825% da variância total das atitudes e comportamentos dos respondentes segundo a sua percepção de empatia. O valor de KMO e Bartlett's Test foi de 0,843 com um $p = 0,001$.

GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS

A gestão dos relacionamentos em grupos: 5ª capacidade apresenta um alfa de Cronbach de 0,823 que se considera boa consistência interna enquanto capacidade.

Realizámos a AFCP à última sub-escala, composta inicialmente por 14 itens, à qual foram extraídos 4 factores que explicam 61,921% da variância total, com um KMO e Bartlett's Test de 0,787 com um $p = 0,001$.

Capacidades	Veiga Branco, 2004		Vilela, 2006		Gregório, 2007	
	Nº Factores Extraídos	Alfa de Cronbach	Nº Factores Extraídos	Alfa de Cronbach	Nº Factores Extraídos	Alfa de Cronbach
Auto-Consciência	4	0,696	4	0,71	5	0,841
Gestão das Emoções	4	0,80	5	0,69	5	0,706
Auto-Motivação	4	0,777	3	0,75	5	0,779
Empatia	3	0,84	3	0,83	4	0,837
Gestão dos Relacionamentos em Grupos	3	0,873	2	0,85	3	0,902
Inteligência Emocional	18		17		22	

Capacidades	Agostinho, 2008		Presente Estudo	
	Nº Factores Extraídos	Alfa de Cronbach	Nº Factores Extraídos	Alfa de Cronbach
Auto-Consciência	4	0,696	4	0,71
Gestão das Emoções	4	0,80	5	0,69
Auto-Motivação	4	0,777	3	0,75
Empatia	3	0,84	3	0,83
Gestão dos Relacionamentos em Grupos	3	0,873	2	0,85
Inteligência Emocional	18		17	

Tabelas 1 – Número de factores extraídos e Alfa de Cronbach obtidos nos estudos de Veiga Branco (2004), Vilela (2006), Gregório (2007), Agostinho (2008) e no presente estudo para a Inteligência Emocional e por cada uma das capacidades.

5.2.2- Comportamentos Assertivos do Enfermeiro

Procedemos à análise de consistência interna para cada uma das sub-escalas do instrumento de avaliação da assertividade, assim como para o total da escala.

A sub-escala A que avalia os comportamentos assertivos com os utentes, apresenta um alfa de Cronbach de 0,674 e a sub-escala B que avalia os comportamentos assertivos

com a equipa multidisciplinar apresenta um alfa de Cronbach de 0,894. No total da escala foi obtido um alfa de Cronbach de 0,914. (**Tabela 2**)

Escala	Alfa de Cronbach Amaro, 2006	Alfa de Cronbach Presente estudo
Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	0,668	0,674
Sub-escala B: Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	0,882	0,894
Comportamentos assertivos (Total)	0,893	0,914

Tabela 2 – Alfa de Cronbach obtidos nas sub-escalas A e B e no total da escala de avaliação de Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros, comparando com o estudo de Amaro, 2006

5.3- ANÁLISE DESCRITIVA DOS VALORES DAS VARIÁVEIS

No que diz respeito a esta secção, serão analisados os valores de resposta da nossa amostra relativamente a cada uma das capacidades de Inteligência Emocional e no seu total assim como a cada uma das sub-escalas dos comportamentos assertivos A e B e no seu total.

Apresentaremos a distribuição das respostas da amostra, determinando os valores da média de cada uma das variáveis e o respectivo desvio padrão bem como os valores mínimos e máximos relativos às escalas de Likert utilizadas, no sentido de conhecer em que frequência da escala de Likert se situa cada uma das atitudes e comportamentos percebidos pela amostra. (**Tabela 3**)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Inteligência Emocional				
Auto-consciência	99,43	12,62	75	134
Gestão das Emoções	71,39	7,90	48	99
Auto-motivação	100,98	10,32	75	129
Empatia	56,98	8,54	25	82
Gestão dos relacionamentos em grupo	60,68	10,30	28	118
Comportamentos Assertivos				
Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	29,91	3,44	18	36
Sub-escala B: Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	87,77	9,89	61	108

Tabela 3 – Médias, desvios padrão e valores mínimos e máximos obtidos nas Sub-escalas A e B de avaliação de comportamentos assertivos do Enfermeiro e no seu total e em cada uma das Capacidades de Inteligência Emocional e no seu total

AUTO-CONSCIÊNCIA

A primeira capacidade da Inteligência Emocional (Auto-consciência), apresenta uma média de 99,43 e um desvio padrão de 12,62.

Constituída por 20 itens, podendo obter valores entre 20 e 140 de máximo, apresenta como valor mínimo 75 e máximo de 134, valores indicadores de uma auto-consciência amostral elevada, pois apresenta uma distribuição amostral entre 86.81 e 112.05 ($X + 1$ DP), o que corresponde à atribuição temporal da escala de Likert – Frequente.

GESTÃO DAS EMOÇÕES

A segunda capacidade da Inteligência Emocional, revela uma média de 71,39 e um desvio padrão de 7,90.

