

Elisabete dos Santos Adem

Inteligência Emocional nos Enfermeiros



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Elisabete dos Santos Adem

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NOS ENFERMEIROS

Dissertação de Mestrado

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 2.ª Edição

Relatório Final – Volume II, efectuado sob orientação de
Professor António Madureira Dias
Professor Doutor Daniel Marques da Silva



Junho de 2013

“A boa notícia é que
a **Inteligência Emocional** é uma **Competência** que
pode ser aprendida.”

Gardenswartz; Cherbosque; Rowe (2012)

AGRADECER...

...enquanto acto espontâneo...

...obedece menos à importância e mais à lembrança:

O reconhecimento sentido **às pessoas dos meus afectos**, pelos silêncios, o olhar, os gestos....

Ao **Professor António Madureira Dias** e ao **Professor Doutor Daniel Marques da Silva** pela disponibilidade, orientação e partilha de conhecimentos.

A todos os que contribuíram para a concretização deste estudo, com palavras de incentivo e perseverança, nomeadamente nos momentos de maiores dificuldades.

Aos enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda – Hospital Sousa Martins que participaram no estudo, pela disponibilidade na colaboração.

BEM-HAJA, pelo estímulo intelectual e **emocional**...

...e um pedido de perdão por possíveis esquecimentos injustos!

RESUMO

Título: Inteligência emocional nos enfermeiros

Introdução: Os enfermeiros lidam diariamente com a experiência de sentir e a emotividade na prática do cuidar, enquanto processo relacional. Para exercer as competências emocionais com excelência e consequente qualidade na interacção com o outro, precisam ter consciência das suas capacidades.

Objectivo: Determinar a influência dos factores sociodemográficos e profissionais sobre a inteligência emocional, segundo a autopercepção dos enfermeiros.

Metodologia: Estudo quantitativo, de carácter descritivo-correlacional, transversal. A amostra não probabilística por conveniência foi constituída por 152 enfermeiros do Hospital Sousa Martins-Guarda. Maioritariamente é do género feminino (70,03%), com uma média de idades de 37 anos. Possui formação base (72,4%), vínculo contratual estável (65,8%), sem ocupação profissional extra-instituição (73,7%) e um tempo médio de exercício profissional de 14 anos. Os dados foram colhidos através de questionário que integrou a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional.

Resultados: Os enfermeiros actuam normalmente de forma competente emocionalmente. Pode-se inferir que o **género** ($U = 1769,000$; $p = 0,035$) e a **categoria profissional** ($Kw = 10,208$; $p = 0,017$) influenciam significativamente a **empatia**; correlacionando-se de forma negativa, o **tempo no actual serviço** ($r = -0,173$; $p = 0,033$) apresenta-se como único preditor válido, explicando 3% da variância daquela capacidade. A **gestão de emoções** é influenciada pelo **tipo de vínculo** contratual ($Kw = 8,410$; $p = 0,038$) e pela **ocupação profissional extra-instituição** ($U = 1705,000$; $p = 0,025$).

Conclusões: O desenvolvimento da inteligência emocional permite aos enfermeiros uma melhor adaptação às mudanças e particularidades e, igualmente, a adequação de respostas face aos fenómenos emocionais. Contudo, aspectos pessoais e profissionais influenciam a capacidade de lidar com os próprios sentimentos, de os controlar, e de compreender as emoções nos outros.

Palavras-chave: Inteligência emocional, Capacidades emocionais; Competência emocional nos enfermeiros.

ABSTRACT

Title: Emotional intelligence in nurses

Introduction: Nurses deal, on a daily basis, with the experience of feeling and emotions, during the practise of caring as a relational process. To exercise their emotional competences with excellence and consequent quality in human interactions, they need to be aware of their skills.

Objective: To determine the influence of socio-demographical and professional factors on emotional intelligence, according to the nurses' self-reporting.

Methodology: Quantitative transversal, correlational and descriptive study. The non-probability samples of convenience was made up of 152 nurses, working at Hospital Sousa Martins – Guarda. The sample is composed of mostly females (70.03%) with a mean age of 37 years. The nurses had basic training (72.4%), stable contractual relationship (65.8%), without extra occupation outside the institution (73.7%) and an average of 14 years of professional practice. Data was collected through a questionnaire that integrated Veiga Branco Scale of the Capacities of Emotional Intelligence.

Results: Nurses are normally quite competent from an emotional point of view. One may infer that **gender** ($U = 1769,000$; $p = 0,035$) and **professional category** ($Kw = 10,208$; $p = 0,017$) significantly influence **empathy**; as for negative correlation, the **time on the current position** ($r = -0,173$; $p = 0,033$) becomes the only valid predictor, explaining 3% of the variance of that capacity. **The management of emotions** is influenced by the **type of contractual relationship** ($Kw = 8,410$; $p = 0,038$) and by the **extra occupation outside the institution** ($U = 1705,000$; $p = 0,025$).

Conclusions: The development of emotional intelligence allows nurses to better adapt to changes and specificities and, likewise, to adequate their answers to emotional phenomena. However, personal and professional aspects influence the ability to cope with their own feelings, to control them, and to understand the emotions of others.

Keywords: Emotional intelligence, emotional skills, emotional competence on nurses

ÍNDICE

p.

ÍNDICE DE QUADROS/TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SIMBOLOS

1 – INTRODUÇÃO	21
2 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: MODELO DE GOLEMAN	25
2.1 – O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE COMPETENTE	34
3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	39
3.1 – CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	39
3.2 – TIPO DE ESTUDO.....	39
3.3 – PARTICIPANTES	41
3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	46
3.5 – PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO.....	49
4 – RESULTADOS	53
4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NOS ENFERMEIROS	53
4.2 – RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NOS ENFERMEIROS	56
4.3 – RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SOCIOPROFISSIONAIS E A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NOS ENFERMEIROS.....	62
5 – DISCUSSÃO	89

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA	89
5.2 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	91
6 – CONCLUSÕES.....	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES	121
APÊNDICE I – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE	123
ANEXOS	125
ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	127
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO DO AUTOR DA EVB-CIE	143
ANEXO III – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, HOSPITAL SOUSA MARTINS.....	148

ÍNDICE DE QUADROS/TABELAS

	p.
Quadro 1 – Estatísticas relativas ao género e idade dos participantes	43
Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica em função do género	43
Quadro 3 – Caracterização socioprofissional em função do género.....	45
Quadro 4 – Caracterização profissional	46
Quadro 5 – Itens invertidos na EVB-CIE	48
Quadro 6 – Caracterização da variável dependente	56
Quadro 7 – Teste de Mann-Whitney: género e inteligência emocional.....	58
Quadro 8 – Teste de Kruskal-Wallis: grupos etários e inteligência emocional.....	60
Quadro 9 – Teste de Mann-Whitney: estado civil e inteligência emocional	62
Quadro 10 – Teste de Mann-Whitney: habilitações académicas e inteligência emocional ...	64
Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis: categoria profissional e inteligência emocional.....	67
Quadro 12 – Teste de Mann-Whitney: tipo de horário e inteligência emocional	69
Quadro 13 – Teste <i>t</i> de student: tipo de serviço e inteligência emocional	71
Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis: tipo de vínculo e inteligência emocional	74
Quadro 15 – Teste de Mann-Whitney: ocupação profissional extra-instituição e inteligência emocional.....	76
Quadro 16 – Regressão múltipla: <i>Alterações a nível racional e relacional</i> e tempo de exercício profissional.....	80
Quadro 17 – Regressão múltipla: <i>Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais</i> e horas de trabalho semanais	81
Quadro 18 – Regressão múltipla: <i>Controlo usando a razão</i> , tempo de exercício profissional e tempo no actual serviço.....	83
Quadro 19 – Regressão múltipla: <i>Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)</i> e tempo no actual serviço	84

Quadro 20 – Regressão múltipla: <i>Atitude serena em situação de conflito</i> , tempo de exercício profissional e horas de trabalho semanais.....	86
Quadro 21 – Regressão múltipla: Empatia e tempo no actual serviço.....	87
Tabela 1 – Correlação de Pearson: inteligência emocional e as variáveis profissionais.....	79

ÍNDICE DE FIGURAS

	p.
Figura 1 – Desenho de investigação.....	40
Figura 2 – Síntese da relação entre as <i>Alterações a nível racional e relacional</i> e o tempo de exercício profissional	81
Figura 3 – Síntese da relação entre a <i>Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais</i> e as horas de trabalho semanais	82
Figura 4 – Síntese da relação entre o <i>Controlo usando a razão</i> e os tempos de exercício profissional e no actual serviço	84
Figura 5 – Síntese da relação entre <i>Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)</i> e o tempo no actual serviço.....	85
Figura 6 – Síntese da relação entre a <i>Atitude serena em situação de conflito</i> , tempo de exercício profissional e horas de trabalho semanais.....	87
Figura 7 – Síntese da relação entre a <i>Empatia</i> e o tempo no actual serviço	88

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

apud – conforme, segundo

ANOVA – Análise da variância

Coeficiente β – coeficiente de determinação beta

Consult. – consultado

BO – Bloco operatório

cit. por – citado por

CTC – Contrato individual de trabalho a termo certo

CTI – Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado

CV – Coeficiente de variação

dp – Desvio padrão

ed. – edição

EVB-CIE – Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional

et al. – (do latim *et alii*) e outros

etc. – (do latim *et cætera*) e outras coisas mais

F – factor

GL – graus de liberdade

ICN – (International Council of Nurses) Conselho Internacional de Enfermeiros

IE – Inteligência Emocional

ISBN – (International Standard Book Number) Número Padrão Internacional de Livro

ISSN – (International Standard Serial Number) Número Internacional Normalizado de Publicações Seriadas

K_w – Teste de Kruskal-Wallis

Lda. – Limitada

Max. – Máximo

Min. – Mínimo

N – Frequência de casos

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

ORL – otorrinolaringologia

p – nível de significância

p. – página

QE – Quociente Emocional

QI – Quociente de Inteligência

r – Coeficiente de correlação de Pearson

r^2 ajustado – valor de predição ajustado

RCTFP – Regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

Std – Standard

t – Teste t de Student

TI – Trabalhador independente

U – Teste de Mann-Whitney

U-AVC – Unidade de acidentes vasculares cerebrais

UCIC – Unidade de cuidados intensivos coronários

UCIP - Unidade de cuidados intensivos polivalentes

ULS – Unidade Local de Saúde

URL – (Uniform Resource Locator) Localizador de Recursos Universal

Vol. – Volume

WWW – (World Wide Web) Rede de alcance mundial

X – variável independente na regressão

Y – variável dependente na regressão

ÍNDICE DE SIMBOLOS

\bar{X} Média

% Frequências percentuais

= Igual

- Sinal negativo

\leq Menor ou igual

\geq Maior ou igual

< Menor

> Maior

+ Sinal de adição

1 – INTRODUÇÃO

As emoções são inseparáveis do ser humano. A percepção dos estímulos do meio ambiente desencadeia emoções, que se pretendem ser motivadoras de uma interacção harmoniosa. Mas nem sempre isso acontece. Por vezes relações conflituosas resultam de emoções desajustadas. Nesta perspectiva, há que efectuar uma aprendizagem emocional adequada, de forma a reduzir os contextos instáveis. O estudo da problemática emocional tem sugerido diversas reflexões, que apontam para a aprovação das emoções enquanto fenómeno processual adaptativo do homem aos contextos dinâmicos humanos. E, a inteligência emocional (IE), como um dos componentes fundamentais do desenvolvimento humano, que proporciona um maior equilíbrio, contrabalançado com o pensamento racional.

Na Enfermagem verifica-se um interesse crescente na investigação da gestão das emoções e do seu impacto na experiência, desde a prestação de cuidados, à tomada de decisões, à liderança ou à formação e pesquisa. A inteligência cognitiva e as habilidades técnicas não são suficientes para uma actividade profissional em que as relações interpessoais são o cerne da prática de cuidados. O entendimento das emoções é uma habilidade nuclear, como requisito profissional numa prática competente. Urge cada vez mais, a necessidade de uma maior consciencialização de formas mais “aperfeiçoadas” de actuação do enfermeiro, enquanto ser individual e colectivo. O uso potencial da IE na arte e ciência da enfermagem é amplo, beneficiando clientes¹, enfermeiros e instituições. Portanto, é um relevante ingrediente activo nas relações intrapessoais e na promoção de relações interpessoais estáveis. “A inteligência emocional tem um papel de destaque cada vez maior dentro de um hospital, potenciando um trabalho mais flexível, em equipa (...)” (ALVES; RIBEIRO; CAMPOS, 2012, p. 34). Daí a importância do desenvolvimento de competências emocionais.

O enfermeiro lida diariamente com emoções, primeiramente (e por isso mais importante) consigo próprio, e naturalmente com os outros que fazem parte do seu meio (sejam eles outros profissionais, superiores hierárquicos ou clientes e respectivas famílias). A sua importância justifica o seu estudo, com base na influência que os processos emocionais exercem no quotidiano destes profissionais. É neste contexto que surge o tema

¹ A palavra cliente será usada no texto para mencionar a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, conforme o designado pela Ordem dos Enfermeiros (OE). No entanto, denominações como utente ou doente, dependendo do âmbito da utilização, não colidem com os princípios que aqui se pretendem clarificar. “A opção pelo termo cliente relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel activo no quadro da relação de cuidados. Cliente, como participante activo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual ou cliente-família ou cliente-comunidade” (OE, 2003, p. 4).

“Inteligência Emocional nos enfermeiros”, enquadrado na unidade curricular Relatório Final, integrado na 2.^a edição do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica; baseado na convicção de que a enfermagem é uma ciência de relação onde as dimensões da IE estão constantemente presentes.

A modificação na orgânica das instituições de saúde, que não pode ser ignorada, é outro aspecto que converge para a delimitação do problema e justificação do estudo. A adaptação a esta alteração promove desafios profissionais e consequentes transformações de comportamentos. Compreender as emoções que se configuram na manifestação do comportamento humano, constitui um dos grandes objectivos daqueles que trabalham com e para pessoas. Os enfermeiros como prestadores de serviços – essencialmente do cuidar – durante a sua prática, “produzem” emoções, reacções e sentimentos. Face a isto, adquire todo o sentido conhecer e analisar as variáveis que influenciam os seus comportamentos e atitudes. Neste âmbito, a questão preliminar de investigação enunciada neste estudo é: *Quais são os factores que influenciam a IE nos enfermeiros?*

Acreditando que as experiências emocionais integram os enfermeiros e cumprindo a finalidade deste estudo, como objectivo principal, pretende-se *determinar a influência dos factores sociodemográficos e profissionais sobre a IE, segundo a autopercepção dos enfermeiros* do hospital em estudo. Na ambição de contribuir para uma melhoria na gestão de relacionamentos e da prestação de cuidados de saúde de excelência.

O estudo centra-se no enfermeiro, enquanto profissional e pessoa, assim como na forma como o próprio sente os fenómenos emocionais. De acordo com a problemática e o objectivo, trata-se de um estudo de natureza quantitativa, transversal, de carácter descritivo-correlacional. A selecção dos participantes para constituição da amostra realizou-se por intermédio de uma técnica de amostragem não probabilística, por conveniência, integrando os enfermeiros do Hospital Sousa Martins, Guarda, que se encontravam em exercício activo de funções, no período de 28 de Novembro a 16 de Dezembro de 2011, e que concordaram com a participação no estudo.

Até 2004, não existiam, em Portugal, instrumentos de medida da IE. Nesse ano, surgiu a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVB-CIE) para avaliar a IE de professores, segundo o modelo teórico de competências de Goleman. Em 2006, Vilela validou a EVB-CIE à população de enfermeiros para que enfermeiros, formadores e gestores possam conhecer e criar as condições necessárias ao desenvolvimento destas competências. O procedimento de colheita de dados no presente estudo teve como instrumento um questionário, constituído por duas partes: a primeira para

caracterização do participante, e a segunda incluiu a escala atrás referenciada; observando os devidos procedimentos éticos que a investigação exige.

Uma vez que este estudo não pretende assumir a IE como entidade, mas sim como o contributo que as experiências emocionais, após serem assumidas em consciência pelo participante, devidamente geridas, podem dar ao desempenho deste, a nível intra e interpessoal. E também porque o objecto de estudo engloba o conjunto de cinco capacidades como sub-constructos integrantes da competência emocional, enquanto comportamentos e atitudes já realizados em contextos relacionais e laborais; contempla-se a coexistência das expressões «IE» e «competência emocional» com igual valor interpretativo.

Os dados colhidos foram tratados informaticamente, servindo-se do programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 21.0 de 2013.

Este documento, que reproduz o estudo realizado, encontra-se organizado em seis capítulos. O **primeiro capítulo** é constituído pela presente introdução, que acabou de expor a questão principal e objectivo da investigação, em concordância com a identificação da situação problema, apresentação e justificação do tema e menção da metodologia utilizada. O **segundo capítulo** é referente ao enquadramento teórico que fundamenta o conhecimento sobre o assunto objecto de estudo, resultante da pesquisa bibliográfica que alicerça a contribuição prática. Neste capítulo constam num primeiro ponto uma breve alusão às emoções e sua neurofisiologia, seguida pela conceptualização da IE segundo alguns autores e desenvolvimento das suas capacidades segundo o modelo de Goleman, enquanto marco teórico. Num segundo ponto é apresentado o perfil do enfermeiro emocionalmente competente. Os capítulos seguintes são referentes ao estudo empírico. O **terceiro capítulo** diz respeito à metodologia; contextualiza-se e caracteriza-se o estudo, elabora-se o desenho de investigação, descrevem-se as questões de investigação, refere-se o processo de selecção da amostra e a sua caracterização sociodemográfica e socioprofissional, aborda-se o instrumento de colheita de dados (com referência às variáveis) e termina com os procedimentos éticos obedecidos e tratamento estatístico considerados. O **quarto capítulo** reporta-se aos resultados, em que se destacam os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação formuladas, com recurso a quadros e tabelas representativos. A discussão compõe o **quinto capítulo**, começando com a discussão metodológica onde são descritas as limitações encontradas, seguida da interpretação dos resultados através de uma reflexão crítica apoiada no quadro teórico. Por último, o **sexto capítulo** diz respeito às conclusões do estudo, acrescentando algumas sugestões futuras.

2 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: MODELO DE GOLEMAN

As **emoções** são importantes para perceber o funcionamento do ser humano e seria difícil imaginar a complexidade da acção deste, assente unicamente no **intelecto**.

Cada Homem é um ser complexo que reúne sentimentos e emoções decorrentes das suas vivências, tornando-se de facto importante a compreensão do seu significado.

A palavra emoção provém do latim “*emotionem*” que indica movimento, comoção, acto de mover. Documentos escritos na Era Antes de Cristo, já se referiam a este constructo. O filósofo Aristóteles defendia que as emoções nasciam daquilo em que se acreditava e eram o motor da acção.

Pelos behavioristas, as emoções eram tratadas como modos de agir em determinadas situações, rejeitando o seu estudo por se tratar de um facto subjectivo que não permitia ser mensurável.

No final dos anos 30, Edward Thorndike estudou o comportamento socialmente assertivo, definindo-o como **Inteligência Social**. Foi o contributo que melhor se aproximou do que mais tarde, no início da década de 90, se denominou por IE. O termo foi descrito pela primeira vez pelos psicólogos John Mayer e Peter Salovey que se interessaram pelos aspectos não cognitivos subjacentes à IE; e difundido por Goleman, com a formulação de teorias acerca dos comportamentos sociais e pessoais.

Outros, como Weschler e Gardner, podem ser citados como autores que contribuíram para o progresso da investigação acerca da IE. Gardner, em 1983, defendeu a existência de **inteligência intrapessoal** e **interpessoal**. Na primeira incluíam-se aspectos relacionados com as emoções, e na segunda, factores de ordem social.

Em 1995, Daniel Goleman, publicou a primeira edição do seu livro *Inteligência Emocional*, tornando-se um dos maiores peritos na área. Convicto do trabalho de Mayer e Salovey, fundamentou os conceitos desenvolvidos pelos primeiros, dando-lhes um carácter científico. Apresentou a primeira definição de IE como:

(...) a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuguie a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança. Ao contrário do QI, (...) a Inteligência Emocional é um conceito novo (GOLEMAN, 2012, p. 54).

Mais tarde, o autor reformula a sua definição dizendo que é “a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2000, cit. por VILELA, 2006, p. 9).

A IE influencia as decisões e acções no contexto familiar e laboral do indivíduo, não se podendo dissociar o pensamento da emoção. Mayer e Salovey (1997) definiram IE como um constructo que:

envolve a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções para promover crescimento emocional e intelectual (Mayer; Salovey, 1997, cit. por COSTA; FARIA, 2009, p. 4467).

Nos últimos anos foi notória a pesquisa da definição de IE. No entanto cada conceito deriva da abordagem teórica que lhe serve de suporte, baseada na psicologia social e na inteligência pessoal.

A IE conceptualizou-se como a capacidade global do indivíduo que permite tomar consciência das emoções, compreender os sentimentos dos outros, tolerar a pressão e as frustrações da vida quotidiana, desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa e adoptar uma atitude mais empática e social, que aumentará as possibilidades de um desempenho profissional e pessoal com êxito.

Promover o desenvolvimento da IE favorece a melhoria de outras competências, nomeadamente as sociais, implicadas nas relações interpessoais, bem como a manifestação de comportamentos adaptativos e eficazes no contexto profissional.

Aceitar que a IE é importante no trabalho individual, não é novo. Mas só recentemente a investigação começou a mostrar que é decisiva no sucesso das organizações. A optimização do desempenho profissional é indissociável da capacidade das pessoas reconhecerem e controlarem com a máxima destreza as emoções próprias e as dos outros, o que contribui para a qualidade das relações laborais, pois as emoções não servem apenas para comunicar e socializar. A IE assume, então, um papel não só determinante ao nível pessoal do indivíduo, como nas suas atitudes no trabalho, pois não basta ser dotado de inteligência cognitiva ou ser tecnicamente bom, é necessário desenvolver capacidades como a assertividade, a flexibilidade e o saber estar. Representa a capacidade de processar de forma competente a informação da emoção, e de a usar guiando actividades cognitivas como a resolução de problemas e dirigindo a acção para os comportamentos pretendidos.

Neste sentido, interessa pois abordar alguns aspectos e argumentos que ajudem a compreender o processo fisiológico das emoções.

Neurofisiologia das emoções

A amígdala é um grupo de estruturas interligadas, em número par e forma de amêndoa. Situada por cima do tronco cerebral, uma de cada lado do cérebro, é a responsável pela emoção. Funciona como o armazém da memória emocional; sem ela, a vida fica privada de significados pessoais, com perda da capacidade de experimentar e reconhecer sentimentos.

O hipocampo (local de armazenamento-chave da memória) e a amígdala são as estruturas límbicas que fazem a maior parte do trabalho de aprendizagem e memorização do cérebro.

O neocórtex também exerce um papel relevante na vida emocional, permite a capacidade de ter sentimentos em relação aos próprios sentimentos. As áreas emocionais (amígdala e estruturas límbicas) estão interligadas através de uma rede de circuitos a todas as partes do neocórtex, tornando a emoção crucial para o pensamento eficaz, tanto na tomada de decisões sensatas ou simplesmente para pensar de forma clara.

Estes centros superiores não dominam, porém, toda a vida emocional; em caso de emergência emocional o sistema límbico assume a primazia. A extensão da rede de ligações neuronais da amígdala permite-lhe, durante uma emergência emocional, influenciar e controlar a maior parte do resto do cérebro – incluindo a mente racional.

“O córtex pré-frontal é a região do cérebro responsável pela memória de trabalho” (Selemon et al., 1995, cit. por GOLEMAN, 2012, p. 49). Quando a mente está calma as funções da memória de trabalho estão no seu máximo; mas quando se criam situações de emergência, o cérebro passa para um modo auto-protector, o pensamento é suspenso, desligando a memória de trabalho e inicia-se uma resposta automática, a emoção sobrepõem-se à razão e adoptam-se comportamentos e atitudes socialmente inconvenientes.

Conforme descreve Goleman (2012, p. 41) um pequeno grupo de neurónios que ligam directamente o tálamo à amígdala permite que esta receba entradas directas dos sentidos e inicie a resposta antes que elas sejam registadas pelo neocórtex.

Os lóbulos pré-frontais funcionam como gestores emocionais, pois é aí que se encontram a maioria dos circuitos corticais envolvidos na reacção emocional.

Mas os circuitos que ligam o cérebro límbico aos lóbulos pré-frontais significam que os sinais de uma emoção forte – ansiedade, ira, etc. – podem criar uma estática neuronal, sabotando a capacidade do lobo frontal de manter essa memória. É por isso que, quando estamos emocionalmente perturbados, dizemos que «não conseguimos pensar corretamente» (...) (GOLEMAN, 2012, p. 49).

As emoções têm, pois, importância no que respeita à racionalidade, permitindo ou impedindo o próprio pensamento. Ao inverso também o cérebro pensante desempenha um papel decisório nas emoções, excepto nos momentos em que o cérebro emocional assume todo o controlo e as emoções passam a dominar.

De certo modo, existem dois tipos diferentes de inteligência: racional e emocional. O cérebro emocional está tão envolvido no raciocínio como o cérebro racional. Atitudes e comportamentos são determinados por ambos, não importa apenas o Quociente de Inteligência (QI), pois a IE também contribui para que a capacidade intelectual funcione no seu melhor. Conforme Damásio, 2003, cit. por Alves, Ribeiro e Campos (2012, p. 34) é-se confrontado perante a evidência cada vez maior de que a capacidade de decisão, especialmente em situações de incerteza, é fortemente influenciada pelas vivências emocionais e sentimentais de uma pessoa, estando os planos cognitivos e emocionais fortemente interligados.

A IE não é totalmente inata, aprende-se e desenvolve-se ao longo da vida. Cada situação serve de aprendizagem, é uma mais-valia que servirá de suporte a situações futuras.

O reconhecimento das capacidades emocionais e o interesse no seu estudo foi verificado e registado por vários autores. Actualmente, no estudo da IE, destacam-se três principais modelos: o Modelo de Mayer e Salovey, o de Goleman e o de Bar-On. O autor com maior viabilidade de transposição para a Enfermagem é Daniel Goleman, assim, o seu modelo surge como a principal referência desta investigação.

Modelo de Inteligência Emocional de Goleman

Antes de mais, importa esclarecer os conceitos de **capacidade** e **competência**. A capacidade é algo que se aprende, precede a competência. A competência é a forma como se sabe mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades adquiridas em formação, e aplica-los em contexto apropriado na prática.

De acordo com este modelo, a IE encontra-se organizada e fragmentada em **cinco capacidades**. Estas capacidades compreendem **25 competências** que perscrutam

diferentes dimensões do comportamento humano, e, são apresentadas a seguir conforme Goleman as definiu. As três primeiras – Autoconsciência, Gestão das Emoções (ou Autorregulação) e Automotivação – são competências pessoais (intrapessoais) e determinam a forma como cada um se gere a si mesmo. As restantes – Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos – são competências sociais (interpessoais) e determinam a forma se lida com as relações.

- **Autoconsciência**

Para o autor, esta é a base da IE que traduz o conhecimento de si mesmo. É a percepção do que se está a sentir, a capacidade para reconhecer as próprias emoções no momento em que ocorrem e, pressupõe ainda, perceber de que forma estas afectam os outros. Para Goleman (2012, p. 63), o reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer é a pedra-base da inteligência emocional.

Pode-se inferir que o conhecimento e compreensão dos sentimentos e emoções viabilizam o desenvolvimento pessoal, orientando a tomada de decisão em consonância com os próprios valores. Logo, o nível de Quociente Emocional (QE) será tanto maior, quanto mais a autoconsciência se aproxima do experienciar da emoção.

“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 (...)” (GOLEMAN, 2012, p. 63).

Quem não entende os seus sentimentos, está inconscientemente entregue a estes. Só se sabe realmente o que se deve fazer, quando se compreende os próprios sentimentos. Assimilar e agir acerca dos seus sentimentos, é tarefa essencial ao conhecimento da própria consciência emocional e portanto deve ser dedicado algum tempo a essa atitude reflexiva, pois a autoconsciência é o caminho para dentro de si, ao encontro do próprio, através das relações externas, quando se defronta com os outros.

Esta capacidade pressupõe três competências emocionais: Autoconsciência emocional, Autoavaliação exata e Autoconfiança.

A **Autoconsciência emocional** é de elevada importância tanto na vida em geral, como na profissão de enfermagem em particular. Quanto melhor a compreensão que o Enfermeiro tem de si próprio, mais facilidade terá em conhecer o outro e responder às suas necessidades; manter relações profissionais satisfatórias e ser capaz de cuidar, assim como aprender a gerir situações difíceis de forma aceitável.

A **Autoavaliação** complementa a autoconsciência e diz respeito à autoanálise realista dos recursos, forças e limitações. Permite a introspeção do Eu, para deste modo compreender a forma como se pensa, sente, age, no relacionamento consigo próprio e com os outros.

A **Autoconfiança** significa estar aberto a novas experiências, a novas oportunidades, acreditar no próprio potencial. É a expressão de uma autoimagem positiva de si.

O caminho do autoconhecimento implica e implica-nos numa reflexão permanente acerca de nós e da relação que estabelecemos com os outros. É a relação connosco e com o outro que nos faz descobrir e entender, se tivermos a coragem de perguntar e de nos perguntar (COTOVIO, 2007, p. 108).

- **Gestão de Emoções**

Esta capacidade diz respeito à forma como se consegue gerir as emoções que se podem enfrentar. É também, como Goleman (2012, p. 63) afirma, uma maneira de lidar com as sensações de modo apropriado, tratando-se da capacidade que nasce do autoconhecimento. Pois, quem não se conhece ao nível dos próprios sentimentos, muito dificilmente os poderá gerir e controlar. Demonstra ainda, que a consciência do Eu proporciona o autodomínio dos impulsos/emoções de maneira salutar, pensando antes de agir. Revela-se por vezes pela ausência de manifestações emocionais, direccionando reacções primárias, como por exemplo, manter-se imperturbável em situações adversas; ou gerir a forma correcta de descarregar a raiva ou o mau humor na pessoa certa. Quem não controla esta capacidade, encontra-se constantemente em luta com sensações de angústia, ao invés do benefício trazido pelo seu domínio, que facilita a superação mais rápida dos dissabores da vida.

O dia-a-dia do enfermeiro integra alterações de harmonia interior e estados de espírito como ansiedade, tristeza, provocados pela natureza de alguns cuidados, em que esta capacidade assume especial importância. Estratégias facilitadoras têm que ser encontradas por forma a interromper esses estados; por exemplo, em caso de raiva, o seu controlo é facilitado pelo processo de empatia, ou seja, pensar o que se passa com o outro. Como aponta Gregório (2008, p. 42), a omissão continuada dos sentimentos, em especial dos intensos e negativos, pode prejudicar o pensamento e diminuir a capacidade de decisão. Para uma adequada gestão de emoções implica-se a manifestação intencional de sentimentos.

É o controlo e regulação que permite afastar medos e ansiedades, por vezes incapacitantes, e a eles estão associadas cinco destrezas: o **Autodomínio**, que significa gerir emoções e impulsos negativos de forma eficaz; **Inspirar Confiança** através da manutenção de padrões de integridade, honestidade, fiabilidade e autenticidade; **Ser Conscioso** assumindo com segurança e responsabilidade o desempenho pessoal; a **Adaptabilidade** traduzida em flexibilidade em lidar com mudanças e desafios, e a **Inovação** que pressupõe ser proactivo, com abertura a novas abordagens e a novas ideias.