Constituída por 18 itens, podendo obter valores entre 18 e 126 de máximo, apresenta como valor mínimo 48 e máximo de 99, com uma distribuição amostral entre 63.49 e 79.29 ($X+1$ DP), o que corresponde à atribuição temporal da escala de Likert – Pouco Frequente.

AUTO-MOTIVAÇÃO

A terceira capacidade da Inteligência Emocional, revela uma média de 100,98 e um desvio padrão de 10,32.

Constituída por 21 itens, podendo obter valores entre 21 e 147 de máximo, apresenta como valor mínimo 75 e 129 de máximo, com uma distribuição amostral entre 90.66 e 111.30 ($X+1$ DP), o que corresponde à atribuição temporal da escala de Likert – Frequente.

EMPATIA

A quarta capacidade da Inteligência Emocional, revela uma média de 56,98 e um desvio padrão de 8,34.

Composta por 11 itens, o que possibilita obter valores entre 11 e 77, revela uma distribuição de valores entre 25 e 82 de valor máximo, com uma distribuição amostral entre 48.64 e 65.32 ($X+1$ DP), o que corresponde à atribuição temporal da escala de Likert – Frequente.

GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPO

A segunda capacidade da Inteligência Emocional, revela uma média de 60,68 e um desvio padrão 10,30.

Calculada por 14 itens, o que possibilita obter valores entre 14 e 98 de máximo, revela uma distribuição de valores entre 28 e 118 de valor máximo, com uma distribuição amostral entre 50.38 e 70.98 ($X+1$ DP), o que corresponde à atribuição temporal da escala de Likert – Por Norma.

SUB-ESCALA A: COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS COM O UTENTE

No que concerne à avaliação dos comportamentos assertivos, a sub-escala A: comportamentos assertivos com o utente, apresenta uma média de 29,91 e um desvio padrão de 3,44, apresentando como valor mínimo de 18 e valor máximo de 36.

SUB-ESCALA B: COMPOSTAMENTOS ASSERTIVOS COM A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

A sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar, apresenta uma média de 87,77 e um desvio padrão de 9,89, com uma distribuição de valores entre 61 e 108 de valor máximo.

5.4- TESTES DE HIPÓTESES

Com objectivo de analisar as hipóteses formuladas na nossa investigação, foi utilizada a correlação de r Pearson, a regressão linear e o teste ANOVA one-way.

Pretende-se com a análise correlacional conhecer a existência ou não de relação entre as capacidades da IE entre si e estas com a adopção de comportamentos assertivos.

Considerando que o objectivo do nosso estudo é compreender a relação entre a IE e a adopção de comportamentos assertivos, iniciámos a análise pela relação existente entre estes dois constructos e entre as capacidades entre si.

CORRELAÇÃO ENTRE A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E ASSERTIVIDADE

Na análise da **tabela 4**, podemos observar que existe correlação estatística significativa entre todas as variáveis, o que confirma a relação positiva entre elas para um nível de significância global de $p < 0,01$.

Capacidades		Auto- Consciência	Gestão das Emoções	Auto- Motivação	Empatia	Gestão de Relacionamentos em Grupos
Auto- Consciência	r de Pearson Valor de p	1				
Gestão das Emoções	r de Pearson Valor de p	0,277** ,000	1			
Auto Motivação	r de Pearson Valor de p	0,679** ,000	0,279** ,000	1		
Empatia	r de Pearson Valor de p	0,373** ,000	0,194** ,000	0,456** ,000	1	
Gestão de Relações em Grupos	r de Pearson Valor de p	0,277** ,000	0,246** ,000	0,404** ,000	0,564** ,000	1
IE (Total)	r de Pearson Valor de p	0,784** ,000	0,514** ,000	0,821** ,000	0,707** ,000	0,691** ,000

** Correlação significativa para $p < 0,01$

Tabela 4 – Resultados obtidos da análise da correlação entre as capacidades da IE entre si

Verifica-se então que a correlação mais forte é relativa à capacidade Auto-Consciência que se correlaciona positivamente com a Auto-Motivação ($r=0,679$) utilizando o critério adoptado por Pestana e Gageiro (2003) e Maroco (2007), ao considerarem correlação

fraca para valores entre 0-0,3; correlação regular para valores entre 0,3 – 0,6 e correlação forte para valores entre 0,6-0,9.

Por outro lado a Gestão das Emoções é a capacidade que apresenta uma correlação mais fraca, embora ainda positiva com as restantes capacidades, como se constata na **tabela 4**. Com a Empatia apresenta um r de Pearson de 0,194, seguido da Gestão de Relações em Grupos ($r=0,246$), da Auto-Consciência ($r=0,277$) e por fim com a Auto-Motivação com um $r=0,279$.

A Empatia correlaciona-se de forma regular com a Auto-Motivação ($r=0,456$) e com a Gestão de Relações em Grupos ($r=0,564$).

Segundo a percepção dos respondentes que integram a amostra, a sua IE apresenta correlações positivas mais fortes com: **1º- Auto-Motivação ($r=0,821$)**, **2º – Auto-Consciência ($r=0,784$)**, **3º – Empatia ($r=0,707$)**, **4º-Gestão de Relações em Grupo ($r=0,691$)** e em **5º – Gestão de Emoções** com valor de correlação de 0,514 revelando que esta capacidade é a que menos influencia a IE dos Enfermeiros.

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão de Relacionamentos em Grupos	IE (Total)
Sub-Escala A: comportamentos assertivos com os utentes	0,428** ,000	0,282** ,000	0,383** ,000	0,386** ,000	0,281** ,000	0,496** ,000
Sub-Escala B: Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	0,482** ,000	0,206** ,000	0,517** ,000	0,419** ,000	0,460** ,000	0,596** ,000
Comportamentos Assertivos (Total)	0,507** ,000	0,247** ,000	0,520** ,000	0,445** ,000	0,445** ,000	0,617** ,000

** Correlação significativa para $p < 0,01$

Tabela 5 – Resultados obtidos da análise da correlação entre a IE e a adopção de comportamentos assertivos

Pela análise da **tabela 5**, é evidente que existe uma relação positiva entre a IE e a Adopção de Comportamentos Assertivos de acordo com a percepção dos sujeitos da nossa amostra, o que significa que quando os enfermeiros são: mais auto-conscientes, gerem melhor as suas emoções, sentem-se mais auto-motivados, mais empáticos e gerem melhor as suas relações no grupo de trabalho, adoptam com maior frequência comportamentos assertivos quer com os utentes, quer com a equipa multidisciplinar, isto é, são mais assertivos.

Estudámos também a influência das variáveis sócio-demográficas sobre as capacidades da IE e sobre a adopção de comportamentos assertivos (assertividade) que passamos a apresentar:

GÉNERO

Tendo em conta que se trata de uma variável nominal, para analisar a sua influência, utilizámos o teste ANOVA a um factor (one-way).

Da análise de variância efectuada para averiguar a existência, ou não de diferenças da IE nos géneros, conclui-se que não existem diferenças significativas como se pode verificar na **tabela 6**.

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão de Relações em Grupo	IE (Total)
F	0,696	0,441	0,691	0,067	0,006	0,440
Valor de p	0,405	0,507	0,407	0,796	0,940	0,508

Tabela 6 – Influência do Género sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA One-way

Da análise estatística efectuada entre o género e a adopção de comportamentos assertivos, podemos constatar na **tabela 7**, que não existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo, tendo em conta que p nunca assume um valor inferior a 0,05.

	Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	Sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	Comportamentos Assertivos (Total)
F	2,754	0,128	0,048
Valor de p	0,099	0,721	0,828

Tabela 7 – Influência do Género sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way

ESTADO CIVIL

Através da análise estatística efectuada entre o estado civil e as capacidades da IE e o total da escala, verificamos não existir relação estatisticamente significativa. Todavia, constatamos que existe relação entre o estado civil e a Gestão de Relações em Grupo ($p=0,048$)

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão de Relações em Grupo	IE Total
F	1,649	1,434	1,294	1,427	2,685	2,116
Valor de p	0,180	0,235	0,278	0,236	0,048	0,100

Tabela 8 – Influência do Estado Civil sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA one-way

A análise estatística efectuada entre a variável estado civil e a adopção de comportamentos assertivos, demonstrou que não existe relação significativa entre as variáveis, como podemos observar na **tabela 9**.

	Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	Sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	Comportamentos Assertivos Total
F	1,209	0,816	0,552
Valor de p	0,308	0,486	0,647

Tabela 9 – Influência do Estado Civil sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS/PROFISSIONAIS

No que diz respeito às habilitações literárias/profissionais, verificou-se relação estatisticamente significativa com a Auto-Consciência ($p=0,038$) e com a Auto-Motivação ($p=0,007$).

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão dos Relacionamentos em Grupo	IE Total
F	2,878	0,678	4,180	1,256	1,947	1,753
Valor de p	0,038	0,567	0,007	0,291	0,124	0,158

Tabela 10 – Influência das habilitações literárias/profissionais sobre as capacidades da IE e total da escala através da ANOVA one-way.

Relativamente à análise estatística efectuada entre as habilitações literárias/profissionais e a adopção de comportamentos assertivos, os resultados demonstram não existir relação estatisticamente significativa entre ambas ($F=0,826$; $p=0,481$), conforme **tabela 11**.

	Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	Sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	Comportamentos Assertivos Total
F	0,553	0,801	0,826
Valor de p	0,647	0,495	0,481

Tabela 11 – Influência das habilitações literárias/profissionais sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala através da ANOVA one-way.

IDADE

No que concerne à idade, constatamos que não existe relação estatisticamente significativa entre esta variável e as capacidades da IE assim como com o total da escala, conforme **tabela 12**.