Gerir emoções é primordial, uma vez que só dessa forma elas poderão ser reconhecidas, valorizadas e utilizadas na resolução de problemas, em caso de emoções negativas, ou preservadas, no caso de emoções positivas.

- **Automotivação**

A capacidade da automotivação caracteriza-se por um estado de fluxo, a energia é canalizada numa perspetiva projetiva e construtiva e a excelência é conseguida sem esforço. É entendida como a forma de se manter optimista em relação aos problemas, contrariedades ou frustrações.

Na origem do étimo como na vida, emoção e motivação têm o mesmo significado ao nível das suas funções profundamente básicas mas essenciais, com que a ontogénese dotou os seres para se organizarem e subsistirem. É por isto que a motivação é emocional, e é o facto de o sujeito perceber esta motivação a partir de e sobre si mesmo, que o fenómeno é auto emocional (BRANCO, 2005, p. 190).

As motivações mais poderosas são as internas, são as emoções que fazem o empenho em determinada tarefa, o melhor possível. Descobrir a automotivação é colocar persistência nos objetivos, encontrar motivos que levem a trabalhar por razões que vão além do dinheiro (vencimento, aumentos, bonificações) ou do protagonismo social.

Sentir-se motivado, na vida pessoal ou profissional, é essencial para encontrar um sentido para a vida, um motivo para a acção. As pessoas que mobilizam as emoções ao serviço de um objectivo tendem a ser mais criativas e altamente eficazes naquilo em que se envolvem.

Conforme Diogo (2006, p. 81) defende, manter um nível razoável de confiança em si e de aptidão para a negociação, é indispensável para viver um projecto profissional harmonioso de cuidador.

Esta capacidade agrega destrezas específicas como: a **Vontade de Vencer**, correspondente ao trabalho pessoal de se aperfeiçoar, ou mesmo de atingir um padrão de excelência, orientando-se para melhorar os resultados; a **Entrega ou Empenho**, que é a capacidade de se envolver activamente em objectivos mais abrangentes que os de natureza estritamente pessoal, numa missão mais vasta; a **Iniciativa** e o **Optimismo** que são habilidades visíveis em quem se sobressai e aproveita as oportunidades, através da antecipação e persistência.

- **Empatia**

Reconhecer as emoções dos outros nasce da autoconsciência e é a mais indispensável das «aptidões pessoais». A empatia envolve a expressão emocional verbal e não-verbal, bem como a forma de perceber e interpretar as emoções dos outros, sabendo colocar-se no seu lugar; o que implica sensibilidade aos sinais sociais e pessoais.

A arte de ouvir sem interromper, ou melhor, de saber escutar, de ler os canais não-verbais, o tom de voz, os gestos e a expressão facial, são essenciais para o processo de comunicação e de estabelecimento de uma relação empática; e conseqüentemente para o sucesso nas relações interpessoais. Só se é capaz de aceitar os sentimentos dos outros, quando se reconhece e aceita os próprios sentimentos.

No trabalho em equipa esta capacidade assume todo o seu significado, na promoção e desenvolvimento de um clima organizacional favorável às boas práticas.

“As pessoas empáticas são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam. Isto torna-as particularmente aptas em profissões que envolvem a prestação de cuidados (...)” (GOLEMAN, 2012, p. 64).

Nas profissões de ajuda como é o caso da Enfermagem, em que o elemento central são as pessoas, a empatia é um requisito de excelência para o relacionamento profissional.

Os profissionais dotados de empatia reconhecem muito mais rápida e eficazmente as necessidades dos clientes podendo satisfazê-las de forma muito mais eficiente.

Esta capacidade inclui: **Compreensão dos outros** – interessar-se activamente pelas preocupações dos outros, percebendo os sentimentos na sua perspectiva; **Desenvolvimento dos outros** - promover as habilidades dos outros; **Orientação para o serviço** - reconhecer e ir de encontro às necessidades de desenvolvimento dos outros; **Potenciar a diversidade** - criar oportunidades com pessoas diversificadas e a **Consciência política** - capacidade de percepção das relações sociais, emocionais e políticas subjacentes ao grupo.

Ser empático significa imaginar-se no lugar do outro, encarar as coisas do seu ponto de vista, o que implica compreensão e entrar em sintonia. Assim sendo, quanto mais conscientes das próprias emoções, mais facilmente se poderão entender as emoções alheias.

- **Gestão de Relacionamentos em Grupos**

O relacionamento eficaz num grupo ou equipa é desenvolvido através de capacidades de comunicação, liderança e de trabalho em grupo. Para se conseguir gerir os relacionamentos em grupo é necessário revelar, de forma harmoniosa, o que se pensa e agir em consonância com os sentimentos, ao invés de agir de acordo com o que o outro quer ou espera.

Esta capacidade está relacionada com o convívio externo isento de atritos sociais obedecendo a regras, com competências coerentes para persuadir, liderar, negociar, trabalhar em equipa e resolver conflitos de forma eficiente. Para isso, como Goleman (2012, p. 290) refere, o treino da assertividade é algo primordial para se lidar bem com as reacções emocionais dos outros e perante situações emocionais desgastantes.

A capacidade de eficácia interpessoal para induzir nos outros uma resposta desejável, inclui as competências que Goleman entende por: **Influência; Comunicação; Gestão de Conflitos; Liderança; Catalisador de Mudança; Criar Laços; Colaboração e Cooperação e Capacidades de Equipa.**

Ao terminar a descrição das capacidades e competências da inteligência emocional, interessa refletir acerca da presença das mesmas nas pessoas.

O cérebro é notavelmente plástico, capaz de uma aprendizagem constante. De facto, comportamentos e atitudes são influenciados pela realidade exterior e interior, ou seja, pelo contexto em que se vive. A IE desenvolve-se ao longo da vida através de experiências sociais e interpessoais. Nesta perspetiva, as pessoas diferem nestas capacidades, em cada um destes domínios, sendo natural dominarem melhor umas do que outras. Por exemplo, algumas poderão ser particularmente hábeis em controlar a sua própria ansiedade, mas perfeitamente incapazes de acalmar as perturbações de terceiros.

Goleman (2012, p. 64) refere que as capacidades da IE são mais importantes que o QI para o sucesso das pessoas. No entanto, não ignora a importância que ambos os tipos de inteligência têm, no desenvolvimento pessoal e organizacional. A IE não é oposta ao QI, mas sim uma competência distinta.

2.1 – O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE COMPETENTE

As experiências no local de trabalho têm um impacto significativo no desenvolvimento ou alteração das capacidades essenciais da IE, sendo que a dimensão emocional do trabalho se reflecte através das **experiências e práticas profissionais**. Pessoas que usufruem de elevados níveis de inteligência emocional têm um funcionamento mais saudável, constroem relações interpessoais mais sólidas, experienciam maior sucesso na carreira e têm um perfil mais adequado para a liderança.

Recorde-se o período em que a avaliação do ensino clínico de enfermagem dava ênfase à capacidade técnica e ao distanciamento emocional. Paraphraseando Damásio, 2000, cit. por Costa e Jesus (2011, p. 21), ao longo da maior parte do século XX, a emoção foi considerada subjectiva, indubitavelmente no polo oposto da razão considerada a mais excelente capacidade humana, e como tal não foi digna de crédito em contexto formativo.

Mas na enfermagem a perícia técnica não é suficiente. **A formação dos enfermeiros deve pois, contemplar não só a inteligência cognitiva/intelectual, mas também a emocional** (através de ferramentas básicas como a autoconsciência, a empatia e o saber ouvir); **por forma a garantir uma optimização do desempenho profissional**, com especificidade, em respeito e adaptação à pessoa.

Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2012, p. 10).

O paradigma humanista da profissão pressupõe conhecimentos na área do relacionamento e da competência emocional. “É importante defender a pertinência da educação dos afectos, das emoções, o abordar da sua gestão e reflectir sobre estas capacidades, no sentido de fortalecerem a formação e o desenvolvimento pessoal e relacional dos enfermeiros cuidadores” (BRANCO, 2007, sem página). As competências da IE são sinérgicas e compatíveis com as cognitivas, tornando-se mais importantes em profissões complexas como é o caso da Enfermagem.

As competências sócio-relacionais são contempladas pela OE e pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, artigo 4º, 2012, p. 15), englobando-as no que designada por competência científica, técnica e humana, indo de encontro às competências que integram o Framework of Competencies for the Generalist Nurses, do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN).

Parafrazeando Éspiney et al. (2004, p. 11), para um bom desempenho profissional é esperado que o enfermeiro integre um grupo de competências transversais a par das competências próprias do exercício profissional, que incluem o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa multidisciplinar.

A pesquisa e a experiência da prática de cuidados levaram a uma maior consciencialização de que **as emoções**, e tudo o que se sente, **são essenciais na interação humana de cuidar**, fortalecendo comportamentos, atitudes e a qualidade dos cuidados.

O êxito profissional é estimulado pelas emoções positivas que incentivam ao entusiasmo na realização da tarefa e conseqüente minimização do esforço despendido. Ao invés das emoções negativas que induzem um esforço acrescido, além de reduzirem a produtividade, a eficácia, eficiência e efectividade na resolução de problemas e na tomada de decisão. No estudo desenvolvido por Jesus (2004, p. 359 e 360), o autor identificou dois padrões de decisão clínica nas enfermeiras estudadas. O padrão A, com *scores* médios e medianos mais elevados no teste de IE utilizado, é revelador de um processo de cuidados metódico, personalizado, de intimidade com o utente, empático, reflexivo, baseado em aspectos da relação de ajuda. O padrão B, com *scores* médios e medianos menos elevados, é revelador de um processo de prestação de cuidados de carácter mais funcional, centrado na actividade, mais superficial e reducionista, menos organizado, com um relacionamento mais instrumental, menos comunicativo e menos humano para o utente.

Como grupo profissional mais representativo no meio hospitalar, é importante que os enfermeiros apresentem um conjunto de requisitos que permite **conciliar emoção e razão**, fundamental ao sucesso pessoal e profissional. No seu percurso são colocados frente a uma sucessão de obstáculos, como os horários de trabalho, a relação com o cliente, a não valorização da carreira e da profissão, o trabalho em equipa com situações daí decorrentes, como tensões e conflitos, entre outros. A este propósito cabe destacar a importância de aspectos emocionais como a consciência de si e autoconfiança, o autodomínio e integridade, a capacidade de se adaptar à mudança, de se colocar no lugar do outro, de influenciar e de comunicar (isto é, as cinco capacidades preconizadas por Goleman: Autoconsciência, Gestão de emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de relacionamentos em grupos).

Uma vez que a pessoa e a relação entre as pessoas são o centro do cuidar em enfermagem, a emotividade das situações de cuidado é inevitável. Segundo a OE (2003, cit.

por ÉSPINEY et al., 2004, p. 9), o exercício profissional da enfermagem “centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade) (...). A relação terapêutica (...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades (...) e (...) insere-se num contexto de actuação multiprofissional”. Fomenta-se a experiência e a **partilha da emoção**, ao invés da sua repressão ou colocação em segundo plano, que se repercute na vida pessoal e profissional, enriquecendo a **enfermagem como profissão do cuidar**.

A experiência emocional está diariamente presente em todas as situações interaccionais do enfermeiro, nomeadamente com o doente. É indispensável que compreenda o impacto das emoções do ser que necessita de ajuda na gestão dos sentimentos, uma vez que o estado emocional deste é muitas vezes alterado durante a doença.

Como tal, essa interacção deve ser produzida como uma mais-valia para todos os intervenientes. A este respeito a comunicação, como referem Atkinson e Murray (1989, cit. por COSTA; JESUS, 2011, p. 22), assume um papel relevante, pois mais de 70% do quotidiano do enfermeiro envolve, directa ou indirectamente, o processo de comunicação interpessoal.

Entre enfermeiro e doente existe uma relação privilegiada, tanto em tempo como em proximidade, que transforma as intervenções de enfermagem em cuidar, e o cuidar em arte. Nessa relação, os intervenientes têm papéis distintos, mas as emoções e sentimentos de uns reflectem-se nos outros. Ou seja, as emoções do enfermeiro afectam quer o doente, quer os cuidados prestados ao mesmo, e, por sua vez também as emoções do doente podem repercutir-se no profissional de saúde. Espera-se do enfermeiro a **sensibilidade profissional para reconhecer a vulnerabilidade do doente**, assim como a distinção, de forma responsável, **entre os seus próprios sentimentos e os do interlocutor**. A IE desempenha aqui um papel fundamental, gerando confiança mútua, pois o doente adere mais facilmente aos cuidados quando percebe que o enfermeiro consegue compreender o seu ponto de vista e colocar-se no seu lugar. A utilização da emotividade, como veículo condutor dos cuidados, implica que o enfermeiro integre o sentir como “ferramenta” do cuidar. Em que os sentimentos são orientadores do agir.

No entanto, o próprio profissional está sujeito a desgaste emocional. Isto é fácil de perceber, tendo em conta as vivências que resultam da polivalência de cuidados e as características dos horários de trabalho. Além disso, desafios cada vez maiores da complexidade de situações que enfrenta e que exigem uma abordagem interdisciplinar obrigam a um verdadeiro trabalho de equipa para contornar obstáculos. No decurso da sua

experiência profissional, vai desenvolvendo modos de lidar com a dimensão emocional. A reforçar esta ideia, já Diogo, 2006, cit. por Agostinho (2010, p. 92) referia que a própria maturidade se constrói com a experiência e com as vivências que vão servindo de referência a situações posteriores.

O benefício da IE no trabalho em equipa, tão usual na enfermagem, quer com pares, quer em cooperação com outros profissionais, gera confiança mútua. Neste sentido, profissionais considerados mais resilientes e autocontrolados emocionalmente, exibem maior segurança e compromisso.

Para além de prestar cuidados, executar técnicas e procedimentos, o enfermeiro desempenha também funções de gestão e coordenação. Para isso, a exigência de capacidades de liderança, relacionamento humano e estabilidade emocional devem acrescer às capacidades técnicas e científicas.

Reflexões e recomendações têm contribuído para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro, bem como para a prestação de cuidados de saúde de qualidade acrescida. Este profissional deseja ser reconhecido e valorizado pelo trabalho desenvolvido, pois resulta do seu esforço. José (2002), no seu estudo sobre o humor nos cuidados de enfermagem, referiu que o enfermeiro ao sentir que é apreciado pelo cliente e ao conseguir estabelecer com ele uma relação de ajuda/proximidade vive também sentimentos de bem-estar.

Por seu lado, **o cliente** não se resume às situações de saúde/doença que está a vivenciar, pois está envolvido por um conjunto de dimensões sociais, culturais e económicas; além de que **não procura apenas a competência técnica do enfermeiro**, mas também a vertente humana e amigável, **quando recorre ao mercado de cuidados de saúde**. A IE pode assim ser um contributo importante para a satisfação do cliente com os profissionais e as instituições que o assistem, na medida em que cuidados emocionalmente competentes incrementam a qualidade.

Da exposição deste capítulo importa reter que em Enfermagem, as emoções assumem particular importância, pois como profissão de relação que é, o desempenho profissional está directamente relacionado com a capacidade dos profissionais reconhecerem e controlarem as suas emoções. Não há muito tempo que se acreditava que os sentimentos eram uma influência negativa que prejudicava o trabalho. Actualmente, o sucesso pessoal e profissional não depende apenas do QI, mas sim da capacidade de comunicar, da adaptação à mudança, da empatia, da autoconfiança, do autodomínio, etc.

3 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Qualquer investigação exige procedimentos empíricos controlados. É assim útil a reflexão sobre as opções metodológicas para uma correcta adequação ao estudo em causa.

“No decurso da fase metodológica, a atenção do investigador é dirigida, principalmente, para o desenho de investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados” (FORTIN, 2009, p. 211).

Segue-se o desenvolvimento prático do estudo com a justificação do tema, tipo de investigação, questões, participantes, instrumento de colheita de dados e procedimentos éticos e estatísticos.

3.1 – CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Até há pouco tempo, em Portugal, o estudo da IE estava pouco divulgado. Recentemente têm surgido livros e artigos sobre o tema. O estudo pioneiro foi o de Veiga Branco (2004), sobre a IE dos professores do Ensino Superior Politécnico do distrito de Bragança. A sugestão da autora é a reprodução do estudo, “seria de todo pertinente repetir todos os pressupostos metodológicos, (...) nesta ou noutras áreas de trabalho, desde que a competência emocional fosse considerada importante” (BRANCO, 2004, p. 114). Nessa sequência, Vilela (2006), considerando a proposta válida para a Enfermagem, estudou as capacidades da IE numa amostra de enfermeiros. “Sendo os enfermeiros o maior grupo profissional de saúde (...) é uma constante a necessidade de gestão de relacionamentos com os utentes e com os outros membros da equipa” (VILELA, 2006, p. 53).

Associado ao contexto da Enfermagem, do qual se beneficia o conhecimento prático, nasceu o interesse pelo tema, promovendo a oportunidade de reflexão.

A escolha do meio hospitalar como local para a realização do estudo deve-se ao facto de ser aquele que tem maior número de enfermeiros, de diferentes categorias, em contacto 24 horas por dia com o cliente e outros profissionais.

3.2 – TIPO DE ESTUDO

É um estudo objectivo e sistemático, realizado através de métodos da **investigação quantitativa**. A explicação dos resultados é precisa, evitando distorções de interpretação.

“(…) Visa sobretudo, explicar e predizer um fenómeno (…) pela análise de dados numéricos” (FORTIN, 2009, p. 27).

De carácter **descritivo-correlacional**, com o propósito de “explorar relações entre variáveis e descrevê-las” (FORTIN, 2009, p. 244). Como não pretende manipular as variáveis em estudo, é não experimental pois decorre no meio natural.

É **transversal** porque “tem por objectivo medir a frequência de um acontecimento (…)” (FORTIN, 2009, p. 574). Na análise dos dados, serve-se de estatísticas descritivas e estabelece correlações.

Para delinear os elementos que fazem parte do esquema geral do estudo, foi elaborado um desenho (Figura 1) com a finalidade de servir de fio condutor na planificação e realização da investigação, de acordo com o objectivo a atingir. Adaptado ao tipo de estudo, assume a forma de desenho explicativo e, pretende “fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação (…)” (FORTIN, 2009, p. 214). Neste caso concreto, vais mais além da simples articulação das variáveis, com referência aos participantes e ao tempo para a recolha de dados com o instrumento de medida.

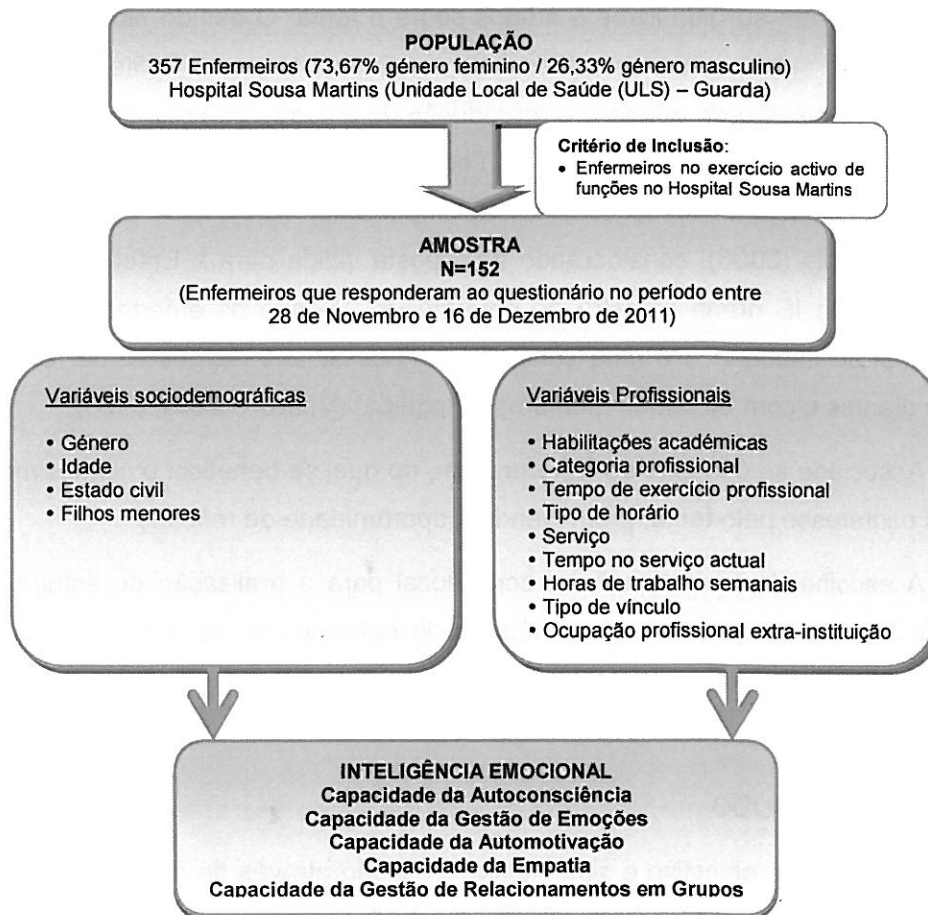


Figura 1 – Desenho de investigação

Com base na fundamentação teórica, a questão geral referida na introdução do presente estudo e que serviu de ponto de partida buscando, conceptualmente, uma orientação ao longo da realização do desenho de investigação, é substituída por questões específicas que se passam a enunciar:

Questão 1 – Quais são as características da IE nos enfermeiros?

Questão 2 – Em que medida os factores sociodemográficos (género, idade e estado civil) influenciam a IE nos enfermeiros?

Questão 3 – De que forma os factores socioprofissionais (habilitações académicas, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de horário, serviço, tempo no serviço actual, horas de trabalho semanais, tipo de vínculo e ocupação profissional extra-instituição) influenciam a IE nos enfermeiros?

3.3 – PARTICIPANTES

A população envolvida no estudo consta dos enfermeiros que desempenham funções no Hospital Sousa Martins, integrado na ULS-Guarda, num total de 357 enfermeiros. A escolha desta unidade hospitalar prendeu-se com factores de ordem prática, nomeadamente o desempenho profissional do autor nessa mesma instituição.

Dada a impossibilidade de acesso a toda a população, foi seleccionada uma amostra de enfermeiros considerável e diversificada. “Amostra é uma fracção de uma população sobre a qual se faz um estudo” (FORTIN, 2009, p. 312). Neste caso, **os enfermeiros que se encontravam no exercício activo das suas funções** e que concordaram com a participação no estudo, no período de aplicação dos questionários nos serviços seleccionados, excluindo os que se recusaram participar e os que se encontravam ausentes por algum motivo. As categorias incluídas foram as de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Chefe.

Optou-se por seleccionar os serviços com número mais significativo de enfermeiros, sendo este dado facultado pela Direcção de Enfermagem (Medicina A e Medicina B/Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (U-AVC), Unidade de Oncologia, Pneumologia, Otorrinolaringologia (ORL)/Oftalmologia, Unidade de Cirurgia Ambulatória, Pediatria, Maternidade/Bloco de Partos, Consulta Externa e Saúde Ocupacional, Cardiologia/Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC), Cirurgia Mulheres e Homens, Ortopedia Mulheres e Homens, Bloco Operatório (BO), Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) e Urgência Geral e Pediátrica). Tratou-se portanto de uma técnica de **amostragem**

não probabilística, por conveniência, de forma a permitir o mais rápido desenvolvimento do estudo.

Inicialmente foram distribuídos 300 questionários, tendo respondido 168 enfermeiros com **taxa de resposta de 56%**. Foram, no entanto, eliminados 16 questionários devido ao seu preenchimento incompleto. A amostra do estudo foi assim constituída por **152 enfermeiros**, que representam **42,58% da população**. De seguida descrevem-se as suas características sociodemográficas e socioprofissionais. A sua interpretação e análise serão sustentadas pelo recurso a quadros e tabelas, onde será omissa a fonte uma vez que são provenientes deste estudo.

Caracterização Sociodemográfica

No que se refere ao **género**, a amostra utilizada caracteriza-se por ser maioritariamente do género feminino (73,03%) por oposição ao género masculino que constitui 26,97% do total.

A **idade** mínima (Min) dos participantes femininos é de 24 anos e a máxima (Max) de 56 anos, sendo a média (\bar{X}) de idades de 37,42 anos com um desvio padrão (dp) de 8,30 (Quadro 1). Em relação aos participantes masculinos, a sua idade varia entre os 25 e 51 anos, apresentando uma \bar{X} de 36,22 anos e um dp de 7,89 (Quadro 1).

Quanto ao coeficiente de variação (CV), a amostra apresenta um coeficiente de dispersão médio, segundo Pestana e Gageiro (2008, p. 81), quer para o género feminino (22,18%) quanto para o masculino (21,78%) (Quadro 1).

Apresenta uma distribuição simétrica das idades nos dois géneros (Skewness/Std error = 1,273 no género feminino e Skewness/Std error = 0,697 no género masculino) (Quadro 1).

Os valores da Curtose definem uma curva platicúrtica no género feminino (Kurtosis/Std error = -2,075) e uma curva mesocúrtica no género masculino (Kurtosis/Std error = -1,890) (Quadro 1).

Apesar da idade das mulheres ser superior à dos homens (média ordenada = 78,28; *versus* média ordenada = 71,68, respectivamente) o teste de Mann-Whitney (*U*) não revela diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,412$) (Quadro 1).

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao género e idade dos participantes

Idade	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV (%)	Skewness/ Std error	Kurtosis/ Std error	U	p
Feminino	111	24	56	37,42	8,30	22,18	1,273	-2,075	2078	0,412
Masculino	41	25	51	36,22	7,89	21,78	0,697	-1,890		
Valor Global	152	24	56	37,10	8,18	22,06	1,472	-2,600		

Procedeu-se ainda à recodificação da variável idade, da qual resultaram os seguintes **grupos etários**: grupo etário I (inferior ou igual a 30 anos), grupo etário II (de 31 a 49 anos) e grupo etário III (igual ou superior a 50 anos).

O grupo etário de 31 a 49 anos é o mais representativo com 65,1%, tanto no género feminino como masculino, correspondendo a 47,35% e 17,75% respectivamente (Quadro 2).

No que diz respeito ao **estado civil**, 24,3% dos enfermeiros são solteiro(a)s. Destes, 19,7% dos elementos são femininos e 4,6% masculinos. No entanto a maior percentagem corresponde ao estado civil casado(a)/união de facto com 75,7%, dos quais 53,32% femininos e 22,38% masculinos (Quadro 2).

Verifica-se que 56,6% dos enfermeiros tem **filhos menores** a cargo. Essa percentagem encontra-se distribuída pelos elementos femininos e masculinos, com 43,44% e 13,16% respectivamente. Os restantes 43,4%, equivalente a 29,59% elementos femininos e 13,81% elementos masculinos, responderam que não têm filhos menores (Quadro 2).

Quadro 2 – Caracterização sociodemográfica em função do género

	Feminino (n=111)		Masculino (n=41)		Total (n=152)	
	N	%	N	%	N	%
Grupos Etários						
≤ 30 anos	28	18,44	13	8,56	41	27,0
31 a 49 anos	72	47,35	27	17,75	99	65,1
≥ 50 anos	11	7,24	1	0,66	12	7,9
Estado Civil						
Solteiro(a)	30	19,7	7	4,6	37	24,3
Casado(a)/União de facto	81	53,32	34	22,38	115	75,7
Filhos Menores						
Sim	66	43,44	20	13,16	86	56,6
Não	45	29,59	21	13,81	66	43,4

Caracterização Socioprofissional

Quanto à variável **habilitações académicas**, no estudo, foi operacionalizada em formação base e formação pós-graduada. Da primeira fizeram parte bacharelato e licenciatura. Na segunda incluíram-se: pós-graduação, mestrado, doutoramento, pós

doutoramento e outro (pergunta aberta respondida pelos participantes com: pós-licenciatura em enfermagem médico-cirúrgica, pós-licenciatura em enfermagem de reabilitação, pós-licenciatura em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, pós-licenciatura em enfermagem de saúde materna e obstétrica e pós-licenciatura em enfermagem da saúde infantil e pediatria). A maioria dos enfermeiros em estudo caracteriza-se por ter formação base (72,4%); distribuídos por 54,63% do género feminino e 17,77% do género masculino. Uma pequena percentagem possui formação pós-graduada, 27,6% respectivamente, destes, 18,4% são enfermeiras e 9,2% enfermeiros (Quadro 3).

Em relação à **categoria profissional**, foram utilizadas para a sua operacionalização as categorias profissionais contempladas pela anterior carreira de enfermagem. Neste especto continuam a ser as mais difundidas e as que se encontravam em vigor na instituição onde decorreu o estudo. A mais representativa na amostra é a de enfermeiro graduado com 46,1%, em que, 34,25% são enfermeiras e 11,85% enfermeiros. Seguida da categoria de enfermeiro com 35,5%, dividida por 26,95% e 8,55% correspondente a participantes femininos e masculinos, respectivamente. Os enfermeiros especialistas preenchem 15,8% da amostra e os enfermeiros chefes a minoria de 2,6% (Quadro 3).

A respeito do **tipo de horário**, 71,7% da amostra pratica horário por turnos, mais especificamente 46,68% participantes femininos e 23,02% participantes masculinos. E 28,3% dos enfermeiros estudados cumprem horário fixo, distribuídos por 24,35% e 3,95% de enfermeiras e enfermeiros, mais propriamente (Quadro 3).

A variável **serviço** operacionalizou-se em função das características da tipologia do serviço. As relações interpessoais dos enfermeiros com o cliente, seus familiares ou mesmo outros profissionais, são diferentes, dependendo: do tempo de contacto, da existência ou não de comunicação verbal e dos objetivos e finalidades específicas de funcionamento de cada serviço. Partindo destes princípios e aliado à percepção pessoal e profissional, os enfermeiros podem desenvolver capacidades de IE diferentes, dependendo do serviço onde desenvolvem as suas funções.

Desta forma, e a partir da variável serviço, criou-se uma variável nova que se designou por **tipo de serviço**, relacionada com o tipo de envolvimento e a duração da relação com o cliente. Foi definida como uma variável dicotómica, apresentando secundariamente dois grupos. Um grupo, denominado de Diferenciados, englobou os serviços em que os enfermeiros estabelecem relações terapêuticas em menores períodos de tempo ou onde a comunicação verbal é muitas vezes impossível ou reduzida (condicionada pelo estado clínico do cliente). Assim, incluiu-se neste grupo os serviços: Urgência Geral, Urgência Pediátrica, UCIP, Cardiologia/UCIC, BO, Maternidade e Unidade

de Cirurgia Ambulatória. O grupo, Não Diferenciados, abrangeu os serviços em que as relações terapêuticas estabelecidas são, por norma, de duração mais alargada (o caso dos internamentos), profundas e sólidas. Neste incluíram-se os serviços: Medicina, U-AVC, Unidade de Oncologia, Pneumologia, Cirurgia Mulheres e Homens, Ortopedia Mulheres e Homens, Pediatria, Consulta Externa, Saúde Ocupacional e ORL/Oftalmologia.

Assim, e após a recodificação, constatou-se que 43,4% da amostra, ou seja, 30,25% enfermeiras e 13,15% enfermeiros, trabalham em serviços diferenciados. Enquanto 56,6% trabalham em serviços não diferenciados, em que 42,78% são elementos femininos e 13,82% elementos masculinos (Quadro 3).

No **tipo de vínculo** é possível distinguir que 65,8% dos enfermeiros da amostra tem um vínculo estável, em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, representando 48,03% elementos femininos e 17,77% elementos masculinos (Quadro 3).