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão dos Relacionamentos em Grupo	IE Total
r	0,125	0,079	0,111	0,105	0,065	0,139
Valor de p	0,100	0,300	0,143	0,165	0,393	0,067

Tabela 12 – Influência da idade sobre as capacidades da IE e total da escala

A análise estatística efectuada entre a variável idade e a adopção de comportamentos assertivos, demonstrou não existir relação estatisticamente significativa entre ambas.

	Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	Sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	Comportamentos Assertivos Total
r	0,067	0,136	0,127
Valor de p	0,375	0,074	0,095

Tabela 13 – Influência da idade sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala

Através da análise estatística efectuada entre a variável tempo de serviço e as capacidades da IE assim como com o total da escala, foi possível verificar que não existe uma relação estatisticamente significativa, como podemos observar na **tabela 14**.

	Auto Consciência	Gestão das Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão dos Relacionamentos em Grupo	IE Total
r	0,093	0,069	0,061	0,082	0,037	0,094
Valor de p	0,222	0,364	0,419	0,281	0,625	0,216

Tabela 14 – Influência do tempo de serviço sobre as capacidades da IE e total da escala

A análise estatística efectuada entre o tempo de serviço e a adopção de comportamentos assertivos, permitiu verificar que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o tempo de serviço e a adopção de comportamentos assertivos com os utentes, com a equipa multidisciplinar, bem como com o total da escala.

	Sub-escala A: Comportamentos assertivos com os utentes	Sub-escala B: comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar	Comportamentos Assertivos Total
F	0,057	0,105	0,099
Valor de p	0,457	0,169	0,193

Tabela 15 – Influência do tempo de serviço sobre a adopção de comportamentos assertivos, Sub-escala A e Sub-escala B e total da escala..

6- CONCLUSÕES DO ESTUDO

Neste estudo explorámos a vertente emocional e assertiva dos enfermeiros, concretamente a sua Inteligência Emocional e Adopção de Comportamentos Assertivos. Ao finalizarmos um percurso marcante quer ao nível pessoal como profissional, resta-nos destacar alguns aspectos relativos ao desenvolvimento do estudo, assim como fazermos referência às limitações, contributos e propostas para futuros estudos.

A revisão bibliográfica que deu corpo ao enquadramento teórico, permitiu-nos reflectir e perspectivar a importância de cada um dos constructos em estudo para uma profissão que se rege pelo cuidar e pelas relações interpessoais.

A inteligência emocional, desde a década de 90 tem sido alvo de pesquisas em diversas áreas, principalmente pela psicologia, embora já existam estudos que comprovam o seu interesse em áreas como a Educação – Professores (Branco, 2005) e Saúde – Enfermeiros (Vilela, 2006; Gregório, 2007; Agostinho, 2008), permitindo-nos reforçar a sua importância em profissões de ajuda, cuja ferramenta de trabalho é a relação interpessoal.

No que concerne à Assertividade, definida por Goleman como “ expor os seus sentimentos e preocupações sem ira nem passividade” (1995:235), a escassez de literatura e estudos em português foi notória e considerada como um constrangimento.

De facto, a palavra assertividade apresenta no seu cerne uma conduta imprescindível a qualquer profissional, nomeadamente em profissões de relação como a Enfermagem

Este estudo teve como objectivo principal, compreender o perfil que os profissionais de enfermagem em estudo têm relativamente às capacidades da IE, com base no modelo de Goleman, se adoptam comportamentos assertivos e estudar a existência de relação, ou não relação, existente entre a inteligência emocional e a assertividade nos enfermeiros, tendo emergido as seguintes questões de investigação:

- Que influência exercem as variáveis sócio-demográficas dos enfermeiros em estudo sobre as capacidades da IE e sobre a Assertividade?
- Qual a relação existente entre a IE e a Assertividade?
- Serão os resultados deste estudo idênticos aos obtidos em estudos anteriores, nomeadamente de Agostinho (2008), Branco (2004), Gregório (2007), Vilela (2006)?

A abordagem metodológica teve por base a realização de um estudo quantitativo, exploratório e correlacional, em que o método de investigação assentou nos comportamentos e atitudes dos respondentes preconizados por Goleman. As cinco capacidades da IE – Auto-Consciência, Gestão das Emoções, Auto-Motivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo foram transformadas em instrumento de medida por Branco (2004) e constituem as cinco sub-escalas.

No sentido de avaliar a Assertividade dos enfermeiros, adoptámos a Escala de Comportamentos Assertivos do Enfermeiro, elaborada por Amaro e Jesus (2004).

Delineámos um modelo hipotético afim de compreender as relações entre as variáveis em estudo, segundo o qual perspectivámos a possível relação positiva entre inteligência emocional e a assertividade nos enfermeiros, bem como a provável relação entre cada uma das capacidades da IE e a assertividade nos enfermeiros.