Quanto ao pluriemprego, verifica-se que a grande maioria, 73,7% da amostra, não possui **ocupação profissional extra-instituição**. No entanto, 26,3% dos enfermeiros têm ocupação profissional extra-instituição, 14,47% mulheres e 11,84% homens, mais especificamente (Quadro 3).

Quadro 3 – Caracterização socioprofissional em função do género

	Feminino (n = 111)		Masculino (n = 41)		Total (n = 152)	
	N	%	N	%	N	%
Habilitações Académicas						
Formação Base	83	54,63	27	17,77	110	72,4
Formação Pós-Graduada	28	18,4	14	9,2	42	27,6
Categoria Profissional						
Enfermeiro	41	26,95	13	8,55	54	35,5
Enfermeiro Graduado	52	34,25	18	11,85	70	46,1
Enfermeiro Especialista	15	9,88	9	5,93	24	15,8
Enfermeiro Chefe	3	1,95	1	0,65	4	2,6
Tipo de Horário						
Horário Fixo	37	24,35	6	3,95	43	28,3
Horário Rotativo	74	48,68	35	23,02	109	71,7
Serviço						
Serviços Diferenciados	46	30,25	20	13,15	66	43,4
Serviços Não Diferenciados	65	42,78	21	13,82	86	56,6
Tipo de Vínculo						
Regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	73	48,03	27	17,77	100	65,8
Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado	26	17,11	12	7,89	38	25
Contrato individual de trabalho a termo certo	4	2,64	1	0,66	5	3,3
Trabalhador independente (recibos verdes)	8	5,24	1	0,66	9	5,9
Ocupação Profissional Extra-Instituição						
Sim	22	14,47	18	11,84	40	26,3
Não	89	58,57	23	15,13	112	73,7

Na amostra estudada, o **tempo de exercício profissional** varia entre 3 meses e 36 anos e 9 meses, em que o tempo médio é de 14,00 anos, com um dp de 8,06 (Quadro 4).

Relativamente ao **tempo no actual serviço** constata-se que o tempo mínimo dos enfermeiros no actual serviço é de 1 mês e o máximo de 35 anos e 10 meses, com uma \bar{X} de 7,86 anos e um dp de 7,14 (Quadro 4).

Em relação às **horas de trabalho semanais** verifica-se que os participantes trabalham de 35 a 45 horas por semana, com a \bar{X} de 36,51 horas e um dp de 2,38 (Quadro 4).

Considerando Pestana e Gageiro (2008, p. 81), verifica-se um coeficiente de dispersão elevado para o tempo de exercício profissional e tempo no actual serviço, 57,55% e 90,93%, respectivamente. E, um coeficiente de dispersão fraco nas horas de trabalho semanal, a julgar pelo CV de 6,51% (Quadro 4).

A amostra é simétrica no tempo de exercício profissional (Skewness/Std error = 1,634) e assimétrica positiva ou enviesada à esquerda no tempo no actual serviço e nas horas de trabalho semanais (Skewness/Std error = 8,045 e Skewness/Std error = 5,359, repectivamente) (Quadro 4).

Descreve uma curva platicúrtica para o tempo de exercício profissional (Kurtosis/Std error = -2,041), uma curva leptocúrtica para o tempo no actual serviço (Kurtosis/Std error = 6,860) e uma curva mesocúrtica para as horas de trabalho semanais (Kurtosis/Std error = -1,044) (Quadro 4).

Quadro 4 – Caracterização profissional

	N	Min	Max	\bar{X}	dp	CV (%)	Skewness/ Std error	Kurtosis/ Std error
Tempo de Exercício Profissional	152	0,25	36,75	14,00	8,06	57,55	1,634	-2,041
Tempo no Actual Serviço	152	0,08	35,83	7,86	7,14	90,93	8,045	6,860
Horas de Trabalho Semanais	152	35	45	36,51	2,38	6,51	5,359	-1,044

3.4 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Dos vários instrumentos disponíveis para a recolha da informação desejada, recorreu-se a um questionário de auto-preenchimento, permitindo aos participantes responder no momento que entendessem mais conveniente, de forma anónima e sem necessidade da presença do investigador.

É um questionário de perguntas fechadas, na sua grande maioria, constituído por duas partes (**ANEXO I – Instrumento de colheita de dados**).

A **primeira parte**, construída para este estudo, consta da **caracterização sociodemográfica** (Idade, Género, Estado civil e Filhos menores) e **socioprofissional** (Habilitações académicas; Categoria profissional; Tempo de exercício profissional; Tipo de horário; Serviço; Tempo no serviço actual; Horas de trabalho semanais; Tipo de vínculo e Ocupação profissional extra-instituição) do participante.

A **segunda parte** é constituída pela versão do instrumento – **EVB-CIE (2004)** – adaptada e validada por Vilela (2006) à população de enfermeiros; e, contempla a abordagem das percepções pessoais de cada enfermeiro relativamente à sua destreza em cada uma das capacidades da IE. Considera-se vantajosa a escolha deste instrumento pois evita problemas de culturalidade, uma vez que se trata de uma escala portuguesa. Além de que a autora original que o aplicou em dois estudos a professores, também tem como formação base a Enfermagem. Trata-se de uma escala composta por 85 itens (mantendo-se os mesmos itens da escala original), distribuídos por 17 factores organizados em cinco sub-escalas que correspondem às cinco capacidades da IE:

- Capacidade de Autoconsciência – 20 itens,
- Capacidade de Gestão de Emoções – 18 itens,
- Capacidade de Automotivação – 21 itens,
- Capacidade de Empatia – 12 itens e,
- Capacidade de Gestão de Relacionamentos em Grupos – 14 itens.

Esses 85 itens foram, posteriormente, reduzidos para 84, por imposição de carácter estatístico.

Do ponto de vista prático, o facto de o instrumento tratar cada capacidade/sub-escala de forma independente, ou seja, no fundo é como sejam cinco sub-escalas e não uma só escala, não deturpa o conceito de IE, pois respeita o modelo teórico divulgado por Goleman.

Do ponto de vista dos conceitos e dos instrumentos que os possam mensurar, considera-se que não é possível tratar num todo as cinco capacidades, não só porque o próprio autor elaborou e apresentou o conceito de *Inteligência Emocional* fragmentado já em cinco domínios diferentes, mas também e sobretudo, porque no seu todo elas avaliam cinco dimensões diferentes do sistema psíquico do sujeito (Branco, 2004, cit. por VILELA, 2006, p. 62).

Em cada uma das cinco sub-escalas de distintos contextos, surgem situações hipotéticas com que os participantes se deverão identificar. A cada situação corresponde um ou mais conjuntos de expressões. Cada uma destas é respondida através de uma escala temporal, tipo Likert (varia num «continuum» entre *Nunca* e *Sempre*, sendo que 1 corresponde a nunca, 2 a raramente, 3 a pouco frequente, 4 a por norma, 5 a frequentemente, 6 a muito frequente e 7 corresponde a sempre), que representa a frequência dos comportamentos, sentimentos e atitudes expressos vivenciados pelos participantes. Desta forma, tem a vantagem de ser de fácil resposta e permitir ser submetida a tratamentos estatísticos mais rigorosos. Cada conjunto de expressões tem ainda um item de resposta aberta e facultativa denominada por *Outra*.

Importa ainda referir que, para o cálculo dos valores da amostra, em cada uma das cinco capacidades da IE e na IE global, foram operacionalizados alguns itens na forma invertida, pois influenciavam essas variáveis de forma negativa. Este método não é inédito pois já anteriormente foi adoptado noutros estudos (Agostinho, 2010; Gregório, 2008; Costa, 2009) por sugestão da autora. Assim, os itens pertencentes aos factores «Instabilidade emocional» e «Alterações a nível racional e relacional» caracterizam atitudes e situações, que segundo o constructo teórico, influenciam de forma negativa a Autoconsciência. Tendo em conta que o score original mais baixo da escala de Likert representava a melhor resposta para lidar com a situação negativa, com a recodificação, passou o score mais elevado a representar a melhor situação. O mesmo se passa em relação a alguns itens do factor «Adaptação negativa (intrusão, expulsão)» pertencente à Gestão de Emoções, itens de «Iliteratos, com insegurança e dependência» relativo à Automotivação e «Atitude serena em situação de conflito» da capacidade Empatia (Quadro 5).

Quadro 5 – Itens invertidos na EVB-CIE

EVB-CIE	SUB-ESCALA	Itens invertidos
	I	1: b), c), f) 2: a), b), c), d) 3: a), e), g)
II	2: a), b) 3: a), e)	
III	1: c), d), e), f) 2: c), f) 3: a), c), d), e)	
IV	3: b)	

Para toda a escala, quanto maior é o valor atribuído na escala de Likert, maior é a concordância com a afirmação e a capacidade de IE analisada.

3.5 – PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DO ESTUDO

Depois da definição do instrumento de colheita de dados, surge a necessidade de programar a sua aplicação e distribuição. Neste ponto serão referidos os procedimentos realizados neste estudo, desde a autorização do autor do instrumento de colheita de dados e autorização para a sua aplicação, ao processo de adaptação do questionário e ao tipo de tratamento estatístico dos dados.

Procedimentos Éticos

A colheita de dados, nesta amostra, obedeceu a alguns critérios. Foi solicitada autorização ao Mestre António Carlos Vilela para utilizar a sua versão da escala, adaptada e validada à população de enfermeiros (Vilela, 2006). Pedido efectuado por escrito em 21 de Novembro de 2011 e enviado via correio electrónico. A resposta com o diferimento do pedido foi recebida, pela mesma via de contacto, a 22 de Novembro de 2011. Por sua sugestão, foi também pedida autorização à autora da escala original – EVB-CIE – (Professora Doutora Augusta Veiga Branco), efectuado por escrito em 23 de Novembro de 2011. O pedido foi diferido, via correio electrónico, a 24 de Novembro de 2011, (**ANEXO II – Autorização do autor da EVB-CIE**).

Nessa fase foi também oficializado o pedido de autorização para a colheita de dados, ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Enfermagem da instituição em causa, com informação do tipo de estudo e seu objectivo. A autorização foi concedida a 25 de Novembro de 2011, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde (**ANEXO III – Autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, Hospital Sousa Martins**).

Simultaneamente em cada serviço foi entregue um envelope com os questionários, no qual depois de preenchidos, deveriam ser colocados, garantindo o anonimato e confidencialidade. Foi pedida a colaboração dos Enfermeiros Chefes para a distribuição dos questionários e motivação dos restantes enfermeiros para a adesão ao estudo. Após ter-lhes sido explicada a finalidade do estudo, foi dado a conhecer o instrumento de colheita de dados e esclarecidas dúvidas inerentes ao seu preenchimento. Foi ainda facultado um contacto de telemóvel para qualquer eventualidade.

A cada enfermeiro foi pedido que respondesse a todas as questões, após declaração de consentimento livre e esclarecido que autoriza a participação no estudo, garantindo os princípios básicos da “Declaração de Helsinquia” da Associação Médica Mundial (**APÊNDICE I – Declaração de Consentimento do Participante**). Estes são constituídos pelo conjunto dos princípios relativos aos métodos científicos, à publicação dos resultados e

à distinção entre a investigação terapêutica, que tem por finalidade melhorar a saúde dos participantes e a investigação não terapêutica que visa o avanço dos conhecimentos (Helsínquia (1964); Tóquio (1975); Veneza (1983); Hong Kong (1989); Sommerset West (1996); Edimburgo (2000) e Seul (2008)).

Ultrapassadas assim as diligências éticas, ao obter todas as autorizações, e, devido às alterações relativas à primeira parte do questionário de Vilela (2006), referente às variáveis de caracterização dos participantes; foi realizado um pré-teste antes da sua aplicação, com o objectivo de verificar se as questões eram bem compreendidas e se solicitavam o tipo de informação pretendido. Com vista a resolver problemas relacionados com a redacção, sequência ou forma de registo da resposta.

Obedecendo ao requisito de exercício activo de funções no Hospital Sousa Martins, foram aplicados dez questionários nos serviços dessa instituição que não foram seleccionados como amostra, devido ao reduzido número de enfermeiros. Os questionários foram entregues em mão aqueles que se disponibilizaram a responder. Desta aplicação não foram verificados problemas de compreensão, mas sim o comentário de que se tratava de um questionário um pouco longo. Este período decorreu de 25 a 27 de Novembro de 2011.

A distribuição simultânea dos questionários pelos serviços foi iniciada a 28 de Novembro de 2011, tendo sido estipulado um prazo de 15 dias para a sua recolha. Este prazo foi prolongado até 16 de Dezembro de 2011, no sentido de aumentar a taxa de adesão para ser obtida uma amostra mais alargada. Durante este período, foram efectuadas várias passagens pelos serviços para recolha dos questionários preenchidos e esclarecimento de dúvidas.

Procedimentos Estatísticos

O tratamento da informação obtida foi possível através de lançamento dos dados colhidos numa base de dados, e posteriormente processados, utilizando o programa de análise estatística SPSS versão 21, de 2013. Para tal foram seleccionados diferentes procedimentos estatísticos.

Recorreu-se à análise descritiva, com valores das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão (dp e CV). Dependendo do valor relativo ao CV, a dispersão foi classificada tendo em conta Pestana e Gageiro (2008, p. 81):

- $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão média;
- $CV \geq 30\%$ - dispersão elevada.

De forma a conhecer a distribuição das variáveis no que diz respeito à normalidade, simetria (Skewness/Std error) e curtose (Kurtosis/Std error) foram tidos como referência os seguintes valores, segundo Pestana e Gageiro (2008, p. 79, 80):

- Skewness/Std error $\leq -1,96$ – distribuição assimetria negativa ou enviesada à direita;
- $-1,96 < \text{Skewness/Std error} \leq 1,96$ – distribuição simétrica;
- Skewness/Std error $> 1,96$ – distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda.
- Kurtosis/Std error $\leq -1,96$ – distribuição mais achatada do que o normal ou platicúrtica;
- $-1,96 < \text{Kurtosis/Std error} \leq 1,96$ – distribuição mesocúrtica;
- Kurtosis/Std error $> 1,96$ – distribuição menos achatada do que o normal ou leptocúrtica;

Para a variável dependente, os valores foram analisados com base na resposta dos enfermeiros aos itens referentes a cada uma das capacidades da IE (e seus factores) e da IE global.

O cálculo dos scores, mínimo e máximo, observados em cada variável da IE na amostra, resultou do somatório dos valores mínimos e máximos respondidos em cada item, dentro dos possíveis relativos à escala de Likert utilizada.

A média obteve-se através do somatório dos diferentes itens que constituem cada factor, capacidade e IE global, sendo esta a considerada para toda a análise. Todavia, o autor da validação da escala nos enfermeiros, para estabelecer a correspondência entre as atitudes e comportamentos expressos pela amostra e as frequências temporais da escala de Likert em que esses se localizam (1 – nunca, 2 – raramente, 3 – pouco frequente, 4 – por norma, 5 – frequentemente, 6 – muito frequente e 7 – sempre), determinou o que chamou de média ponderada (obtida através da divisão da média pelo número de itens de cada factor/capacidade/IE) e em que a sua função é apenas possibilitar este paralelismo.

O nível de significância utilizado no estudo foi de 5% ou 0,05 ($p < 0,05$). Este nível de significância permite afirmar, com uma certeza de 95%, a existência de relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para confirmar as relações basearam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se se essa relação assumisse um nível de significância inferior a 0,05 e rejeitando-se se fosse superior a esse valor.

Na estatística inferencial não paramétrica, para verificar a existência de diferenças entre pelo menos dois grupos, foram usados o teste de U e de Kruskal-Wallis (Kw); para a comparação da média de grupos, o teste paramétrico t de Student (t). Quando expostos dois testes de t , consoante as variâncias sejam ou não iguais, é necessária a escolha do mais adequado, atendendo ao nível de significância do teste de homogeneidade de Levene (se a significância deste teste é superior a 0,05, aceita-se a igualdade das variâncias).

A análise da variância (ANOVA) usou-se para testar a igualdade de médias fazendo a análise nas variâncias de cada variável, comparando-as de forma agrupada. Aquando da significância do teste F , utilizaram-se para comparação de médias os testes *Post-hoc*.

Para verificar se existe ou não relação entre as variáveis, recorreu-se ao estudo correlacional. Para o estudo das correlações, e segundo Pestana e Gageiro (2008, p. 181), assumiu-se que um coeficiente de correlação de Pearson (r):

- $r < 0,20$ – associação muito baixa;
- r entre 0,20 e 0,39 – associação baixa;
- r entre 0,40 e 0,69 – associação moderada;
- r entre 0,70 e 0,89 – associação alta;
- r entre 0,90 e 1,00 – associação muito alta.

Foi realizada a regressão linear múltipla para se determinar a influência de um conjunto de variáveis independentes sobre a variável dependente. “Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever Y . Quando Y varia com X e não existem alterações durante o período de previsão que afectem o modelo, então quanto maior for a correlação entre X e Y melhor é a previsão” (PESTANA; GAGEIRO, 2008, p. 561). Como método de inclusão de variáveis utilizou-se o Stepwise. Este procedimento origina tantos modelos quanto necessário até conseguir determinar as variáveis que são preditivas da variável dependente.

4 – RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado o tratamento estatístico dos dados colhidos. Dos 168 questionários respondidos, foram eliminados 16 devido ao seu preenchimento incompleto, tendo-se decidido não os incluir na análise, ficando a amostra constituída por 152 enfermeiros. Importa referir que, provavelmente devido ao carácter facultativo do preenchimento do item *outra* na EVB-CIE, foi verificado um reduzido número de respostas no mesmo. Como tal optou-se por não as considerar na análise estatística.

A análise e interpretação dos resultados apresentam-se numa sequência lógica, começando pela caracterização relativa à variável dependente medida pela EVB-CIE, seguida pela análise da influência dos factores sociodemográficos e socioprofissionais (descritos atrás no subcapítulo relativo aos participantes) sobre a IE dos enfermeiros estudados.

4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA IE NOS ENFERMEIROS

Neste estudo, tal como o autor da escala original, considerou-se a IE como o constructo teórico que engloba as cinco capacidades defendidas por Goleman e cada uma das capacidades por si só como uma variável medida por uma escala própria.

Nesta secção serão analisados os valores de resposta dos enfermeiros, no que diz respeito a cada uma das capacidades da IE e ao nível da IE global, fazendo ainda a correspondência desses valores à escala de Likert.

Questão₁ – Quais são as características da IE nos enfermeiros?

O score da IE global pode variar entre 84 no mínimo e 588 no máximo, uma vez que dos 85 itens iniciais, um foi eliminado na capacidade Empatia (*receptividade à instabilidade com atitude instável*) do terceiro factor desta capacidade pois, após a sua inversão assumia um valor interpretativo semelhante a outro item (*receptividade à instabilidade com atitude serena*) do mesmo factor. O mesmo item já havia sido eliminado por Vilela (2006, p. 94) após a sua recodificação pela mesma razão e também porque a sua amostra parecia considerá-lo confuso e não medidor das suas atitudes nesta mesma circunstância.

A primeira capacidade da IE – **Autoconsciência** – calculada a partir de 20 itens, variou entre 66 e 138. Apresentou uma \bar{X} de 102,39 e um dp de 14,75. Através da

ponderação da média (5,12), com base nos itens que a constituem, verificou-se que as respostas dos participantes encontraram correspondência em «**Frequentemente**» na escala temporal de Likert (Quadro 6). Analisando os quatro factores que dela fazem parte, verificou-se que esta coerência se manteve em dois deles pois, em média, também assumiram correspondência na mesma atribuição; e nos factores *Alterações a nível racional e relacional* e *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* corresponderam a «Por norma» com tendência para o padrão dos restantes («Frequentemente»).

Na segunda capacidade – **Gestão de Emoções** – constituída por 18 itens, os valores observados variaram entre 45 e 99. Revelaram a \bar{X} de 73,55 e o dp de 8,82. A média ponderada traduzida em 4,09, correspondeu a «**Por norma**» (Quadro 6). Também o conjunto dos cinco factores que a constituem se situou, em média, nessa correspondência, à excepção do factor *Controlo pela actividade física* que se localizou em «Raramente», ou de forma «Pouco frequente».

A terceira capacidade – **Automotivação** – reúne 21 itens e no estudo oscilou entre 59 e 116, com a \bar{X} de 89,02 e dp de 8,52. Com a ponderação da média obteve-se o valor 4,24 que permitiu corresponder na escala de Likert a «**Por norma**» (Quadro 6). Assim como os três factores que a integram, e que em média se encontrou na mesma atribuição temporal, exceptuando o factor «*Estado de fluxo* em actividade (activos)» que obteve correspondência no nível abaixo «Pouco frequente».

A quarta capacidade – **Empatia** – formada por 11 itens, na amostra variou entre 27 e 74. A \bar{X} foi de 51,66 e o dp de 8,24. Após a devida ponderação, o valor médio (4,70), correspondeu a «**Por norma**», com tendência a «**Frequentemente**», tal como aconteceu com o conjunto dos seus factores (Quadro 6).

A quinta e última capacidade – **Gestão de Relacionamentos em Grupos** – sustentada por 14 itens variou, nos participantes, entre 31 e 85. Apresentou uma \bar{X} de 61,18 e um dp de 9,39. O valor obtido da ponderação da média (4,37) permitiu a correspondência a «**Por norma**» nas atribuições temporais da escala de Likert, bem como os dois factores que dela fazem parte (Quadro 6).

A variável **Inteligência Emocional** composta pelo total de 84 itens, distribuídos pelos 17 factores, no conjunto de participantes neste estudo assumiu um mínimo de 286 e um máximo de 482. Apresentou um valor médio global, resultante do somatório dos itens, de 377,80 e um dp de 36,10. Pelo cálculo da ponderação do valor médio (4,50) situou-se na atribuição temporal da escala de Likert a «**Por norma**» (Quadro 6).

Pela análise dos valores do CV, notou-se que o desvio mais pequeno em relação ao valor médio se encontrou na Automotivação (CV = 9,57%) e respectivo factor *Iliteratos, com insegurança e dependência* (7,81%), assim como na IE global (CV = 9,55%). A dispersão elevada dos valores, conforme Pestana e Gageiro (2008, p. 81), foi achada no *Controlo pela actividade física* (CV = 44,75%) pertencente à capacidade da Gestão de Emoções (Quadro 6).

Todas as variáveis foram simétricas, à excepção das *Alterações a nível racional e relacional* (Skewness/Std error = -3,597) pertencente à Autoconsciência e *Adaptação negativa (intrusão, explosão)* (Skewness/Std error = -4,496) que faz parte da Gestão de Emoções, em que se verificou uma distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita. O *Controlo pela actividade física* (Skewness/Std error = 2,997) da Gestão de Emoções, a *Sintonia relacional* (Skewness/Std error = 2,098) da capacidade da Empatia e a IE global (Skewness/Std error = 2,322) apresentaram uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Quadro 6).

Quanto os valores da Curtose, na *Percepção positiva de si, como pessoa* (Kurtosis/Std error = -2,387) da capacidade da Autoconsciência, a distribuição descreveu uma curva platicúrtica e na *Adaptação negativa (intrusão, explosão)* (Kurtosis/Std error = 7,188) e *Sentimentos ansiosos, reactivos* (Kurtosis/Std error = 2,461) pertencentes à capacidade da Gestão de Emoções, as distribuições fizeram uma curva leptocúrtica. Todos os restantes possuíram distribuição mesocúrtica (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização da variável dependente

Capacidades/Factores	Scores Min – Max		\bar{X}	Média ponderada	dp	CV (%)	Skewness/ Std error	Kurtosis/ Std error
Autoconsciência	66	138	102,39	5,12	14,75	14,40	0,940	-1,571
F1 Instabilidade emocional	21	49	37,20	5,31	6,08	16,36	-1,529	-1,182
F2 Alterações a nível racional e relacional	3	21	14,94	4,98	3,46	23,14	-3,597	1,001
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	17	35	25,78	5,17	4,67	18,10	0,064	-2,387
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	11	35	24,46	4,89	4,76	19,48	-0,636	0,301
Gestão de Emoções	45	99	73,55	4,09	8,82	12,00	0,085	1,627
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	15	35	26,63	4,44	3,11	11,67	-4,496	7,188
F6 Controlo usando a razão	4	28	16,42	4,11	3,73	22,72	0,061	1,445
F7 Fuga e solidão	3	21	12,79	4,26	3,53	27,63	0,062	-0,762
F8 Sentimentos ansiosos, reativos	3	21	11,83	3,94	2,96	24,99	-0,185	2,461
F9 Controlo pela actividade física	2	13	5,88	2,94	2,63	44,75	2,997	-0,548
Automotivação	63	111	89,02	4,24	8,52	9,57	1,340	-0,564
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	37	56	44,96	4,09	3,51	7,81	0,936	0,241
F11 Literatos, usam a energia emocional	14	48	33,09	4,73	5,88	17,76	1,794	1,178
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	3	19	10,97	3,66	3,14	28,59	-0,173	0,644
Empatia	26	73	51,66	4,70	8,24	15,95	0,917	0,625
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	10	35	23,20	4,64	4,73	20,38	-1,345	0,059
F14 Sintonia relacional	9	28	18,89	4,72	3,38	17,87	2,098	0,546
F15 Atitude serena em situação de conflito	4	14	9,57	4,79	2,13	22,29	0,318	-0,718
Gestão de Relacionamentos em Grupos	31	82	61,18	4,37	9,39	15,34	-0,474	1,283
F16 Percepção emocional e sincronismo	22	57	41,82	4,18	6,72	16,06	0,520	0,400
F17 Estabilidade pessoal e relacional	9	28	19,36	4,84	3,90	20,14	0,619	-0,526
Inteligência Emocional	286	482	377,80	4,50	36,10	9,55	2,322	0,222

4.2 – RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E A IE NOS ENFERMEIROS

Para verificar se as variáveis de caracterização sociodemográfica selecionadas (género, idade e estado civil) exercem influência sobre as dimensões da variável dependente, nos enfermeiros em estudo, procurou responder-se à segunda questão enunciada.

Questão₂ – Em que medida os factores sociodemográficos (género, idade e estado civil) influenciam a IE nos enfermeiros?

Uma vez que a questão abrange diversas variáveis, será feita a sua análise separadamente.

Questão_{2.1} – Em que medida o género influencia a IE nos enfermeiros?

Para verificar se o **género** exerce influência ou não sobre a **IE** optou-se por aplicar o teste *U* para ordenação de médias, com grupos independentes.

Deste modo, na maioria dos factores, capacidades da IE e na própria IE global, foram observados valores mais elevados no género feminino em relação ao género masculino, com excepção da Autoconsciência e dos seus factores *Alterações a nível racional e relacional*, *Percepção positiva de si, como pessoa* e *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*; do *Controlo pela actividade física* e da Gestão de Relacionamentos em Grupos e o seu factor *Estabilidade pessoal e relacional*. (Quadro 7).

Contudo, apenas se registaram **diferenças estatisticamente significativas** na **Percepção positiva de si, como pessoa** ($p = 0,048$); **Fuga e solidão** ($p = 0,047$), **Controlo pela actividade física** ($p = 0,041$); **Empatia** ($p = 0,035$) e **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)** ($p = 0,009$).

Pôde-se inferir que os participantes do género feminino são os que mais recorrem a mecanismos de adaptação, através do isolamento e distração com outros assuntos, ao serem envolvidos por sentimentos desagradáveis, ou seja, face a situações emocionais negativas, tendem a procurar uma distração ou preferem ficar sozinhos, longe das provocações (*Fuga e solidão*). Possuindo uma melhor capacidade de reconhecer as emoções nos outros (Empatia) e uma maior atitude orientada para as expressões como os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal (*Valorização da expressão (verbal e não verbal)*). Enquanto os do género masculino reconhecem maior tendência para actuar como pessoas mais positivas, racionais, observadoras, flexíveis e autónomas (*Percepção positiva de si, como pessoa*) e recorrem mais ao controlo das suas emoções através da actividade física ou da prática de desporto (*Controlo pela actividade física*).

Portanto a única capacidade em que se distinguiu a influência do género (neste caso o feminino) foi na Empatia, a nível da IE em geral não se denotaram diferenças.

Quadro 7 – Teste de Mann-Whitney: género e IE

Género	Feminino (n = 111)	Masculino (n = 41)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	74,36	82,30	2037,500	0,323
F1 Instabilidade emocional	76,91	75,39	2230,000	0,850
F2 Alterações a nível racional e relacional	75,76	78,51	2193,000	0,731
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	72,22	88,09	1800,500	0,048*
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	74,91	80,79	2099,500	0,464
Gestão de Emoções	78,31	71,60	2074,500	0,404
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	76,72	75,90	2251,000	0,918
F6 Controlo usando a razão	76,67	76,05	2257,000	0,939
F7 Fuga e solidão	80,78	64,91	1800,500	0,047*
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	80,50	65,66	1831,000	0,062
F9 Controlo pela actividade física	72,11	88,39	1788,000	0,041*
Automotivação	78,58	70,87	2044,500	0,337
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	76,79	75,71	2243,000	0,892
F11 Literatos, usando a energia emocional	76,58	76,29	2267,000	0,972
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	78,12	72,11	2095,500	0,452
Empatia	81,06	64,15	1769,000	0,035*
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	82,13	61,26	1650,500	0,009*
F14 Sintonia relacional	79,06	69,57	1991,500	0,236
F15 Atitude serena em situação de conflito	77,53	73,71	2161,000	0,630
Gestão de Relacionamentos em Grupos	75,90	78,12	2209,000	0,782
F16 Percepção emocional e sincronismo	76,95	75,27	2225,000	0,834
F17 Estabilidade pessoal e relacional	74,95	80,70	2103,500	0,473
Inteligência Emocional	76,60	76,23	2264,500	0,964

*p < 0,05

Questão_{2.2} – Em que medida a idade influencia a IE nos enfermeiros?

Para averiguar se a idade (recodificada em grupos etários) influencia a variável dependente IE recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis.

O grupo etário com idades até aos 30 anos foi o que reuniu melhores valores em menos factores e capacidades. Esses valores foram encontrados no autocontrolo das emoções por intermédio de mecanismos de adaptação face a situações emocionais negativas, como o isolamento e distração com outros assuntos, longe de provocações (*Fuga e solidão*) e o recurso à prática de desporto como forma de digerir o forte potencial de energia negativa (*Controlo pela actividade física*); na capacidade de Empatia, com destaque do seu factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*.

O grupo dos 31 aos 49 anos e com idades superiores a 50 anos apresentaram médias altas distribuídas de forma equilibrada pelas diferentes capacidades da IE e respectivos factores.

No grupo intermedio, dos 31 aos 49 anos, os valores mais altos distinguiram-se nos factores *Instabilidade emocional*, não se deixando manipular por sentimentos negativos, nem assumindo comportamentos que condicionem o seu equilíbrio emocional perante situações ou relações negativas; bem como nas *Alterações a nível racional e relacional*, não permitindo que o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental se alterem face a sentimentos desagradáveis. Este grupo atingiu ainda valores mais elevados no *Controlo usando a razão* em situações de fúria ou de raiva, tentando raciocinar sem julgar, examinando, reavaliando a situação e partindo para pensamentos positivos; na capacidade de Automotivação, em todos os factores desta, e na IE em geral.

No grupo com idades superiores a 50 anos, a média foi superior na capacidade de Autoconsciência e nos seus factores relativos ao reconhecimento de si mesmos como pessoas de características positivas (*Percepção positiva de si, como pessoa*) e à sua resposta adaptativa a fenómenos negativos, tomando consciência e identificando as suas emoções, capazes de as verbalizar e até mesmo de as afastar quando são emoções negativas (*Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*). De igual forma, na Gestão de Emoções e nos factores *Adaptação negativa (intrusão, explosão)* demonstrando que escapam a sentimentos intrusivos ou situações de comportamento explosivo, ou seja, por norma não recorrem ao isolamento ou ao uso de objectos, pessoas, ou situações como alvo da sua fúria, em situações de ansiedade ou de estado de espírito negativo; e nos *Sentimentos ansiosos, reactivos* face a situações emocionais desagradáveis, sentem normalmente angústia e preocupação, mas para lidar com elas ou pensam nelas ou desviam a atenção dessas emoções. Adquiriu ainda valores elevados na *Atitude serena em situação de conflito*, usando da calma para ouvir quando estão perante a instabilidade dos outros, e na capacidade de Gestão de Relacionamentos em Grupos, em ambos os factores que a constituem (Quadro 8).

No entanto, a **influência dos grupos etários** sobre as **dimensões da variável dependente e a própria IE**, não foi estatisticamente significativa em nenhuma.

Quadro 8 – Teste de Kruskal-Wallis: grupos etários e IE

Grupos etários	≤ 30 anos (n = 41)	31 a 49 anos (n = 99)	≥ 50 anos (n = 12)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	67,40	79,82	80,17	2,401	0,301
F1 Instabilidade emocional	64,61	81,60	75,04	4,349	0,114
F2 Alterações a nível racional e relacional	63,51	81,55	79,25	4,966	0,083
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	71,74	77,08	88,00	1,321	0,517
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	79,13	74,15	86,92	1,108	0,575
Gestão de Emoções	79,04	74,03	88,25	1,307	0,520
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	77,85	75,31	81,67	0,280	0,869
F6 Controlo usando a razão	68,13	79,61	79,42	2,043	0,360
F7 Fuga e solidão	83,35	73,29	79,54	1,595	0,450
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	69,71	77,36	92,58	2,675	0,263
F9 Controlo pela actividade física	90,37	71,61	69,50	5,680	0,058
Automotivação	67,40	81,20	68,83	3,251	0,197
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	71,70	79,10	71,50	0,999	0,607
F11 Literatos, usando a energia emocional	65,01	80,97	78,83	3,868	0,145
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	73,74	78,22	71,75	0,457	0,796
Empatia	79,89	76,71	63,21	1,342	0,511
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	88,73	72,94	64,04	4,817	0,090
F14 Sintonia relacional	65,76	81,59	71,21	3,983	0,136
F15 Atitude serena em situação de conflito	74,10	76,17	87,46	0,892	0,640
Gestão de Relacionamentos em Grupos	78,26	74,64	85,83	0,783	0,676
F16 Percepção emocional e sincronismo	79,70	74,59	81,33	0,549	0,760
F17 Estabilidade pessoal e relacional	77,32	74,33	91,63	1,686	0,430
Inteligência Emocional	74,89	77,60	72,92	0,196	0,907

Questão_{2.3} – Em que medida o estado civil influencia a IE nos enfermeiros?

Para verificar se existe relação entre o **estado civil** e a **IE** decidiu-se pela aplicação do teste de *U* para ordenação das médias, com grupos independentes.

Os elementos solteiros (ou seja, sem companheiro(a)) demonstraram melhores valores nas capacidades de Gestão de Emoções, bem como em todos os factores desta, exceptuando o *Controlo usando a razão* em situações de fúria ou de raiva, racionalizando as emoções e os sentimentos negativos; na Automotivação e seus factores, excepto no reconhecimento como seguros ou independentes, que não se deixam invadir pela autopiedade, pessimismo ou que alimentam humilhações (*Iliteratos, com insegurança e dependência*); e, na Empatia, com atitude orientada para as expressões emocionais (*Valorização da expressão (verbal e não verbal)*).

Por outro lado, nos participantes casados (com companheiro(a)), verificaram-se médias mais altas nas capacidades de Autoconsciência e em todos os factores que a constituem; na *Sintonia relacional* com os outros, nas suas relações pessoais, familiares e sociais ou profissionais e descodificam os canais não-verbais, na *Atitude serena em situação de conflito*, tentando ouvir e manter-se calmos quando estão perante a instabilidade dos outros, na Gestão de Relacionamentos em Grupos, em ambos os factores, e na IE em geral (Quadro 9).

Do ponto de vista estatístico, **a influência do estado civil sobre a IE, não registou valores de *p* significativos.**

Quadro 9 – Teste de Mann-Whitney: estado civil e IE

Estado civil	Solteiro(a) (n = 37)	Casado(a)/União de facto (n = 115)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	68,34	79,13	1825,500	0,195
F1 Instabilidade emocional	64,98	80,33	1686,500	0,058
F2 Alterações a nível racional e relacional	70,31	78,49	1898,500	0,323
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	73,88	77,34	2030,500	0,676
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	74,11	77,27	2039,000	0,703
Gestão de Emoções	78,99	75,70	2035,500	0,693
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	80,82	75,11	1967,500	0,489
F6 Controlo usando a razão	70,30	78,50	1898,000	0,323
F7 Fuga e solidão	78,62	75,82	2049,000	0,735
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	80,82	75,11	1967,500	0,487
F9 Controlo pela actividade física	82,70	74,50	1898,000	0,321
Automotivação	77,66	76,13	2084,500	0,853
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	76,11	76,63	2113,000	0,950
F11 Literatos, usando a energia emocional	78,47	75,87	2054,500	0,753
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	80,11	75,34	1994,000	0,564
Empatia	79,09	75,67	2031,500	0,680
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	83,85	74,13	1855,500	0,241
F14 Sintonia relacional	72,72	77,72	1987,500	0,546
F15 Atitude serena em situação de conflito	74,53	77,13	2054,500	0,751
Gestão de Relacionamentos em Grupos	73,41	77,50	2013,000	0,623
F16 Percepção emocional e sincronismo	73,00	77,63	1998,000	0,578
F17 Estabilidade pessoal e relacional	75,04	76,97	2073,500	0,816
Inteligência Emocional	73,09	77,60	2001,500	0,588

4.3 – RELAÇÃO ENTRE OS FACTORES SOCIOPROFISSIONAIS E A IE NOS ENFERMEIROS

A terceira questão enunciada pretende determinar a relação entre os factores socioprofissionais e a IE da amostra.

Questão₃ – De que forma os factores socioprofissionais (habilitações académicas, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de horário, serviço, tempo no serviço actual, horas de trabalho semanais, tipo de vínculo e ocupação profissional extra-instituição) influenciam a IE nos enfermeiros?

Tal como para as variáveis sociodemográficas, também nas características profissionais são apresentados os testes separados para cada uma delas. As variáveis tempo de exercício profissional, tempo no serviço actual e horas de trabalho semanais são relacionadas em simultâneo com a variável dependente, e a sua análise é feita na parte final do subcapítulo.

Questão_{3.1} – As habilitações académicas influenciam a IE nos enfermeiros?

Com a finalidade de analisar se as **habilitações académicas** influenciam a IE recorreu-se ao teste *U*.

Constatou-se que os elementos apenas com a formação base apresentaram melhores valores na capacidade de Autoconsciência e seus factores, à excepção da identificação e tomada de consciência das suas emoções, sendo capazes de as verbalizar e até mesmo de as afastar quando se trata de emoções negativas (*Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*). O mesmo sucedeu na capacidade de Gestão de Emoções, com excepção da racionalização das emoções e dos sentimentos negativos, reavaliando a situação e partindo para pensamentos positivos (*Controlo usando a razão*); das atitudes e comportamentos de reacção e formas de lidar com a angústia e preocupação (*Sentimentos ansiosos, reactivos*) e no controlo das emoções recorrendo à actividade física ou à prática de desporto (*Controlo pela actividade física*). Assim como na capacidade de Empatia e respectivos factores, menos na atitude orientada para as expressões como gestos, voz, olhar e consonância entre as palavras e a atitude corporal (*Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*). E ainda na capacidade de Gestão de Emoções em Grupos e todos os seus factores e na IE global.

Os elementos com formação pós-graduada denotaram uma maior capacidade de Automotivação, embora sejam menos *Literatos, no uso da energia emocional*, ou seja, na habilidade para enfrentar os problemas, de agir após pensar, e encontrar uma atitude contemporizadora para as situações negativas no seu trabalho (Quadro 10).

Porém não se verificaram valores de *p* significativos em nenhum factor, capacidade ou mesmo na IE.

Quadro 10 – Teste de Mann-Whitney: habilitações académicas e IE

Habilitações académicas	Formação base (n = 110)	Formação pós- graduada (n = 42)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	77,75	73,21	2172,000	0,569
F1 Instabilidade emocional	77,57	73,70	2192,500	0,628
F2 Alterações a nível racional e relacional	76,84	75,62	2273,000	0,878
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	77,97	72,65	2148,500	0,505
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	76,18	77,33	2275,000	0,885
Gestão de Emoções	77,65	73,48	2183,000	0,600
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	78,01	72,54	2143,500	0,489
F6 Controlo usando a razão	74,26	82,36	2064,000	0,309
F7 Fuga e solidão	79,54	68,55	1976,000	0,166
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	75,93	77,99	2247,500	0,795
F9 Controlo pela actividade física	76,16	77,39	2272,500	0,876
Automotivação	76,24	77,18	2281,500	0,906
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	75,30	79,63	2178,500	0,586
F11 Literatos, usando a energia emocional	77,08	74,98	2246,000	0,791
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	76,02	77,75	2257,500	0,828
Empatia	77,41	74,12	2210,000	0,680
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	76,21	77,26	2278,000	0,895
F14 Sintonia relacional	78,75	70,62	2063,000	0,306
F15 Atitude serena em situação de conflito	77,72	73,30	2175,500	0,575
Gestão de Relacionamentos em Grupos	77,70	73,37	2178,500	0,588
F16 Percepção emocional e sincronismo	77,87	72,92	2159,500	0,535
F17 Estabilidade pessoal e relacional	76,55	76,36	2304,000	0,980
Inteligência Emocional	77,06	75,02	2248,000	0,798

Questão_{3.2} – A categoria profissional influencia a IE nos enfermeiros?

Para apurar se a **categoria profissional** influencia a **IE**, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Os enfermeiros com esta categoria foram aqueles que, ao ser envolvidos por sentimentos negativos, tendem a procurar uma distração ou preferem ficar sozinhos, longe das provocações (*Fuga e solidão*); com maior capacidade de Empatia e com atitude que *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*; com alta capacidade de Gestão de Relacionamentos em Grupos e com *Percepção emocional e sincronismo* das relações que estabelecem com os outros, com capacidade para captar os sentimentos desses, ajustar-se a eles e agir de modo a influenciá-los. Em geral, foi também esta a categoria que evidenciou maior IE de entre todas as que fizeram parte do estudo.

A categoria de enfermeiro graduado apresentou uma média mais alta na capacidade de Autoconsciência, bem como no seu factor *Instabilidade emocional*, sendo a que demonstrou menor risco de manipulação por sentimentos negativos e raramente assumem comportamentos que condicionem o seu equilíbrio face a situações ou relações negativas, e, estas não lhes causam *Alterações a nível racional e relacional*. Pode-se também afirmar que foi a categoria que melhor evidenciou atitudes e comportamentos de reacção e formas de lidar com a ansiedade (*Sentimentos ansiosos, reactivos*), assim como facilidade de entrar em *Sintonia relacional* com os outros, quer a nível pessoal, familiar, social ou profissional.

Os enfermeiros especialistas obtiveram médias mais elevadas nos factores: *Percepção positiva de si, como pessoa*, isto é, têm maior tendência para actuar como pessoas positivas, racionais, flexíveis e autónomas; e *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*, ou seja, tomam consciência e identificam as suas emoções, com competência para as afastar quando consideradas negativas. Conseguem escapar a atitudes e comportamentos de *Adaptação negativa (intrusão, explosão)*, evitam isolar-se em situações de ansiedade ou de estado de espírito negativo e, recorrem ao exercício físico para controlo das emoções (*Controlo pela actividade física*).

Os enfermeiros chefes alcançaram médias superiores na capacidade de Gestão de Emoções e no autocontrolo para digerir o potencial de energia negativa através do *Controlo usando a razão*, em situações de fúria ou de raiva tentam raciocinar sem julgar, examinando, reavaliando a situação e assumindo pensamentos positivos; na capacidade da Automotivação (em todos os factores que dela fazem parte); na *Atitude serena em situação de conflito* e demonstram relações pessoais estáveis, com domínio dos seus próprios sentimentos (*Estabilidade pessoal e relacional*) (Quadro 11).

De toda esta análise, apenas foram encontrados resultados **estatisticamente significativos** na capacidade da **Empatia** ($p=0,017$) e respectivo factor **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)** ($p=0,001$).

Efectuada a ordenação das médias, foi utilizada a ANOVA e o teste *Post Hoc* (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre grupos.

Na **Empatia**, a **diferença estatística situou-se entre duas categorias, enfermeiro e enfermeiro especialista** ($p=0,010$); enquanto no factor **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)**, a **diferença estatística localizou-se entre três categorias, enfermeiro e enfermeiro graduado** ($p=0,012$) e entre **enfermeiro e enfermeiro especialista** ($p=0,000$). Estes resultados permitiram inferir que à medida que se progride na carreira profissional, vai-se perdendo a capacidade para compreender os sentimentos dos outros, assim como a arte de saber escutar e de ler os canais não-verbais (o tom de voz, os gestos ou a expressão facial).

Verificou-se que a categoria profissional explicou 6,76% da variação da Empatia e 11,48% da variação do factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*.

Quadro 11 – Teste de Kruskal-Wallis: categoria profissional e IE

Categoria profissional	Enfermeiro (n = 54)	Enfermeiro graduado (n = 70)	Enfermeiro especialista (n = 24)	Enfermeiro chefe (n = 4)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	69,56	80,84	80,77	68,50	2,382	0,497
F1 Instabilidade emocional	70,08	80,74	78,04	79,75	1,853	0,603
F2 Alterações a nível racional e relacional	64,31	83,81	83,46	71,50	6,792	0,079
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	71,19	78,54	85,88	56,25	2,887	0,409
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	78,10	74,04	83,15	58,00	1,551	0,670
Gestão de Emoções	74,22	77,97	75,67	86,50	0,439	0,932
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	74,16	76,84	82,35	67,00	0,780	0,854
F6 Controlo usando a razão	69,85	79,67	79,17	94,75	2,388	0,496
F7 Fuga e solidão	80,97	73,71	75,08	73,38	0,893	0,827
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	73,37	83,02	65,25	72,13	3,493	0,322
F9 Controlo pela actividade física	78,48	72,98	81,69	80,25	0,934	0,817
Automotivação	74,02	79,48	69,46	100,13	2,264	0,519
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	76,38	78,44	68,06	94,75	1,725	0,631
F11 Literatos, usando a energia emocional	69,52	79,61	80,08	94,75	2,568	0,463
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	76,54	80,04	65,44	80,50	2,025	0,567
Empatia	89,62	73,54	56,33	72,13	10,208	0,017*
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	94,54	71,16	52,83	68,38	17,327	0,001*
F14 Sintonia relacional	78,74	81,55	59,79	58,13	5,273	0,153
F15 Atitude serena em situação de conflito	78,92	70,99	83,38	99,00	2,958	0,398
Gestão de Relacionamentos em Grupos	81,69	74,61	72,19	65,38	1,370	0,713
F16 Percepção emocional e sincronismo	80,95	76,25	71,42	51,25	2,198	0,532
F17 Estabilidade pessoal e relacional	81,31	72,50	74,54	93,25	1,867	0,601
Inteligência Emocional	78,41	77,41	69,90	74,50	0,680	0,878

p < 0,05

Questão_{3,3} – O tipo de horário influencia a IE nos enfermeiros?

Para verificar se o **tipo de horário** influencia a **IE**, aplicou-se o teste *U* para ordenação de médias, com grupos independentes.

Os enfermeiros que praticam horário fixo apresentaram médias superiores na maior parte dos factores e capacidades da IE, à excepção do reconhecimento positivo de si mesmo (*Percepção positiva de si, como pessoa*) e da percepção de fenómenos negativos e da sua resposta adaptativa (*Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*). Assim como no que diz respeito às competências para conseguir livrar-se de sentimentos intrusivos ou situações de comportamento explosivo como o uso de objectos, pessoas ou situações como alvo da sua fúria, em situações desagradáveis (*Adaptação negativa (intrusão, explosão)*) e do domínio das emoções recorrendo à actividade física ou à prática desportiva (*Controlo pela actividade física*). E ainda aquando do desempenho de uma tarefa, sentem-se em estado de actividade, perdem a noção do tempo e do espaço, ficam absorvidos ao que os rodeia ou experimentam sensações de prazer (gozo pessoal) (*«Estado de fluxo» em actividade (activos)*), que atingem médias superiores nos enfermeiros em horário rotativo. Foram ainda os que se destacaram com média superior da IE.

Os enfermeiros com horário rotativo apresentaram melhor média na capacidade de Gestão de Relacionamentos em Grupos e na totalidade dos respectivos factores (Quadro 12).

Apesar das diferenças apontadas, **os valores de *p* foram estatisticamente significativos** somente nos factores ***Alterações a nível racional e relacional*** ($p=0,022$) e ***Controlo usando a razão*** ($p=0,012$). Inferiu-se desta forma que os enfermeiros em horário fixo são os que melhor controlam o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental perante situações desagradáveis, tentando raciocinar sem julgar, reavaliando a situação e partindo para pensamentos positivos.

Quadro 12 – Teste de Mann-Whitney: tipo de horário e IE

Tipo de horário	Horário fixo (n = 43)	Horário rotativo (n = 109)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	81,35	74,59	2135,000	0,393
F1 Instabilidade emocional	85,98	72,76	1936,000	0,095
F2 Alterações a nível racional e relacional	89,43	71,40	1787,500	0,022*
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	72,58	78,05	2175,000	0,490
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	73,19	77,81	2201,000	0,559
Gestão de Emoções	84,85	73,21	1984,500	0,142
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	70,81	78,74	2099,000	0,314
F6 Controlo usando a razão	90,65	70,92	1735,000	0,012*
F7 Fuga e solidão	82,71	74,05	2076,500	0,272
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	85,97	72,77	1936,500	0,092
F9 Controlo pela actividade física	70,92	78,70	2103,500	0,323
Automotivação	83,02	73,93	2063,000	0,251
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	77,17	76,23	2314,500	0,905
F11 Literatos, usando a energia emocional	81,44	74,55	2131,000	0,383
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	76,23	76,61	2332,000	0,962
Empatia	80,01	75,11	2192,500	0,536
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	77,80	75,99	2287,500	0,818
F14 Sintonia relacional	78,79	75,60	2245,000	0,685
F15 Atitude serena em situação de conflito	85,27	73,04	1966,500	0,119
Gestão de Relacionamentos em Grupos	74,42	77,32	2254,000	0,714
F16 Percepção emocional e sincronismo	76,03	76,68	2323,500	0,935
F17 Estabilidade pessoal e relacional	73,12	77,83	2198,000	0,550
Inteligência Emocional	82,52	74,12	2084,500	0,289

* p < 0,05

Questão_{3,4} – O tipo de serviço influencia a IE nos enfermeiros?

Para saber se o **tipo de serviço** onde se exerce funções influencia a variável dependente **IE** foi aplicado o teste *t* para diferença de médias de grupos independentes.

As médias, nas diferentes capacidades e factores que delas fazem parte, foram semelhantes. No entanto, nas capacidades da Autoconsciência e todos os seus factores; da Gestão de Emoções e respectivos factores, à excepção dos factores relativos a *Fuga e solidão* e *Controlo pela actividade física*; da Automotivação e seu factor *Iliteratos, com insegurança e dependência* e da avaliação da IE em geral, a média foi superior nos elementos que exercem funções em serviços diferenciados.

Por outro lado, os factores *Literatos, usando a energia emocional* e «*Estado de fluxo*» em actividade (*activos*); a capacidade da Empatia e seus factores exceptuando a *Atitude serena em situação de conflito*; e a capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos composta pela totalidade dos seus factores, atingiram valores médios mais altos nos elementos dos serviços não diferenciados (Quadro 13).

De acordo com o quadro abaixo, verificou-se que o factor ***Iliteratos, com insegurança e dependência*** ($p=0,033$) apresentou **relação estatisticamente significativa** com a variável **tipo de serviço**. Pôde inferir-se que os enfermeiros dos serviços diferenciados têm uma tendência ligeiramente superior, em relação aos que trabalham em serviços não diferenciados, para se reconhecerem como seguros e independentes, não se deixando invadir por pensamentos pessimistas nem alimentando humilhações.

Quadro 13 – Teste *t* de student: tipo de serviço e IE

Tipo de serviço	Serviços diferenciados (n = 66)		Serviços não diferenciados (n = 86)		Levene's p	t	p
	\bar{X}	dp	\bar{X}	Dp			
Autoconsciência	103,68	13,73	101,40	15,49	0,130	0,947	0,345
F1 Instabilidade emocional	37,70	5,74	36,83	6,34	0,109	0,874	0,383
F2 Alterações a nível racional e relacional	15,44	2,89	14,56	3,81	0,034	1,565	0,120
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	26,17	4,69	25,49	4,66	0,911	0,888	0,376
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	24,38	4,88	21,52	4,70	0,828	-0,185	0,854
Gestão de Emoções	74,14	8,75	73,09	8,90	0,711	0,721	0,472
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	26,82	3,17	26,48	3,07	0,743	0,670	0,504
F6 Controlo usando a razão	17,08	3,36	15,92	3,94	0,129	1,912	0,058
F7 Fuga e solidão	12,42	3,53	13,07	3,53	0,624	-1,117	0,266
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	11,96	2,96	11,73	2,96	0,538	0,458	0,648
F9 Controlo pela actividade física	5,86	2,68	5,90	2,61	0,947	-0,073	0,942
Automotivação	89,35	8,38	88,77	8,67	0,816	0,415	0,678
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	45,65	3,34	44,43	3,56	0,208	2,152	0,033
F11 Literatos, usando a energia emocional	33,00	5,62	33,15	6,10	0,638	-0,157	0,876
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	10,70	3,28	11,19	3,02	0,390	-0,952	0,342
Empatia	51,58	8,10	51,72	8,39	0,847	-0,107	0,915
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	23,02	4,46	23,34	4,94	0,553	-0,415	0,679
F14 Sintonia relacional	18,80	3,09	18,95	3,59	0,190	-0,271	0,786
F15 Atitude serena em situação de conflito	9,76	2,13	9,43	2,13	0,771	0,937	0,350
Gestão de Relacionamentos em Grupos	60,26	9,95	61,90	8,93	0,355	-1,067	0,288
F16 Percepção emocional e sincronismo	41,18	6,82	42,31	6,64	0,787	-1,030	0,305
F17 Estabilidade pessoal e relacional	19,08	4,21	19,58	3,65	0,334	-0,791	0,430
Inteligência Emocional	379,00	35,75	376,87	36,54	0,658	0,359	0,720

*p <0,05

Questão_{3,5} – O tipo de vínculo influencia a IE nos enfermeiros?

Para verificar se o tipo de vínculo influencia a IE usou-se ao teste de Kruskal-Wallis.

O contrato individual de trabalho a termo certo (CTC) foi o vínculo laboral que reuniu médias superiores na maioria dos factores e capacidades, incluindo a avaliação global da IE.

Os enfermeiros em regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (RCTFP) apenas apresentaram média superior na capacidade de Autoconsciência e nos seus dois primeiros factores, ou seja, no facto de não se deixarem manipular por sentimentos negativos e de estes não condicionarem o seu equilíbrio emocional (*Instabilidade emocional*); bem como no facto de os sentimentos ou relações desagradáveis não lhes causarem alterações na sua capacidade de atenção mental (*Alterações a nível racional e relacional*).

Os profissionais em contrato individual de trabalho por tempo indeterminado (CTI) apresentaram valor alto somente na percepção e identificação de fenómenos negativos e na capacidade de os verbalizar e até mesmo de os afastar (*Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*).

Os trabalhadores independentes (TI) exibiram melhor média no uso do exercício físico como forma de lidar com os sentimentos negativos (*Controlo pela actividade física*), na capacidade de Automotivação e no factor antagonista desta que demonstrou reconhecerem-se como inseguros ou passivos, inconscientemente invadidos por um estado de espirito mais deprimente, por vezes com tendência para se isolarem (*Iliteratos, com insegurança e dependência*) (Quadro 14).

Mas, apesar de todas estas discrepâncias, **os valores significativos de p** apenas foram observadas na capacidade **Gestão de Emoções** ($p=0,038$) e nos factores **Alterações a nível racional e relacional** ($p=0,038$), **Sentimentos ansiosos, reactivos** ($p=0,024$) e **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)** ($p=0,020$).

Após a ordenação das médias, utilizou-se a ANOVA e o teste *Post Hoc* (Tukey) para localizar as diferenças estatísticas entre grupos.

Na **Gestão de Emoções**, as diferenças estatísticas situaram-se entre três tipos de vínculos, **entre os profissionais em RCTFP e os profissionais em CTC** ($p=0,039$) e **entre estes últimos e os de CTI** ($p=0,019$). No factor **Alterações a nível racional e relacional** as diferenças localizaram-se **entre os enfermeiros em RCTFP e os TI** ($p=0,036$); enquanto no factor **Sentimentos ansiosos, reactivos** as diferenças estatísticas estabeleceram-se **entre os enfermeiros em CTI e os que se encontram em CTC** ($p=0,036$) e **entre estes e os TI** ($p=0,015$). No factor **Valoriza a expressão (verbal e não verbal)** não foi possível identificar as diferenças.

Inferiu-se pois, que os enfermeiros com o tipo de vínculo mais instável lidam com as emoções de modo mais apropriado, mas por outro lado, são os que vêm o seu comportamento relacional e a sua capacidade de raciocínio alterados face a situações ou relações negativas. Os profissionais em CTC demonstram mais atitudes e comportamentos de reacção e formas de lidar com a ansiedade.

Verificou-se que o tipo de vínculo explica 5,57% da variação da capacidade da Gestão de Emoções, 5,57% da variação do factor *Alterações a nível racional e relacional*, 6,23% da variação do factor *Sentimentos ansiosos, reactivos* e 6,49% da variação do factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*.

Quadro 14 – Teste de Kruskal-Wallis: tipo de vínculo e IE

Tipo de vínculo	RCTFP (n = 100)	CTI (n = 38)	CTC (n = 5)	TI (n = 9)	Kw	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	80,33	71,22	74,70	57,22	3,040	0,386
F1 Instabilidade emocional	81,07	68,92	72,80	59,78	3,551	0,314
F2 Alterações a nível racional e relacional	82,35	69,71	73,80	41,67	8,409	0,038
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	79,81	66,25	92,90	73,89	3,368	0,338
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	74,19	82,80	69,80	79,33	1,215	0,749
Gestão de Emoções	76,49	69,17	129,80	77,94	8,410	0,038
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	75,49	71,74	114,40	86,83	4,773	0,189
F6 Controlo usando a razão	79,68	69,26	109,70	53,33	6,936	0,074
F7 Fuga e solidão	74,65	78,59	91,60	79,89	0,916	0,822
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	77,61	71,95	127,20	55,28	9,400	0,024
F9 Controlo pela actividade física	71,48	80,20	92,40	107,83	6,884	0,076
Automotivação	79,92	63,88	86,10	86,44	4,435	0,218
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	78,71	68,67	73,10	86,94	2,012	0,570
F11 Literatos, usando a energia emocional	80,43	61,47	100,10	83,22	6,904	0,075
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	77,48	73,72	79,10	75,94	0,222	0,974
Empatia	71,64	81,01	105,10	95,61	5,438	0,142
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	69,58	84,21	112,20	101,00	9,804	0,020
F14 Sintonia relacional	75,85	75,34	89,20	81,56	0,589	0,899
F15 Atitude serena em situação de conflito	76,27	77,96	83,40	69,11	0,431	0,934
Gestão de Relacionamentos em Grupos	75,02	73,33	99,90	93,39	3,054	0,383
F16 Percepção emocional e sincronismo	75,51	72,68	105,30	87,61	3,059	0,383
F17 Estabilidade pessoal e relacional	75,59	74,18	79,10	94,94	1,760	0,624
Inteligência Emocional	76,77	71,03	101,60	82,67	2,394	0,495

p < 0,05

Questão_{3,6} – A ocupação profissional extra-instituição influencia a IE nos enfermeiros?

Para observar se a **ocupação profissional extra-instituição** influencia a **IE** optou por se aplicar o teste de *U* para ordenação de médias, com grupos independentes.

Verificou-se que os enfermeiros que têm ocupação profissional extra-instituição apresentaram a média mais alta nas capacidades da Gestão de Emoções e da Gestão de Relacionamentos em Grupos, assim como em todos os factores que fazem parte de ambas, excepto no domínio dos seus próprios sentimentos, nas suas relações pessoais estáveis (*Estabilidade pessoal e relacional*).

Em contrapartida os enfermeiros que não têm ocupação profissional extra-instituição demonstraram média superior nas capacidades de Autoconsciência, Automotivação e Empatia; com excepção do estado de actividade, aquando da realização de tarefas profissionais, perdendo a noção do tempo e do espaço, ficando absortos ao que os rodeia ou experimentando sensações de prazer (*«Estado de fluxo» em actividade (activos)*), mais frequente nos enfermeiros com ocupação profissional extra-instituição. Atingiram ainda valor mais elevado na avaliação global da IE (Quadro 15).

Registaram-se valores de *p* estatisticamente significativos no factor ***Instabilidade emocional*** ($p=0,040$), na capacidade ***Gestão de Emoções*** ($p=0,025$) e seu factor ***Adaptação negativa (intrusão, explosão)*** ($p=0,025$). Assim, foi permitido inferir que os enfermeiros sem ocupação profissional extra-instituição são os que menos se deixam manipular por sentimentos negativos, mantendo em situações adversas o seu equilíbrio emocional. No outro extremo, os enfermeiros que desempenham funções extra-instituição, são os que possuem maior autodomínio dos impulsos/emoções de maneira salutar, pensando antes de agir, evitando reacções negativas usando objectos, pessoas ou situações como alvo do seu estado de espírito negativo.

Quadro 15 – Teste de Mann-Whitney: ocupação profissional extra-instituição e IE

Ocupação profissional extra-instituição	Sim (n = 40)	Não (n = 112)	U	p
	Mean Rank	Mean Rank		
Autoconsciência	66,33	80,13	1833,000	0,088
F1 Instabilidade emocional	64,26	80,87	1750,500	0,040
F2 Alterações a nível racional e relacional	67,83	79,60	1893,000	0,144
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	71,84	78,17	2053,500	0,434
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	74,68	77,15	2167,000	0,759
Gestão de Emoções	89,88	71,72	1705,000	0,025
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	89,83	71,74	1707,000	0,025
F6 Controlo usando a razão	78,36	75,83	2165,500	0,754
F7 Fuga e solidão	80,96	74,91	2061,500	0,453
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	79,80	75,32	2108,000	0,577
F9 Controlo pela actividade física	83,24	74,09	1970,500	0,256
Automotivação	75,18	76,97	2187,000	0,824
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	76,18	76,62	2227,000	0,956
F11 Literatos, usando a energia emocional	72,44	77,95	2077,500	0,495
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	83,11	74,11	1975,500	0,266
Empatia	76,06	76,66	2222,500	0,942
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	75,86	76,73	2214,500	0,915
F14 Sintonia relacional	76,01	76,67	2220,500	0,935
F15 Atitude serena em situação de conflito	69,35	79,05	1954,000	0,226
Gestão de Relacionamentos em Grupos	82,25	74,45	2010,000	0,335
F16 Percepção emocional e sincronismo	83,76	73,91	1949,500	0,223
F17 Estabilidade pessoal e relacional	74,03	77,38	2141,000	0,677
Inteligência Emocional	76,28	76,58	2231,000	0,970

p < 0,05

Questão_{3,7} – De que forma os factores profissionais (tempo de exercício profissional, tempo no actual serviço e horas de trabalho semanais) influenciam a IE nos enfermeiros?