Assim, os resultados obtidos no decurso desta investigação revelaram os seguintes dados:

As sub-escalas que compõem a escala de Inteligência Emocional, reflectem boas características psicométricas, à semelhança do que foi verificado em estudos anteriores (Branco, 2004; Vilela, 2006; Gregório, 2007; Agostinho, 2008). Foi confirmada a análise de consistência interna pelos valores de Alpha de Cronbach, obtendo-se valores de $\alpha > 0,7$ revelando uma boa consistência interna. No que diz respeito à Sub-escala A: comportamentos assertivos com os utentes, obteve-se um $\alpha = 0,674$ ligeiramente

superior ao obtido no estudo de Amaro (2006) que obteve um coeficiente de alpha de 0,668.

Os Enfermeiros da nossa amostra, segundo a sua percepção revelaram-se frequentemente Inteligentes Emocionalmente, no entanto dissecando cada uma das capacidades, podemos constatar que pouco frequentemente apresentam capacidade para gerir as suas emoções. Perante este resultado, salientamos a importância da idade na influência das capacidades da IE, pois nesta amostra a média de idades é de 33 anos, sendo a idade mínima de 21 anos. Goleman (2000, 2003), validou este dado, atribuindo à maturidade grande importância no desenvolvimento da Competência Emocional. Poderá dizer-se que as experiências mais longas de vida pessoal e profissional, determinam o desenvolvimento das capacidades da IE, nomeadamente a Gestão de Emoções, sendo um contributo para que os enfermeiros ultrapassem os obstáculos oriundos do seu ambiente de trabalho.

Relativamente à adopção de comportamentos assertivos, verificou-se na nossa amostra que procurar conhecer os utentes e tratá-los pelo seu nome é um dos comportamentos assertivos mais usados pelos enfermeiros com os utentes, resultado idêntico ao obtido no estudo de Amaro (2006). Por outro lado aceitar as críticas feitas pelos membros da equipa multidisciplinar, encarando-as como um momento de crescimento pessoal, é um dos comportamentos assertivos mais usados com a equipa multidisciplinar, o que revela que a nossa amostra apresenta uma boa capacidade de comunicação e por sua vez o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias. Salientamos que algumas investigações nesta área, demonstram que as relações interpessoais assumem especial importância na equipa multidisciplinar, Jesus (2001) ao investigar as causas de mal-estar na vida profissional, 100% dos sujeitos responderam que o mau ambiente de trabalho, a dificuldade nas relações interpessoais e a falta de trabalho em equipa eram as

principais fontes de mal-estar. É notório que em Enfermagem e em qualquer área profissional, “expressar as emoções ou opiniões, resulta num produto cultural, que pode ser essencial para o desenvolvimento do sujeito” (Branco, 2004:41)

Relativamente à análise estatística efectuada entre a Inteligência Emocional e a Assertividade, verificámos que existe relação positiva e significativa entre as capacidades da IE entre si e estas com a adopção de comportamentos assertivos, sendo que a correlação mais forte é relativa à capacidade Auto-Consciência com a Auto-Motivação. Este dado corrobora com a perspectiva teórica de Goleman (2000, 2003) de que a IE emerge ao nível da Auto-consciência, reveladora do conhecimento de si a qual pressupõe ainda perceber de que forma os nossos sentimentos afectam os outros. Comparativamente ao estudo de Vilela (2006), a capacidade mais influente na variabilidade do perfil da IE foi a Auto-Motivação de acordo com a percepção da sua amostra.

A literatura é esclarecedora da notável importância da Auto-Consciência, o que nos permite inferir que um enfermeiro com conhecimento de si, se encontre mais Auto-Motivado, pois a auto-motivação exprime-se em comportamentos e atitudes e prende-se com o que Goleman denomina de *“estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem”* (1999).

A Gestão das Emoções é a capacidade que apresenta uma correlação mais fraca, revelando ser a capacidade que menos influencia a IE dos Enfermeiros, facto que estará relacionado com a idade jovem da nossa amostra (média de 33 anos), sendo esperado que no início de profissão a autoconfiança se encontre em desenvolvimento assim como a gestão das emoções.

No que concerne à evidência da relação positiva e significativa entre a IE e a Assertividade, indica que quando os enfermeiros são: mais auto-conscientes, gerem

melhor as suas emoções, sentem-se mais auto-motivados, mais empáticos e gerem melhor as suas relações no grupo de trabalho, adoptam com maior frequência comportamentos assertivos quer com os utentes, quer com a equipa multidisciplinar, isto é, são mais assertivos.

Apesar de não existirem estudos semelhantes realizados em Portugal, o que limita a realização de comparação de resultados, a pesquisa bibliográfica efectuada permite-nos inferir que se os enfermeiros adoptam comportamentos assertivos com frequência, promovem a auto-estima, a resolução de problemas interpessoais, melhorando o relacionamento e permitem uma maior satisfação na comunicação das nossas emoções, o que confirma a ideia de Smith (1992) ao defender que os profissionais tendencialmente assertivos, diminuem os conflitos melhorando as relações interpessoais entre si, conseqüentemente promovem o bem-estar e a sua satisfação profissional, aumentando o desempenho profissional e a produtividade.

Relativamente a influência das variáveis sócio-demográficas sobre as capacidades da IE e sobre a adopção de comportamentos assertivos (assertividade), verificámos não existir relação entre estas e os dois constructos, resultados semelhantes aos obtidos por Gregório (2007), no entanto contrários aos resultados obtidos no estudo de Vilela (2006) que revelou influência da idade em duas capacidades da IE (Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo) e no estudo de Agostinho (2008) ao revelar influência do tempo de serviço na capacidade de Gestão de Relacionamentos em Grupo.

Os resultados obtidos referem-se a uma amostra de enfermeiros do contexto hospitalar, o que pode não ser representativo da população, no entanto permitiram responder às questões de investigação inicialmente colocadas.

Embora existam alguns estudos na área da Inteligência Emocional no contexto da saúde, são ainda em pequeno número, o que limitou a variedade dos autores referenciados,

sendo Goleman o autor que norteou a nossa investigação. Outra limitação sentida foi relativa à escassez de estudos nacionais na área da Assertividade em contexto de saúde.

Interessa salientar a importância de incluir as competências emocionais, e a assertividade, a par das competências cognitivas e técnicas na formação dos Enfermeiros, quer a nível da formação base, especializada ou contínua, como estratégia de prevenção e confronto com dificuldades de resposta a uma série de situações e problemas que habitam no meio hospitalar, pois tal como refere Caruso (1999), a inteligência emocional pode ser desenvolvida, aprendida e aperfeiçoada, sendo por isso também passível de ser ensinada, contribuindo para que cada um consiga ganhar e construir competências fundamentais para um desempenho de excelência.

Seria interessante realizar um estudo comparativo entre os resultados obtidos numa amostra de enfermeiros em contexto hospitalar com uma amostra de enfermeiros em contexto de cuidados de saúde primários, no sentido de determinar quais as capacidades que determinam a sua IE bem como a frequência com que adoptam comportamentos assertivos antes e depois de terem realizado formações contínuas abrangentes nestas áreas, tão importantes para a prática de cuidados de Enfermagem.

Convictos de que o caminho a percorrer nesta área ainda é longo, esperamos ter contribuído para a progressão da pesquisa, motivando futuras investigações no sentido de aumentar o conhecimento e para momentos de reflexão a quem o lê.

Os resultados obtidos traduzem a percepção da realidade da amostra estudada, o que nos permite admitir que atingimos os objectivos propostos, tendo aumentado a capacidade de Auto-Consciência, Gestão das Emoções, Empatia, Auto-Motivação e Gestão de Relacionamentos em Grupo e frequência com que adoptamos comportamentos assertivos, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de Enfermagem e ajudar os

colegas que necessitam de aprender e aumentar estas capacidades, contribuindo desta forma para a importância do reconhecimento da Psicologia da Saúde nas instituições.

BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser Enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Agostinho, L.(2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão Pública apresentada à Universidade de Aveiro.

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2004). *Emotional Intelligence in Mental Health Nurses Talking About Practice*. *International Journal of Mental Health Nursing*, nº 13, 164-170.

Almeida, F.(1992). *Comportamentos de Sucesso: psicologia aplicada à gestão*. Lisboa: McGraw-Hill.

Alves, F.(1992). O doente e a comunicação em unidades de cuidados intensivos. *Enfermagem em foco*, Lisboa, Anp II (5), Nov/Jan, p 39-41.

Angel, G. & Petronko, D.(1983). *Developing the New Assertive Nurse*. New York: Springer Publishing Company, 1-31, 137-176.

Anselmi, M., Duarte, G. & Angerami (2001). “Sobrevivência” no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4): 13-18.

Amaro, H & Jesus, S.(2005). Comportamentos Assertivos: um estudo exploratório. *Nursing*, 199, 24-28.

Amaro, H. (2007). *Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros*. Tese de Mestrado não publicada. Faro. Faculdade de Ciências Sociais, Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.

Atkinson, L. & Murray, M.(1989). *Fundamentos de Enfermagem : Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Azevedo, L. (1996). *Comunicar com Assertividade*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Bar-On, (1997).; Parker, J. (2002). *Manual de Inteligência Emocional -Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*: Artmed: Porto Alegre (Brasil).

Bellack, J.P. (1999). Emotional Intelligence: A missing ingredient? *Journal of Nursing Education*. Vol. 38, nº 38, Jan, p. 3-4.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

Bennet, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Branco, A.(2004). *Competência Emocional. Um estudo com professores*. Coimbra: Quarteto, 1ª Edição.

Branco, A. (2004). *Auto-Motivação*. Coimbra: Quarteto, 1ª Edição.

Bridoux, D. Merlevede, P. & Vandamme, R. (2003). *Manual de Inteligência Emocional. Curso Intensivo com Exercícios Práticos*. São Paulo: Madras Editora.

Bueno, José Maurício Haas; Primi, Ricardo (2003). Inteligência Emocional: Um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. In *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 16, nº 2. Porto Alegre. (Consult. em 9 de Agosto) disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO102-79722003000200008#nt.