Numa primeira fase, através da determinação do r de Pearson, foi possível conhecer a existência ou não de relação entre as variáveis, encontrando também a força e o sentido dessas relações.

Assim, constatou-se que a correlação entre cada factor, capacidade, IE, considerado individualmente, e o agrupamento de variáveis independentes – **tempo de exercício profissional, tempo no actual serviço e horas de trabalho semanais** – foi muito baixa na quase generalidade, oscilando entre a Autoconsciência com as horas de trabalho semanais ($r = 0,003$) e a Empatia com o tempo no actual serviço ($r = -0,173$); excepto entre o factor *Alterações a nível racional e relacional* e o tempo de exercício profissional ($r = 0,204$), assim como entre o conjunto de variáveis independentes (tempo de exercício profissional, tempo no actual serviço e horas de trabalho semanais) e o factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($r = -0,222$; $r = -0,294$ e $r = 0,206$, respectivamente) que manifestaram uma correlação baixa.

Verificou-se que a capacidade de Autoconsciência, assim como cada um dos factores que dela fazem parte, estabelece uma relação positiva com o tempo de exercício profissional, o tempo no actual serviço e com as horas de trabalho semanais; demonstrando uma relação inversa apenas do factor *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* com o tempo no actual serviço e dos factores *Alterações a nível racional e relacional* e *Percepção positiva de si, como pessoa* com as horas de trabalho semanais.

A Gestão de Emoções estabeleceu relação positiva com o tempo de exercício profissional e com as horas de trabalho semanais; mas criou uma relação inversa com o tempo no actual serviço tal como o *Controlo usando a razão*, a *Fuga e solidão* e o *Controlo pela atividade física*. Estes dois últimos factores apresentaram ainda essa mesma relação com o tempo de exercício profissional, sendo positiva com as horas de trabalho semanais. Por outro lado, os factores *Adaptação negativa (intrusão, explosão)*, *Controlo usando a razão* e os *Sentimentos ansiosos, reactivos* estabeleceram relação negativa com as horas de trabalho semanais, mas estabelecem relação positiva com o tempo de exercício profissional.

A Automotivação, e cada um dos seus factores, estabeleceram relação negativa com o tempo no actual serviço e com as horas de trabalho semanais, constituindo uma relação positiva com o tempo de exercício profissional.

A Empatia constituiu relação positiva com as horas de trabalho semanais e relação contrária com os tempos de exercício profissional e no actual serviço. Os factores *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* e *Sintonia relacional* mostraram relação negativa com o tempo no actual serviço, o primeiro estabeleceu a mesma relação com o tempo de exercício profissional e o segundo com as horas de trabalho semanais. A *Atitude serena em situação de conflito* demonstrou relação positiva com as três variáveis profissionais.

A Gestão de Relacionamentos em Grupos, bem como cada factor que a constitui, estabeleceu relação positiva com as horas de trabalho semanais e relação inversa com o tempo no actual serviço. O factor *Estabilidade pessoal e relacional* relacionou-se positivamente com o tempo de exercício profissional, por outro lado, o factor *Percepção emocional e sincronismo* demonstrou relação negativa com essa variável profissional.

A avaliação da IE total assumiu relação positiva com o tempo de exercício profissional e horas de trabalho semanais e relação negativa com o tempo no actual serviço.

Das correlações apontadas entre a variável dependente e variáveis independentes, os **valores estatisticamente significativos** encontraram-se nos factores ***Alterações a nível racional e relacional*** ($p=0,012$), ***Controlo usando a razão*** ($p=0,044$) e ***Atitude serena em situação de conflito*** ($p=0,044$) em função da variável **tempo de exercício profissional**. Na capacidade da **Empatia pelo tempo no actual serviço** ($p=0,033$) e no factor ***Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*** pelas horas de trabalho semanais ($p=0,048$). No factor ***Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*** as diferenças estatísticas foram **significativas** com as **três variáveis independentes** ($p=0,006$, $p=0,000$ e $p=0,011$). Em todas as restantes correlações, o valor de p não foi significativo (Tabela 1).

Estes resultados permitiram inferir que quanto mais tempo de serviço, mais os enfermeiros se mostram equilibrados emocionalmente perante relações ou situações conflituosas, examinando-as e reavaliando-as, racionalizando e controlando os pensamentos negativos, demonstrando calma para ouvir face à instabilidade dos outros. Contudo, vão desvalorizando as expressões emocionais verbais e não-verbais como a atitude corporal ou os gestos, tal como os enfermeiros que trabalham há mais tempo no mesmo serviço; estes demonstram ainda menos habilidade na interpretação das emoções dos outros, vendo diminuída a competência de saber colocar-se no seu lugar. À medida que a carga de trabalho semanal aumenta, está-se mais apto para tomar consciência e identificar as suas emoções, adaptando o comportamento aos fenómenos negativos percebidos.

Tabela 1 – Correlação de Pearson: IE e as variáveis profissionais

Factores profissionais	Tempo de exercício profissional (n=152)		Tempo no actual serviço (n=152)		Horas de trabalho semanais (n=152)	
	r	p	r	p	r	p
Autoconsciência	0,135	0,096	0,089	0,275	0,003	0,971
F1 Instabilidade emocional	0,124	0,127	0,084	0,302	-0,044	0,587
F2 Alterações a nível racional e relacional	0,204	0,012*	0,135	0,097	-0,154	0,058
F3 Percepção positiva de si, como pessoa	0,090	0,269	0,110	0,178	0,018	0,827
F4 Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais	0,024	0,769	-0,038	0,646	0,160	0,048*
Gestão de Emoções	0,032	0,697	-0,014	0,868	0,027	0,744
F5 Adaptação negativa (intrusão, explosão)	0,038	0,642	0,052	0,522	-0,021	0,794
F6 Controlo usando a razão	0,163	0,044*	-0,017	0,835	-0,080	0,328
F7 Fuga e solidão	-0,064	0,435	-0,009	0,917	0,125	0,125
F8 Sentimentos ansiosos, reactivos	0,024	0,765	0,014	0,862	-0,081	0,322
F9 Controlo pela actividade física	-0,111	0,172	-0,088	0,283	0,151	0,064
Automotivação	0,072	0,381	-0,063	0,438	-0,113	0,167
F10 Iliteratos, com insegurança e dependência	0,004	0,962	-0,035	0,668	-0,064	0,431
F11 Literatos, usando a energia emocional	0,119	0,145	-0,040	0,621	-0,088	0,283
F12 «Estado de fluxo» em actividade (activos)	-0,032	0,692	-0,057	0,484	-0,070	0,390
Empatia	-0,081	0,322	-0,173	0,033*	0,110	0,179
F13 Valoriza a expressão (verbal e não verbal)	-0,222	0,006*	-0,294	0,000*	0,206	0,011*
F14 Sintonia relacional	0,011	0,896	-0,065	0,428	-0,070	0,394
F15 Atitude serena em situação de conflito	0,164	0,044*	0,084	0,303	0,076	0,350
Gestão de Relacionamentos em Grupos	-0,042	0,608	-0,062	0,445	0,111	0,175
F16 Percepção emocional e sincronismo	-0,083	0,309	-0,060	0,461	0,077	0,345
F17 Estabilidade pessoal e relacional	0,042	0,606	-0,046	0,571	0,134	0,101
Inteligência Emocional	0,051	0,536	-0,038	0,645	0,035	0,669

*p <0,05

Após a análise anterior e conhecidas as relações entre as capacidades, factores e IE e as variáveis profissionais, pretende-se agora conhecer quais as variáveis preditivas percebidas pela amostra de enfermeiros.

Para esse efeito efectuou-se uma análise de regressão linear múltipla entre a variável dependente e o conjunto de variáveis independentes enunciadas na questão. Como método de estimação foi usado o Stepwise, com vista a originar tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Dos 17 factores da IE, apenas em cinco, a regressão linear múltipla permitiu identificar modelos de predição. Pelo mesmo método, das cinco capacidades somente

uma entrou no modelo de regressão; as restantes variáveis não entraram na equação. De seguida faz-se a descrição dos modelos preditivos encontrados.

Para o factor *Alterações a nível racional e relacional* a regressão linear múltipla revelou a existência de um único preditor válido – Tempo de exercício profissional. O valor estatístico (F=6,507) da análise de variância demonstrado por este preditor foi estatisticamente significativo (p=0,012), levando à rejeição da ausência de relação entre as variáveis (Quadro 16).

A variável independente em causa teve valor de predição (r^2 ajustado=0,035) e foi responsável por explicar uma variabilidade de 4,2% (Quadro 16).

Quadro 16 – Regressão múltipla: *Alterações a nível racional e relacional* e tempo de exercício profissional

<i>Alterações a nível racional e relacional</i>					
$r = 0,204$		$r^2 = 0,042$		r^2 ajustado = 0,035	
Erro padrão da Estimativa = 3,396		F= 6,507		p = 0,012*	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	13,716		24,781	0,000	
Tempo de exercício profissional	0,087	0,204	2,551	0,012*	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	75,026	1	75,026	6,507	0,012*
Residual	1729,442	150	11,530		
Total	1804,467	151			

*p < 0,05

O modelo final ajustado para coerência apresenta-se na fórmula seguinte:

$$\text{Alterações a nível racional e relacional} = 13,716 + (0,087 \text{ tempo de exercício profissional})$$

O valor de t (2,551) teve significado estatístico (p=0,012), e o tempo de exercício profissional explicou as *Alterações a nível racional e relacional* com um coeficiente de determinação padronizado de 0,204 (Figura 2).

Em suma, o tempo de exercício profissional apareceu como um preditor significativo do factor *Alterações a nível racional e relacional*, sendo que quanto maior o número de anos de exercício profissional, maior a competência para lidar com

situações/relações negativas sem deixar que se altere o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental. O valor de predição foi no entanto reduzido (4,2%).



Figura 2 – Síntese da relação entre as *Alterações a nível racional e relacional* e o tempo de exercício profissional

A análise de variância ($F = 3,960$) estatisticamente significativa ($p=0,048$) entre a variável independente – horas de trabalho semanais – e a variável dependente, neste caso o factor *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*, levou à rejeição de nulidade de relação entre as variáveis em estudo. Aquela variável explicou 2,6% da variação desse factor, ou seja, a variabilidade explicada foi muito reduzida, e o erro padrão de regressão de 4,718, correspondeu à diferença entre os índices observados e os estimados (Quadro 17).

Quadro 17 – Regressão múltipla: *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* e horas de trabalho semanais

<i>Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais</i>					
$r = 0,160$		$r^2 = 0,026$		r^2 ajustado = 0,019	
Erro padrão da Estimativa = 4,718		$F = 3,960$		$p = 0,048^*$	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	12,714		2,150	0,000	
Horas de trabalho semanais	0,322	0,160	1,990	0,048*	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	88,171	1	88,171	3,960	0,048*
Residual	3339,592	150	22,264		
Total	3427,763	151			

* $p < 0,05$

O modelo final ajustado para coerência é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais} = 12,714 + (0,322 \text{ horas de trabalho semanais})$$

O valor de t (1,990), ao apresentar significância estatística ($p= 0,048$), permitiu afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão teve **poder explicativo** no factor **Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais**, pois o seu coeficiente é diferente de zero. Em relação ao coeficiente β padronizado (0,160), as **horas de trabalho semanais**, apresentaram um valor preditivo de 0,019, estabelecendo uma relação positiva com a variável dependente (Figura 3).

Estes resultados permitiram inferir que quanto maior a carga horária semanal, maior a competência de percepção e identificação de fenómenos negativos, maior capacidade de os verbalizar e até mesmo de os afastar, como resposta adaptativa eficaz.



Figura 3 – Síntese da relação entre a *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* e as horas de trabalho semanais

Para o factor *Controlo usando a razão*, das três variáveis independentes selecionadas, a regressão linear múltipla permitiu identificar dois modelos de predição válidos. Um com a variável independente tempo de exercício profissional e outro em que entraram conjuntamente o tempo de exercício profissional e o tempo no actual serviço. O factor estatístico da análise de variância ($F= 4,107$) foi significativo ($p= 0,018$), justificando assim a rejeição da ausência de relação entre as variáveis estudadas (Quadro 18).

O valor de predição do tempo de exercício profissional, no modelo em que entrou com a segunda variável independente (r^2 ajustado = 0,040), explicou 5,2% da variação da variável dependente. Esses valores viram-se reduzidos no outro modelo obtido, onde o tempo de exercício profissional entrou sozinho. Nesse, o valor de predição (r^2 ajustado = 0,020) explicava 2,7% da variabilidade do factor *Controlo usando a razão*.

Quadro 18 – Regressão múltipla: *Controlo usando a razão*, tempo de exercício profissional e tempo no actual serviço

Controlo usando a razão					
$r = 0,229$		$r^2 = 0,052$		r^2 ajustado = 0,040	
Erro padrão da Estimativa = 3,656		F = 4,107		p = 0,018*	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	15,347		25,752	0,000	
Tempo de exercício profissional	0,138	0,298	2,858	0,005*	
Tempo no actual serviço	-0,109	-0,209	-2,005	0,047*	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	109,770	2	54,885	4,107	0,018*
Residual	1991,283	149	13,364		
Total	2101,053	151			

*p < 0,05

O modelo final ajustado apresenta-se pela seguinte fórmula:

$$\text{Controlo usando a razão} = 15,347 + (0,138 \text{ tempo de exercício profissional}) + (-0,109 \text{ tempo no actual serviço})$$

Os valores de t (2,858 e -2,005, respectivamente) estabeleceram uma correlação significativa ($p = 0,005$ e $p = 0,047$) com a variável dependente. No modelo em que entraram as duas variáveis independentes, o tempo de exercício profissional apresentou o maior valor absoluto dos coeficientes β padronizados (0,298) e o tempo no actual serviço assumiu um coeficiente padronizado β mais baixo (-0,209) (Figura 4).

Resumindo, as variáveis independentes – **Tempo de exercício profissional** e **Tempo no actual serviço** – revelaram-se **preditores significativos do Controlo usando a razão**, pois quanto maior o tempo de exercício profissional, maior o controlo usando a razão em situações negativas, com maior competência para racionalizar sem julgar, examinar, reavaliar o evento e partir para pensamentos positivos; e, essa competência será tanto menor quanto maior o tempo no actual serviço. A variabilidade explicada foi no entanto reduzida, apenas 5,2%.



Figura 4 – Síntese da relação entre o *Controle usando a razão* e os tempos de exercício profissional e no actual serviço

A regressão linear múltipla permitiu identificar um modelo de predição, no qual unicamente a variável independente – Tempo no actual serviço – surgiu como preditor significativo do factor *Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)*. O valor estatisticamente significativo ($p = 0,000$) de $F = 14,183$ rejeitou a ausência de relação entre as variáveis; e, o valor de predição $0,080$ (r^2 ajustado) explicou 8,6% da variância do factor em causa (Quadro 19).

Quadro 19 – Regressão múltipla: *Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)* e tempo no actual serviço

<i>Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)</i>					
$r = 0,294$		$r^2 = 0,086$		r^2 ajustado = 0,080	
Erro padrão da Estimativa = 4,533		F = 14,183		p = 0,000 [*]	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	24,725		45,156	0,000	
Tempo no actual serviço	-0,194	-0,294	-3,766	0,000 [*]	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	291,478	1	291,478	14,183	0,000 [*]
Residual	3082,601	150	20,551		
Total	3374,079	151			

^{*}p < 0,05

O modelo final para coerência é dado pela fórmula seguinte:

$$\text{Valoriza a expressão (verbal e não verbal)} = 24,725 + (-0,194 \text{ tempo no actual serviço})$$

Revelou também um valor de t (-3,766) com significância estatística ($p= 0,000$), e um coeficiente β padronizado de -0,294 (Figura 5).

Em síntese, pôde-se inferir que o **tempo no actual serviço** emergiu como **preditor válido** do factor **Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)**, sendo que quanto maior o tempo de desempenho de funções no mesmo serviço, menor a atitude virada para as expressões emocionais como é o caso do uso de gestos, da voz, o olhar e da harmonia entre as palavras e a postura corporal.



Figura 5 – Síntese da relação entre *Valoriza a expressão (verbal e não-verbal)* e o tempo no actual serviço

Para o factor *Atitude serena em situação de conflito* e a partir das três variáveis independentes escolhidas, a regressão linear múltipla identificou dois modelos de predição válidos. Um com base na variável independente tempo de exercício profissional e outro que contemplou esta mesma variável mais as horas de trabalho semanais. O factor estatístico significativo ($p= 0,003$) da análise de variância ($F= 6,140$) justificou a rejeição da ausência de relação entre as variáveis estudadas. O valor de predição (r^2 ajustado = 0,064) das variáveis independentes explicou 7,6% da variação daquele factor (Quadro 20). No outro modelo obtido, onde apenas o tempo de exercício profissional entrava, os valores encontravam-se diminuídos para um valor de predição (r^2 ajustado = 0,020) que explicava 2,7% da variabilidade do factor em causa.

Quadro 20 – Regressão múltipla: *Atitude serena em situação de conflito*, tempo de exercício profissional e horas de trabalho semanais

<i>Atitude serena em situação de conflito</i>					
$r = 0,276$		$r^2 = 0,076$		r^2 ajustado = 0,064	
Erro padrão da Estimativa = 2,064		F= 6,140		p = 0,003*	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	-0,865		-0,247	0,805	
Tempo de exercício profissional	0,089	0,335	3,368	0,001*	
Horas de trabalho semanais	0,252	0,280	2,822	0,005*	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	52,328	2	26,164		
Residual	634,876	149	4,261	6,140	0,003*
Total	687,204	151			

*p < 0,05

O modelo final ajustado apresenta-se pelas seguintes fórmulas:

$$\text{Atitude serena em situação de conflito} = -0,865 + (0,089 \text{ tempo de exercício profissional}) + (0,252 \text{ horas de trabalho semanais})$$

Das duas variáveis independente apontadas, o tempo de exercício profissional apresentou o maior valor absoluto dos coeficientes β padronizados (0,335) e as horas de trabalho semanais assumiram um coeficiente padronizado β mais baixo (0,280) (Figura 6). Os valores de t (3,368 e 2,822) das duas variáveis estabeleceram uma correlação significativa (p= 0,001 e p= 0,005) com a variável dependente.

Em suma, as variáveis independentes – **Tempo de exercício profissional** e **Horas de trabalho semanais** – revelaram-se **preditores significativos** da **Atitude serena em situação de conflito**. Isto permitiu inferir que quanto maior o tempo de exercício profissional, maior a competência para reflectir atitudes como a capacidade do uso da calma para ouvir, quando se está perante situações de conflito e de sentimentos negativos; e, essa competência será tanto maior quanto maior for também a carga horária semanal. A variabilidade explicada foi no entanto reduzida, apenas 7,6%.



Figura 6 – Síntese da relação entre a *Atitude serena em situação de conflito*, tempo de exercício profissional e horas de trabalho semanais

A variável independente – tempo no actual serviço – surgiu como único preditor válido da variável dependente, Empatia. A análise de variância ($F = 4,646$) estatisticamente significativa ($p = 0,033$) levou à rejeição de nulidade de relação entre as variáveis em estudo. Aquela variável apresentou um valor preditivo (r^2 ajustado=0,024) que explicou 3% da variação da capacidade, ou seja, a variabilidade explicada é muito reduzida, e o erro padrão de regressão é de 8,144, correspondente à diferença entre os índices observados e os estimados (Quadro 21).

Quadro 21 – Regressão múltipla: Empatia e tempo no actual serviço

Empatia					
$r = 0,173$		$r^2 = 0,030$		r^2 ajustado = 0,024	
Erro padrão da Estimativa = 8,144		$F = 4,646$		$p = 0,033^*$	
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente β	Coefficiente Padronizado	t	p	
(Constant)	53,229		54,114	0,000	
Tempo no actual serviço	-0,200	-0,173	-3,766	0,033 [*]	
ANOVA					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	p
Regressão	308,134	1	308,134	4,646	0,033 [*]
Residual	9948,077	150	66,321		
Total	10256,211	151			

* $p < 0,05$

O modelo final ajustado para coerência representa-se na fórmula a seguir:

$$\text{Empatia} = 53,229 + (-0,200 \text{ tempo no actual serviço})$$

O valor de t (-3,766) ao apresentar significância estatística ($p=0,033$), permitiu afirmar que a variável independente do modelo de regressão teve **poder explicativo** da capacidade da **Empatia**, pois o seu coeficiente foi diferente de zero. Em relação ao coeficiente β padronizado (-0,173), o **tempo no actual serviço** estabeleceu uma relação negativa com a variável dependente (Figura 21). Pôde inferir-se que quanto mais tempo de desempenho de funções no mesmo serviço, menos capacidade de reconhecer as emoções nos outros.



Figura 7 – Síntese da relação entre a Empatia e o tempo no actual serviço

5 – DISCUSSÃO

A simples apresentação dos resultados obtidos na amostra de enfermeiros não é suficiente, tornando-se necessária a sua interpretação e análise crítica.

Conforme Fortin (2009, p. 495), é na discussão que o investigador examina os principais resultados obtidos, estabelecendo ligação entre estes e o problema, questões ou hipóteses; confrontando-os com os de outros trabalhos de investigação. Acrescenta ainda que é importante determinar se pode generalizar os estudos a outros contextos e em que medida é possível fazê-lo. O investigador indica erros de amostragem, os constrangimentos experimentados na aplicação do desenho ou as dificuldades encontradas na manipulação das variáveis.

Este capítulo inicia-se com a discussão metodológica, apontando as limitações encontradas, e prossegue com a confrontação dos resultados com outros estudos e autores que abordaram a temática, nesta ou em outras populações.

5.1 – DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Para que a investigação possa contribuir para o conhecimento da competência emocional nos enfermeiros e potenciais factores que a influenciam, é importante destacar o contributo de alguns aspectos metodológicos, assim como as limitações à realização do presente estudo:

- ⇒ A **temática** escolhida integra uma problemática actual, que se encontra em pleno desenvolvimento, principalmente na área da enfermagem; como tal considerou-se de interesse para promover uma reflexão, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- ⇒ O facto de o **estudo** ser **transversal**, teve a vantagem de ser mais breve e mais simples metodologicamente. Mas por outro lado, restringe-se aquele momento, sem possibilidade retrospectiva ou prospectiva, como seria praticável com um estudo longitudinal. Como tal, apenas foram avaliadas as capacidades da IE no momento da investigação, fornecendo dados imediatos e utilizáveis, com alcance limitado. O que não aconteceria num estudo longitudinal que permitiria a recolha de dados de forma periódica, no mesmo grupo de enfermeiros, e desse modo avaliar as mudanças relativas às variáveis em estudo, ao longo do tempo.

- ⇒ O método de **amostragem não probabilístico, por conveniência**, permitiu o mais rápido desenvolvimento do estudo, mas impede a generalização dos resultados a outros indivíduos. A validade externa seria possível se fosse usada uma amostra significativa e proporcional dos enfermeiros da ULS Guarda, selecionada de forma aleatória. O facto de o estudo se confinar unicamente a uma unidade hospitalar impede também de poder generalizar os resultados a nível regional ou nacional.
- ⇒ A **amostra** do estudo foi constituída por 152 enfermeiros que representaram 42,58% da população, considerando-se suficiente para a realização da investigação. Considera-se uma mais-valia a diversidade de elementos que compuseram a amostra, relativamente a cada uma das **variáveis independentes** selecionadas (nomeadamente na representatividade de várias categorias profissionais e múltiplos serviços hospitalares), e no contributo deste aspecto para um maior leque de experiências partilhadas.
- ⇒ O **instrumento de recolha de dados** utilizado foi um questionário de questões fechadas (na sua grande maioria) constituído por duas partes: a primeira para caracterização dos participantes no estudo, permitindo uma maior diferenciação entre si; e a segunda com a EVB-CIE adaptada à população de enfermeiros por Vilela (2006), à qual os enfermeiros deveriam responder segundo a sua autopercepção. Como se trata de uma escala conhecida, criada para a população portuguesa, inicialmente para professores, e posteriormente cuja validação foi realizada numa amostra semelhante à deste estudo (ou seja, em enfermeiros), prescindiu-se o seu estudo psicométrico. Dos 300 questionários inicialmente distribuídos, foram respondidos 168 (taxa de resposta de 56%), dos quais 16 tiveram que ser eliminados devido ao seu preenchimento incompleto; notou-se menor adesão de respostas justificada pela desmotivação e excesso de trabalho dos profissionais. Esta situação limitou de algum modo a dimensão da amostra, tendo em conta o número de enfermeiros da população.

Na segunda parte do **instrumento de colheita de dados**, em cada conjunto de expressões da escala existia a possibilidade de uma resposta aberta e facultativa denominada por *outra*, no entanto verificou-se um reduzido número de respostas obtidas nesse item, não sendo efectuada nenhuma referência às mesmas, dada a sua quase nula expressividade nos dados obtidos. Esse facto poderá ter revelado que os participantes estão melhor preparados para responderem a questões fechadas do que abertas, pois nas modalidades de

recolha e tratamento dos dados, a maioria dos estudos segue metodologias de investigação quantitativa.

Como o instrumento de colheita de dados apresentava outras escalas referentes a variáveis de mais duas investigações, a sua extensão tornou a colheita de dados demorada e cansativa para os participantes, tendo com certeza afectado de alguma forma as respostas.

Apesar das desvantagens referidas, os métodos utilizados foram os mais viáveis para a realização do estudo. Pode-se inferir que os procedimentos metodológicos usados na investigação não comprometeram a consecução do objectivo traçado e às características da amostra seleccionada, permitindo o ganho de conhecimentos acerca da IE, assim como a compreensão da sua importância na Enfermagem que se encontra demonstrada a seguir.

5.2 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Concluídos a análise e tratamento estatístico dos dados obtidos na amostra de enfermeiros, serão agora discutidos os resultados, tendo em conta alguns autores que também se debruçaram sobre o estudo da IE, com utilização da mesma escala (BRANCO, 2004; VILELA, 2006; GREGÓRIO, 2008; COSTA, 2009 e AGOSTINHO, 2010). Neste capítulo irá recorrer-se à comparação dos resultados obtidos com os dessas pesquisas, não esquecendo o quadro teórico exposto no início.

Por questões de organização a discussão será feita de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior.

Questão₁ – Quais são as características da IE nos enfermeiros?

Como referido anteriormente, a variável dependente (IE) foi operacionalizada através da EVB-CIE; desse modo foi estudada em cada uma das capacidades que a constituem, e que por si só, consideradas como uma variável, medida por uma escala própria.

Capacidade da Autoconsciência: Calculada a partir de 20 itens, o mínimo valor apresentado foi de 66 e o máximo de 138, com uma média de 102,39. Os enfermeiros da amostra, em média, perceberam-se frequentemente autoconscientes.

Esta amostra parece assim situar-se, tal como a de Agostinho (2010), entre a de enfermeiros de Vilela (2006), que se autopercepcionou num nível de «por norma», e a de professores de Branco (2004), que se situou ao nível de «frequentemente» e «muito

frequente». Este facto sugere que os enfermeiros percepcionam-se com menor autoconsciência que os professores.

Por norma são capazes de tomar consciência e identificar as suas emoções, adoptando respostas adaptativas como a sua verbalização ou o seu afastamento, quando se trata de emoções negativas.

A capacidade de reconhecer as próprias emoções é uma mais-valia na tomada de decisão segura. O estudo de Diogo (2006) revelou que nos cuidados, o enfermeiro está constantemente exposto a situações em que necessita de decidir e tomar posição, nas quais emoções e sentimentos estão presentes e influenciam os seus comportamentos ou modelam o seu agir, pensar e sentir.

Esta foi também a dimensão que assumiu o melhor resultado (média ponderada = 5,12), confirmando a perspectiva teórica de Goleman (2005) quando apontou que a IE emerge da Autoconsciência. A literatura é esclarecedora da notável importância desta capacidade, o que permite inferir que um enfermeiro com conhecimento de si pressupõe ainda perceber de que forma os seus sentimentos afectam os outros.

Capacidade da Gestão de Emoções: Constituída por 18 itens, os valores observados no conjunto de participantes, variaram entre 45 e 99, com a média de 73,55. Em média, os enfermeiros inquiridos percepcionaram normalmente a gestão das suas emoções, em semelhança ao estudo em professores de Branco (2004) e em enfermeiros de Gregório (2008) e de Agostinho (2010). Os enfermeiros do estudo de Vilela (2006) obtiveram valores mais baixos, situando-se no nível de «pouco frequente» com tendência para «por norma».

Dos factores pertencentes a esta capacidade, verificou-se que no que diz respeito ao controlo de emoções recorrendo à actividade física ou à prática de desporto, os enfermeiros desta amostra apenas o fazem pouco frequentemente ou mesmo raramente.

O sentido do autodomínio, a capacidade de autorregulação, como explicou Rodrigues (1998) depende fundamentalmente da maturação individual. O adulto, com personalidade harmoniosamente estruturada, sobretudo nos aspectos afectivos, consegue reagir à frustração e ao conflito analisando obstáculos e procurando contorná-los inteligentemente. Neste seguimento, no estudo de Mercadier (2004), enfermeira e socióloga francesa, sobre o trabalho emocional dos prestadores de cuidados, refere-se ao controlo das emoções enquanto obrigação implícita, traduzida numa interacção caracterizada pela neutralidade.

Capacidade da Automotivação: Reúne 21 itens e no estudo oscilou entre 59 e 116, com a média de 89,02. Os enfermeiros intervenientes na investigação, em média, autopercepcionaram-se normalmente automotivados. A motivação é uma capacidade a

considerar no desempenho destes profissionais e, na mobilização de sentimentos de entusiasmo que propulsionem a realização de objetivos; esta situação é corroborada por Goleman (2012, p. 101) que a refere como a iniciativa e a persistência para ser altamente eficiente face aos contratemplos e frustrações. Na amostra de Vilela (2006), os enfermeiros mostraram-se «pouco frequentemente» automotivados, ao contrário dos resultados obtidos nos estudos de Gregório (2008), Costa (2009) e Agostinho (2010), que tiveram atribuições temporais superiores, na ordem de «por norma» e «frequentemente»; no estudo de Branco (2004), os professores percepcionaram-se no mesmo nível de frequência do presente estudo, relativamente à automotivação.

Estes enfermeiros, aquando do desempenho de uma tarefa ou actividade profissional, é pouco frequente perderem a noção do tempo e do espaço, ficarem absortos ao que os rodeia ou experimentarem sensações de prazer pessoal.

Capacidade da Empatia: Formada por 11 itens, na amostra variou entre 27 e 74, com a média de 51,66. Os participantes do estudo percepcionaram-se, em média, normalmente (com tendência para frequentemente) empáticos, em conformidade com os professores do estudo de Branco (2004) que são «frequentemente» empáticos e os enfermeiros da investigação de Vilela (2006) que o são «por norma».

Conforme defende Vilela (2006, p. 115) ao nível da consciência social, a empatia é a base sobre a qual a equipa constrói relações com a restante organização, revelando-se como uma capacidade importante para as relações profissionais e terapêuticas que os enfermeiros estabelecem.

Outra conclusão que corrobora o resultado obtido na amostra é a de Diogo (2006), esta recorda que a empatia é fundamental para que o enfermeiro seja sensível e aceite os sentimentos do outro, sem desconforto, contribuindo para o desenvolvimento da relação de ajuda.

Capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos: Sustentada por 14 itens variou, nos participantes, entre 31 e 85, com uma média de 61,18. Os enfermeiros, em média, autopercepcionaram-se normalmente como capazes de gerir os relacionamentos.

Na mesma capacidade, a amostra estudada por Vilela (2006), demonstrou frequências idênticas, mas a de professores estudada por Branco (2004) situou-se no nível inferior de «pouco frequente» a «por norma».

Como profissão de relação que é a enfermagem, o resultado obtido nos enfermeiros deste estudo reforça a importância da eficácia interpessoal para o êxito das relações, pois caso contrário, conforme o estudo realizado por Queirós (2005), 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/stresse na sua vida profissional.

A variável **Inteligência Emocional** composta pelo total de 84 itens, no conjunto de participantes neste estudo assumiu um mínimo de 286 e um máximo de 482, com o valor médio global de 377,80. Os valores de distribuição dos participantes sugeriram que, em média e, segundo a sua autopercepção, são por norma competentes a nível emocional.

Este facto corrobora o que Mercadier (2004) defende, recordando que os enfermeiros são profissionais com uma posição privilegiada para actuar face a situações de transtornos emocionais nos doentes. É assim de extrema importância que estes possuam uma consistente competência emocional para cuidar dos doentes, estabelecendo uma boa relação terapêutica e ainda ultrapassando os eventuais transtornos emocionais causados pelas situações a que diariamente estão expostos.

A nível da IE, esta amostra encontrou-se em situação intermédia entre os enfermeiros do estudo de Vilela (2006) e os professores do estudo de Branco (2004) que obtiveram valores superiores, assim como os enfermeiros da investigação de Gregório (2008) e de Agostinho (2010).

O estudo de Cummings, Hayduk e Estabrooks (2005) concluiu, particularmente no âmbito da enfermagem, que os profissionais com níveis elevados de IE reportaram menores níveis de exaustão emocional e de sintomas psicossomáticos, melhor saúde emocional, melhor colaboração no trabalho de equipa e maior satisfação com a supervisão e com o seu trabalho na globalidade.

Questão₂ – Em que medida os factores sociodemográficos (género, idade e estado civil) influenciam a IE nos enfermeiros?

Apresenta-se de seguida a discussão dos resultados obtidos nesta questão, desmembrada em cada uma das variáveis independentes que dela fazem parte.

Questão_{2.1} – Em que medida o género influencia a IE nos enfermeiros?

Quanto ao **género**, verificou-se que 73,03% da amostra é do género feminino e 26,97% do género masculino. A maioria de participantes do género feminino está em consonância com a distribuição de enfermeiros no distrito onde o estudo decorreu (786 femininos (75,8%) e 251 masculinos (24,2%)); e vai de encontro aos dados estatísticos da OE (2013, p. 7) referentes aos membros activos em 31 de Dezembro de 2012, que apontam a predominância de 53 301 enfermeiros do género feminino, sobre 12 166 do género

masculino, o que corresponde a 81,42% e a 18,58% respectivamente. Assim, em relação a esta característica da amostra, pode considerar-se que os dados se aproximam bastante da distribuição a nível nacional. O mesmo cenário foi descrito no estudo de Landa et al. (2006), referindo que 75% dos profissionais de enfermagem a nível mundial são mulheres. Além de que culturalmente, na história da Enfermagem, o cuidar está relacionado com a mulher. O achado da predominância do género feminino sobre o masculino, em estudos sobre a IE é confirmado pelos estudos de Branco (2005), Vilela (2006), Diogo (2006), Gregório (2008), Costa (2009), Agostinho (2010) e de Alves, Ribeiro e Campos (2012).

Verificou-se que o género influenciou significativamente os factores *Fuga e solidão* ($p = 0,047$) e *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($p = 0,009$), bem como a capacidade da Empatia ($p = 0,035$); já que as enfermeiras apresentaram maiores médias ordenadas (80,78; 82,13 e 81,06, respectivamente) em comparação com os elementos do género masculino. Por outro lado, o género também influenciou de forma significativa os factores *Percepção positiva de si, como pessoa* ($p = 0,048$) e *Controlo pela actividade física* ($p = 0,041$), uma vez que os enfermeiros obtiveram maiores médias ordenadas (88,09 e 88,39), comparativamente às enfermeiras. Inferiu-se que os elementos do género feminino apresentam menor tendência para actuar como pessoas mais positivas, racionais, observadoras, flexíveis e autónomas (*Percepção positiva de si, como pessoa*) e pouco recorrem ao controlo das suas emoções através da prática de desporto (*Controlo pela actividade física*). Por outro lado os do género masculino pouco recorrem a mecanismos de adaptação, através do isolamento e distração com outros assuntos, ao serem envolvidos por sentimentos desagradáveis ou seja, face a situações emocionais negativas, evitam ficar sozinhos ou distrair-se, longe das provocações (*Fuga e solidão*), têm menor capacidade de reconhecer as emoções nos outros (Empatia) e uma menor atitude orientada para as expressões emocionais como os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal (*Valorização da expressão (verbal e não verbal)*).

No estudo de Vilela (2006), o género influenciou de forma significativa, unicamente o factor *Controlo pela actividade física*, já que os enfermeiros recorrem mais à actividade física como forma de controlar as suas emoções em comparação com as enfermeiras, factor este que também no presente estudo foi um dos influenciados por aquela variável independente.

Existem dados que apontam para o facto de, em geral, as mulheres apresentarem maior predisposição para distúrbios do humor, como foi apontado pelo estudo de Paúl e Fonseca (2001). Este dado foi confirmado na amostra de enfermeiros estudados, uma vez que no factor *Sentimentos ansiosos, reactivos* as mulheres tiveram uma média ordenada de 80,50 e os homens de 65,66.

No entanto, verificou-se que as enfermeiras da amostra apresentaram maior IE nas capacidades da Gestão de Emoções (média ordenada = 78,31), Automotivação (média ordenada = 78,58), Empatia (média ordenada = 81,06) e, na grande maioria dos factores. Em contrapartida, os enfermeiros destacaram-se nas capacidades da Autoconsciência (média ordenada = 74,36) e da Gestão de Relacionamentos em Grupos (média ordenada = 78,12). Isto pode traduzir-se numa diferença de perfil de acordo com o peso da componente emocional e da cognitiva, diferindo de acordo com o género. De facto, estas situações são corroboradas pelos estudos de Goleman (2003, 2005), pois referiam que os homens com altas capacidades intelectuais caracterizam-se por serem obstinados, ambiciosos, inexpressivos e emocionalmente frios. Já os que têm maiores capacidades de IE são extrovertidos, sociáveis e compreensivos, apresentam maior autoconfiança e optimismo, adaptando-se mais facilmente às situações que as mulheres. Quanto ao género feminino, elevadas capacidades intelectuais traduzem-se em confiança intelectual, introspecção, ruminação e ansiedade. Revelaram ainda que, em média, as mulheres emocionalmente inteligentes têm maior percepção das emoções, mostram mais empatia e são mais competentes nas relações interpessoais do que os homens; este aspecto confirma em parte os resultados obtidos na amostra, tendo em conta que os homens apresentaram, em média, uma maior percepção da Autoconsciência e de Gestão de relacionamentos em grupos. Ainda a este respeito, Bulik (2005) verificou que o género feminino apresenta maiores competências emocionais.

Na avaliação global da IE, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas e, os resultados são equilibrados em função dos dois géneros (média ordenada das enfermeiras = 76,60; média ordenada dos enfermeiros = 76,23). Também neste aspecto, no estudo de Goleman (2005), se verificaram semelhanças entre homens e mulheres. De facto, nos resultados gerais de ambos os géneros, os pontos fracos e fortes compensam-se, de modo que, em termos de IE total, os dados não sugeriram a existência de diferenças entre o género feminino e masculino.

Questão_{2.2} – Em que medida a idade influencia a IE nos enfermeiros?

A **idade** variou entre os 24 e os 56 anos, com a média de 37,10 anos (desvio padrão = 8,18). Nas enfermeiras a idade oscilou entre os 24 e os 56 anos, com a média de 37,42 e nos enfermeiros a idade mínima foi de 25 anos e a máxima de 51 anos, com média de 36,22 anos. A maior frequência de idades situou-se no grupo etário compreendido entre os 31 e os 49 anos (65,1% da amostra). Segundo dados da OE (2013, p. 7), a nível nacional, a

concentração de enfermeiros naquele grupo etário corresponde a 50,95% dos enfermeiros portugueses.

Comparativamente à amostra de Branco (2004), a predominância de professores encontrou-se no escalão dos 26 aos 30 anos, seguido pelo dos 40 aos 45 anos; o mesmo aconteceu no estudo similar de Vilela (2006), em que a maior concentração de enfermeiros se localizou em grupos etários mais jovens (dos 21 aos 30 anos). Em contrapartida, no estudo de Alves, Ribeiro e Campos (2012) com enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares, verificaram que as idades mais representativas se encontravam compreendidas entre os 46 e 55 anos.

O estudo revelou uma amostra com médias de IE mais altas, nos grupos dos 31 aos 49 anos e com idades superiores a 50 anos, distribuídas de forma equilibrada, pelas diferentes capacidades e respectivos factores. Estes resultados estão em acordo com as conclusões de Goleman (2000, cit. por VILELA, 2006, p. 127), o autor refere que ao contrário do QI, que pouco muda após a adolescência, a IE é assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, à medida que se aprende com as experiências vivenciadas. Para validar este crescimento da IE, atribuiu grande importância à palavra elucidativa – maturidade. Este dado revela-se assim importante pois, do ponto de vista da aquisição das capacidades da IE, os grupos etários referidos já adquiriram experiências e destrezas que justificam a homogeneidade de atitudes e comportamentos.

Poderá dizer-se que as experiências mais longas de vida pessoal e profissional determinam o desenvolvimento das capacidades da IE, sendo um contributo para que os enfermeiros ultrapassem os obstáculos oriundos do seu ambiente de trabalho.

De facto, a influência do grupo etário distinguiu-se ao nível dos comportamentos/atitudes que constituem as capacidades da IE, mas, ao contrário do que era esperado, não revelou evidência estatisticamente significativa ou preditiva da configuração deste conceito. Neste sentido, o estudo de Gregório (2008) sobre a competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros, concluiu o mesmo facto, em termos de relação estatística significativa entre a idade e as capacidades da IE. A igual resultado chegou Costa (2009), tendo constatado que no seu estudo acerca da IE e assertividade nos enfermeiros, não existiu significância estatística na relação entre a idade e as capacidades de IE, assim como com o total da escala.

Já o estudo de Gonçalves (2006) sobre a inteligência emocional em jovens estudantes do 12º ano de escolaridade contraria estas conclusões, uma vez que foi detectada uma diferença significativa das faixas etárias para uma sub-escala da IE.

Dos enfermeiros inquiridos, foram os mais novos que apresentaram menor *percepção positiva de si, como pessoa*, que relataram menos capacidades para *usarem a sua energia emocional e para estabelecer sintonia relacional*. Os mais velhos reconheceram que tendem a actuar como pessoas mais positivas, racionais, flexíveis e autónomas; conseguem tomar consciência e identificar as suas emoções, sendo capazes de as verbalizar e até mesmo de as afastar quando se trata de emoções negativas; e têm maior *controlo usando a razão*. Têm, ainda, maior facilidade na gestão de relacionamentos que os mais novos. Estes resultados são corroborados pelos obtidos no estudo de Vilela (2006).

Os mais novos autopercepcionaram-se mais *inseguros e dependentes* e com menor *percepção emocional e de sincronismo* com os outros, segundo a pesquisa de Vilela (2006), comparativamente aos enfermeiros mais velhos.

Na amostra estudada, foram ainda os mais jovens que, face a situações emocionais negativas, tendem a procurar uma distração com outros assuntos ou a isolar-se como forma de se adaptar a essas situações. A fuga é considerada por Mercadier (2004) uma estratégia defensiva dos prestadores de cuidados, corroborando assim esta situação. Recorrem também mais à prática de desporto para o controlo das suas emoções. Por outro lado, e trata-se de um achado curioso, são mais empáticos e demonstram uma atitude mais orientada para as expressões emocionais, como os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal, facto que este estudo verificou de forma contrária ao apontado pelo estudo de referência de Vilela (2006).

Alves, Ribeiro e Campos (2012), no estudo que levaram a cabo sobre a IE em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares, observaram a tendência para a idade dos enfermeiros se correlacionar de forma positiva e significativa com a sua capacidade de IE, ou seja, consoante aumenta a idade dos enfermeiros estes tendem a evidenciar uma maior capacidade de IE. O mesmo verificaram em relação às subescalas: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupos. Tal não foi verificado neste estudo.

Questão_{2.3} – Em que medida o estado civil influencia a IE nos enfermeiros?

No que diz respeito ao **estado civil**, 24,3% dos enfermeiros eram solteiro(a)s. Destes, 19,7% elementos eram femininos e 4,6% masculinos. No entanto a maior percentagem correspondeu ao estado civil casado(a)/união de facto com 75,7%, dos quais 53,32% femininos e 22,38% masculinos.

Amostra semelhante, em termos de distribuição quanto ao estado civil, foi a de Costa (2009) e a de Agostinho (2010) que estudou a competência emocional em enfermeiros nos hospitais públicos, com os enfermeiros casados como grupo mais representativo.

Do ponto de vista inferencial, não foram observadas diferenças estatísticas significativas em qualquer dimensão da variável dependente; dado corroborado pelo estudo efectuado por Costa (2009) que também não encontrou relação entre as duas variáveis. No entanto, a média foi superior nos elementos da amostra sem companheiro(a) na Gestão de Emoções, na Automotivação e na Empatia, ou seja, evidenciaram melhor desempenho nestas capacidades quando comparado com os elementos com companheiro(a); pelo contrário, apresentaram uma média mais baixa nas capacidades de Autoconsciência, Gestão de Relacionamentos em Grupos, e ainda na globalidade da IE. Na bibliografia consultada não foram encontradas referências ao efeito desta variável independente sobre a IE.

Verificou-se que 56,6% dos enfermeiros tinha **filhos menores** a cargo. Essa percentagem encontrou-se distribuída pelos elementos femininos e masculinos, com 43,44% e 13,16% respectivamente. Os restantes 43,4%, equivalente a 29,59% elementos femininos e 13,81% elementos masculinos, responderam que não têm filhos menores.

Esta variável foi apenas abordada na descrição dos participantes, não sendo escolhida para estudo inferencial. Na pesquisa bibliográfica efectuada, não foram encontrados estudos que evidenciem qualquer relação entre esta variável independente e cada um dos constructos da IE, por este motivo considerou-se não possibilitar confrontação com outros resultados, nem ter valor interpretativo importante para o estudo.

Questão₃ – De que forma os factores socioprofissionais (habilitações académicas, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de horário, serviço, tempo no serviço actual, horas de trabalho semanais, tipo de vínculo e ocupação profissional extra-instituição) influenciam a IE nos enfermeiros?

Os resultados da influência das variáveis enunciadas nesta questão são discutidos, como aconteceu para as variáveis sociodemográficas, individualmente.

Questão_{3,1} – As habilitações académicas influenciam a IE nos enfermeiros?

No que diz respeito às **habilitações académicas**, a grande maioria destes enfermeiros (72,4%) tem formação base (considerada bacharelato e licenciatura), dos quais 54,63% do género feminino e 17,77% do género masculino; e, cerca de um quarto (27,6%)

possuiu outra formação relevante (formação pós graduada), distribuído por 18,4% enfermeiras e 9,2% enfermeiros. Convém recordar que a enfermagem sofreu nos últimos anos um aumento progressivo de exigência relativamente à formação académica, pelo que a grande assimetria de percentagens a este nível, era de esperar. Além disso, conforme referiu Marques (2005) no seu estudo, essa discrepância também poderá ser compreendida pela tardia integração da licenciatura no sistema educativo nacional (1999), bem como o início de mestrados para enfermeiros.

Estes dados estão em sintonia com os estudos efectuados por Vilela (2006), Gregório (2008), Costa (2009) e Agostinho (2010).

Os elementos desta amostra apenas com a formação base, apresentaram valores médios mais elevados em todas as capacidades da IE, incluindo a avaliação global desta, excepto na capacidade de Automotivação, na qual o valor médio superior foi obtido pelos elementos com formação pós-graduada. Este dado revela-se importante pois, segundo Sprinthall (1980, cit, por Branco, 2004, in ALVES; RIBEIRO; CAMPOS, 2012, p. 40), o sucesso na vida está mais relacionado com a maturidade psicológica do que propriamente com a realização escolar obtida.

Ainda assim, verificou-se que não existe relação estatística significativa entre as habilitações académicas e a variável dependente. Ao contrário do estudo de Vilela (2006) em que foram encontradas diferenças estatísticas bastante significativas na Gestão de Relacionamentos em Grupos. O mesmo aconteceu no estudo de Gregório (2008), que constatou que as habilitações académico-profissionais dos respondentes influenciaram de forma significativa os valores apresentados na mesma capacidade. Ou seja, os respondentes que possuíam habilitação académica mais elevada (mestrado) foram os que apresentaram valores mais elevados para essa capacidade, seguidos por aqueles que possuíam uma licenciatura e por último os que possuíam um bacharelato. Costa (2009) verificou também relação estatística significativa com a Autoconsciência e com a Motivação.

Esta variável está inerente à obtenção de outra formação além da básica, assim como à maior experiência profissional (apresentada mais à frente) que a própria especialidade exige (na formação) e origina (na prática).

Questão_{3,2} – A categoria profissional influencia a IE nos enfermeiros?

Relativamente à **categoria profissional** dos enfermeiros estudados, 35,5% eram enfermeiros, 46,1% graduados, 15,8% especialistas e apenas 2,6% eram enfermeiros chefes. A progressão na carreira profissional não é exclusivamente dependente do tempo de serviço, facto que pode explicar os resultados obtidos. A distribuição dos enfermeiros por

categoria profissional é de proporção semelhante à divulgada pela OE (2013, p. 6), em que 81,16% são enfermeiros generalistas (considerados os enfermeiros e os graduados), 18,87% são especialistas e somente 2% se encontram responsáveis pela gestão.

A categoria de enfermeiro atingiu valores médios superiores nas capacidades da Empatia (Média ordenada = 89,62) e da Gestão de Relacionamentos em Grupos (Média ordenada = 81,69), assim como na globalidade da IE (Média ordenada = 78,41). Segundo Diogo (2006, p. 211) a própria maturidade constrói-se com a experiência e com as vivências que vão servindo de referência a situações posteriores. Não é então de admirar que enfermeiros cuidadores, de categoria profissional mais baixa, possam mesmo assim demonstrar atitudes/comportamentos promovidos pelo desenvolvimento das suas capacidades e potencialidades, no sentido da aprendizagem efectuada ao longo dos anos de exercício profissional, para lidar com as situações de cuidados.

Os enfermeiros chefes obtiveram valores médios mais altos nas capacidades da Gestão de Emoções (Média ordenada = 86,50) e da Automotivação (Média ordenada = 100,13). Mostrando maior racionalização das emoções e dos sentimentos negativos, tentando raciocinar sem julgar, examinando a situação e adoptando pensamentos positivos; usando da calma para ouvir quando estão perante a instabilidade dos outros e mantendo relações pessoais estáveis com domínio dos seus próprios sentimentos. Estes resultados corroboram Carapinheiro (2005, cit. por AGOSTINHO, 2010, p. 191) que atribui ao enfermeiro chefe um papel de resolução de conflitos, uma vez que para isso é imprescindível, além de outras capacidades, a capacidade de percepção de controlo em usar a razão e racionalizar a raiva, assim como uma boa percepção emocional para detectar situações de conflito o mais precocemente possível. Neste sentido, também Skinner e Spurgeon (2005, cit. por AREIAS, 2010, p. 15), num estudo sobre a IE dos gestores de unidades de saúde, concluíram que os gestores de organizações de saúde com capacidade de compreender as emoções, podem melhor contribuir para o aumento dos níveis de motivação, optimismo e comprometimento com a organização, por parte dos colaboradores.

Outro dado corroborado pelo estudo de Alves, Ribeiro e Campos (2012) é o facto de os enfermeiros chefes apresentarem (no global da IE) um valor médio mais elevado do que os enfermeiros especialistas. O que não se encontra em conformidade com aqueles autores, e que concluíram neste âmbito, é que essa tendência é mantida em todas as subescalas. No presente estudo os valores nas diferentes subescalas foram partilhados de forma equilibrada entre as duas categorias.

Da análise inferencial resultou que a capacidade da Empatia ($p=0,017$) e o seu factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($p=0,001$) apresentam uma relação

estatisticamente significativa com a categoria profissional. A variável em causa explicou 6,76% da variação da Empatia e 11,48% da variação do factor referido atrás.

As diferenças estatísticas na Empatia localizaram-se entre a categoria de enfermeiro e de enfermeiro especialista ($p=0,010$). No factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* situaram-se entre as categorias de enfermeiro e enfermeiro graduado ($p=0,012$) e entre enfermeiro e enfermeiro especialista ($p=0,000$). Estes resultados permitiram inferir que a progressão na carreira profissional e a capacidade de compreensão dos sentimentos dos outros, assim como a arte de saber escutar e ler os canais não-verbais (o tom de voz, os gestos ou a expressão facial) não tendem para o mesmo sentido.

Em termos de significância estatística, a influência da categoria profissional sobre a variável dependente, foi também encontrada por Alves, Ribeiro e Campos (2012) que concluíram a existência de relação significativa entre a categoria profissional e o global da escala, assim como nas subescalas Autoconsciência, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos.

Estes dados contradizem Gregório (2008) que no seu estudo verificou que a categoria profissional não exerceu qualquer influência significativa sobre as variáveis estudadas.

Questão_{3,3} – O tipo de horário influencia a IE nos enfermeiros?

No que concerne ao **tipo de horário**, o horário rotativo por turnos era realizado por 71,7% dos enfermeiros, mais especificamente 46,68% elementos femininos e 23,02% masculinos; e apenas 28,3% praticavam horário fixo, dos quais 24,35% eram enfermeiras e 3,95% enfermeiros. Situação esta que era de prever uma vez que o estudo foi realizado em contexto hospitalar, o qual exige a permanência de profissionais 24 horas por dia e em que o primeiro tipo de horário é o mais característico. Esta condição sofreria alterações se o estudo tivesse sido estendido aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários da ULS.

Relativamente a esta variável independente, os enfermeiros em horário fixo destacaram-se com médias superiores em todas as capacidades e na própria avaliação geral da IE, excepto na capacidade da Gestão de Relacionamentos em Grupos na qual obtiveram média mais alta os enfermeiros com horário por turnos. Estes últimos possuíram também maior *Percepção positiva de si, como pessoa* e *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*. Estes resultados corroboram a conclusão do estudo de Agostinho (2010) de que os enfermeiros com um horário de trabalho por turnos rotativos apresentam mais frequentemente a percepção da ocorrência de fenómenos emocionais do que os enfermeiros com horário fixo. Tendo em conta Ferreira (2005), ao considerar que o trabalho

por turnos é uma das situações que conduzem a uma sobrecarga emocional, estes enfermeiros parecem assim conscientes dessa sobrecarga emocional, relativamente aos enfermeiros sem essa carga emocional acrescida, ou seja com horário fixo.

A nível inferencial, de entre todas as dimensões da IE, verificou-se que o tipo de horário praticado apenas exerce influência estatística significativa sobre os factores *Alterações a nível racional e relacional* ($p=0,022$) e *Controlo usando a razão* ($p=0,012$). Os enfermeiros em horário fixo autopercepcionaram que o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental não são alterados face a sentimentos desagradáveis (média ordenada = 89,43); e, em situações de fúria ou raiva, exercem controlo usando a razão, tentando raciocinar sem julgar e assumindo pensamentos positivos (média ordenada= 90,65).

Questão_{3,4} – O tipo de serviço influencia a IE nos enfermeiros?

Quanto ao tipo de **serviço** onde desempenham funções, 43,4% (30,25% enfermeiras e 13,15% enfermeiros) estavam em serviços diferenciados (Urgência geral, Urgência pediátrica, UCIP, Cardiologia/UCIC, BO, Maternidade e Unidade de cirurgia ambulatória) e 56,6% (42,78% elementos femininos e 13,82% masculinos) em serviços não diferenciados (Medicina, U-AVC, Unidade de Oncologia, Pneumologia, Cirurgia mulheres/homens, Ortopedia mulheres/homens, Pediatria, Consulta externa, Saúde ocupacional e ORL/Oftalmologia). Estas percentagens vão de encontro à realidade institucional, onde os serviços não diferenciados são em número maior que os diferenciados. A diferença na distribuição da amostra pelos dois tipos de serviços é idêntica à encontrada por Vilela (2006), onde também o serviço «de crónicos» apresentava uma percentagem superior ao serviço «de agudos».

Neste estudo verificou-se que os enfermeiros que trabalham em serviços não diferenciados apresentaram médias superiores nas capacidades da Empatia (51,72) e da Gestão de Relacionamentos em Grupos (61,90). Conforme Daniel (1983, cit. por VILELA, 2006, p. 118), os profissionais de enfermagem necessitam ser eficientes no seu desempenho profissional, no qual incluem as relações interpessoais como um processo terapêutico que envolve o utente e a família, visando alcançar uma qualidade mais elevada dos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros dos serviços diferenciados apresentaram médias mais altas nas capacidades da Autoconsciência (103,68), da Gestão das Emoções (74,14), da Automotivação (89,35) e na IE em geral (379,00). No estudo de Pinho, em 1994, também se chegou à conclusão de que os enfermeiros do serviço de urgência são mais “Sensation

Seeking” (têm baixa produção de dopamina e necessitam de situações stressantes que os motivem e estimulem) do que os colegas das enfermarias (Pinho, 2004, cit. por Gandum; Pedro, 2005, in VILELA, 2006, p. 120).

Segundo Branco (2004, cit. por AGOSTINHO, 2010, p. 193) o serviço, enquanto local de expressão da prática profissional onde é possível aliar a reflexão à prática, apresenta misturas de sentimentos mais ou menos intensos e complexos que exigem uma constante reflexão/acção da realidade, num desgaste continuado entre os sentimentos de frustração e os de competência. Assim, os enfermeiros dos serviços mais intensos não só do ponto de vista da instabilidade dos doentes, algumas vezes com potencial risco de vida, parecem mais sujeitos a uma vasta variedade de sentimentos e emoções, para além da carga física; relativamente aos enfermeiros dos serviços de contacto mais prolongado e mais direccionados para o acompanhamento do doente após a fase crítica, não tão sujeitos às tensões emocional e física. É pois justificado, serem os primeiros quem mais percepção sentimentos de ansiedade e de reacção, ou seja, face a situações emocionais desagradáveis sentem normalmente angústia e preocupação, mas desenvolvem formas de lidar com esses sentimentos (média ordenada = 11,96). Curioso é detectar que são também estes que mantêm atitude serena face a situações de conflito e instabilidade dos outros (média ordenada = 9,76).

O resultado referido no parágrafo anterior não corrobora o resultado alcançado pelo estudo de Vilela (2006) que realça o facto de os enfermeiros que trabalham em serviços denominados de «Crónicos» usarem de mais calma e serenidade perante situações de conflito do que os enfermeiros que trabalham nos serviços de «Agudos». E atribuiu esse resultado ao facto de os primeiros terem maior oportunidade de conhecerem mais aprofundadamente as pessoas com que se relacionam no trabalho (utentes, familiares de utentes, profissionais, entre outros) do que os enfermeiros dos serviços de «Agudos». Já no estudo de Jesus (2004), as enfermeiras que apresentavam processos de decisão clínica mais metódicos, organizados e com maior proximidade com os utentes, eram as que apresentavam níveis mais elevados de IE.

Verificou-se, pela análise inferencial, que apenas foi registado valor estatisticamente significativo no factor *Iliteratos, com inseguranças e dependência* ($p=0,033$). Os dados sugerem que os enfermeiros dos serviços diferenciados (média ordenada = 45,65) conseguem escapar melhor a atitudes de insegurança, passividade, pessimismo ou alimentação de humilhações do que os enfermeiros dos serviços não diferenciados (média ordenada = 44,33).

Vilela (2006) verificou diferenças estatísticas significativas entre a Gestão de Relacionamentos em Grupos, o factor *Estabilidade pessoal e relacional*, a própria avaliação geral da IE e o tipo de serviço. Os enfermeiros que trabalham nos serviços de «Crónicos» gerem melhor os relacionamentos e autopercebem maiores capacidades de IE do que os dos serviços denominados de «Agudos». Os dados parecem ainda apontar para que os enfermeiros dos serviços de «Agudos» autopercebem menos frequentemente a estabilidade das relações pessoais e dos seus próprios sentimentos do que os enfermeiros que trabalham predominantemente nos serviços denominados de «Crónicos».

Questão_{3.5} – O tipo de vínculo influencia a IE nos enfermeiros?

O **tipo de vínculo** laboral foi considerado estável para 65,8% dos enfermeiros, dos quais 48,03% são elementos do género feminino e 17,77% do género masculino. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Agostinho (2010).

Segundo os dados obtidos, também corroborados pelo estudo de Agostinho (2010), os enfermeiros com CTC perceberam-se mais capazes de usarem a calma em situações de conflito, do que os restantes enfermeiros. Esta situação curiosa não é corroborada por Märtin e Boeck (2002) ao referirem que nos trabalhadores que receiam constantemente a perda de emprego, a capacidade de rendimento ressentem-se e acabam por trabalhar de forma contraída e preocupada, aumentando a quantidade de erros cometidos, sentindo ainda que os colegas de trabalho se tornam adversários na disputa de um posto de trabalho, conduzindo a um aumento da tensão emocional. Estes funcionários deixam até de se identificar com a empresa e com os seus objectivos ao habituarem-se à ideia de que poderão ficar sem emprego. Assim, as condições de trabalho podem ter um impacto negativo na vida dos funcionários e na qualidade dos serviços, o que não foi de todo corroborado com este estudo, uma vez que os enfermeiros com CTC, ou seja numa situação instável, perceberam com maior frequência uma *Atitude serena em situação de conflito*, relativamente aos restantes enfermeiros, onde se incluem os contratualmente estáveis.

Inferencialmente, o tipo de vínculo influenciou de forma significativa a capacidade da Gestão de Emoções ($p=0,038$) e os factores *Alterações a nível racional e relacional* ($p=0,038$), *Sentimentos ansiosos, reactivos* ($p=0,024$) e *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($p=0,020$).

A variável independente aqui referida, explicou 5,57% da variação da Gestão de Emoções e das *Alterações a nível racional e relacional*, 6,23% da variação dos *Sentimentos ansiosos, reactivos* e 6,49% do factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*.

Na Gestão de Emoções, as diferenças estatísticas situaram-se entre os profissionais em RCTFP e em CTC ($p=0,039$), e entre os últimos e os profissionais em CTI ($p=0,019$). Pode-se inferir que os enfermeiros com vínculo mais instável (CTC) lidam melhor com as emoções, num estado controlado e consciente, para decidir o que fazer com os próprios sentimentos do que os profissionais com vínculo estável (RCTFP e CTI).

Nas *Alterações a nível racional e relacional*, as diferenças localizaram-se entre os enfermeiros em RCTFP e os TI ($p=0,036$). Os dados sugerem que os enfermeiros em RCTFP, face a pensamentos ou reacções negativas, não deixam alterar o seu comportamento relacional e a sua capacidade de atenção mental, como acontece mais frequentemente nos enfermeiros TI. Isto pode dever-se à situação pouco definida destes enfermeiros, que ainda não estabilizaram a sua carreira, nem definiram a sua posição e estatuto junto dos seus pares.