Cadman, C.; Brewer, J. (2001). Emotional Intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, nº 9, Feb., p. 321-324.

Carapinheiro, G. (2005). *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Edições Afrontamento: Porto.

Carapinheiro, G.; Lopes, N.M. (1997). *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa.

Caruso, D. (1999). Feedback booklet for the multifactorial emotional intelligence scale. Simsbury: Charles J. & Wolfe associates, LLC Publisher.

Castanyer, O. (2002). *A Assertividade, Expressão de uma Auto-Estima Saudável*. Coimbra: Edições Tenacitas.

Carvalho, R. (1995). *Expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem face aos professores enfermeiros: contributo para o conhecimento das expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo*. Dissertação apresentado no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem à Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.

Ceitel, M. (2006). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições.

Silabo,Lda. ISBN: 972-618-409-6.

Chabot, D. (2000). *Cultive a sua Inteligência Emocional*. Cascais: Pergaminho.

Chiavenato, I. (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.

Chiavenato, I. (1997). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.

Clark, C. C. (2003). *Holistic Assertiveness Skills for Nurses*. New York: Springer Publishing Company.

Collière (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Collière (1990). *Autonomia de la profession inférmie*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cooper, R. & Sawaf, A. (1997), *Inteligência Emocional na Empresa*. São Paulo: Editora Campus.
- Cruz, D. M. (2004). Gestão de Conflitos. *Revista Sinais Vitais*, p. 60-66.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Publicações Europa América: Mem Martins, 9ª Edição.
- Damásio, A.(2000). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A.(2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Publicações Europa América: Mem Martins.
- Davis, M. (2004). *Teste o seu QE – Descubra a sua Inteligência Emocional*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Dias, J., B. (1998). Assertividade e Relações de Trabalho. *Revista Informar*, 13-17
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro. Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra. 1ª Edição, Formasau.
- Eco, U. (1998) – *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 7ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Estanqueiro, A. (2001). *Saber Lidar com as Pessoas: Princípios da Comunicação Interpessoal*. Lisboa: Editorial Presença, p. 60-90.
- Fachada, M. O (2001). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- Ferreira, M. M. C. (2001). O Relacionamento Interpessoal – Um Instrumento Básico em Enfermagem. *Revista Servir*, 49 (1), 8-11.
- Fortin M.F., et al, (1998), *Introduction à la recherche, Auto-Apprentissage assisté par ordinateur*. Montréal : Décarie.
- Fortin, M.F, et al, (2003). *O Processo de Investigação – da Concepção à Realização*. Lusocência: Loures, 3ª Edição.
- Franco, M. (2007). *A gestão das emoções na sala de aula*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Gardner, (1993,1998)
- Gil, A.C. (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 2ª Edição, São Paulo, Editora Atlas S.A.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional. A Teoria Revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Brockman, Inc: Editora Objectiva Lda.

- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates. ISBN;972-759.063-2.
- Goleman, D. (1998). *Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2000). *Leadership that gets results*. Harvard Business Review, 2, 78-90.
- Goleman, D. (2001). *Inteligência Emocional*. Lisboa. Temas e Debates
- Goleman, D. (2003) *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates, Actividades Editoriais.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e Debates: Lisboa, 3ª Edição.
- Goleman, D.; Boyatziz, R.; McKee, A. (2003). *Os Novos Líderes – A Inteligência Emocional nas Organizações*. Gradiva: Lisboa, 2ª Edição.
- Gomes, M. (1990). *Ciência e Arte em Educação: um estudo exploratório*. Lisboa, Faculdade de Ciências, Departamento de Educação, p.143.
- Gonçalves, S. C. (2003). A Importância da Assertividade na equipa de Saúde. *Revista Servir*, 51 (3), p. 146-149.
- Gregório, F. (2007). *Competência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia da Saúde apresentada à Universidade do Algarve, Faro.
- Hair JR, J. F.; Anderson, Rolph E.; Tatham, William Black. *Multivariate data analysis*. 5.ed. Upper Saddle River: Prentice Hall, 1998.
- Henderson, V. (1961). *La Naturaleza de la Enfermeria*. reflexiones
- HennezeL, M. (1997). *Diálogo com a morte*: Lisboa. Editorial noticias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital – Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência: Loures.
- Hilário, A. M. M. (2004). *A Influência do comportamento Assertivo dos Professores na Relação Pedagógica*. Tese de Mestrado não publicada. Faro: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve, p. 3-143.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Silabo.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: E.P.U.

Jesus, Hlvio (2006). *Padrões de Qualidade Cognitiva e processo de Decisão clínica de Enfermagem*. Ed. Formasau- Formao e Saúde, Lda. Coimbra.ISBN; 972-8485-66-6.

Jesus, S. N. (1996). *A Motivao para a Profsso Docente. Coleoo Ciências da Educao e Desenvolvimento Humano*, 14. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. N. (1998). *Bem-Estar dos Professores: Estratégias para a realizao e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora.

Jesus, S. N. (2001). Factores de Mal Estar e de bem Estar em profissionais de Educao e de saúde. In Universidade do Algarve, *Estudos de Homenagem ao Prof. Doutor Gomes Guerreiro*. Faro: Fundao para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve, p. 299-206.

Jesus, S. N. (2004). *Psicologia da Educao*. Coimbra: Quarteto Editora.

Krouac (1996). *La pensée infirmire : conceptions et stratgis*. Québec : Maloine, Editions tudes Vivantes.

Landa, J.; Martos M.; Zafra E.; & Luzón, M. (2006). *Relation entre Burnout e Inteligencia Emocional y su impacto en salud mental, Bienestar y Satisfacción Laboral en profesionales de Enfermeria*. Universidad de Jan. Ansiedad e Estrs.

Lazure, H. (1994). *Viver a Relao de Ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Le Doux, Joseph (2000). O cérebro emocional, Pergaminho.

Lloyd, S., L. (1993). *Desenvolvimento em Assertividade: técnicas para o sucesso pessoal*. Lisboa: Monitor, 6-55

Loff, (1994). Relaoes interpessoais. “ *Enfermagem em foco* “, Lisboa, Ano 4 (13), Janeiro, p. 56 a 63.

Lopes, M. (1999). *Concepoes de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – Alguns dados e implicaoes*. Gráfica 2000.

Mayer, J. ; Salovey, P. (1997). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications*. New York: Basic Books.

Mayer, J. & Caruso, D. (2000). Inteligência Emocional como Zeitgeist, como Personalidade e como Aptidão Mental. In BAR-ON. Manual de Inteligência Emocional- Teoria e aplicaoes em casa, na escola e no trabalho. Artmed: Porto Alegre, Brasil.

Maroco. J. (2003). *Análise Estatística com utilizaoes do SPSS*. Lisboa: Edioes Silabo, 2a Edioes.

Martins, F. (2003). Inteligência Emocional – Um desafio para a Enfermagem. *Revista Nursing*. Lisboa, não 176, Abril, p. 28-30.

- Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar – O Corpo, âmbito da interação prestador de cuidados-doente*. Lusocência: Loures.
- Morais, A. (2002). Gestão de conflitos. *Revista Nursing*, 172, 24-29
- Newman (1992). *Prevailing paradigm in nursing*. *Nursing Outlook*, 40, p. 10-13.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. *Ordem dos enfermeiros*, nº 10, p. 49-56.
- Parse, R. (1992). *Human becoming: Parse's theory of nursing*. *Nursing Science Quarterly*, 5, p. 35-42.
- Peplau, E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*, Barcelona, Ed. Científicas y Técnicas.
- Pereira, A. (2004). *SPSS – Guia Prático de Utilização – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pitta, A. (1991). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitee, p.196.
- Polit, D. ; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*, 3ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Prette, A; Prette, Z. (2001) *Psicologia das Relações Interpessoais. Vivência para o trabalho em grupo*. Petrópolis. Editora Vozes.
- Queirós, P. (2004). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Tese de Doutoramento não publicada. Badajoz: Un. Extremadura: Departamento de Psicologia e Sociologia da Educação.
- Quivy, R. E Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 2ª Edição, Lisboa, Gradiva, Lda.
- Ribeiro, L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Riley, J., B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Rogers, C. (1983). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Moraes.
- Rogers, M. (1989). *Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework*. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 20, p. 112-116.

- Salvage, J. (1990). The theory and practice of the new nursing. *Nursing Times*, 42-45.
- Santos, A. C. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Coimbra: Quarteto, p. 83-160.
- Saraiva, A. P. F. C. (2007) Competências Sociais e Emocionais nas Relações Interpessoais da equipa de Enfermagem. *Tese de Mestrado não publicada. Évora. Universidade de Évora*.
- Secal, J. (1997). *Como desenvolver a Inteligência Emocional?* Rocco – Temas e Debates ISBN: 972-759-380-1.
- Serra, A. V. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra.
- Smith, S. (1992). *Communications in Nursing*. St Louis: Mosby Year Book.
- Sudeen, S.; Stuart, G.; Rankin, E.; Cohen, S. (1994). *Nursing Client Interaction: Implementing the nursing process*. 5ª Ed Saint Louis: The CV Mosby Company.
- Timby, B. K. (2001) *Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem*. 6.ed. Porto Alegre: Artmed.
- Vieira, A., B. (1983). *Etologia e Ciências Humanas*. Lisboa: Imprensa Nacional, Casa da Moeda.
- Vilela, A.. (2006). Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros:validação de um instrumento de medida. *Tese de Mestrado não publicada. Aveiro. Universidade de Aveiro*.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência, p. 27-67.
- Watzlawick, P.; Beaven, J.H.; Jackson, D. D. (1993). *Pragmática da Comunicação Humana*. 9ª Edição São Paulo:.Editora Cultrix.

Anexos