Nos *Sentimentos ansiosos, reactivos* as diferenças significativas encontraram-se entre os elementos em CTI e os de CTC ($p=0,036$), e entre estes e os TI ($p=0,015$); pois os profissionais em CTC evidenciaram mais sentimentos de preocupação e angústia perante situações desagradáveis do que os CTI ou os TI.

No factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* não foi possível identificar entre que tipos de vínculos se situaram as diferenças.

Questão_{3,6} – A ocupação profissional extra-instituição influencia a IE nos enfermeiros?

Apenas um quarto (26,3%) dos enfermeiros da amostra, distribuídos por 14,47% mulheres e 11,84% homens, possuía **ocupação profissional extra-instituição**.

A nível das capacidades da IE, verificou-se que enfermeiros com actividade profissional extra-instituição tiveram médias superiores na Gestão de Emoções (média ordenada = 89,88) e de Relacionamentos em Grupos (média ordenada = 82,25) em relação aos que não têm outra ocupação além da instituição onde trabalham.

Em contrapartida os enfermeiros sem ocupação profissional extra-instituição obtiveram média mais alta nas capacidades da Autoconsciência (média ordenada = 80,13), Automotivação (média ordenada = 76,97) e Empatia (média ordenada = 76,66). No que respeita à avaliação global da IE o valor médio para os dois grupos foi idêntico.

Registaram-se valores estatisticamente significativos no factor *Instabilidade emocional* ($p=0,040$), na capacidade da Gestão de Emoções ($p=0,025$) e seu factor *Adaptação negativa (intrusão, explosão)* ($p=0,025$), influenciados pela variável independente em causa. Os dados obtidos sugerem que os enfermeiros que não dispõem de ocupação

profissional extra-instituição conseguem manter o seu equilíbrio emocional perante situações ou relações negativas, não se deixando manipular por emoções negativas, de forma mais consistente do que os que têm actividade profissional extra-instituição. Por outro lado, os últimos referidos, lidam com as sensações de modo mais apropriado; e percebem fugir a estilos de adaptação negativos, como pensamentos ou reacções negativas, em situações de ansiedade ou de estado de espírito negativo, de melhor forma que os elementos que não têm pluriemprego.

Dos estudos consultados, em nenhum se apresentam resultados que relacionem a variável aqui explorada e a competência emocional, assim, não é possível a referência comparativa com os resultados obtidos por outros autores.

Questão_{3.7} – De que forma os factores profissionais (tempo de exercício profissional, tempo no actual serviço e horas de trabalho semanais) influenciam a IE nos enfermeiros?

O **tempo de exercício profissional** variou entre três meses e 36 anos e nove meses, com um tempo médio de 14 anos (desvio padrão = 8,06).

O tempo de experiência profissional na presente investigação situou-se acima da amostra de Vilela (2006), uma vez que nesse estudo mais de metade dos enfermeiros apresentaram um tempo de serviço abaixo dos seis anos. O mesmo acontece comparativamente aos estudos de Gregório (2008) ou de Agostinho (2010), apesar das amostras se situarem acima dos dez anos de exercício profissional. Ao oposto do estudo desenvolvido por Alves, Ribeiro e Campos (2012) com a amostra de enfermeiros a exercerem funções há 26 anos ou mais.

De acordo com a análise inferencial, verificou-se que a correlação existente entre esta variável independente e as capacidades da variável dependente foi em geral muito baixa. Positivamente para as capacidades da Autoconsciência ($r = 0,135$), Gestão de Emoções ($r = 0,032$), Automotivação ($r = 0,072$) e para a IE global ($r = 0,051$). O estudo de Costa (2009) corrobora este resultado, pois também encontrou a IE positivamente correlacionada com os anos de serviço. Ao contrário do que se passou com as capacidades da Empatia ($r = -0,081$) e da Gestão de Relacionamentos em Grupos ($r = -0,042$), que se correlacionaram negativamente com o tempo de exercício profissional. Este resultado não é corroborado inteiramente pela pesquisa de Agostinho (2010), uma vez que segundo este, os enfermeiros com maior experiência/maturidade profissional apresentaram uma percepção mais frequente das atitudes e capacidades relativas a situações referentes a alguns

comportamentos da Gestão de Emoções (o mesmo se verifica no presente estudo) e de Relacionamentos em Grupos, que nesta investigação se verifica de forma contrária.

A variável independente (tempo de exercício profissional) apresentou correlações significativas com os seguintes factores: *Alterações a nível racional e relacional* ($r = 0,204$; $p = 0,012$), *Controlo usando a razão* ($r = 0,163$; $p = 0,044$), *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($r = -0,222$; $p = 0,006$) e *Atitude serena em situação de conflito* ($r = 0,164$; $p = 0,044$). Conforme conclusão da pesquisa de Diogo (2006), o enfermeiro vai assim desenvolvendo modos de lidar com a experiência emocional no decurso da sua experiência profissional.

O tempo de experiência profissional exerceu influência significativa sobre a variável dependente em estudo, facto que Gregório (2008) não conseguiu demonstrar com a sua investigação, contrariamente àquilo que seria de esperar.

A regressão linear múltipla permitiu identificar alguns modelos explicativos, assim, o tempo de exercício profissional surgiu como preditor significativo das *Alterações a nível racional e relacional* ($p = 0,012$), sendo que quanto maior for o tempo de exercício profissional, melhor se lida com relações ou situações desagradáveis sem permitir que elas alterem o seu comportamento relacional e o seu raciocínio. Também como preditor do *Controlo usando a razão* ($p = 0,005$), em que quanto mais tempo de experiência profissional, maior a racionalização das emoções e dos sentimentos negativos. E por último como preditor da *Atitude serena em situação de conflito* ($p = 0,001$), de modo quão maior o tempo de exercício profissional, melhor atitude face a situações de conflito ou instabilidade dos outros, usando a calma para ouvir.

O **tempo** de desempenho de funções **no actual serviço** oscilou entre 1 mês e 35 anos e 10 meses, com a média de 7,86 anos (desvio padrão = 7,14).

No que concerne à estatística inferencial, as correlações entre o tempo no actual serviço e a quase totalidade dos factores, capacidades e própria IE foi muito baixa; sendo a capacidade da Gestão de Emoções a que apresentou menor correlação ($r = -0,014$) e a Empatia a que se situou no extremo oposto, com o maior valor de correlação ($r = -0,173$). Verificaram-se correlações negativas com todas as dimensões da IE e nela própria, à excepção da capacidade da Autoconsciência ($r = 0,089$) que foi positiva.

Os resultados nesta amostra confirmaram as conclusões apontadas por Dulewicz e Higgs (2004) sobre o impacto das experiências do local de trabalho no processo de desenvolvimento da IE, reflectindo-se nas práticas e nos comportamentos dos colaboradores.

As correlações estatisticamente significativas encontraram-se na capacidade da Empatia ($r = -0,173$; $p = 0,033$) e o seu factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($r = -0,294$; $p = 0,000$), sob influência do tempo no actual serviço.

O tempo o actual serviço apresentou-se como modelo explicativo dos factores *Controlo usando a razão* ($p = 0,047$), *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($p = 0,000$) e da capacidade da Empatia ($p = 0,033$), nos quais foi preditor significativo. Estes resultados permitem demonstrar que a permanência prolongada no mesmo serviço, provavelmente devido à rotina e saturação com o local e/ou condições de trabalho, leva os enfermeiros a um estado de diminuição da capacidade de racionalização das emoções e dos sentimentos negativos; da sensibilidade para perceber e interpretar as emoções dos outros, assim como da capacidade de os saber escutar e aceitar. “Demasiado tempo num serviço, pela falta de mobilidade interna, contribui para um rotina desmotivadora e estagnante” (OE; Universidade Católica Portuguesa, 2004, cit. por AGOSTINHO, 2010, p. 192).

Desse modo, o tempo de desempenho de funções no serviço actual explicou 5,2% da variação do *Controlo usando a razão*, 8,6% do factor *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* e 3% da Empatia.

O presente estudo, não demonstrou alterações significativas na percepção da Automotivação e da Autoconsciência, o que contraria a investigação de Mercadier (2004, cit. por AGOSTINHO, 2010, p. 192), na qual os enfermeiros com menos tempo de serviço receiam cometer mais erros dada a sua inexperiência, assumindo mais frequentemente uma atitude contraída.

Quanto às **horas de trabalho semanais**, variaram entre 35 e 45 horas por semana, em que a média foi 36,51 horas (desvio padrão = 2,38).

Carga semanal idêntica foi também verificada na amostra do estudo de Vilela (2006), em que a larga maioria dos enfermeiros trabalha entre 35 e 42 horas semanais.

No que diz respeito à análise inferencial, esta variável de caracterização profissional apresentou correlações positivas com a IE e com todas as capacidades, com excepção da Automotivação, com a qual se correlacionou de forma contrária. Na sua generalidade as correlações foram muito baixas variando entre a capacidade da Autoconsciência ($r = 0,003$) e a da Automotivação ($r = -0,113$).

Verificaram-se relações estatisticamente significativas nos factores *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* ($r = 0,160$; $p = 0,048$) e *Valoriza a expressão (verbal e não verbal)* ($r = 0,206$; $p = 0,011$), sob influência das horas de trabalho semanais. Depreende-se que, quanto maior for a carga de horas semanais de trabalho, melhor a consciência e identificação das suas emoções, com maior capacidade de resposta

adaptativa a fenómenos negativos (com a sua consequente verbalização ou afastamento). Assim como melhor será a atitude virada para as expressões emocionais enquanto linguagem corporal (como os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal).

Esta variável independente definiu dois modelos explicativos, um com a variável dependente *Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais* ($p = 0,048$) e outro com a *Atitude serena em situação de conflito* ($p = 0,005$). Poderá inferir-se que o aumento das horas de trabalho semanais impulsiona a competência para uma adequação eficaz da resposta a fenómenos negativos, quer identificando-os, quer distanciando-se deles; e promove uma melhor atitude, usando da calma, face a situações de conflito.

Verifica-se ainda que a variabilidade explicada do primeiro factor foi de 2,6% e do segundo de 7,6%.

A respeito do efeito desta variável independente sobre a IE não foram encontradas outras pesquisas que as relacionem, o que não permite a comparação dos resultados obtidos com os de outros autores.

Concluídas a interpretação e discussão de resultados obtidos nos enfermeiros estudados, onde foram abordadas as variáveis referentes à IE e à caracterização da amostra, e antes de seguir para as conclusões; salienta-se a importância da pesquisa dos outros estudos referentes à influência da IE nos enfermeiros, em vários domínios da sua aplicação, que enriqueceram este debate crítico, estimulando a reflexão crítica que articulou a evidência científica com a apreciação pessoal. Contudo, encontrando-se em expansão a literatura e estudos na área da IE, a nível nacional e especialmente na Enfermagem, estes são de facto em número reduzido. Esta situação limitou uma maior comparação dos resultados obtidos, numa área em que as emoções assumem extrema importância e são presença constante.

6 – CONCLUSÕES

Aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é fonte incomensurável de saberes (...)

(COLLIÈRE, 2003, p. 158)

A IE é um factor primordial para a harmonia do ser humano, enquanto pessoa e profissional. Desde a década de 90, tem sido alvo de pesquisas principalmente pela psicologia, embora já existam estudos que comprovam o seu interesse em áreas como a educação e a saúde, permitindo reforçar a sua importância em profissões de ajuda, cuja ferramenta de trabalho é a relação interpessoal. A realização de um estudo sobre a IE nos enfermeiros permitiu uma maior percepção da sua importância neste grupo profissional. É preciso que os enfermeiros estejam conscientes da sua própria competência emocional, para que o seu comportamento se adapte às situações vivenciadas. E, ser mais competente, implica ter mais capacidade de lidar consigo próprio e com as pessoas com as quais se relaciona no seu quotidiano.

Os comportamentos e atitudes percebidos pelos elementos da amostra baseados nas cinco capacidades da IE – Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos – estão implicados no processo de cuidados e na relação terapêutica. O seu desenvolvimento permite ao enfermeiro um melhor desempenho profissional, uma melhor adaptação às mudanças e particularidades do meio onde se insere e, igualmente, o fornecimento de respostas mais adequadas às situações que são originadas pela condição clínica dos clientes.

O propósito maior do presente estudo, desde o início, foi trazer o seu contributo para a prática clínica, com vista ao desenvolvimento de cuidados competentes, uma vez que a qualidade dos serviços de saúde constitui uma preocupação que envolve a todos. Através destas considerações, fica ilustrada a pertinência da problemática em estudo.

Ao terminar este percurso, pretende-se tecer algumas apreciações sintéticas, acerca dos aspectos fulcrais dos resultados obtidos durante a investigação, e que vão de encontro ao principal objectivo proposto: *determinar a influência dos factores sociodemográficos e profissionais sobre a IE, segundo a autopercepção dos enfermeiros do Hospital Sousa Martins*. Para a parte final é deixada a referência às limitações encontradas e a proposta de sugestões que emergiram, em torno da temática.

Mantendo o fio condutor que pautou a apresentação dos capítulos anteriores, as evidências concluídas são clarificadas em função das questões de investigação enunciadas, pretendendo assim demonstrar a concretização do objectivo apontado:

Assim, em resposta à questão: **Quais são as características da IE nos enfermeiros?** Verificou-se que os enfermeiros inquiridos reconhecem «frequentemente» as suas emoções e a forma como estas afectam os outros; «por norma» gerem as emoções de modo apropriado e mantêm-se optimistas em relação aos problemas, contrariedades ou frustrações; «por norma» e até «frequentemente» têm sensibilidade suficiente para interpretar as emoções dos outros e «por norma» conseguem manter relações de convívio harmonioso isento de atritos, resolvendo os conflitos de forma eficiente. A nível global «por norma» actuam de forma competente emocionalmente.

É de realçar que o perfil contextual que emergiu nos enfermeiros estudados se situa em nível mais baixo do que, à partida, se expectava. Contudo, os resultados obtidos, só possíveis nesta amostra e no seu contexto específico de trabalho, imprime-lhes características únicas e irrepetíveis. Como se trata de um constructo fragmentado e operacionalizado em cinco capacidades, o conceito de IE não é homogéneo, pelo que os enfermeiros estudados poderão melhorar essas dimensões da IE.

No que concerne à questão: **Em que medida os factores sociodemográficos (género, idade e estado civil) influenciam a IE nos enfermeiros?** os resultados evidenciaram que os participantes do **género** feminino são os que mais recorrem ao isolamento, preferindo ficar sozinhos longe de provocações, ou procurar uma distração com outros assuntos, como mecanismos de adaptação, ao serem envolvidos por sentimentos desagradáveis. Possuem uma melhor capacidade de reconhecer as emoções nos outros (Empatia), o que é uma mais-valia no desenvolvimento da relação de ajuda. E, valorizam mais as expressões verbais e não-verbais como os gestos, a voz, o olhar e a consonância entre as palavras e a atitude corporal. Enquanto os do género masculino reconhecem maior tendência para actuar como pessoas mais positivas, racionais, observadoras, flexíveis e autónomas e recorrem mais ao controlo das suas emoções através da actividade física ou da prática de desporto.

A influência da **idade** e do **estado civil** não se verificou, de forma significativa, na IE nos enfermeiros estudados.

Relativamente à questão: **De que forma os factores socioprofissionais (habilitações académicas, categoria profissional, tempo de exercício profissional, tipo de horário, serviço, tempo no serviço actual, horas de trabalho semanais, tipo de vínculo e ocupação profissional extra-instituição) influenciam a IE nos enfermeiros?**

foram detectadas variáveis que influenciaram os factores e capacidades da IE dos enfermeiros.

No que respeita às **habilitações académicas**, os resultados não demonstraram a sua influência significativa sobre a competência emocional dos enfermeiros.

Mas, analisando a influência da **categoria profissional**, aferiu-se que à medida que os enfermeiros progridem na carreira profissional, vão ficando menos sensíveis aos sentimentos dos outros, mostrando menos apetência para saber escutar e desvalorizando a linguagem não-verbal afectuosa como os gestos ou a expressão facial.

Em relação ao **tempo de exercício profissional** verificou-se que no decurso das experiências profissionais se vai deixando para segundo plano as expressões emocionais como os gestos ou o olhar, no relacionamento de proximidade ao outro. Além deste facto, aquela variável apresentou-se com preditor significativo de aspectos da competência emocional. Infere-se que quanto maior o tempo de serviço dos enfermeiros, mais adequado é o seu comportamento emocional perante relações conflituosas, demonstrando calma para ouvir, mesmo quando os outros se mostram mais instáveis, pois vão adquirindo a capacidade de examinar essas situações relativizando-as, o que contribui para o controlo dos pensamentos menos ajustados.

Quanto ao **tipo de horário** praticado, os enfermeiros em horário fixo não consideram que alteram o seu comportamento relacional quando estão perante sentimentos desagradáveis. Tentam raciocinar sem fazer juízos, analisando a situação por outro prisma, e mobilizam-se na substituição de sentimentos negativos, como a fúria ou a raiva, por pensamentos positivos.

O **tipo de serviço** também influenciou significativamente a amostra, pois aferiu-se que os profissionais que desenvolvem a sua actividade em serviços diferenciados, têm uma tendência ligeiramente superior aos outros, para se reconhecerem como pessoas seguras e independentes, não se deixando invadir por pensamentos de auto piedade ou cedendo a humilhações. Os resultados encontrados nesta pesquisa sugerem que os profissionais com determinados perfis de inteligência emocional têm um melhor desempenho quando exercem funções na tipologia de serviço para a qual têm maior aptidão.

O **tempo no actual serviço** demonstrou ser um preditor válido da habilidade de colocar-se no lugar dos outros, sabendo escutar, ou interpretar as suas emoções, aceitando-as. Aferiu-se que os profissionais que trabalham há mais tempo no mesmo serviço, demonstram cada vez menos estas competências, assim como a aptidão para associar uma atitude orientada para as expressões emocionais. Inversamente ao que se detectou com o tempo de serviço, a permanência prolongada no mesmo serviço, provavelmente devido ao

contacto com a mesma realidade há muito tempo e à falta de diversidade de experiências emocionais, contribui para a diminuição da capacidade de racionalização das emoções decorrentes de eventos negativos.

À medida que as **horas de trabalho semanais** aumentam, o convívio prolongado com aqueles com quem se relacionam, contribui para se apreciar cada vez mais a importância da afinidade criada na interação comunicacional verbal, assim como da linguagem não-verbal. Esta variável profissional foi ainda considerada um preditor significativo dos seguintes factos: o aumento da carga horária semanal impulsiona o desenvolvimento de respostas eficazes, adequadas aos fenómenos negativos; assim como da competência para a consciencialização das próprias emoções.

Na variável **tipo de vínculo**, verificou-se que os enfermeiros com vínculo contratual mais instável lidam melhor com as emoções e de forma mais consciente para decidir o que fazer com os próprios sentimentos, em oposição aos enfermeiros com vínculo laboral mais estável. Mas por outro lado, são os que mais se deixam influenciar por relações ou situações negativas, evidenciando mais angústia e preocupação, o que poderá dever-se à sua situação laboral indefinida, sem estabilidade contratual, e ainda não terem definido o seu estatuto junto dos seus pares. São também os que se encontram mais receptivos aos benefícios da comunicação e das expressões não-verbais no relacionamento humano.

Os resultados obtidos ressaltam que os enfermeiros sem **ocupação profissional extra-instituição** são os que menos se deixam contagiar por emoções negativas e conseguem manter o seu equilíbrio emocional. No entanto, quando experienciam impulsos/emoções desagradáveis, são os que percebem menor autodomínio sobre eles, incorrendo em pensamentos ou reacções incómodos, sem pensar antes de agir.

Para finalizar, e fazendo uma resenha dos modelos explicativos das três últimas variáveis profissionais: o tempo de exercício profissional explica 4,2% das alterações do comportamento relacional e da capacidade de raciocínio face a sentimentos desagradáveis; o tempo no actual serviço explica 8,6% da atitude orientada para as expressões emocionais, ou seja, os gestos, a voz, o olhar, e a consonância entre as palavras e a atitude corporal, e 3% da capacidade da Empatia; e, as horas de trabalho semanais explicam 2,6% da percepção e identificação das próprias emoções, como sendo capazes de as verbalizar e até mesmo de as afastar no caso de emoções negativas. O tempo de exercício profissional em conjunto com o tempo no actual serviço, explicam 5,2% do controlo usando a razão em situações de fúria ou raiva, tentando raciocinar sem julgar, examinando a situação e adoptando pensamentos positivos; e, associado às horas de trabalho semanais explicam 7,6% da atitude serena, fazendo uso da calma para ouvir, em situação de conflito.

Pelo evidenciado de forma sequencial, parece não haver dúvidas de que o objetivo da investigação foi cumprido na sua plenitude.

Os resultados obtidos são considerados adequados ao objectivo proposto, às questões de investigação enunciadas e às características da amostra, podendo fornecer importantes contributos aos enfermeiros. Mas o estudo só estará concluído olhando retrospectivamente para esses resultados e vislumbrando novos caminhos, no sentido de incentivar o desenvolvimento de novas perspectivas na área das competências profissionais, pessoais e sociais dos enfermeiros. Assim, partilham-se de seguida algumas sugestões que se consideram pertinentes, direccionadas à gestão, à formação e à instituição.

Sugestões

Acredita-se que as pessoas com mais IE têm maiores probabilidades de sucesso na vida. Assim sendo, a lacuna de competências de IE pode ser determinante na performance dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, independentemente do seu nível hierárquico ou da sua experiência profissional.

A administração das competências interpessoais e emocionais toma, no âmbito da gestão da saúde, um papel preponderante. Partindo do pressuposto que existem factores comportamentais determinantes da competência emocional, usados adequadamente, poderão constituir um pequeno contributo numa área tão vasta e complexa como é a gestão dos recursos humanos. Uma vez que os superiores hierárquicos são os responsáveis pelo incentivo ao desenvolvimento da IE dos seus subordinados, sugere-se o estudo da competência emocional direccionado para a gestão em Enfermagem. Seria também benéfico, a promoção de reuniões de serviço, ou sessões de debate, onde a compreensão e a partilha dos sentimentos da equipa poderão constituir um foco de enriquecimento.

A insuficiente preparação percebida pelos profissionais do cuidar, para lidar com as emoções a nível intra e interpessoal, poderá ser colmatada através do desafio de inclusão dos perfis das competências emocionais na formação, com consequente impacto no desempenho profissional. Será também interessante realizar estudos com amostras antes e após a realização de formação nesta área, dando a conhecer o tipo de contributo para o desenvolvimento pessoal. Assim como levar a cabo estudos comparativos entre os resultados obtidos numa amostra de enfermeiros de meio hospitalar, com uma amostra de enfermeiros de cuidados de saúde primários, no sentido de determinar quais as variáveis que determinam a sua IE num e noutro contexto.

As organizações de saúde são locais com um grande peso emocional e onde são esperados comportamentos profissionais considerados apropriados. Para isso, é importante que integrem um grupo coeso, em que todos caminham no mesmo sentido, e isso, dependente da motivação emocional dos profissionais. Há necessidade de reconhecer a dimensão emocional destes, de modo a usar as suas atitudes construtivas para que assim contribuam activamente para os objectivos do colectivo. A proposta é que no plano dos gabinetes de formação e desenvolvimento profissional das instituições, a par dos temas técnicos, se comece a contemplar também a aprendizagem e desenvolvimento s capacidades da IE. Os ganhos que se podem obter não serão somente individuais, mas também do cliente, do grupo e de toda a organização.

Com este estudo, espera ter-se contribuído para a reflexão da necessidade de não ser descurada a importância da IE no sucesso profissional dos enfermeiros; desde a prática desenvolvida, em consequência da qualidade dos cuidados prestados ao cliente, à gestão de recursos humanos mais eficaz, assim como o conhecimento de algumas variáveis relativas a este tipo de inteligência. Ou de forma simplificada, mas possivelmente utópica, instigar o desenvolvimento de uma filosofia, no seio das organizações de saúde, centrada na valorização do factor humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, Luís Miguel C. F. – **Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos**. 1.^a ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2010. 212 p. ISBN 978-989-8269-08-9.

ALVES, José António C.; RIBEIRO, Célia; CAMPOS, Sofia – A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283. Série III, n.º 7 (Julho 2012), p. 33-42.

AREIAS, Joana A. – **A inteligência emocional na formação em gestão da saúde: estudo de caso e proposta de modelo de avaliação**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010. 87 p. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

AUGUSTO LANDA, José Maria [et al.] - Relation entre burnout e inteligência emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral em profesionales de enfermeira. Ansiedad y Estrés. Universidad de Jaén. ISSN 1134-7937. Vol. 12, n.º 2-3 (2006), p. 479-493.

BRANCO, Maria Augusta R. V. – **Competência emocional: um estudo com professores**. 1.^a ed. Coimbra: Quarteto, 2004. 126 p. ISBN 989-558-033-9.

BRANCO, Maria Augusta R. V. – **Competência emocional em professores: um estudo em discursos do campo educativo**. Porto: Universidade do Porto, 2005. 517 p. Tese de doutoramento em Ciências da Educação, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

BRANCO, Maria Augusta R. V. – **Competência emocional em enfermeiros: cuidar de crianças fragilizadas**. In JORNADAS DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA DA MADEIRA, 1, Funchal: Centro Hospitalar do Funchal, 2007.

BULIK, Nina - Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. International journal of occupational medicine and environmental health [em linha]. Vol. 18, n.º 2 (2005), p. 167-175. [Consult. 2 Maio 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.biomedsearch.com/nih/Emotional-intelligence-in-workplace-exploring/16201208.html>>. ISSN 1232-1087.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Cuidar...a primeira arte da vida**. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2003. 448 p. ISBN 978-972-8383-53-3.

COSTA, Alexandra M. G. – **Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros**. Faro: Universidade do Algarve, 2009. 123 p. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve.

COSTA, Alexandra; JESUS, Saúl N. – Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 23, n.º 270 (Junho 2011), p. 20-24.

COSTA, Marisa; FARIA, Luísa. – **Inteligência emocional e satisfação profissional de enfermeiros e voluntários** In CONGRESSO INTERNACIONAL GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA, 10, Braga, 2009: actas. Braga: UNIVERSIDADE DO MINHO, 2009. ISBN 978-972-8746-71-1. p. 4467-4475.

COTOVIO, Vítor V. – **Procura de si e liderança: Conheço(-me) e lidero(-me)**. 1.^a ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2007. 204 p. ISBN 978-972-21-1880-4.

CUMMINGS, Greta; HAYDUK, Leslie; ESTABROOKS, Carole - Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership. Nursing Research. Mineápolis. ISSN 0029-6562. Vol. 54 (1) (Janeiro/Fevereiro 2005) p. 2-12.

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL – Princípios éticos para a investigação médica em seres humanos [em linha]. Porto: ARS Norte, 2010. [Consult. 26 Set. 2011]. Disponível em WWW:[URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

DIOGO, Paula – **A vida emocional do enfermeiro: uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. 1.^a ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda., 2006. 262 p. ISBN 972-8485-70-0.

DULEWICZ, Victor; HIGGS, Malcolm – Can emotional intelligence be developed? The International journal of Human Resource Management [em linha]. Vol. 15, n.º 1 (Fevereiro 2004). p. 95-111. [Consult. 4 Mai. 2013]. Disponível em WWW: <[URL:http://eprints.soton.ac.uk/51422/](http://eprints.soton.ac.uk/51422/)>. ISSN 0958-5192.

ÉSPINEY, Luísa d` [et al.] - **Implementação do processo de Bolonha a nível nacional: grupos por área de conhecimento**. Lisboa: 2004. Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian. 32 p.

FERREIRA, Margarida S. – Risco de saúde dos enfermeiros no local de trabalho. Revista Sinais Vitais. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 59 (Março 2005), p. 29-35.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 618 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GARDENSWARTZ, Lee; CHERBOSQUE, Jorge; ROWE, Anita – **Inteligência emocional na gestão de resultados: Controle a forças das emoções de modo a poder equilibrar as diferenças, formar equipas mais engajadas e criar organizações mais saudáveis**. 1.ª ed. São Paulo: Clío editora, 2012. 232 p. ISBN 978-85-7831-109-4.

GOLEMAN, Daniel – **Trabalhar com inteligência emocional**. 3.ª ed. Lisboa: Temas e Debates, 2005. 389 p. ISBN 972-759-180-9.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência emocional**. 17.ª ed. Lisboa: Temas e Debates, 2012. 375 p. ISBN 978-989-644-090-9.

GONÇALVES, Marta O. S. M. – **A inteligência emocional em jovens estudantes do 12.º ano de escolaridade: um estudo exploratório**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2006. 292 p. Dissertação de mestrado em Psicologia Educacional apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

GREGÓRIO, Fernando António S. – **Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros**. Faro: Universidade do Algarve, 2008. 163 p. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde, apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Algarve.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – **Framework of competencies for the nurse specialist** [em linha]. Genève: ICN – International Council of Nurses, 2009. [Consult. 14 Junho 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=7465>>. ISBN: 978-92-95065-55-0. 40 p.

JESUS, HÉLVIO J. – **Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem**. Porto: Universidade do Porto, 2004. 440 p. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

JOSÉ, Helena – **Humor nos cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 183 p. ISBN 972-8383-34-7.

MARQUES, Goreti F. S. – **Satisfação profissional dos enfermeiros do IPO do Porto**. Viseu: Universidade Católica Portuguesa, 2005. Dissertação de mestrado em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde, apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

MÄRTIN, Doris; BOECK, Karin – **QE: O que é a inteligência emocional**. 2.^a ed. Cascais: Editora Pergaminho Lda., 2002. 208p. ISBN 978-972-7111-57-2.

MERCADIER, Catherine – **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente**. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2004. 341 p. ISBN 972-8383-82-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2012. 24 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Dados estatísticos: 2000-2012** [em linha]. Lisboa: ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2013. [Consult. 27 Março 2013]. Disponível em: <URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/7/zoomed>. 42 p.

PAÚL, Maria Constança; FONSECA, António Manuel – **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 202 p. ISBN 978-972-796-008-8.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João N. – **Análise de dados para ciências sociais a complementaridade do SPSS**. 5.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008. 692 p. ISBN 978-972-618-498-0.

QUEIRÓS, Paulo J. P. – **Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lda., 2005. 300 p. ISBN 972-8485-47-5.

REPE/ORDEM DOS ENFERMEIROS – **REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros**. Divulgar. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2012. 94 p.

RODRIGUES, Custódio – **Motivação**. 1.^a ed. Porto: Edições Contraponto, 1998. 420 p. ISBN 978-972-646-104-3.

VILELA, António Carlos L. – **Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida**. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006. 194 p. Dissertação de mestrado em Gestão Pública, apresentada à Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

APÊNDICES

APÊNDICE I**Declaração de Consentimento do Participante**

Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**Investigador Principal:** António Madureira Dias**Investigadores Colaboradores:** Dora Teixeira, Elisabete Adem e Jorge Santos

Reconheço que todos os procedimentos relativos à investigação em curso foram claros e responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e no desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar. Percebo as condições e procedimentos, vantagens e riscos em participar neste estudo.

Asseguraram-me que os processos que dizem respeito ao estudo serão guardados de forma confidencial e que nenhuma informação será publicada ou comunicada, colocando em causa a minha privacidade e identidade.

Compreendo que sou livre de abandonar o estudo a qualquer momento.

Pelo presente documento, declaro que autorizo participar no estudo. Preenchendo o questionário que se segue, para recolha de dados.

Data: ____/____/2011

Assinatura do Participante _____

ANEXOS

ANEXO I**Instrumento de colheita de dados**

Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO
Unidade Científico Pedagógico - Enfermagem Médico-Cirúrgica

COD: _____

QUESTIONÁRIO

Os estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu, no âmbito da unidade curricular de Relatório Final, estão a desenvolver trabalhos de investigação, com temáticas distintas que servirão de base às respectivas dissertações de final de curso. As temáticas abordadas são as seguintes: **Mobbing nos Enfermeiros (Enfª Dora); Inteligência Emocional nos Enfermeiros (Enfª Elisabete) e Trabalho por Turnos: Que Consequências...(Enfº Jorge).**

Como tal solicitamos a sua colaboração na obtenção de dados, bastando para isso responder às questões que lhe são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

Assim sendo:

- As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão utilizadas para outro fim que não o da presente investigação;
- Não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Gratos pela sua colaboração e disponibilidade prestada.

Grupo I

1. Idade _____ anos
2. Sexo
 1. Feminino
 2. Masculino
3. Estado Civil
 1. Solteiro(a)
 2. Casado(a) /União de facto
 3. Divorciado(a) /Separado(a)
 4. Viúvo(a)
- 3.1. Tem filhos menores? Sim Não
4. Habilitações Académicas
 1. Bacharelato
 2. Licenciatura
 3. Pós-Graduação
 4. Mestrado
 5. Doutoramento
 6. Pós-Doutoramento
 7. Outro Qual? _____
5. Categoria Profissional
 1. Enfermeiro
 2. Enfermeiro Graduado
 3. Enfermeiro Especialista
 4. Enfermeiro Chefe
 5. Enfermeiro Supervisor
 6. Enfermeiro Director
 7. Outro Qual? _____
6. Tempo de exercício profissional: _____ meses/ _____ anos
7. Tipo de horário que pratica?
 1. Fixo
 2. Rotativo
 3. Outro Qual? _____
- 7.1. Há quanto tempo trabalha no actual regime: _____ meses/ _____ anos
8. Serviço onde exerce a sua actividade principal? _____
- 8.1. Há quanto tempo se encontra nesse serviço? _____ meses/ _____ anos
9. Número de horas de trabalho semanal: _____ horas/semana
10. Qual o seu vínculo laboral com a instituição onde trabalha?
 1. Regime de contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado
 2. Contrato individual de trabalho por tempo indeterminado
 3. Contrato individual de trabalho a termo certo
 4. Trabalhador independente (recibos verdes)
 5. Outro Qual? _____

11. Se as condições de trabalho e a remuneração fossem exactamente iguais, optaria por que tipo de horário?

1. Horário fixo
 2. Horário por turnos

12. Tem ocupação profissional extra - instituição? Sim Não

12.1. Se respondeu afirmativamente, quantas horas trabalha por semana: _____ horas

12.2. Se respondeu afirmativamente, enumere duas ou mais razões que o levaram a optar pelo pluriemprego:

1. Maior satisfação profissional
 2. Melhor retribuição salarial
 3. Ocupação de tempos livres
 4. Outras Quais? _____

Grupo II

13. Já ouviu falar em Mobbing /Assédio Moral? Sim Não

Se, respondeu Sim, tente responder às questões seguintes, caso tenha respondido Não passe à questão 18:

14. Já alguma vez presenciou, no seu local de trabalho, algum caso de Mobbing?

Sim Não

14.1. Quem era o agressor?

1. Um colega
 2. De vários colegas
 3. Do seu superior hierárquico
 4. De um médico
 5. De um Assistente operacional
 6. Outro Qual? _____

14.2. Que idade tinha o agressor? 20 – 30 anos

31 – 40 anos

41 – 50 anos

51 – 60 anos

> 60 anos

15. Tem consciência, se já foi ou poderá estar a ser vítima de abuso psicológico por parte de algum colega ou superior hierárquico que, adopta comportamentos hostis que o fazem sentir-se mal?

Sim Não

15.1. Durante quanto tempo considera ter acontecido?

1. Estou a ser vítima de mobbing
 2. Durou 1 mês
 3. Durou cerca de 6 meses
 4. Durou cerca de 12 meses
 5. Nunca dei por isso
 6. Outro Qual? _____

16. Tendo presenciado ou vivenciado abuso psicológico no seu local de trabalho, que consequências derivaram desse acontecimento? (pode assinalar uma ou mais opções, consoante as que considera terem sucedido).

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Depressão | <input type="checkbox"/> |
| 2. Atestado médico | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ansiedade, pesadelos e insónias | <input type="checkbox"/> |
| 4. Medo e Insegurança | <input type="checkbox"/> |
| 5. Manifestações físicas (diarreia, vômitos, náuseas, tonturas, dores...) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Isolamento social | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alterações no seio familiar | <input type="checkbox"/> |
| 8. Outro(s) | <input type="checkbox"/> |
- Qual/Quais? _____

17. Da lista de estratégias apresentada qual ou quais as que utilizou ou utiliza para superar o abuso psicológico de que é ou foi alvo.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Indiferença perante as situações de abuso | <input type="checkbox"/> |
| 2. Reage com humor | <input type="checkbox"/> |
| 3. Procura identificar em que consiste a estratégia hostil | <input type="checkbox"/> |
| 4. Toma nota e recolhe elementos que comprovam as ofensas de que é alvo | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dá conhecimento às pessoas responsáveis e competentes, relacionadas com a sua profissão (sindicatos, administradores, superiores hierárquicos...) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aprende a não se deixar perturbar e não entra no jogo do agressor | <input type="checkbox"/> |
| 7. Procura ajuda psicológica profissional | <input type="checkbox"/> |
| 8. Procura apoio de pessoas de confiança (familiares, amigos...) | <input type="checkbox"/> |
| 9. Recorre a apoio jurídico | <input type="checkbox"/> |
| 10. Arranja desculpas e afasta-se do local de trabalho | <input type="checkbox"/> |
| 11. Outro (s) | <input type="checkbox"/> |
- Qual/Quais? _____

18. De seguida, encontrará uma lista com diferentes situações ou condutas de **Mobbing/Assédio Moral (Escala Lipt 60)** que, poderá estar a sofrer no seu local principal de trabalho. Referindo-se a esse local de trabalho, assinale com uma cruz de acordo com a legenda abaixo descrita:

1 = Absolutamente Nada 2 = Um pouco 3 = Moderadamente 4 = Muito 5 = Extremamente

SITUAÇÕES OU CONDUTAS DE ASSÉDIO NO SEU LOCAL DE TRABALHO (GONZÁLEZ DE RIVIERA & RODRIGUES ABUÍN, 2003)	1	2	3	4	5
1. Os seus superiores não o/a deixam expressar ou dizer aquilo que tem a dizer					
2. Interrompem-no(a) quando fala					
3. Os seus colegas colocam-lhe entraves para se expressar ou não o/a deixam falar					
4. Gritam-lhe ou repreendem-no(a) em voz alta					
5. Criticam o seu trabalho					
6. Criticam a sua vida privada					
7. Recebe telefonemas ameaçadores, insultantes ou acusadores					
8. Ameaçam-no(a) verbalmente					

9. Recebe escritos e notas ameaçadoras					
10. Não olham para si, ou então olham-no (a) com desprezo ou gestos de recusa					
11. Ignoram a sua presença, não respondem às suas perguntas					
12. As pessoas deixaram ou estão a deixar de se dirigir a si ou de falar consigo					
13. Não consegue falar com ninguém, todos o/a evitam					
14. Atribuem-lhe um lugar de trabalho que o/a mantém isolado(a) do resto dos seus colegas					
15. Proíbem os seus colegas de trabalho de falar consigo					
16. Em geral, ignoram-no(a) e tratam-no (a) como se fosse invisível					
17. Caluniam-no/a e falam nas suas costas					
18. Fazem circular rumores falsos ou infundados sobre si					
19. Ridicularizam-no (a), gozam consigo					
20. Tratam-no (a) como se fosse um/a doente mental ou dão a entender que o é					
21. Tentam obrigá-lo/a a fazer um exame psiquiátrico ou uma avaliação psicológica					
22. Riem-se de alguma malformação ou defeito físico que possa ter					
23. Imitam a sua forma de andar, a sua voz, os seus gestos para o/a ridicularizar					
24. Criticam ou riem-se das suas convicções políticas ou das suas crenças religiosas					
SITUAÇÕES OU CONDUTAS DE ASSÉDIO NO SEU LOCAL DE TRABALHO (GONZÁLEZ DE RIVIERA & RODRIGUES ABUÍN, 2003)	1	2	3	4	5
25. Ridicularizam ou riem-se da sua vida privada					
26. Gozam com a sua nacionalidade, procedência ou lugar de origem					
27. Atribuem-lhe um trabalho humilhante					
28. O seu trabalho é avaliado de forma parcial, injusta e mal intencionada					
29. As suas decisões são sempre questionadas ou contrariadas					
30. Dirigem-lhe insultos ou comentários obscenos ou degradantes					
31. Fazem-lhe declarações, insinuações ou gestos sexuais					
32. Não lhe atribuem tarefas novas, não tem nada para fazer					
33. Cortam-lhe as suas iniciativas, não lhe permitem desenvolver as suas ideias					
34. Obrigam-no/a fazer tarefas absurdas ou inúteis					
35. Atribuem-lhe tarefas muito inferiores à sua competência					
36. Sobrecarregam-no (a) sem cessar com tarefas novas e diferentes					
37. Obrigam-no (a) a realizar tarefas humilhantes					
38. Atribuem-lhe tarefas para as quais não está preparada, pelo que é muito provável que fracasse ao realizá-las					
39. Obrigam-no (a) a realizar trabalhos nocivos ou perigosos					
40. Ameaçam-no (a) com violência física					
41. Recebe ataques físicos leves, como advertência					
42. Atacam-no (a) fisicamente sem nenhuma consideração					
43. Proporcionam-lhe gastos, de propósito, para o/a prejudicar					
44. Provocam-lhe danos na sua casa ou no seu lugar de trabalho					
45. Recebe agressões sexuais físicas directas					
46. Provocam danos aos seus bens ou à sua viatura					
47. Manipulam as suas ferramentas de trabalho (ex. apagam ficheiros do seu computador)					
48. Privam-no/a de alguns dos seus bens, documentos ou ferramentas de trabalho					
49. Entregam relatórios confidenciais e negativos sobre si, sem o/a avisarem nem lhe darem uma oportunidade para se defender					
50. As pessoas que o/a apoiam recebem ameaças, ou pressões para que se afastem					
51. Devolvem, abrem ou interceptam a sua correspondência					
52. Não lhe passam os telefonemas, ou dizem que não está					

53. Perdem ou esquecem os seus pedidos ou encargos para si					
54. Calam ou minimizam os seus esforços, êxitos e sucessos					
55. Ocultam as suas habilidades e competências especiais					
56. Exageram as suas falhas e erros					
57. Informam mal sobre a sua permanência e dedicação					
58. Controlam o seu horário de uma forma muito restrita					
59. Quando solicita uma autorização, seminário/formação ou actividade à qual tem direito, negam-lho ou colocam-lhe obstáculos e dificuldades					
60. Provocam-no(a) para o /a obrigar a reagir emocionalmente					

Grupo III

Neste grupo, encontrará as questões relativas à Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (2004), adaptada a enfermeiros por A.C. Vilela (2006). Aborda os cinco grupos de capacidades da Inteligência Emocional (Autoconsciência, Gestão de emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de relacionamento em grupos). Leia atentamente as afirmações seguintes e assinale com uma cruz a que corresponde à sua opinião.

I							
1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que estes sentimentos me invadem							
b) Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino pensando nos pormenores que me fizeram sentir mal							
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento							
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por exemplo, se é raiva, ódio, desprezo... consigo defini-los							
e) Independentemente dos sentimentos que me invadem, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites							
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los							
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus pensamentos negativos							
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir e consigo verbaliza-lo; por exemplo suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.							
i) Outra:							
2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Altera-se a minha capacidade de atenção							
b) Diminuí o meu nível de raciocínio							
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo, eufórico(a) ...							
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo							
e) Outra:							

3. Reconheço que tenho tendência a actuar como uma pessoa:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Instável, com várias mudanças de humor							
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta							
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos							
d) Positiva, encaro a vida pela positiva							
e) Ruminativa, sempre a "matutar"							
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias							
g) Azarada, não tenho sorte na vida							
h) Autónoma, independentemente dos medos e outras opiniões							
i) Outra:							
II							
1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido(a) por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomo normalmente uma atitude:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria							
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distracção							
c) Fiquei sozinho(a) a "arrefecer" simplesmente							
d) Fiz exercício físico activo (aeróbio)							
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira							
f) Olhei para a situação/facto de outro prisma, reavaliei a causa da ira							
g) Outra:							
2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera) normalmente:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a)							
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/actitudes que o causaram							
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação antes de me deixar invadir pela fúria							
d) Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar e tento partir para um raciocínio positivo							
e) Outra:							
3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite							
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer							
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles é uma maneira de aprender a lidar com eles							
d) Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível							
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa							

f) Outra:							
4. Quando me sinto em depressão, verifico que:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes							
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso							
c) Acabo por me isolar, não tenho paciência para nada							
d) Outra:							
III							
1. Reconheço-me como uma pessoa:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar							
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio							
c) Que quando está de mau humor, só o assola recordações negativas							
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal)							
e) Derrotista (não tem sorte na vida)							
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração							
g) Capaz de sair de qualquer sarilho							
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas							
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis							
j) Outra:							
2. Imagine uma actividade profissional (tratar/atender um doente). Durante a actividade, normalmente sinto que:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia							
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam							
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas							
d) Sou assaltado por pensamentos ("Será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?")							
e) Experimentando sensações de prazer (gozo pessoal)							
f) Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem							
g) Quanto mais criativo é o trabalho mais me absorve							
h) Outra:							

3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional) sinto que:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Penso no facto e rumino a humilhação							
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude temporizadora							
c) Invade-me a autopiedade							
d) Invade-me o desprezo, o rancor							
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim							
f) Outra:							
IV							
1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) "Registar"/ perceber os sentimentos dos outros							
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras							
c) "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.)							
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras							
e) Outra:							
2. Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe)							
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa							
c) O tom de voz							
d) A direcção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direcções)							
e) Os gestos (mãos, corpo)							
f) Outra:							
3. No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta que:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir							
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável							
c) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta							
d) Outra:							

V							
1. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações sociais, pessoais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam, que:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
	a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir						
b) Ajusto-me emocionalmente aos sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim							
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos							
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos							
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo							
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções							
g) Nas minhas relações com os outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam							
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos							
i) Outra:							
2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:	Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre
a) Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los							
b) Ter sensibilidade para reconhecer o que os outros estão a sentir							
c) Entrar em "sincronismo de estado de espírito"							
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa							
e) Preferir colocar-me frente a frente							
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam							
g) Outra:							

Grupo IV

19. Para a pesquisa Trabalho por Turnos: Que Consequência..., o instrumento de colheita de dados é o Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT), traduzido do Standar Siftwork Index (ou SSI) por Silva (1995), recentemente adaptado para a população portuguesa. O EPTT é portanto, uma "bateria" padronizada de questionários e escalas composta por várias questões. Os questionários e escalas do EPTT dispõem-se na seguinte ordem: dados individuais, sono e fadiga, saúde e bem-estar e situação social e doméstica.

SATISFAÇÃO GERAL DO TRABALHO

As questões que se seguem dizem respeito à satisfação geral com o trabalho e não à sua satisfação com o regime de turnos. Por favor, em cada questão coloque um círculo no algarismo apropriado, utilizando a classificação abaixo indicada.

1= Discordo completamente	2= Discordo Ligeiramente	3= Discordo	4= Neutro	5= Concordo ligeiramente	6= Concordo	7= Concordo completamente
(a) No geral, estou muito satisfeito(a)						
(b) Penso frequentemente em abandonar este trabalho						
(c) No geral, sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço						
(d) A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que desempenham						
(e) As pessoas, neste trabalho, pensam frequentemente em abandoná-lo						

O SEU SONO

Encontra a seguir uma série de questões relacionadas com o sono, havendo para cada cinco alternativas de resposta. Por favor, para cada uma das questões, assinale com uma cruz, a resposta que melhor responde à sua situação.

1) O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme?	Precisava de dormir muito mais	Precisava de dormir mais	Durmo o que preciso	Durmo mais do que preciso	Durmo muito
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

2) Qual é a sua percepção em relação à qualidade do seu sono?	Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

3) Normalmente como se sente depois de dormir?	Nada repousado	Não muito repousado	Repousado	Muito repousado	Muitíssimo repousado
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

4) Alguma vez acorda mais cedo do que pretendia?	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

5) Tem dificuldade em adormecer?					
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

6) Toma comprimidos para dormir?					
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

7) Toma bebidas alcoólicas para ajudar a dormir?					
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

8) Alguma vez se sente cansado?					
Entre turnos seguidos					
Em dias de folga seguidos					

ESCALA DE FADIGA CRÓNICA

As afirmações que se seguem dizem respeito a como geralmente se sente, quando o cansaço ou energia, independentemente de ter dormido o que precisa, ou ter estado a trabalhar muito. Por favor, indique em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao seu caso. Coloque uma cruz na resposta apropriada.

	De modo nenhum	Um pouco	Muitíssimo
(a) Geralmente sinto que estou cheio(a) de energia			
(b) Habitualmente sinto-me esgotado(a)			
(c) Geralmente sinto-me muito activo(a)			
(d) Sinto-me cansado(a) a maior parte do tempo			
(e) Geralmente sinto-me cheio(a) de vigor			
(f) Habitualmente sinto-me mole			
(g) Geralmente sinto-me desperto(a)			
(h) Frequentemente sinto-me extenuado(a)			
(i) Habitualmente sinto-me cheio(a) de vida			
(j) Sinto-me abatido(a) a maior parte do tempo			

ESCALA GERAL DE SAÚDE

As perguntas que se seguem dizem respeito ao modo como em geral se tem sentido durante as **últimas semanas**. Por favor, em cada uma das perguntas coloque uma cruz na resposta apropriada. Lembre-se que se deve referir a queixas actuais e recentes, e não a queixas que tenha sentido há algum tempo.

Recentemente tem:

	Melhor que o costume	O mesmo do costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
(a) Sido capaz de concentrar-se no que está a fazer?				

	De modo nenhum	Não mais do costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
(b) Perdido muito sono por preocupações?				

	Mais que o costume	O mesmo do costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
(c) Sentido que tem tido um papel útil nas coisas?				
(d) Sido capaz de tomar decisões sobre as coisas?				

	De modo nenhum	Não mais do costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
(e) Sentido constantemente sob pressão?				
(f) Sentido que não é capaz de vencer as suas dificuldades?				

	Mais que o costume	O mesmo do costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
(g) Tido prazer nas actividades normais do dia-a-dia?				
(h) Sido capaz de enfrentar os seus problemas?				

	De modo nenhum	Não mais do costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
(i) Tem-se sentido infeliz e deprimido?				
(j) Perdido a confiança em si próprio?				
(k) Pensado que é uma pessoa sem valor?				
	Mais que o costume	O mesmo do costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
(l) Tem-se sentido razoavelmente feliz apesar de tudo?				

A SUA SAÚDE FÍSICA

Por favor, nas perguntas que se seguem, coloque uma cruz na resposta apropriada.

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
(a) Com que frequência é o seu apetite perturbado?				
(b) Com que frequência tem cuidado com o que come para evitar problemas de estômago?				
(c) Com que frequência se sente com vontade de vomitar?				
(d) Com que frequência sofre de azia ou dores no estômago?				
(e) Com que frequência se queixa de problemas com a digestão?				
(f) Com que frequência se queixa de inchaço ou gases no estômago?				
(g) Com que frequência se queixa de dores de barriga?				
(h) Com que frequência sofre de diarreia ou prisão de ventre?				
(i) Com que frequência sente o coração a bater depressa?				
(j) Com que frequência tem dores e mal-estar no peito?				
(k) Com que frequência tem tonturas?				
(l) Com que frequência sente que o sangue lhe sobe de repente à cabeça?				
(m) Sente dificuldade em respirar quando sobe escadas normalmente?				
(n) Com que frequência lhe têm dito que tem a tensão arterial alta?				
(o) Alguma vez sentiu que o coração batia de maneira irregular?				
(p) Com que frequência sente um "aperto" no peito?				

A SUA SITUAÇÃO SOCIAL E DOMÉSTICA

Por favor, indique em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao seu caso. Coloque uma cruz no local apropriado.

	De modo nenhum	De certo modo	Muitíssimo
(a) No geral, em que medida o seu regime de turnos interfere com o tipo de coisas que gostaria de fazer nos seus tempos livres (ex: actividades desportivas, passatempos)?			
(b) No geral, em que medida o seu regime de turnos interfere com as actividades domésticas que tem de fazer fora das horas de trabalho (ex: tarefas domésticas, cuidar dos filhos, etc.)?			
(c) No geral, em que medida o seu regime de turnos interfere com as actividades não domésticas que tem de fazer fora das horas de trabalho (ex. ir ao médico, ao banco, ao cabeleireiro, etc.)?			

Agradecemos as suas respostas e colaboração!

ANEXO II

Autorização do autor da EVB-CIE

Exmo. Sr. Prof. António Carlos Lopes Vilela
Escola Superior de Enfermagem do Porto

Assunto: Pedido de autorização da utilização da Escala de Inteligência Emocional validada por António Vilela em 2006.

Elisabete dos Santos Adem, aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação sobre Inteligência Emocional e Satisfação no trabalho dos Enfermeiros. Este estudo realiza-se sob a orientação do Prof. António Madureira Dias (Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu) e tem como finalidades compreender de que forma os enfermeiros percebem a sua competência emocional no exercício das suas funções e explorar a relação entre a inteligência emocional e a satisfação profissional nos enfermeiros. Neste contexto, e tendo tomado conhecimento da validação desta escala para enfermeiros pelo Prof. António Vilela, em 2006, solicita a Vossa Ex.^ª que autorize a utilização deste instrumento no estudo acima referido.

Mais declaro, que em caso de autorização concedida, respeitará os direitos de autor.

Sem outro assunto de momento, subscreve atentamente.

AUTORIZO, PARA ESTE ESTUDO,
A UTILIZAÇÃO DA "ESCALA
VEIGA BRANCO DAS CAPACIDADES
DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL -
- ADAPTADA A ENFERMEIROS",
ADAPTADA POR MIM.

SUGIRO QUE EFECTUE PEDIDO
A AUTORA DA ESCALA ORIGINAL,
PROF.^ª DOUTORA AUGUSTA VEIGA BRANCO.

PORTO, 22 NOV 2011, António Carlos Lopes Vilela.

De: elisabete adem [mailto:elisabeteadem1976@hotmail.com]
Enviada: segunda-feira, 21 de Novembro de 2011 16:48
Para: carlosvilela@esenf.pt
Assunto: Pedido de Autorização de uso da Escala de IE

Boa tarde Prof. Vilela,

passo a fazer a minha apresentação e dizer o propósito deste mail. O meu nome é Elisabete Adem, estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu e como trabalho final de investigação escolhi o tema "Inteligência Emocional e Satisfação no trabalho dos Enfermeiros".

Pretendo usar a Escala de Inteligência Emocional validada para Enfermeiros pelo Prof. Vilela e para tal venho por este meio pedir a autorização da sua utilização.
 Em anexo a este mail envio um pedido mais formal, com uma melhor descrição.

Neste momento estou a tentar compreender como se enquadram os 85 itens nos 5 grupos de capacidades de IE, para numa fase posterior saber como trabalhar a escala poder tratar os dados.

Atenciosamente,

Elisabete Adem

RE: Pedido de Autorização de uso da Escala de IE



Para ver mensagens relacionadas com esta, deve [agrupar mensagens por conversação](#).



Carlos Vilela (carlosvilela@esenf.pt) [Adicionar aos contactos](#) 22-11-2011

Para: 'elisabete adem'

1 anexo (32,4 KB)

Vista Ativa do Outlook

Boa tarde Sra. Enfermeira Elisabete Adem,

Antes de mais, felicito-a por se interessar por este tema.

Segue, em anexo, a autorização assinada nos eu próprio impresso. No caso de não servir, diga que envio em Word (depende do seu orientador).

Sugiro que peça autorização também à autora original – Professora Doutora Augusta Branco (IP Bragança). Pois a original é dela!

Desejo-lhe o maior sucesso para esta fase!

Peço-lhe que partilhe comigo a sua dissertação em PDF, quando concluída, assim como eventuais artigos que publica – onde cite o meu nome. Para mim é importante para questões de monitorização e avaliação de desempenho.

Melhores cumprimentos,

Carlos vilela

Enf. Carlos Vilela

carlosvilela@esenf.pt

Professor Adjunto

De: elisabete adem [mailto:elisabeteadem1976@hotmail.com]
Enviada: quarta-feira, 23 de Novembro de 2011 15:18
Para: carlosvilela@esenf.pt
Assunto: RE: Pedido de Autorização de uso da Escala de IE

Boa tarde Prof. Carlos Vilela,

Agradeço desde já a sua celeridade na resposta ao meu e-mail bem como as orientações que me sugere.

Vou ter em atenção o seu pedido de partilhar a minha dissertação depois de concluída, pois compreendo a importância de ver o seu contributo divulgado, só assim um trabalho é realmente válido, tornando-se reconhecido.

Entrarei em contacto consigo novamente nessa fase final.

Atenciosamente,
Elisabete Adem

Perfeito Colega!!!

Votos de um bom trabalho!!!

Um abraço,

Carlos vilela

Enf. Carlos Vilela

carlosvilela@esenf.pt

Professor Adjunto

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, s/n

4200-072 Porto

Telef.: 22 507 350 0 | 91 462 118 7

Fax: 22 509 633 7

<http://portal.esenf.pt>

Exma. Sr.^a Professora Doutora
Maria Augusta Veiga Branco
Instituto Politécnico de Bragança

Assunto: Pedido de autorização da utilização da Escala de Capacidades de Inteligência Emocional.

Elisabete dos Santos Adem, aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o II Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação sobre Inteligência Emocional nos Enfermeiros. Este estudo realiza-se sob a orientação do Prof. António Madureira Dias (Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu) e tem como finalidade compreender de que forma os enfermeiros percebem a sua competência emocional no exercício das suas funções.

Neste contexto, e tendo tomado conhecimento de que a Escala original destinada a professores é da autoria da Sr.^a Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco, denominada por Escala de Capacidades de Inteligência Emocional, em 2004, solicita a Vossa Ex.^a que autorize a utilização deste instrumento no estudo acima referido.

Mais declaro, que em caso de autorização concedida, respeitará os direitos de autor.

Sem outro assunto de momento, subscreve atenciosamente.

Guarda, 23 de Novembro de 2011

Elisabete dos Santos Adem

De: elisabete adem [mailto:elisabeteadem1976@hotmail.com]

Enviada: quarta-feira, 23 de Novembro de 2011 18:20

Para: aubra@ipb.pt

Assunto: FW: Pedido de autorização para utilização da Escala de Capacidades de Inteligência Emocional.

Boa tarde Sr.ª Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco,

passo a fazer a minha apresentação e dizer o propósito deste mail. O meu nome é Elisabete Adem, estou a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Viseu e como trabalho final de investigação escolhi o tema "Inteligência Emocional e Satisfação no trabalho dos Enfermeiros".

Pretendo usar a Escala de Inteligência Emocional validada para Enfermeiros pelo Prof. Vilela, ao qual já pedi autorização; mas uma vez que esta foi adaptada a partir da escala original de Capacidades de Inteligência Emocional destinada a professores, da sua autoria venho por este meio pedir a autorização da sua utilização.

Em anexo a este mail envio um pedido mais formal, com uma melhor descrição.

Atenciosamente,

Elisabete Adem

RE: Pedido de autorização para utilização da Escala de Capacidades de Inteligência Emocional.



Para ver mensagens relacionadas com esta, deve agrupar mensagens por conversação.



Augusta Branco (aubra@ipb.pt) Adicionar aos contactos ! @ 24-11-2011 | Documentos
Para: 'elisabete adem' ▾

📎 | 1 anexo (45,9 KB)

Vista Ativa do Outlook ▾

Bem Vinda. Pode e deve usar a escala!! Junto envio a versão utilizada em Investigação. Se no seu estudo necessitar de fazer qualquer alteração, é só avisar, ok? Gostaria de ser informada dos resultados. Também gostaria de convidar a Sr.ª Dr.ª e o seu Professor Orientador Científico, para se juntarem ao grupo de validação da Escala Veiga de Competência Emocional, que terá lugar com a junção de todas as bases de dados que usaram a escala. Abraço e bem Haja. Cumprimentos ao seu Professor e ao Prf. Vilela! Abraço!

Por favor, se tiver Face book, não deixe de visitar o mural da PAIDEIA Educação Emocional, ok?

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Professora Coordenadora

Ciências da Educação, Ph.D

Promoção/ Educação p a Saúde, Master

Directora do Curso de Dietética

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Presidente da Direcção da **PAIDEIA**: Plataforma Aberta - Associação Internacional para o Desenvolvimento da Educação Emocional

Investigação - IE/ Competência Emocional

- CIE - FPCE/UP

aubra@ipb.pt

TM: (+351)939996135/ 934199189

TF: (+351)273331593 (ESSA)

Fax: (+351)273)327915

ESSA - IPB (Gab. 05)

Av. D. Afonso V; 5300-121. Bragança

http://www.essa.ipb.pt

ANEXO III

**Autorização do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda,
Hospital Sousa Martins**



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 VISEU
Telf. 232 418 100
Telex: 861 011 600
Fax 232 428 343

Exmo. Sr. Presidente
Da Comissão de Enfermagem
Unidade Local de Saúde da Guarda

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 1075	Data: 17/10/2011
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a desenvolver trabalhos de investigação, com temáticas distintas que servirão de base às respectivas dissertações de final de curso. As temáticas abordadas são as seguintes: **Mobbing nos Enfermeiros (Enfª Dora); Inteligência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros (Enfª Elisabete) e Trabalho por Turnos: Que Consequências (Enfª Jorge)**. Segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Determinar o perfil sócio-demográfico dos Enfermeiros, referentes aos temas em estudo;
- Identificar factores determinantes que predispõem às temáticas em estudo;
- Relacionar os dados recolhidos e inferir possíveis correlações entre eles.

Quanto à população alvo do estudo, esta é constituída por enfermeiros que desempenham funções na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Outubro, Novembro e Dezembro 2011.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

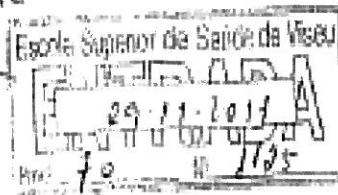
Professor Doutor Carlos Pereira

AM/AL



S. Afrio à Docência

Prof. Radman



Exm.^a Senhor
 Prof. Doutor Carlos Pereira
 Presidente da Escola Superior de Saúde de
 Viseu
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,
 nº 102

3500-843 Viseu

Sua referência
 Ofc. 7076
 Proc. 70

Sua comunicação de
 17.10.2011

Nova referência

9142

Data
 Guarda, 25/11/11

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados.

Vimos por este meio informar V. Ex.^a que de acordo com o vosso ofício acima mencionado, e após parecer da Comissão de Ética para a Saúde da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., se encontram autorizados a realizar a colheita de dados/informação nesta instituição.

Deverão entregar no Conselho de Administração desta Unidade um exemplar do referido trabalho após conclusão do mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração