

# **UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO**

## **INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM**

Tese de Doutoramento em Gestão

**FERNANDO ANTÓNIO NETO TEIXEIRA DE SOUSA**

### **Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira

Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira

### **Composição do Júri**

#### **Presidente:**

Doutor Carlos Duarte Coelho Peixeira Marques, Professor Auxiliar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

#### **Vogais:**

Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, Professora Auxiliar com Agregação do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa

Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira, Professora Auxiliar da Universidade de Coimbra

Doutora Carla Susana da Encarnação Marques, Professora Auxiliar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Doutora Ana Paula Rodrigues, Professora Auxiliar da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Doutora Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

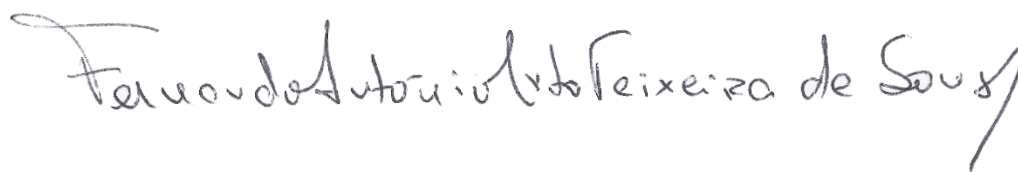
**VILA REAL, 2015**



## **DECLARAÇÃO RESPONSABILIDADE**

Eu, Fernando António Neto Teixeira de Sousa, declaro que a presente tese, intitulada “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, é da minha autoria, sendo da minha inteira responsabilidade o seu conteúdo, fruto de produção pessoal. Assumo, deste modo, a sua originalidade.

Vila Real, 14 de dezembro de 2015

A handwritten signature in dark ink, reading "Fernando António Neto Teixeira de Sousa". The signature is written in a cursive, flowing style with a large initial 'F' and a long, sweeping tail at the end.



Àqueles que sabem que lhes dedico esta Tese...



## AGRADECIMENTOS

Por sermos limitados e finitos, não vivemos tudo de uma vez. Somos uma aprendizagem permanente. Perceber que somos tempo e mudança leva-nos a olhar o presente, sem o peso do irremediável, do para sempre terminado, porque o que hoje somos ou fazemos é apenas um momento de um processo sempre em movimento: a vida. A consciência de podermos sempre alterar e tornar melhor aquilo que somos ou fazemos transmite-nos tranquilidade perante as nossas limitações e o desejo infundo de perfeição.

O “hoje” só se tornou possível com a colaboração de pessoas que fizeram parte do ontem e continuarão a fazer parte do amanhã. A essas pessoas devo-lhes um especial agradecimento:

À Professora Doutora Manuela Frederico, orientadora da tese, agradeço o apoio, a motivação, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Só com a sua colaboração foi possível atingir esta etapa de vida. Agradeço, ainda, todo o seu envolvimento no Programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”

À Professora Doutora Fernanda Nogueira, orientadora da tese, agradeço pelo facto de ter acreditado neste projeto, pela sua colaboração no desenvolvimento do mesmo e pelas palavras simpáticas de motivação. Obrigado, ainda pela colaboração no Programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”

À Professora Doutora Teresa Carla Trigo pela sua colaboração no Programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” e pela sua forma de estar e de me incentivar a finalizar esta investigação.

À Professora Doutora Cândida Loureiro pela sua colaboração no Programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, por todo o apoio que deu no desenvolvimento desta investigação e pelas palavras simpáticas e reforço positivo ao longo destes anos.

Ao Senhor Enfermeiro Diretor do CHUC, Senhor Enfermeiro António Marques, e aos seus Enfermeiros Adjuntos pela forma como acolheram este projeto e proporcionaram condições para o seu desenvolvimento.

Aos Enfermeiros do CHUC, gestores e não gestores, por terem participado nesta investigação e por serem, cada vez mais, “Enfermeiros Emocionalmente Inteligentes”.

À minha mãe e à minha irmã pelo seu apoio incondicional, motivação e amor. Obrigado por fazerem parte do meu passado, estarem no meu presente e estarão, sempre, no meu futuro.

Aos meus filhos pelo seu amor, pelo incentivo, pela compreensão e por fazerem parte do meu “amanhã”.

À minha esposa pelo seu apoio absoluto, por todo o seu amor, pelos seus momentos de silêncio, reflexão e compreensão. Obrigado por fazeres parte do meu processo sempre em movimento, a minha vida.

A todos, emocionalmente inteligentes, que das mais diversas formas colaboraram na concretização desta Tese.



## RESUMO

A Inteligência Emocional (IE) tem assumido peculiar importância no mundo do trabalho, nas mais variadas profissões e nas diferentes organizações. Atualmente a IE assume especial destaque no contexto organizacional, gerando amplas discussões sobre a sua importância no desenvolvimento organizacional e no desenvolvimento e envolvimento dos seus colaboradores. As capacidades da IE são, na opinião de alguns investigadores, desenvolvidas na infância, mas simultaneamente, flexíveis e capazes de serem desenvolvidas e alteradas ao longo da vida da pessoa. Outros investigadores salientam que as experiências vividas nos ambientes laborais têm um impacto significativo neste processo de desenvolvimento. Parece existir, assim, um consenso implícito de que a IE pode ser desenvolvida e aperfeiçoada através de momentos de reflexão sobre a prática, levando à estimulação do crescimento emocional da pessoa e à melhoria da sua qualidade de vida, da qualidade de vida no trabalho, do aumento da satisfação profissional e consequentemente da sua produtividade.

Tendo presente estas considerações emergiu em nós um interesse crescente pelo tema “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. Com esta investigação pretendemos avaliar o impacto da formação em IE na Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores de uma Organização de Saúde, na importância que atribuem à sua qualidade de vida no trabalho e na relação com os enfermeiros que com eles colaboram.

Desta investigação fazem parte quatro estudos, em que utilizámos metodologia quantitativa e metodologia qualitativa. No primeiro estudo, optámos pela Trait Meta-Mood Scale (na sua versão portuguesa modificada) para avaliar a IE, realizámos a sua validação para os enfermeiros portugueses. No segundo relacionámos a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores com a Qualidade de Vida no Trabalho e o Stresse Profissional. Para tal recorremos ao inventário da Qualidade de Vida no Trabalho (importância/frequência) e ao Inventário do Stresse Profissional (intensidade/frequência). No terceiro efetuámos o levantamento das necessidades formativas dos Enfermeiros Gestores relativamente à IE delineámos o programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” e implementámo-lo. No último estudo realizámos a avaliação do impacto da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores, na importância que atribuem à Qualidade de Vida no Trabalho e na relação que mantêm com os Enfermeiros das Equipas que gerem.

Verificámos que o valor médio da Inteligência Emocional total percebida pelos Enfermeiros Gestores subiu após a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, com resultados estatisticamente significativos na dimensão “Atenção”. Relativamente à Qualidade de Vida no Trabalho (importância) corroborámos a existência de relação entre as três dimensões da Inteligência Emocional e as seis dimensões da Qualidade de Vida no Trabalho, verificando-se uma subida, após a realização da formação, do valor médio total do Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho. Na relação dos Enfermeiros Gestores com os Enfermeiros das Equipas que gerem concluímos que, na perspetiva dos Enfermeiros, se verificaram mudanças nomeadamente: maior proximidade com a Equipa, maior prudência, melhoria da comunicação e maior atenção aos sentimentos dos outros.

Perante os resultados obtidos nesta investigação, pode afirmar-se que a implementação de programas de formação em IE é uma ferramenta imprescindível na gestão de Recursos Humanos, na Qualidade de Vida dos Gestores e na concretização dos objetivos da Organização.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, Qualidade de Vida no Trabalho, Stresse Profissional, Programa de Formação, Enfermeiros Gestores



## ABSTRACT

Emotional Intelligence (EI) has been gaining momentum in a range of professions and within several types of organizations worldwide. Currently, EI is particularly relevant within organizational contexts, fuelling the discussion of its potential role in the development of the organization, as well as in the involvement of the various stakeholders within the organization. EI ability is, according to some researchers, developed during childhood but is flexible, and thus capable of being developed throughout the person's lifespan. Some authors highlight that the professional experience of each individual has a particular and significant role in that process. There is, thus, an implicit consensus that EI can be developed and improved through reflexive practice, which in turn may lead to the stimulation of the person's emotional growth, an improvement in the person's quality of life, professional satisfaction and productivity.

Bearing this in mind, and given the interest in exploring the role of EI in Nursing Managers, the current study aimed to evaluate the impact of the EI training in perceived EI in Nursing Managers within one healthcare organization.

The current research consisted of four studies, in which quantitative and qualitative research methods were employed. In the first study, the Trait Meta-Mood Scale (modified Portuguese version), used to evaluate EI, was validated to the population of Portuguese nurses. The second study correlated the perceived EI scores of nursing managers with professional quality of life and work-related stress. In order to do so, the Quality of Life at Work Inventory and the Work-Related Stress Inventory were applied. The third study encompassed the training needs assessment of Nurse Managers with regards to EI, as well as the development of a training programme in EI for Nurse Managers and its implementation to that population. In the fourth and final study, the impact of the training programme was assessed, in terms of the perceived EI and its influence in quality of life at work and interpersonal relationships within the teams under their supervision.

The perceived average EI total score increased after attending the training programme, with statistically significant results for the dimension "Attention". In terms of quality of life at work, the study corroborates the links between the three dimensions of EI and the six dimensions of quality of life at work; the total average score in the Quality of Life at work inventory also increased after the programme. Regarding the interpersonal relationships between Nursing Managers and the nurses in their teams, the study concluded that the nurse managers experienced a stronger proximity to the team, improved communication skills as well as feeling more aware of the feelings of others. As such, and given the results of the current study, the implementation of training programmes in EI is an imperative tool for human resource management, in terms of improving the quality of life at work, which contributes to the achievement of the organizational goals.

**Keywords:** Emotional Intelligence, Quality of Life at work, Work-related stress, Training, Nursing Managers



## ÍNDICE

|                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                                                  | <b>1</b>  |
| <b>CAPITULO I – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....</b>                          | <b>7</b>  |
| <b>1 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....</b>                                  | <b>7</b>  |
| 1.1 - CONCEITO .....                                                     | 7         |
| 1.2 - EMOÇÕES .....                                                      | 10        |
| 1.3 - QUOCIENTE DE INTELIGÊNCIA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....            | 18        |
| 1.4 - MENSURAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....                         | 20        |
| 1.5 - COMPETÊNCIAS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....                       | 22        |
| 1.6 - MODELOS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL .....                            | 28        |
| <b>2 - A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL .....</b>     | <b>34</b> |
| 2.1 - A IMPORTÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA GESTÃO DE PESSOAS ..... | 36        |
| 2.2 - O GESTOR EMOCIONALMENTE INTELIGENTE .....                          | 39        |
| 2.3 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA GESTÃO DA SAÚDE.....                     | 42        |
| 2.4 - O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE INTELIGENTE .....                      | 43        |
| <b>3 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E FORMAÇÃO.....</b>                        | <b>46</b> |
| <b>CAPITULO II – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....</b>                  | <b>51</b> |
| <b>1 - QUALIDADE DE VIDA.....</b>                                        | <b>51</b> |
| 1.1 - QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO .....                                  | 51        |
| 1.2 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO.....                                 | 52        |
| 1.3 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE ENFERMAGEM .....                  | 57        |
| <b>2 - STRESSE E QUALIDADE DE VIDA .....</b>                             | <b>60</b> |
| <b>CAPITULO III – STRESSE NO TRABALHO.....</b>                           | <b>63</b> |
| <b>1 - STRESSE .....</b>                                                 | <b>63</b> |
| 1.1 - STRESSE PROFISSIONAL .....                                         | 66        |
| 1.2 - STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM .....                           | 72        |
| 1.3 - STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS GESTORES .....                 | 76        |
| 1.4 - INVENTÁRIO DE STRESSE PROFISSIONAL .....                           | 81        |
| <b>CAPITULO IV – GESTÃO EM ENFERMAGEM .....</b>                          | <b>83</b> |
| <b>1 - ENFERMAGEM - EVOLUÇÃO HISTÓRICA.....</b>                          | <b>83</b> |
| <b>2 - GESTÃO EM ENFERMAGEM .....</b>                                    | <b>86</b> |

|                                                                       |            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>CAPITULO V – METODOLOGIA GERAL .....</b>                           | <b>99</b>  |
| <b>1 - PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS .....</b>                             | <b>100</b> |
| <b>2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>                              | <b>102</b> |
| <b>3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>                                  | <b>105</b> |
| <b>4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....</b>                     | <b>106</b> |
| <b>5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS .....</b>                 | <b>110</b> |
| <b>6 - ANÁLISE DE DADOS.....</b>                                      | <b>112</b> |
| <b>CAPITULO VI: VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA MODIFICADA DA</b>      |            |
| <b>TRAIT META - MOOD SCALE PARA OS ENFERMEIROS PORTUGUESES.....</b>   | <b>115</b> |
| <b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>                                           | <b>115</b> |
| <b>2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....</b>                      | <b>116</b> |
| <b>3 - AMOSTRA .....</b>                                              | <b>117</b> |
| <b>4 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....</b>                            | <b>118</b> |
| <b>5 - VALIDADE DE CONTEÚDO.....</b>                                  | <b>121</b> |
| <b>6 - ANÁLISE E CONCLUSÕES.....</b>                                  | <b>122</b> |
| <b>CAPITULO VII: “ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE IE PERCEBIDA</b> |            |
| <b>PELOS ENFERMEIROS GESTORES DO CHUC, A QUALIDADE DE VIDA NO</b>     |            |
| <b>TRABALHO E O NÍVEL DE STRESSE PROFISSIONAL” .....</b>              | <b>123</b> |
| <b>1 - ENQUADRAMENTO E METODOLOGIA .....</b>                          | <b>123</b> |
| 1.1 - AMOSTRA.....                                                    | 127        |
| 1.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....                           | 128        |
| 1.2.1 - Pré teste.....                                                | 129        |
| 1.3 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ANÁLISE DE DADOS....        | 130        |
| <b>2 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>                           | <b>131</b> |
| <b>3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....</b>                              | <b>146</b> |
| <b>4 - CONCLUSÕES DO ESTUDO.....</b>                                  | <b>160</b> |
| <b>CAPITULO VIII: PROGRAMA DE FORMAÇÃO “INTELIGÊNCIA EMOCIONAL</b>    |            |
| <b>EM GESTORES DE ENFERMAGEM”.....</b>                                | <b>163</b> |
| <b>1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E OBJETIVOS .....</b>                    | <b>163</b> |
| <b>2 - ANÁLISE E DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS EM</b>       |            |
| <b>INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....</b>                                    | <b>167</b> |
| <b>3 - PLANIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO</b>       |            |
| <b>.....</b>                                                          | <b>174</b> |

|                                                                                                                                                                                                                                                             |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 3.1 - DESCRIÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS .....                                                                                                                                                                                                                | 177        |
| 3.1.1 - Sessão zero .....                                                                                                                                                                                                                                   | 179        |
| 3.1.2 - Primeira Sessão .....                                                                                                                                                                                                                               | 179        |
| 3.1.3 - Sessões intermédias .....                                                                                                                                                                                                                           | 180        |
| 3.1.4 - Última sessão formativa .....                                                                                                                                                                                                                       | 182        |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM” .....</b>                                                                                                                                                                           | <b>183</b> |
| 4.1 - AMOSTRA.....                                                                                                                                                                                                                                          | 185        |
| 4.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....                                                                                                                                                                                                                 | 185        |
| 4.3 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS.....                                                                                                                                                                                                       | 186        |
| 4.4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....                                                                                                                                                                                                                      | 186        |
| <b>5 - SÍNTESE CONCLUSIVA .....</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>191</b> |
| <b>CAPITULO IX: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM” NA IE PERCEBIDA PELOS ENFERMEIROS GESTORES DO CHUC, NA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E NA RELAÇÃO COM OS ENFERMEIROS DAS EQUIPAS QUE GEREM.....</b> | <b>193</b> |
| <b>1 - ENQUADRAMENTO E METODOLOGIA .....</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>193</b> |
| 1.1 - AMOSTRA.....                                                                                                                                                                                                                                          | 196        |
| 1.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS .....                                                                                                                                                                                                                 | 197        |
| 1.2.1 - Questionário II .....                                                                                                                                                                                                                               | 197        |
| 1.2.2 - Questionário III.....                                                                                                                                                                                                                               | 197        |
| 1.3 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS .....                                                                                                                                                                                                      | 198        |
| <b>2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>199</b> |
| <b>3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>                                                                                                                                                                                                                    | <b>206</b> |
| <b>4 - CONCLUSÕES .....</b>                                                                                                                                                                                                                                 | <b>215</b> |
| <b>CAPITULO X - CONCLUSÃO .....</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>217</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>227</b> |
| <b>ANEXOS .....</b>                                                                                                                                                                                                                                         | <b>1</b>   |
| <b>ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IE PERCEBIDA TRAIT META-MOOD SCALE.....</b>                                                                                                                                                                             | <b>3</b>   |
| <b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO I .....</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>7</b>   |

|                                                                                                                                                                                                                 |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO INVENTÁRIO<br/>QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO .....</b>                                                                                                      | <b>13</b> |
| <b>ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS EM<br/>IE NOS ENFERMEIROS GESTORES .....</b>                                                                                                        | <b>17</b> |
| <b>ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE<br/>FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM” .....</b>                                                                                                     | <b>21</b> |
| <b>ANEXO F – QUESTIONÁRIO II.....</b>                                                                                                                                                                           | <b>25</b> |
| <b>ANEXO G – QUESTIONÁRIO III .....</b>                                                                                                                                                                         | <b>31</b> |
| <b>ANEXO H – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO<br/>.....</b>                                                                                                                                    | <b>35</b> |
| <b>ANEXO I – PEDIDO DE COLABORAÇÃO DO SFAP PARA A REALIZAÇÃO DO<br/>PROGRAMA DE FORMAÇÃO.....</b>                                                                                                               | <b>41</b> |
| <b>ANEXO J – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRETORA DA ESCOLA SUPERIOR<br/>DE ENFERMAGEM DE COIMBRA PARA A PARTICIPAÇÃO DAS<br/>PROFESSORAS MANUELA FREDERICO E CANDIDA LOUREIRO NO<br/>PROGRAMA DE FORMAÇÃO.....</b> | <b>45</b> |
| <b>ANEXO L – PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO PROGRAMA DE FORMAÇÃO<br/>DA PROFESSORA FERNANDA NOGUEIRA .....</b>                                                                                                        | <b>49</b> |
| <b>ANEXO M – PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO PROGRAMA DE FORMAÇÃO<br/>DA PROFESSORA TERESA CARLA TRIGO .....</b>                                                                                                       | <b>53</b> |
| <b>ANEXO N – DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO PELO SFAP.....</b>                                                                                                                                              | <b>57</b> |



## ÍNDICE FIGURAS

|                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1 - Família de Emoções.....                                                                               | 12 |
| Figura 2 - Níveis de regulação homeostática automática (Queirós, 2014): adaptado .....                           | 14 |
| Figura 3 - Componentes da Emoção (Bisquerra, 2009):adaptado.....                                                 | 16 |
| Figura 4 - Representação circular do modelo de IE (Mayer & Salovey, 1997): adaptado.....                         | 23 |
| Figura 5 - Competência Emocional (Goleman, 2012): adaptado .....                                                 | 26 |
| Figura 6 - As quatro componentes de IE (Mayer & Salovey,1997): adaptado.....                                     | 31 |
| Figura 7 - Resumo do Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey (1997) .....                            | 32 |
| Figura 8 - Modelo de Inteligência Emocional de Goleman (Goleman, Boyatzis & Mckee 2002) .....                    | 34 |
| Figura 9 - Pirâmide da hierarquia das necessidades de Maslow .....                                               | 52 |
| Figura 10 - Orientação da QVT (Adaptado da Fundação Europeia para a Melhoria de QVT, 2002)...                    | 56 |
| Figura 11 - Relação entre o trabalho, o indivíduo e o stresse (Vaz Serra, 2007) .....                            | 68 |
| Figura 12 - Modelo de Stresse profissional (Cooper & Davidson,1988) .....                                        | 70 |
| Figura 13 - Modelo geral de burnout (Maslach, Jackson & Leiter, 1996) .....                                      | 71 |
| Figura 14 - Nível de stresse percebido pelo Enfermeiro Gestor nos diferentes níveis de gestão<br>(original)..... | 80 |
| Figura 15 - Gestão no contexto hospitalar.....                                                                   | 87 |



## ÍNDICE QUADROS

|                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 1 - Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar (Fernandes,1996) .....                                                                                 | 54  |
| Quadro 2 - Principais determinantes da QVT (Chiavenato, 2008).....                                                                                                        | 59  |
| Quadro 3 - Evolução da Carreira de Enfermagem em Portugal .....                                                                                                           | 85  |
| Quadro 4 - Síntese dos Estudos Empíricos.....                                                                                                                             | 114 |
| Quadro 5 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas .....                                                                                                   | 119 |
| Quadro 6 - Pontuações da TMMS obtidas na validação da escala e distribuídas por sexo .....                                                                                | 120 |
| Quadro 7 - Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT .....                                                                                                                | 139 |
| Quadro 8 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas.....                                                                                                       | 139 |
| Quadro 9 - Médias e desvio padrão da QVT obtidas relativamente ao sexo, tempo na função, formação em Gestão e formação em IE .....                                        | 141 |
| Quadro 10 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT - Importância....                                                                          | 142 |
| Quadro 11 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT-frequência .....                                                                           | 143 |
| Quadro 12 - Amplitude, média e desvio padrão do Stresse Profissional .....                                                                                                | 144 |
| Quadro 13 - Amplitude, média e desvio padrão do ISP relativamente ao sexo, tempo na função, formação em gestão e formação em IE .....                                     | 145 |
| Quadro 14 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas ISP-intensidade e ISP-frequência. ....                                                                    | 145 |
| Quadro 15 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e ISP.....                                                                                         | 146 |
| Quadro 16 - Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 1 da FANF.....                                                                                                   | 171 |
| Quadro 17 - Resposta dos Enfermeiros Gestores à Questão 2 da FANF .....                                                                                                   | 172 |
| Quadro 18 - Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 3 da FANF.....                                                                                                   | 173 |
| Quadro 19 - Respostas à questão "O que mais lhe agradou na formação" .....                                                                                                | 189 |
| Quadro 20 - Respostas à questão "O que menos lhe agradou na formação?" .....                                                                                              | 190 |
| Quadro 21 - Considerações/comentários.....                                                                                                                                | 191 |
| Quadro 22 - Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT - Importância.....                                                                                                  | 201 |
| Quadro 23 - Correlação IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT - importância.....                                                                                 | 202 |
| Quadro 24 - Comparação das médias e desvio padrão resultantes da aplicação da TMMS antes e após a realização do programa de formação "IE em gestores de Enfermagem" ..... | 204 |
| Quadro 25 - Aplicação do teste t - Student relativamente à IE percebida pelos Enfermeiros Gestores antes e após realização do Programa de Formação .....                  | 205 |
| Quadro 26 - Comparação das médias e desvio padrão do IQVT/importância antes e após a realização do programa de formação "IE em gestores de Enfermagem" .....              | 205 |

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadro 27 - Diferenças no relacionamento do Enfermeiro Gestor com a Equipe distribuídas pelo número de vezes que se repetem ..... | 206 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## ÍNDICE TABELAS

|                                                                                                                                            |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 1 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Atenção" .....                                                                              | 120 |
| Tabela 2 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Clareza" .....                                                                              | 121 |
| Tabela 3 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Reparação".....                                                                             | 121 |
| Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo Grupo etário.....                                                                    | 132 |
| Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo de exercício profissional e na categoria/cargo/função .....                    | 132 |
| Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelas dimensões das Equipas de Enfermagem que gerem.....                                  | 133 |
| Tabela 7 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores por possuírem ou não possuírem formação em IE e Gestão.....                               | 133 |
| Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram .....                 | 134 |
| Tabela 9 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE pelo tipo de formação que realizaram .....                     | 134 |
| Tabela 10 - Resultados da aplicação do TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC.....                                                          | 135 |
| Tabela 11 - Resultados da aplicação do TMMS conforme o sexo dos Enfermeiros Gestores .....                                                 | 136 |
| Tabela 12 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo na Categoria/cargo/função (agrupados) .....                                   | 136 |
| Tabela 13 - Resultados da aplicação do TMMS distribuídos pelo tempo na categoria/cargo/função.                                             | 136 |
| Tabela 14 - Valores da TMMS de acordo com o facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em Gestão .....             | 137 |
| Tabela 15 - Valores da TMMS relativamente ao facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE.....                 | 138 |
| Tabela 16 - Opinião dos formandos sobre o programa de formação "IE em Gestores de Enfermagem" .....                                        | 187 |
| Tabela 17 - Resultados da correlação de Pearson entre o item "Interesse pela temática" e os restantes itens na amostra global (n=43) ..... | 188 |
| Tabela 18 - Aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC que realizaram a formação "IE em gestores de Enfermagem" .....              | 200 |
| Tabela 19 - Distribuição dos Enfermeiros gestores pelo grupo etário .....                                                                  | 202 |
| Tabela 20 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pela dimensão das Equipas que gerem .....                                                | 203 |
| Tabela 21 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo facto de possuírem/não possuírem formação em Gestão e IE .....                      | 203 |

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabela 22 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram ..... | 204 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

CASE – Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem  
CESE – Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem  
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Dec. Lei – Decreto de Lei  
dp – Desvio padrão  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
etc. – entre outros  
FANF – Ficha de Avaliação das Necessidades Formativas  
HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra  
ICN – International Council Nursing  
IE – Inteligência Emocional  
IQVT – Inventário Qualidade de Vida no Trabalho  
IQVT/I – Inventário Qualidade de Vida no Trabalho: Importância  
IQVT/IF – Inventário Qualidade de Vida no Trabalho: Importância/Frequência  
ISP – Inventário Stresse Profissional  
ISP/F - Inventário Stresse Profissional, Frequência  
ISP/I - Inventário Stresse Profissional, Intensidade  
ISP/IT - Inventário Stresse Profissional, Índice Total  
JSS – Job Stress Survey  
KMO – Valor da medida de adequabilidade  
Min-Max (estatístico) – Mínimo - Máximo  
NR – não respondentes  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OIT- Organização Internacional do Trabalho  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
p. – página  
pp. – páginas  
QCE – Questionário de Competência Emocional  
QI – Quociente de Inteligência  
QV – Qualidade de Vida

QVT – Qualidade de Vida no Trabalho

QVT/I – Qualidade de Vida no Trabalho: Importância

QVT/F – Qualidade de Vida no Trabalho: Frequência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPCEG – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor

SFAP– Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TMMS - Trait Meta-Mood Scale

UE – União Europeia

VS – Versus



## INTRODUÇÃO

---

Durante muitos anos acreditou-se que a inteligência intelectual era o melhor e mais fiável indicador da eficácia pessoal e social, atribuindo-se a um alto quociente de inteligência os melhores resultados obtidos pela pessoa na sua vida académica e profissional. Contudo, nas duas últimas décadas, os investigadores têm dirigido o seu foco de atenção para aspetos da inteligência mais ligados às emoções e aos sentimentos, consolidando a ideia que a inteligência emocional de uma pessoa pode constituir um melhor indicador da eficiência laboral e social.

Foi com Goleman, em 1995, que a Inteligência Emocional foi difundida através do *bestseller* internacional que apresenta o conceito como título. Através de uma análise coerente e inteligente, o psicólogo Goleman demonstra que o facto de um indivíduo ter o quociente de inteligência elevado não é garantia de sucesso e felicidade, o que contraria o saber científico difundido até então. Este autor utilizou testes, métodos de pesquisa inovadores que avaliam estados mentais, ondas cerebrais e comportamentos, para demonstrar perante a comunidade científica que pessoas de quociente intelectual elevado, fracassaram, enquanto outras que apresentaram um quociente intelectual mais moderado tiveram maior êxito nos seus projetos e na concretização dos seus objetivos pessoais e profissionais.

A emergência do conceito “Inteligência Emocional” revolucionou os paradigmas a respeito do sucesso profissional, comprovando que além do quociente de inteligência, as competências de relacionamento interpessoal e o autoconhecimento assumem especial importância nos diferentes locais de trabalho. Este tema tem vindo a despertar o interesse de diferentes investigadores, surgindo diferentes teorias e diferentes modelos de Inteligência Emocional.

Baseados nestes estudos, podemos definir a Inteligência Emocional como a capacidade que alguns indivíduos têm de se relacionarem de forma assertiva e positiva com as pessoas, mesmo nas adversidades, de serem persistentes na procura e concretização de objetivos e nas capacidades que possuem relativamente à forma como gerem as suas emoções e as emoções daqueles que com eles interagem. Esta capacidade envolve características fundamentais a nível pessoal e social. Relativamente às características pessoais, destacamos a autoconsciência, a motivação, a persistência, a empatia e o entendimento. No que concerne às características sociais, salientamos a persuasão, a cooperação, as negociações e a liderança.

Na perspetiva de Goleman (2001), a Inteligência Emocional está relacionada com traços e características considerados como sendo os que mais se destacam na personalidade daqueles que são considerados os melhores profissionais ou que apresentam um elevado desempenho. A

Inteligência Emocional não se relaciona unicamente com aspetos genéticos, podendo estas competências ser aprendidas e desenvolvidas. Para este autor, um olhar sobre a natureza humana que ignore o poder das emoções torna-se lamentavelmente míope. O próprio conceito “Homo sapiens”, a espécie pensante, é enganoso à luz da ciência atual tendo em conta a apreciação e opinião das situações e o lugar que as emoções ocupam nas nossas vidas. Quando se trata de delinear os nossos juízos e ações, o sentimento tem tanto ou mais valor que o pensamento. Durante muitos anos valorizou-se demasiado o que é puramente racional, mas hoje sabemos que quando as emoções prevalecem o quociente de inteligência não possui qualquer valor.

Ao longo dos anos, o mundo do trabalho tem vindo a sofrer mudanças significativas relacionadas com o processo de globalização, assistindo-se a uma redignificação de vários setores das organizações, assumindo especial relevo a gestão de recursos humanos. Nesta perspetiva, o colaborador assume um papel importante nas organizações atuais, deixando de ser considerado como um indivíduo unicamente racional, para passar a desempenhar um papel importante no sucesso organizacional. Estes colaboradores convivem com emoções e com sentimentos que se exacerbam em determinados momentos, não se podendo dissociar as emoções das relações de afeto no local de trabalho.

As mudanças geradas nas organizações e a inserção de novas tecnologias levaram a que se considerasse a utilização da Inteligência Emocional como um fator primordial no desenvolvimento destas organizações. As inteligências pessoais apresentadas por Gardner (2000) revelaram-se indispensáveis na gestão de recursos humanos, assumindo especial relevo a inteligência interpessoal (responsável pela capacidade de entender os objetivos, as motivações e os desejos dos outros e consequentemente trabalhar com eles de forma mais eficiente) e a inteligência intrapessoal (considerada como sendo a aptidão que a pessoa tem para se conhecer, desenvolver um trabalho individual eficiente e controlar com eficiência a sua própria vida).

Estudos realizados em diferentes locais de trabalho e relacionados com o comportamento humano, saúde ocupacional, qualidade de vida no trabalho, desenvolvimento de competências e envolvimento de colaboradores, têm vindo a assumir grande importância na procura incessante de melhores resultados organizacionais, no aumento da competitividade no mercado de trabalho e na necessidade organizacional em obter um maior desempenho das equipas.

Atualmente as organizações procuram recursos e novidades em gestão com o intuito de alcançarem as metas organizacionais. Colaboradores mais capacitados, satisfeitos e envolvidos com o seu trabalho são também aqueles que têm maior compromisso afetivo com a organização,

levando ao aumento da produtividade e da qualidade de vida no trabalho, à diminuição do stresse profissional e consequentemente à diminuição de taxas de absentismo e *turnover*.

As organizações que se preocupam com os seus colaboradores ao nível operacional, estão cada vez mais atentas à seleção dos seus gestores. É notória a preocupação em selecionarem gestores possuidores de elevados níveis de Inteligência Emocional que lhes permita uma maior rentabilização dos recursos humanos assim como, um maior envolvimento dos seus colaboradores. Estes gestores, emocionalmente inteligentes, têm a capacidade de manterem relações profissionais mais fortes, formando uma rede social mais segura, promovendo um maior sentimento de pertença no grupo, uma equipa mais coesa e consequentemente, o alcance dos objetivos estratégicos com maior eficiência.

A complexidade das organizações de saúde faz com que a Inteligência Emocional assuma especial relevância na gestão de recursos humanos. Ao pensarmos na Gestão em Enfermagem, verificamos que os Enfermeiros Gestores assumem um papel particularmente importante, na gestão de recursos humanos, logística, gestão de cuidados e condições ambientais indispensáveis para o normal funcionamento de qualquer unidade de prestação de cuidados de saúde. No seu desempenho profissional, os Enfermeiros Gestores têm como principal objetivo a segurança do doente, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da pessoa doente, através da gestão de cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços/departamentos ou organizações, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde.

Deste modo, é exigido ao Enfermeiro Gestor que possua conhecimentos que lhe permitam avaliar e melhorar a qualidade de cuidados prestados ao cliente e as capacidades relacionais e comunicacionais que promovam um maior envolvimento dos seus colaboradores na concretização dos objetivos da Unidade de Cuidados/Organização em que estão inseridos.

Na sequência das reflexões que realizámos no decurso da nossa vida profissional sobre gestão e Gestão em Enfermagem e tendo em consideração a importância da Inteligência Emocional na gestão de recursos humanos, considerámos pertinente a realização desta investigação com o tema “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, inserida no programa de Doutoramento em Gestão.

Goleman (2007) refere que, a Inteligência Emocional pode ser em grande parte aprendida e desenvolvida no nosso percurso de vida com as experiências que vamos acumulando e com o treino realizado de forma sistemática e persistente. Considerando que a mesma é fundamental na Gestão em Enfermagem e que, de acordo com o autor supracitado, pode ser aprendida e

desenvolvida ao longo da vida, sentimos necessidade, como Enfermeiro Gestor, de avaliar a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores e verificar se a implementação de programas de formação nesta temática para os mesmos, influencia a sua Inteligência Emocional percebida.

Esta linha de pensamento orientou toda a metodologia utilizada nesta investigação. Atendendo a que desempenhamos funções de Enfermeiro Gestor no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), optámos por desenvolver esta investigação nesta Organização, tendo em consideração a sua dimensão (resultante do processo de fusão de três instituições de saúde da região centro), o elevado número de Enfermeiros Gestores e o processo de mudança em que a organização se encontrava.

Consideramos que esta investigação é relevante do ponto de vista teórico, pois representa um contributo para a promoção do conhecimento científico numa área carente de estudos empíricos que se prende com a utilização da Inteligência Emocional em gestão de recursos humanos, mais especificamente na Gestão em Enfermagem. É de igual modo relevante do ponto de vista operacional, pois além dos objetivos específicos, esta investigação foi delineada de forma a permitir obter dados que possibilitem, futuramente, o desenvolvimento de programas de formação em Inteligência Emocional para Enfermeiros Gestores, como forma de melhorar a sua Inteligência Emocional percebida e a sua relação com os enfermeiros das suas equipas.

Os fatores motivacionais que nos levaram à realização desta investigação prendem-se com o nosso percurso pessoal e profissional. Do ponto de vista pessoal, salientamos a importância que atribuímos à comunicação, à nossa forma de estar em grupo e às nossas emoções no contexto familiar e social. Do ponto de vista profissional, foram preponderantes os seguintes fatores: desempenharmos funções de Enfermeiro Gestor na organização onde decorreu este trabalho de investigação, possuímos a especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e as competências que nela adquirimos relativamente à gestão de emoções, termos realizado a Pós-graduação em Administração de Serviços de Saúde o que nos permitiu a aquisição de conhecimentos em gestão de recursos humanos e o crescente interesse por esta temática.

Para além de se tratar de um estudo de natureza académica, esta investigação já contribuiu de forma importante para a organização onde foi desenvolvida, o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, nomeadamente a nível da Gestão em Enfermagem.

Importa salientar que este estudo foi integrado no Plano Estratégico da Direção de Enfermagem para os anos 2012/2015, na área de Gestão da Estratégia “Capacitação de chefias

em conceção de cuidados, capacitação em liderança, capacitação em inteligência emocional, sistematização do planeamento em todos os níveis de gestão”. Este Plano Estratégico permitiu o desenvolvimento de um Programa de Formação denominado “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, direcionado para todos os Enfermeiros Gestores do CHUC, tendo como principal objetivo, melhorar a Inteligência Emocional percebida destes Gestores.

Perante a temática referida e de acordo com os objetivos que pretendíamos alcançar com esta investigação, optámos por desenvolver este trabalho em 10 capítulos. Os primeiros quatro contemplam o enquadramento teórico e assentam numa revisão da literatura como suporte crítico. Aí são explicitados os conceitos, as influências teóricas e os modelos conceptuais que servem de base à análise das questões em estudo. Nos outros seis capítulos expomos o estudo empírico realizado e apresentamos/explicitamos o nosso contributo pessoal relativamente a esta temática.

No Capítulo I, *Inteligência Emocional*, definimos os conceitos relacionados com a Inteligência Emocional, apresentamos os diferentes modelos da Inteligência Emocional e referimos a importância que esta assume dentro das organizações, na gestão de recursos humanos, especificamente na gestão em saúde e Gestão em Enfermagem.

No desenvolvimento do Capítulo II, *Qualidade de Vida no Trabalho*, apresentamos os conceitos de qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho e refletimos sobre a importância da qualidade de vida no trabalho em enfermagem.

Dedicamos o Capítulo III ao *Stresse no Trabalho*, neste capítulo definimos os conceitos de stresse, stresse profissional e de forma mais específica stresse profissional em Enfermeiros Gestores.

Sendo o tema desta investigação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” não poderíamos deixar de falar no Capítulo IV, da Gestão em Enfermagem. Abordamos este tema de forma sintética pretendendo apenas, apresentar a evolução histórica da Enfermagem enquanto profissão e a importância da Gestão no desempenho destes profissionais nas organizações de saúde.

Com o Capítulo V damos início à apresentação do nosso *Estudo Empírico*, explicando a metodologia utilizada no desenvolvimento desta investigação.

O Capítulo VI é dedicado ao *Estudo I* deste trabalho e explica a metodologia utilizada na validação da versão portuguesa modificada da *Trait Meta-Mood Scale* para os Enfermeiros portugueses.

No Capítulo VII apresentamos o *Estudo II*, onde identificamos a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores e a relacionamos com a sua Qualidade de Vida no Trabalho e o nível de Stresse Profissional por eles experienciado.

O *Estudo III* desta investigação é apresentado no Capítulo VIII e pretende descrever o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. Nele apresentamos o caminho percorrido na avaliação das necessidades formativas em Inteligência Emocional dos Enfermeiros Gestores, a elaboração do programa de formação e a sua implementação e avaliação.

No Capítulo IX apresentamos o *Estudo IV* desta investigação. Neste Estudo pretendemos avaliar o impacto da formação realizada no Estudo III no nível de Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores, na importância que atribuem à sua Qualidade de Vida no Trabalho e na relação com os Enfermeiros das suas Equipas.

No Capítulo X expomos as conclusões mais relevantes da investigação resultantes da fundamentação teórica e dos diferentes estudos empíricos. Por último apresentamos as limitações encontradas durante o desenvolvimento desta investigação, as contribuições para o conhecimento e para a Gestão, em especial a Gestão de Recursos Humanos, e sugestões para o desenvolvimento de futuras investigações.

No seguimento do Capítulo X apresentamos as referências bibliográficas citadas e aludidas no desenvolvimento desta Tese de Doutoramento, ordenadas alfabeticamente e normalizadas segundo as normas de referência bibliográfica da Associação Americana de Psicologia e por fim os anexos que considerámos de maior relevância para a compreensão de toda a investigação.

Na apresentação desta Tese, seguimos as normas de apresentação de Teses de Doutoramento e Dissertações de Mestrado da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, emanadas pelos Serviços de Documentação e Bibliotecas em 2012.

## CAPITULO I – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

---

### 1 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Nos finais dos anos 80, vários investigadores, que na época se dedicavam ao estudo da inteligência, confrontaram-se com a falta de modelos tradicionais para abrangerem um conjunto de destrezas humanas referentes à inteligência verbal e à inteligência percetiva-organizativa. Como forma de resolver esta questão, Salovey e Mayer sugerem o conceito de uma inteligência que processe as emoções e delas beneficie, implicando a habilidade para pensar sobre as mesmas e para com elas raciocinar, visando ajudar as pessoas a enfrentar o mundo e a ter sucesso. Surge assim, pela primeira vez o conceito de Inteligência Emocional (Queirós, 2014).

#### 1.1 - CONCEITO

Os primeiros estudos sobre inteligência eram baseados na craniometria. Mais tarde deixaram de avaliar os aspetos anatómicos para se avaliar as tarefas executadas, destacando-se três tipos de inteligência: a social, a concreta e a abstrata (Tapia, 2001). Aparentemente estes estudos estavam relacionados com a Inteligência Emocional, porém, era prática corrente a separação entre razão e emoção, dando-se primazia à razão na tomada de decisões assertivas (Rego & Fernandes, 2005). Uma decisão era considerada correta, desde que fosse afastada de qualquer emoção. No entanto, vários foram os investigadores que se debruçaram sobre o modo como avaliar a Inteligência Emocional assente na forma como as pessoas lidam com as suas emoções. Surge, assim, o conceito da Inteligência Emocional em 1990 (no âmbito académico) proposto pelos investigadores Peter Salovey e John Mayer. Em 1995, Daniel Goleman, tornou-o conhecido mundialmente, após a publicação do *best-seller* “Inteligência Emocional” (Neta, Garcia & Gargallo, 2008). Aos olhos da comunidade científica, a emoção e a razão começam a ser consideradas imprescindíveis ao desenvolvimento pessoal e profissional de cada pessoa, pelo que se passou a considerar a Inteligência Emocional, como sendo o intercâmbio entre as emoções e as cognições. As emoções tornam a pessoa mais inteligente e a cognição auxilia a pessoa a pensar as suas emoções.

O termo “Inteligência Emocional” (IE) foi formalmente definido, pela primeira vez, no princípio da década de 90, por Salovey e Mayer. Todavia, as suas raízes situam-se no conceito de “inteligência social” identificado por Thorndike (1920) sendo definida como a capacidade

de compreender e gerir, homens e mulheres, rapazes e raparigas – atuando sabiamente nas relações humanas. Foi com Gardner, em 1983, que ao sugerir a teoria das inteligências múltiplas, a IE viria a estar fundamentada em duas das inteligências que constituem esta teoria: a intrapessoal (capacidade de autoavaliação e de conhecimento dos próprios sentimentos) e a interpessoal (capacidade de compreender os “estados de espírito” e os desejos dos outros e de agir com base nestes conhecimentos) (Rego & Fernandes, 2005).

Para Mayer e Salovey (1997), a IE é uma vertente da inteligência social, envolvendo a competência para perceber e expressar emoções, compreendê-las, usá-las e geri-las em si próprio e nas outras pessoas.

A IE, a par da inteligência social e da inteligência prática, insere-se no grupo das inteligências designadas não académicas, não cognitivas ou não intelectivas (Thorndike, 1920; Sternberg, 1985; Sternberg, 1997; Bar-On, 1997; Rego e Fernandes, 2005). Para Roberts, Flores-Mendoza e Nascimento (2002) é um dos conceitos psicológicos mais populares e recentes.

Na primeira publicação, de natureza teórica, Salovey e Mayer (1990, p.189) propõem uma definição inicial para IE como sendo “a habilidade para controlar os sentimentos e emoções em si mesmo e nos demais, discriminar entre elas e usar essa informação para guiar as ações e os pensamentos”.

Ao uso das emoções, Weisinger (2001, p.14) acrescenta a intencionalidade destas trabalharem “a seu favor, usando-as como uma ajuda para ditar o seu comportamento, o seu raciocínio de maneira a aperfeiçoar os seus resultados”. O que, na opinião, de Tapia (2001) leva a um crescimento e desenvolvimento emocional e intelectual e à promoção de pensamentos inteligentes, tornando as pessoas que pensam inteligentemente sobre as emoções em pessoas emocionalmente inteligentes.

Numa perspetiva mais ampla, Roberts, Flores-Mendoza e Nascimento (2002) consideram a IE associada à capacidade das pessoas gerirem as suas próprias emoções, assim como perceberem e conduzirem as dos outros. Na mesma linha Cunha e Rego (2002) referem que a capacidade de relacionamento entre a razão e a emoção, torna a pessoa mais sociável, com atitudes assertivas no relacionamento com os outros, tirando partido de cada situação, realçando sempre os pontos positivos e servindo-se das situações menos agradáveis para as transformar em situações de aprendizagem e desenvolvimento.

Acreditando que a IE está relacionada com o bem-estar do indivíduo assim como com o seu sucesso profissional, compreende-se a sua rápida aceitação pela sociedade atual.



Numa visão mais concreta, específica e exemplificativa, Goleman (2003, p. 54) define a IE como “a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança”. Ser emocionalmente inteligente é “ser capaz, por exemplo, de dominar um impulso emocional; ler os sentimentos mais íntimos de outra pessoa; saber gerir as nossas relações” (p. 21).

De uma forma objetiva, Mestre e Fernández- Berrocal (2007) explicam que, em geral, os componentes básicos da IE são a percepção e a expressão das emoções, o entendimento das mesmas e a capacidade para neutralizar as mais negativas.

Goleman (2003) defende que a IE contribui de forma mais direta e favorável para os fatores que determinam o êxito na vida da pessoa, em oposição ao tão investigado Quociente de Inteligência (QI) que conta com uma história de investigação com mais de um século e com centenas de milhares de pessoas avaliadas.

A IE aprende-se e desenvolve-se ao longo da vida, no entanto, parece também existir uma certa predisposição genética para o desenvolvimento das suas competências, uma vez que as emoções são impulsos que nos levam à ação, em todas as circunstâncias da vida (Goleman, 1995). É a capacidade de identificar, perceber e utilizar as emoções em prol da interação. É também a capacidade da pessoa se motivar a si própria e gerir as suas emoções.

Para Goleman, Boyatzis e Mckee (2002), a IE é a capacidade da pessoa para lidar com as emoções, é um equilíbrio de ações assertivas. A aprendizagem é facilitada pela interação pessoal, uma vez que as pessoas têm tendência para imitar as atitudes, as expressões faciais, os movimentos e a postura dos indivíduos mais próximos, o que significa que, quando se relacionam com pessoas emocionalmente inteligentes, poderão ser contagiadas pelas suas atitudes. A pessoa emocionalmente inteligente gera nos outros comportamentos e atitudes assertivas. Para Cunha e Rego (2002), as emoções levam as pessoas a terem pensamentos inteligentes e estes, por sua vez, ajudam-nas a utilizar as emoções de uma forma assertiva, de modo a melhorarem o seu desempenho profissional ou simplesmente nas relações interpessoais do dia a dia. A IE é também explicada de uma forma orgânica e hormonal com a libertação de neurotransmissores do sistema límbico, mas para além destes processos fisiológicos, é necessário existir na pessoa a vontade de mudar e de alterar comportamentos.

## 1.2 - EMOÇÕES

As emoções têm sido objeto de estudo de vários investigadores ao longo dos anos, surgindo diversas teorias, que possuem grandes variações entre elas. A primeira teoria sobre as emoções surge no Século XIX, em 1872, quando Darwin se dedicou ao estudo das emoções, tanto no Homem como nos animais, concluindo que as emoções ou a sua expressão era algo inato a ambos.

A realçar este aspeto Damásio (2003, p.55) afirma que “há provas abundantes de que os organismos simples exibem reações emocionais. Basta pensar na solitária paramécia, um organismo unicelular, todo feito de corpo, nada de cérebro e menos ainda de mente, nadando rapidamente na piscina natural do seu habitat”.

“A discussão filosófica sobre a questão do corpo e das emoções já pode ser encontrada desde a época antiga nos tratados gregos. No entanto, podemos dizer que a grande discussão sobre o estudo científico das emoções, remonta ao século XVII, início da ciência moderna, quando René Descartes (1596-1650) se encontra perante o impasse para explicar a relação entre as emoções, produtos da alma e o corpo” (Lecointre, 2007, p.337).

Vários teóricos têm defendido que as emoções desempenham um papel central no funcionamento psicológico humano, no entanto, nem sempre a sua definição é clara e unânime, dependendo da ênfase dada pelas diferentes teorias e a especificidade das componentes em que se baseiam, ou em fatores como os genéticos, ambientais, relacionais e culturais. Por tudo isto, verifica-se, por vezes, alguma confusão entre os conceitos de sentimentos e emoções, dois termos que significam processos que se relacionam, no entanto distintos, e que de uma forma continuada são usados como se do mesmo se estivesse a falar (Silva, 2010).

A emoção é evidentemente condição *sine qua non* no constructo IE, é um dos vértices conceptuais em simultâneo com a inteligência. É de referir, no entanto, que muitas vezes estes dois vértices foram vistos como adversários, com as emoções a tomarem um papel intrinsecamente irracional, de paixões irracionais (Matthews, Zeidner, & Roberts, 2002), sendo presentemente vistas não como adversárias da inteligência, mas como potenciais contributos ao pensamento, ao invés de o desorganizarem (Mayer & Salovey, 1997).

Uma pesquisa científica sobre o universo das emoções no ambiente de trabalho poderia ser alvo de admiração há alguns anos atrás, principalmente ao olhar das teorias organizacionais, cujo foco está direcionado para a objetividade e não para a subjetividade dos processos e interações do universo organizacional. Nos últimos anos, porém, alguns pesquisadores na área

da Psicologia Organizacional têm procurado ampliar o entendimento sobre os efeitos das relações de trabalho nas emoções dos trabalhadores (Borges & Albuquerque, 2004; Gondim & Siqueira, 2004). Na perspectiva de Gondim e Siqueira (2004), o contexto externo interfere nas emoções, no humor e no afeto do trabalhador, colaborando ou impedindo que ocorra um ambiente favorável ao bem-estar no trabalho.

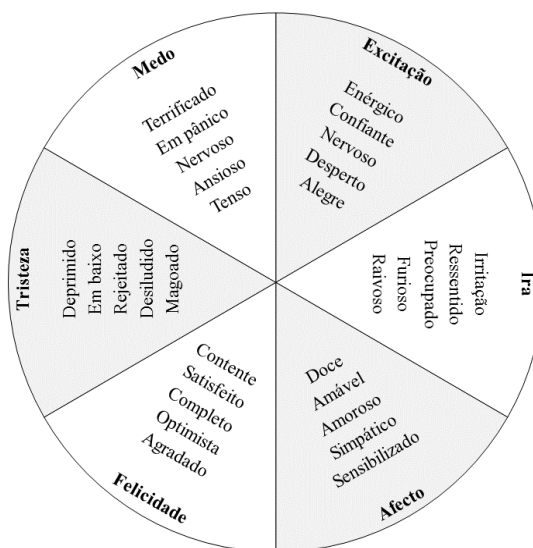
De acordo com a perspectiva funcionalista, as emoções são sistemas complexos, que se desenvolveram ao longo da história da evolução humana e que nos ajudam a responder adaptativamente aos desafios e às oportunidades ambientais que enfrentamos (Levenson, 1994). As emoções podem ser ativadas por estímulos externos e internos. Este “programa de emoção”, uma vez ativado, prepara o organismo para a ação (para lidar com os desafios e oportunidades ambientais) gerando uma variedade de tendências de resposta (incluindo sentimentos subjetivos, modificações fisiológicas e tendências comportamentais) que podem ou não ser expressas visivelmente no comportamento expressivo emocional (Gross & Muñoz, 1995; Dinis, Gouveia & Xavier, 2011).

Salovey e Mayer (1990, p.186) referem-se às emoções “como respostas organizadas que ultrapassam as fronteiras de muitos subsistemas psicológicos, incluindo o fisiológico, cognitivo, motivacional e sistemas experimentais”, surgindo como respostas a eventos internos ou externos, com significados positivos ou negativos para o indivíduo, sendo distintas do estado de espírito de cada um, dado que o caráter da emoção é mais curto e mais intenso.

É a emoção que influencia as escolhas humanas e inspira o comportamento, uma vez que ela é a medida que nos indica quão bem nos sentimos em relação a alguma coisa. Motiva-nos a agir, quer para que possamos continuar a sentirmo-nos bem ou para que deixemos de nos sentir mal (Hughes & Terrel, 2009).

Para Carlson (1995) existem seis famílias de emoções primárias que contêm todo o leque de possíveis emoções: o medo, a ira, a tristeza, a felicidade, a excitação e a compaixão. Dentro de cada uma delas, encontramos emoções mais comuns (damos como exemplo a ira que inclui a frustração, a irritação, a preocupação, a raiva e o ressentimento). O diagrama que se segue, da autoria de Miguel, Rocha e Röhrich (2008) mostra cada uma dessas famílias e todas as *nuances* de emoções que abarcam.

Figura 1 - Família de Emoções



O modelo representado inclui três famílias de emoções consideradas positivas (a felicidade, a excitação e o afecto) e três consideradas negativas (o medo, a ira e a tristeza).

De realçar que a classificação destas emoções como negativas apenas significa que elas são percecionadas como tal. “Todas as emoções nos fornecem informação sobre nós próprios e o nosso ambiente; o facto de experimentarmos emoções negativas não significa que nos sintamos negativos. Regra geral é mais importante saber qual a família das emoções que estamos a vivenciar, do que o grau em que a estamos a experimentar” (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008, p.7).

No que concerne ao conceito de sentimento, Damásio (1999) afirma que é o momento em que tomamos consciência da representação assumida pelo corpo e identificamos o sentimento específico para designar aquilo que verdadeiramente “sentimos”, ou o momento em que “...a consciência permite que os sentimentos sejam conhecidos...” permitindo “...que a emoção permeie o processo do pensamento pela mão do sentimento”. Para Damásio (2000, p.159) “um sentimento depende da justaposição de uma imagem do corpo propriamente dito com uma imagem de alguma outra coisa, tal como a imagem visual de um rosto ou a imagem auditiva de uma melodia”.

De igual modo Pinto (2001, p.246) acrescenta que “O sentimento é um sentir consciente, uma impressão, uma experiência, às vezes com uma dimensão mais sensorial como dor ou bem-estar, outras vezes com uma dimensão mais afetiva como tristeza, melancolia, agrado. O sentimento é um estado similar à emoção, menos intenso e mais prolongado”.

A emoção, na opinião de Goleman (1997), é interpretada como um sentimento e os raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação. Este autor acrescenta ainda, que existem centenas de emoções, incluindo as suas respetivas combinações, variações, mutações e tonalidades. Na sua opinião há muito mais subtilezas de emoção do que as palavras que temos para as descrever.

Na opinião de Lecointre (2007, p.345), “o paradigma científico dominante no estudo das emoções assume que as emoções são entidades que existem de modo real e que estas residem no cérebro e que quando uma certa emoção é processada ocorreria uma série de alterações num sistema de resposta como alterações físicas, moleculares, elétricas, que seriam a assinatura da resposta emocional”.

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 autoprotetor, retirando recursos à memória de trabalho e atribuindo-os a outros locais do cérebro para manter os sentidos em estado de alerta (Goleman, 2000).

O circuito de alarme está centrado numa série de estruturas que envolvem o tronco cerebral, o sistema límbico, deste faz parte a amígdala, que desempenha o papel principal nas emergências emocionais, e que nos “faz perder a cabeça”.

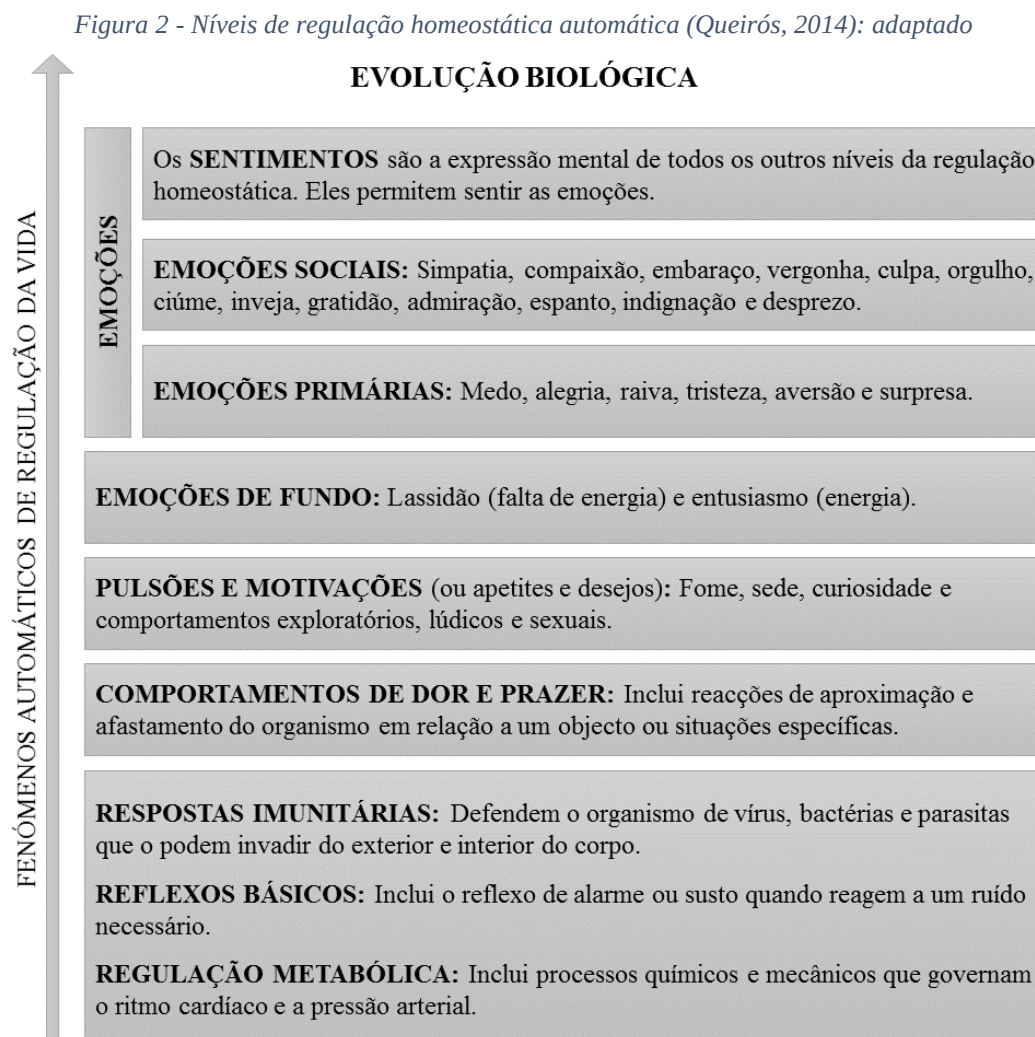
“A amígdala é o banco de memória emocional do cérebro, um repositório de todos os nossos momentos de triunfo e de derrota, de esperança e de medo, de indignação e de frustração” (Goleman, 2000, p.82).

De acordo com Damásio (2003), numa simplificação do processo neurobiológico, uma emoção consiste numa variação psíquica e física desencadeada por um estímulo, subjetivamente experimentada e automática, que provoca uma resposta ao estímulo, ou seja, as emoções são uma forma natural de avaliar o ambiente que nos rodeia e de reagir de forma adaptativa.

As emoções são reações químicas e neurais complexas que formam um padrão, existindo como elementos que ajudam a regular o organismo, com o objetivo da manutenção da sua sobrevivência e encontram-se entre os dispositivos bio reguladores que o corpo possui (Damásio, 1999). Assim, as emoções surgem através de processos biológicos que estão dependentes de estruturas e modos de funcionamento cerebrais, inscritos no ser humano.

O processo de regulação do organismo humano, a homeostasia, funciona como uma árvore de copa alta e alargada, sendo que os ramos representam a concertada articulação dos

fenómenos da vida. Na Figura 2, “Níveis de regulação homeostática automática”, procura-se representar esta cadeia reguladora.



As respostas do cérebro a uma crise seguem pela via da suspensão do pensamento complexo e disparando a resposta automática, gerando comportamentos potencialmente graves ou inconvenientes para a pessoa. A amígdala faz com que o primário prevaleça, fazendo-nos reagir a estímulos, por vezes com comportamentos e atitudes não coerentes com o socialmente correto. Os impulsos da amígdala fazem prevalecer as emoções sobre a razão. A prática regular, diária, de um método de relaxamento parece repor a zeros o ponto de detonação da amígdala, tornando-se menos facilmente provocada (Vilela, 2006).

De uma forma mais abrangente, Pinto (2001, p.243) defende que a “emoção é uma experiência subjetiva que envolve a pessoa toda, a mente e o corpo. É uma reação complexa desencadeada por um estímulo ou pensamento e envolve reações orgânicas e sensações

pessoais. É uma resposta que envolve diferentes componentes, nomeadamente uma reação observável, uma excitação fisiológica, uma interpretação cognitiva e uma experiência subjetiva”.

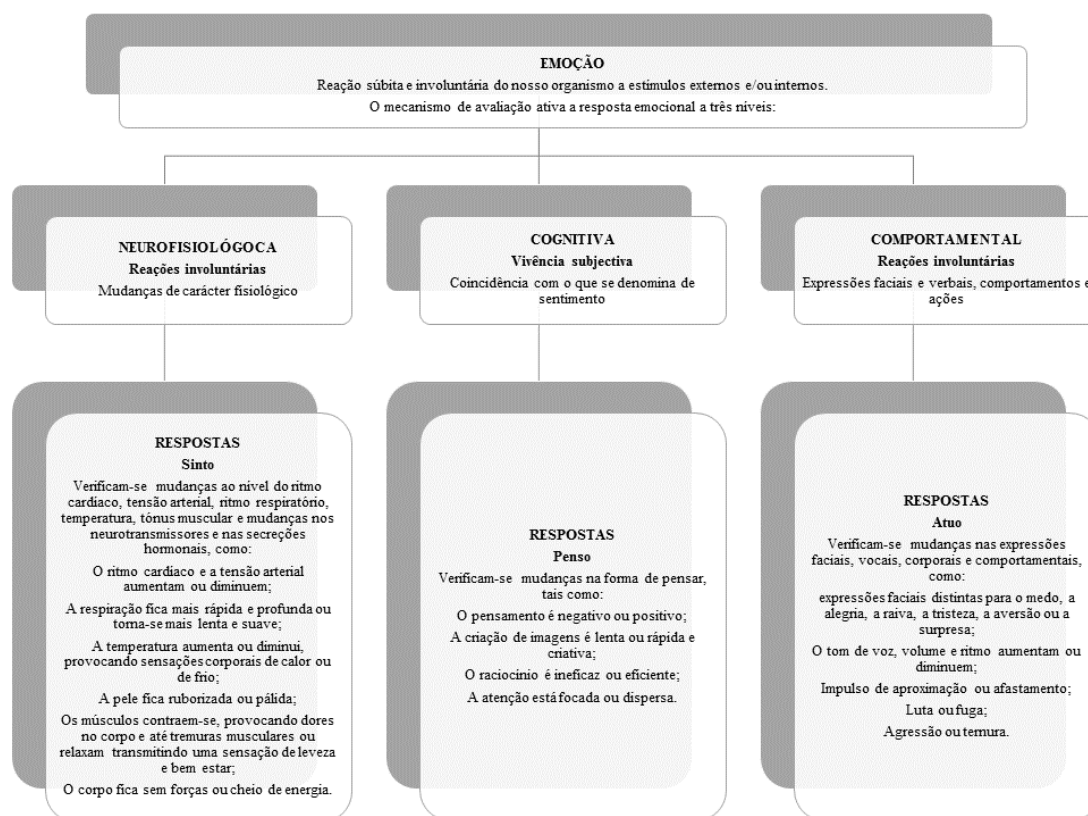
*“Uma emoção pode ser, frequentemente é, inconsciente. O início fisiológico de uma emoção ocorre tipicamente antes de uma pessoa se aperceber conscientemente do próprio sentimento. Por exemplo, quando se mostram fotografias de cobras a uma pessoa que tem medo desses animais, os sensores colocados na pele detetam a produção de suor, sinal de ansiedade, embora a pessoa afirme não sentir qualquer espécie de medo.” (Goleman, 1997, p.75)*

De acordo com Hughes e Terrel (2009), as emoções ocorrem como resposta a sensações, dizem respeito ao que tocamos (não apenas com os nossos dedos ou com a nossa pele, mas o que tocamos com os nossos olhos, ouvidos, papilas gustativas e com os nervos do olfato do nosso nariz). As emoções dizem respeito ao que tocamos com a nossa imaginação, desde um assustador e barulhento som na escuridão, àqueles quinze minutos de fama, quando se atinge um nível máximo de um jogo e todos se juntam a nós para ver. Assim, a cognição envolve o processo de informação e inclui a aprendizagem, a memória e a resolução de problemas novos. No entanto, estes elementos cognitivos influenciam e são influenciados pelos emocionais, que estabelecem uma predisposição para a ação.

Damásio em 2003 afirmou que pensamos com o corpo e com as emoções, pois o processo de raciocínio passa pelo corpo através do que ele chama de “estados de corpo”. O autor demonstrou que na presença de lesão nos lóbulos frontais ocorrem perturbações no raciocínio, bem como a incapacidade de sentir e exprimir emoções e, ainda, que pessoas, com lesões na amígdala (área essencial nas emoções) e no córtex cingulado, apresentam incapacidade de raciocinar corretamente e défice na expressão emocional e no raciocínio (Branco, 2004).

Importa termos presente que a emoção resulta do cruzar da experiência sentida a nível físico, da tomada de conhecimento pela cognição, pelo pensamento e da reação expressiva. A Figura 3, “Componentes da Emoção”, baseada na perspetiva de Bisquerra (2009) apresenta uma estrutura de definição de emoção tendo em conta as três componentes: neurofisiológica, cognitiva e comportamental.

Figura 3 - Componentes da Emoção (Bisquerra, 2009):adaptado



Os centros neurais subjacentes à competência emocional (em oposição à competência intelectual) ligam a região pré-frontal com os centros emocionais. Damásio (2003) concluiu, num dos seus estudos, que lesões nestas regiões afetam as capacidades pessoais e sociais que estão na base do desempenho profissional eficiente, mesmo que as capacidades intelectuais permaneçam intactas. De acordo com o autor existem algumas emoções básicas, “emoções primárias”, como o medo, a raiva, a surpresa, a tristeza, a felicidade ou a aversão, representadas por uma programação inata e de emoções mais complexas, consideradas de “emoções sociais ou secundárias”, como por exemplo, a simpatia, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, a inveja, a gratidão, a admiração e o desprezo, que decorrem de aprendizagens ao longo da vida.

As emoções são inseparáveis da ideia de recompensa ou de castigo, de prazer ou de dor, de aproximação ou afastamento, de vantagem ou desvantagem pessoal e até da ideia do bem e do mal. Pode ser considerada, ainda, uma classificação das emoções para além das primárias e secundárias, as emoções de fundo, como a fadiga ou a energia, o desânimo ou o entusiasmo, a esperança ou o desencorajamento, o bem-estar ou o mal-estar, a calma ou a tensão, que são aquelas que se detetam através de “pormenores subtis relacionados com a postura corporal, com



a velocidade e contorno dos movimentos, com modificações mínimas na qualidade e velocidade dos movimentos oculares e no grau de contração dos músculos faciais.” (Damásio, 2000, p.73).

Conhecer as emoções é determinante para as organizações rentabilizarem as capacidades do seu capital humano, o que tem repercussão direta na *performance* laboral e nos processos de tomada de decisão e de liderança, que dependem muito das emoções positivas e negativas dos respetivos quadros e que influenciam diretamente o sucesso ou o fracasso organizacional, bem como os colaboradores, uma vez que uma emoção negativa, como a tristeza, leva à invocação de ideias sobre factos negativos, uma emoção positiva faz o oposto (Damásio, 2000; Sprea, 2009; Cabral, 2011).

É essencial que os sentimentos e emoções positivas que estimulam o trabalho realizado diariamente se reflitam sobre as emoções negativas, como por exemplo, a raiva e o medo, de forma a poderem ser combatidas eficazmente (Rego & Rocha, 2009).

No local de trabalho, emoções como a fúria, a raiva, os ciúmes e a inveja normalmente vão muito para além do sentido da lógica e da racionalidade. Os gestores dentro das organizações utilizam, por vezes, o medo, o orgulho e outras emoções, ora para humilhar, ora para motivar os seus subordinados (Kreitner & Kinicki, 2004).

As emoções afetam o desempenho, sobretudo as negativas que podem o prejudicar o exercício profissional. Mas também podem, por outro lado, melhorar o desempenho ao promover a vontade, agindo assim como motivadoras para um desempenho melhor, ao mesmo tempo que o esforço emocional reconhece que os sentimentos são parte do comportamento necessário ao trabalho (Robbins, 2005). Sendo assim, o autor assegura que a capacidade de administrar eficazmente as emoções em posições de liderança pode ser decisiva para o sucesso da organização.

Como forma de finalizar este subcapítulo citamos Hughes e Terrel (2009, p.36) “Possivelmente poderá nunca existir uma resposta definitiva à questão - o que é a emoção?- contudo, estamos certos que é poderosa, pessoal e presente em tudo o que o ser humano acarinha e mais ama”.

### 1.3 - QUOCIENTE DE INTELIGÊNCIA E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

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

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

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

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

Relativamente à relação entre a razão e a emoção, Damásio (2000, p.55) refere que “em qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas, de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções e governam as suas vidas, em grande parte, pela procura de uma emoção, a felicidade e pelo evitar das emoções desagradáveis”. De acordo com o autor, pensamos com o nosso corpo e com as nossas emoções, não existindo razão pura. Existe portanto uma ligação entre a emoção e a cognição, em que a primeira não pode ser entendida apenas em termos do que ocorre no interior da pessoa ou cérebro, implicando um conjunto de transações com acontecimentos do meio ambiente,

significativos para o bem-estar do sujeito e avaliados pelo mesmo através de uma avaliação cognitiva dos acontecimentos de forma deliberada, racional e consciente.

Atualmente sabe-se que é impossível separar a razão da emoção, facto que foi demonstrado por Damásio (1995, 2000), defendendo que alguém privado das suas emoções, dificilmente consegue tomar decisões racionais, pois sem emoções não existirão raciocínios assertivos.

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

A IE tem um papel decisivo no desenvolvimento pessoal. Tanto na IE como na cognitiva, as capacidades são sinérgicas, mas é a primeira que tem maior influência no desempenho pessoal. Contrariamente ao QI, a IE pode melhorar ao longo da vida. Depende de nós e da nossa vontade de cultivar a nossa IE. Importa sublinhar que, contrariamente às competências puramente cognitivas, aumentar e aperfeiçoar as nossas aptidões emocionais requer disponibilidade e anuência para reorganizar os nossos hábitos pessoais e a nossa forma de pensar e agir (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

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

Goleman, em 2000, efetuou, um estudo que incidiu sobre licenciados em Harvard (nas áreas de direito, medicina, ensino, gestão e administração), tendo concluído que as notas dos exames de admissão, baseados no QI, possuíam pouca ou nenhuma correlação com o eventual êxito na carreira profissional. Este estudo permitiu-lhe ainda concluir que o QI tem uma menor capacidade de prever o sucesso entre o grupo de pessoas suficientemente inteligentes para dominar as áreas cognitivas mais exigentes e que o valor da IE para o êxito cresce tanto mais quanto maiores forem as barreiras de inteligência para a entrada numa determinada área. A

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

O QI e o Quociente Emocional são capacidades distintas mas não antagónicas, pelo que se deve tentar articular as competências intelectuais e as emocionais, usando a emoção para facilitar a razão e a razão para gerir funcionalmente a emoção. Apesar de realidades separadas, há uma interdependência entre o nosso intelecto e os nossos sentimentos, o que revela a importância de dominar ambas as dimensões.

De acordo com Damásio (1995), não há decisões puramente lógicas nem decisões puramente emocionais, sendo importante um elo de ligação entre as duas a fim de tomar decisões adequadas.

#### 1.4 - MENSURAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Conforme referem Brackett e Mayer (2003), a pesquisa em IE expandiu-se nos últimos anos e atualmente conta com inúmeros instrumentos de avaliação. Todavia, o campo da IE tem-se caracterizado por dificuldades de mensuração, devido a problemas teóricos de delimitação de conceitos e devido aos tipos de instrumentos utilizados para medir essa aptidão. Habitualmente, a IE é medida através de instrumentos de avaliação de dois tipos, os de desempenho, que medem a *performance* de determinado indivíduo em tarefas específicas e os de autorrelato, que constituem questionários onde ele reporta as habilidades que acredita possuir.

A falta de consenso na proliferação de muitos instrumentos de medição da IE tem tornado difícil retirar conclusões válidas acerca do verdadeiro valor e impacto da mesma. Uma das formas de obter resultados válidos seria reunir os diferentes resultados de diferentes estudos que estão dispersos, utilizando uma abordagem rigorosa e quantitativa, cujos dados estatísticos integrariam estudos independentes, levando a conclusões mais precisas e validadas (Rosenthal & DiMatteo, 2001).

Segundo Fernández-Berrocal e Extremera (2006) existem três abordagens teóricas aceites na comunidade científica, o modelo de IE de competências de Mayer e Salovey, o modelo de

Bar-On de Inteligência Emocional Social e o modelo focado nas competências emocionais no local de trabalho.

Mayer, et al. (2001) são de opinião de que há uma grande consonância entre os investigadores acerca do que é a IE definindo-a como, um conjunto de competências que engloba a avaliação e a expressão de emoções, o uso das emoções para facilitar as atividades cognitivas, o conhecimento acerca das emoções e a regulação das emoções. Há, todavia, menos consenso acerca de qual o melhor método para medi-la.

Mayer, Salovey e Caruso (2002) sugeriram que os pesquisadores deveriam definir a IE através de habilidades ao invés de dimensões da personalidade e argumentaram que isso seria necessário para que se pudesse assegurar a validade discriminante em relação a constructos de personalidade. Propuseram, ainda, o uso de testes de desempenho ao invés de testes de autorrelato, visto que escalas de *performance* poderiam medir algo mais diretamente relacionado com a capacidade de pensamento abstrato e de gerar pensamentos sobre emoções. Além disso, defenderam que testes de desempenho dificultariam a simulação deste, além de evitar avaliações subjetivas acerca das habilidades emocionais.

Os estudos sobre a IE avaliada por questionários de autorrelato têm demonstrado que as medidas não se diferenciam muito dos traços de personalidade já conhecidos, podendo ser explicadas, em grande parte, por eles. Por outro lado, quando os estudos empregam instrumentos de IE baseados em desempenho, isto é, em instrumentos que apresentam tarefas cuja resolução depende da utilização da função cognitiva que se quer avaliar, os estudos têm demonstrado que as variáveis medidas se correlacionam mais com outras medidas de desempenho e menos com medidas de traços de personalidade (Primi, Bueno & Moniz, 2006).

Medidas de inteligência que abrangem a inteligência verbal e de desempenho foram desenvolvidas ao longo do último século até ao momento presente. Apesar de existirem progressos na construção destas escalas, também tem sido evidente a insatisfação por parte de muitos pesquisadores sobre concepções limitadas para estas capacidades. Sendo assim, muitos têm proposto modelos mais amplos para as capacidades mentais (Guilford, 1967; Gardner, 1995; Mayer, Caruso & Salovey, 2000). A IE surge com a proposta de ampliar o campo de habilidades no qual a inteligência geral está baseada. Mayer, Caruso, & Salovey (2000, p.295) salientam que “talvez uma inteligência geral que incluir a inteligência emocional possa constituir um preditor mais poderoso de importantes capacidades humanas do que uma inteligência que não a inclua”.

A atual situação contraditória de testes de inteligência emocional, baseados em desempenho, que apresentaram baixas correlações com traços de personalidade e testes de autorrelato, que apresentaram correlações mais altas, pode indicar que o constructo de IE exhibe aspectos do funcionamento mental, que integra processos cognitivos e emocionais, e, por isso, situa-se a meio caminho entre esses dois grandes aspectos do funcionamento mental. Assim, os testes de autorrelato tratam de constructos da personalidade, que preveem adaptação inteligente ao meio; os testes de desempenho tratam de constructos mais próximos de processos cognitivos, envolvendo elementos emocionais. É necessário, no entanto, um esforço mais aprofundado de entendimento dessas relações, já que as associações entre IE e fatores da personalidade, quando melhor compreendidas, melhor clarificam o constructo.

### 1.5 - COMPETÊNCIAS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Em 1995, Goleman expõe a essência das capacidades da IE nomeadamente no contexto educativo; em 1998 direciona o modelo divulgado para o trabalho e para a vida organizacional, adaptando e acrescentando dados novos ao seu modelo original (Goleman, 2000, 2003). Mais tarde, em 2002, conjuntamente com Boyatzis e McKee perspectiva a sua importância no contexto da liderança.

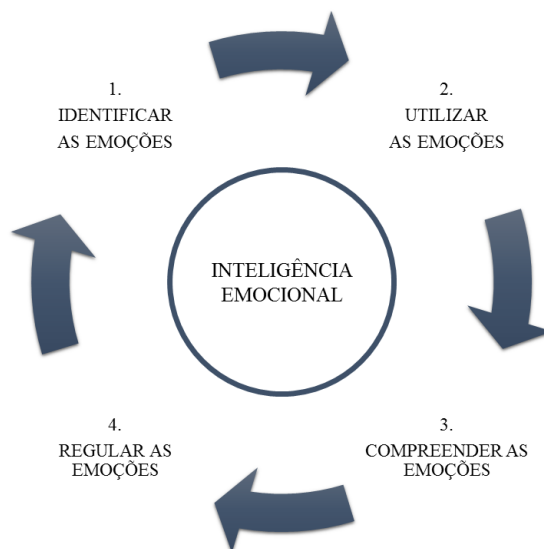
No seu primeiro livro sobre IE, Goleman (1995) sublinha os cinco elementos essenciais que a integram: conhecer as próprias emoções, gerir as emoções, motivar - se a si mesmo, reconhecer as emoções nos outros e, por fim, saber lidar com os relacionamentos. Posteriormente, em 1998, Goleman propôs uma teoria de desempenho aplicada às organizações com base no modelo da IE, fundamentada em várias competências analisadas em diversas empresas. O modelo apresenta quatro dimensões essenciais (Boyatzis, Goleman, & Rhee, 2000; Goleman, 2001): o autoconhecimento, a empatia, a autogestão e a gestão de conflitos. Cada uma destas quatro dimensões são a base para desenvolver outras habilidades aprendidas ou competências necessárias no campo organizacional. Uma capacidade aprendida, baseada na IE, resulta num excelente desempenho no trabalho (Goleman, 2001).

A IE possibilita ao indivíduo, na opinião de Caruso e Salovey (2007), fazer escolhas acertadas na vida, uma vez que permite identificar as suas sensações, reconhecer as emoções, bem como o que as provoca, aceitando-as e utilizando-as na tomada de decisões. Daí decorre que a natureza de cada habilidade pode ser identificada, estudada, mensurada e

consequentemente ser utilizada *per se* ou em interação com as demais. A elas podemos recorrer em qualquer situação vivencial, para uma melhor auto e hétero compreensão (Queirós, 2014).

A Figura 4, “Representação circular do modelo de IE”, tenta, numa representação circular, mostrar a relação entre as quatro habilidades emocionais do modelo de IE de Mayer e Salovey (1997).

*Figura 4 - Representação circular do modelo de IE (Mayer & Salovey, 1997): adaptado*



É importante esclarecer os conceitos de capacidade e competência. Competência é saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades adquiridas em formação e aplicá-los em circunstâncias apropriadas, sendo esta desenvolvida na prática e através dos conhecimentos sobre a própria capacidade. Por outro lado capacidade é algo que precede a competência. A capacidade aprende-se e a competência é a forma como as pessoas/profissionais a colocam em prática nos determinados contextos (Carvalho, 1995). Uma competência emocional é uma capacidade aprendida, baseada na IE, que resulta num desempenho extraordinário do trabalho.

A nossa IE determina o nosso potencial para aprender as aptidões práticas que se baseiam em cinco capacidades: a autoconsciência, a motivação, o autodomínio, a empatia e o talento nas relações. A nossa competência emocional mostra até que ponto integramos essas aptidões nas competências profissionais. A competência emocional inclui competências emocionais e sociais. Goleman (2000, p.33) defende que “A nossa competência emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais”.

Assim, de acordo com este modelo conceptual, a IE é baseada em cinco grandes capacidades: a autoconsciência, a gestão das emoções, a automotivação, a empatia e a gestão de relacionamentos em grupos.

- Autoconsciência

A autoconsciência é a forma como reconhecemos as nossas próprias emoções, enquanto estão a acontecer. É a IE que traduz o conhecimento de si mesmo, resultando da autoanálise de si, da sua vida, de como se comporta e de como deseja comportar-se (Goleman, 2000).

É importante a consciência das emoções negativas na nossa vida, tais como, a ansiedade, a agressividade e a melancolia, para da forma mais adequada nos adaptarmos à situação com que nos deparamos. Saber e reconhecer o que sentimos através de uma autoavaliação real das nossas próprias capacidades é algo que nos dá autoconfiança e nos orienta no momento de tomar uma decisão. As pessoas que conhecem e interpretam os seus sentimentos conduzem a sua vida de uma forma mais estável e produtiva. “As pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar, a que emprego aceitar” (Goleman, 2003, p. 63).

Autoconsciência emocional diz respeito à franqueza e autenticidade do líder, ou seja, aquele que sabe “falar sobre as suas emoções de forma aberta e sobre os seus valores de forma convicta.” (Goleman, Boyatzis & McKee, 2003, p. 272).

- Gestão de emoções

Na opinião de Goleman (2000), a gestão de emoções é a capacidade de gerir as próprias emoções, ou seja, a forma como conseguimos gerir as emoções com que nos confrontamos. Demonstra que o conhecimento de si próprio tem como finalidade proporcionar o autoencontro, procurando o aperfeiçoamento constante de si como pessoa, através do autodomínio, do controlo dos impulsos/emoções de maneira saudável e de pensar antes de agir, com o intuito de conquistar a felicidade nos contextos em que se insere.

Gerir as emoções surge do autoconhecimento e tem o significado de autorregular-se de modo a que elas facilitem, em vez de dificultarem a tarefa que temos em mãos. É também, uma forma de “lidar” com as sensações de modo adequado.

A negociação consigo próprio, com vista a atingir a estabilidade pessoal, é o ponto de partida para uma correta ligação entre o mundo e as pessoas que nos rodeiam, pelo que em



certas alturas, gerir as nossas emoções implica a forma correta de como descarregamos a nossa raiva ou o mau humor na pessoa certa. As pessoas que possuem esta qualidade em alto grau, na opinião de Goleman (2003), recuperam muito mais rapidamente das quedas que a vida lhes proporciona.

- Automotivação

Automotivação é o modo como utilizamos as nossas energias, numa perspetiva construtiva e projetiva. Descobrir a automotivação é encontrar a razão que nos leva a trabalhar para além do dinheiro ou do protagonismo social. Uma pessoa ou um profissional motivado mantém a persistência e a razão nos seus objetivos. Para tomarmos iniciativas e sermos altamente eficientes face a contrariedades e frustrações, é necessário usarmos as nossas preferências mais profundas, que permitem avançarmos em direção aos nossos objetivos (Goleman, 2003).

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

- Empatia

A empatia, muitas vezes associada ao reconhecer as emoções dos outros, compreende a expressão verbal e não-verbal e a forma como percebemos e interpretamos as emoções dos outros, tendo a noção do que as pessoas sentem, ser capaz de perceber a sua perspetiva e cultivar laços e sintonia com as mesmas (Goleman, 2003). Refere-se à capacidade de ouvir, observar e compreender a perspetiva das outras pessoas. Os gestores que possuem esta capacidade desenvolvida são líderes sensíveis à captação das emoções do outro e que, por vezes, este não expressa diretamente por palavras.

A Figura 5, “Competência Emocional”, apresenta uma adaptação das relações entre as cinco grandes competências da IE e as vinte e cinco dimensões emocionais, divididas em duas áreas: a competência pessoal, que determina a forma como nos gerimos a nós próprios e a competência social, que se refere à forma como lidamos com as relações (Goleman, 2003).

Figura 5 - Competência Emocional (Goleman, 2012): adaptado

| COMPETÊNCIA EMOCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPETÊNCIA PESSOAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | COMPETÊNCIA SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Estas competências determinam a forma como nos gerimos a nós próprios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Estas competências determinam a forma como lidamos com as relações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p><b>Autoconsciência</b><br/>(Conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconsciência emocional: Reconhecer as próprias emoções e os seus efeitos</li> <li>• Autoavaliação precisa: Conhecer as próprias forças e limitações</li> <li>• Autoconfiança: Confiança nas capacidades e no valor próprios</li> </ul> <p><b>Autorregulação</b><br/>(Gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autodomínio: Gerir emoções e impulsos negativos</li> <li>• Inspirar confiança: Conservar padrões de honestidade e integridade</li> <li>• Ser conscienciosos: Assumir responsabilidade pelo desempenho pessoal</li> <li>• Adaptabilidade: Flexibilidade em lidar com a mudança</li> <li>• Inovação: Sentir-se à vontade e aberto a novas ideias, abordagens e informação</li> </ul> <p><b>Motivação</b><br/>(Tendências emocionais que orientam ou facilitam o cumprimento de objetivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vontade de triunfar: Lutar por se aperfeiçoar ou atingir o padrão de excelência</li> <li>• Empenho: Alinhar com os objetivos do grupo ou organização</li> <li>• Iniciativa: Estar preparado para aproveitar oportunidades</li> <li>• Optimismo: Persistência na prossecução dos objetivos apesar dos obstáculos e reveses</li> </ul> | <p><b>Empatia</b><br/>(consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender os outros: Ter a perceção dos sentimentos e das perspetivas dos outros e manifestar um interesse ativo nas suas preocupações</li> <li>• Desenvolver os outros: Ter a perceção das necessidades de desenvolvimento dos outros e fortalecer as suas capacidades</li> <li>• Orientação para o serviço: Antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes</li> <li>• Potenciar a diversidade: Cultivar oportunidades com diferentes tipos de pessoas</li> <li>• Consciência política: Ler as correntes emocionais e as relações de poder de um grupo</li> </ul> <p><b>Competências sociais</b><br/>(Capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influência: Exercer táticas eficazes de persuasão</li> <li>• Comunicação: Ouvir com abertura e enviar mensagens convincentes</li> <li>• Gestão de conflitos: Negociar e resolver desacordos</li> <li>• Liderança: Inspirar e guiar grupos e pessoas</li> <li>• Catalisador da mudança: Iniciar e gerir a mudança</li> <li>• Criar laços: Alimentar relações instrumentais</li> <li>• Colaboração e cooperação: Trabalhar com outros para objetivos comuns</li> <li>• Capacidades de Equipa: Criar sinergias de grupo na prossecução de objetivos comuns</li> </ul> |

As competências da IE estão interligadas e aplicam-se tanto ao indivíduo como ao grupo. O facto de num grupo os indivíduos mostrarem empatia mutua, leva-os a criar e a desenvolver normas positivas para gerir as suas relações com o exterior. Ao nível da consciência social, a empatia é a base sobre a qual a equipa constrói relações com o resto da organização (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

Como refere Goleman (2000), a empatia é fundamental para o sucesso das relações interpessoais, sendo a capacidade para entender as emoções dos outros, de acordo com as suas respostas emocionais.

No trabalho em equipa, esta capacidade assume todo o seu significado na promoção e desenvolvimento de um clima organizacional favorável às boas práticas. Esta habilidade é considerada como qualidade fundamental para os profissionais da área da prestação de cuidados, do ensino, das vendas e da gestão (Goleman, 2003).

- Gestão de relacionamentos em grupos

No mundo moderno, é fundamental o desenvolvimento de um relacionamento eficaz num grupo ou equipa. Capacidades de comunicação, liderança e de trabalho em grupo são a chave para o êxito no ambiente laboral, onde a competitividade é um facto (Goleman, 2000).

Gerir os relacionamentos em grupos, é uma aptidão social que consiste em saber fazer a leitura correta do estado em que se encontra o grupo (social, familiar e/ou profissional), de forma a ter capacidade para gerir as relações no seio deste grupo formal ou informal (Goleman, 2003). É relacionar com harmonia as competências para persuadir, liderar, negociar, trabalhar em equipa e resolver conflitos de forma eficiente.

Os gestores com IE têm maior capacidade para promover o desenvolvimento dos outros, são líderes que mostram um interesse genuíno pelas pessoas que orientam, na medida em que compreendem os seus interesses, os seus pontos fortes e fraquezas. Dão feedback construtivo e são bons conselheiros.

O treino da assertividade é primordial, quer no estabelecimento de relações eficientes, no sentido de lidarmos bem com as reações emocionais dos outros, quer quando nos deparamos com situações emocionais desgastantes. “São estas capacidades que estão na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal” (Goleman, 2003, p.64). Estes líderes são modelos de respeito pelos outros, com espírito de ajuda e de aptidão para a cooperação. Atraem os outros para uma participação ativa, empenhada e entusiástica cimentando a identidade e o espírito de grupo.

Os líderes emocionalmente inteligentes (de acordo com as competências expostas anteriormente) sabem lidar com as emoções perturbadoras sem perderem a capacidade de pensar com clareza e discernimento. Evidenciam grande flexibilidade e capacidade de adaptação sendo capazes de liderar a transformação.

Para Fachada (2014, p.204) “O líder emocionalmente inteligente distingue-se pela forma como se relaciona com a equipa, cuida da relação e cria sinergias na equipa, suscita relações de lealdade, preocupando-se com as pessoas, estimulando-as a dar o melhor de si próprias compartilhando os valores e os objetivos”.

As pessoas emocionalmente mais competentes mostram uma relação consigo mesmas e com os outros mais positiva do que aquelas que se apresentam com algum nível de iliteracia emocional (Goleman, 2003; Branco, 2004).

## 1.6 - MODELOS DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Nos últimos anos, tem sido notório o interesse e a procura de uma definição de IE. No entanto cada conceito emerge da abordagem teórica que o sustenta, tendo por base a psicologia social e a inteligência pessoal.

Os vários modelos de IE integram várias dimensões, de acordo com o que os seus autores defendem, permitindo a classificação de dois tipos de modelos teóricos na literatura científica de Mayer e Caruso (2000): o modelo de aptidões e o modelo misto. O primeiro valoriza a forma de processamento emocional da informação e o estudo das capacidades relacionadas com esse processamento, ou seja, define a IE como um conjunto de aptidões de um indivíduo que o capacita para utilizar as informações provenientes das emoções, a fim de lidar melhor com as situações e conduzir os comportamentos de forma mais assertiva. Deste é exemplo o modelo de Salovey e Mayer (Salovey & Mayer, 1990; Mayer & Salovey, 1997). O segundo modelo procura definir IE e compreende uma combinação entre os traços da personalidade, como a assertividade, a autoestima, o otimismo e a motivação, com aspetos das habilidades da IE. Como exemplo de modelo misto temos os modelos de Goleman (1995, 1998) e Bar-On (1997).

Na literatura são abordados quatro modelos da IE, que apresentamos de forma sintética, dando maior ênfase ao que seguimos no nosso trabalho, o modelo de IE de Mayer e Salovey.

- Modelo das inteligências múltiplas de Gardner

Gardner, em 1995, criticou os testes de QI, postulando a existência de uma série de habilidades, que designou de Inteligências Múltiplas (IM). Para este autor algumas destas habilidades eram inatas, outras eram adquiridas socialmente, pressupondo todas elas um determinado tipo de desenvolvimento, que dependia do facto de serem ensinadas ou reforçadas pela educação. O modelo de inteligências múltiplas desenvolvido por Gardner refere-se à inteligência como um processo, onde várias competências mentais, sociais e fisiológicas atuam.

De acordo com Gardner (1995), este modelo apresenta um conjunto de oito inteligências: a linguística, a lógico-matemática, a musical, a naturalista, a espacial, a cinestésica-corporal, a interpessoal e a intrapessoal. Podemos especificar estes tipos de inteligência do seguinte modo:

- ✓ Inteligência linguística é a capacidade demonstrada na sua forma mais completa, que consiste na capacidade de pensar com palavras e de utilizar a linguagem para expressar e avaliar significados complexos.

✓ Inteligência lógico-matemática é a competência lógica e matemática, que permite calcular, quantificar, formular hipóteses, realizar operações matemáticas complexas e ter raciocínio dedutivo.

✓ Inteligência espacial é a capacidade de formar um modelo mental de um mundo espacial e pensar de forma tridimensional. Permite que o indivíduo seja capaz de perceber imagens internas e externas, recrie, transforme e atue usando este modelo.

✓ Inteligência cinestésica-corporal é a capacidade de manusear objetos e sintonizar habilidades físicas.

✓ Inteligência musical é a capacidade que permite às pessoas uma maior sensibilidade para a entoação, a melodia, o ritmo e o tom.

✓ Inteligência naturalista é a capacidade para observar padrões na natureza, identificar e classificar objetos e compreender os sistemas naturais e aqueles criados pelo homem.

✓ Inteligência interpessoal é a capacidade de compreender as outras pessoas e interagir com elas; é a sensibilidade para responder de forma adequada às situações.

✓ Inteligência intrapessoal é a competência de formar um modelo verdadeiro de si mesmo e usar esse conhecimento para planejar e direcionar a sua vida. Inclui saber gerir os seus sentimentos, reconhecendo as qualidades e defeitos. Compreende a disciplina, a autoestima e a autoaceitação.

No que diz respeito às duas últimas, o autor considera-as do tipo pessoal e social uma vez que se relacionam com o conhecimento do “eu” e do “outro” e refere-se a elas como duas formas de inteligência pessoal, não muito bem compreendidas, difíceis de estudar, mas muitíssimo importantes.

*“A teoria das inteligências múltiplas é elaborada à luz das origens biológicas de cada capacidade de resolver problemas. Somente são tratadas aquelas capacidades que são universais na espécie humana. Mesmo assim, a tendência biológica a participar numa determinada forma de solução de problemas também deve ser vinculada ao estímulo cultural nesse domínio. Por exemplo, a linguagem, uma capacidade universal, pode manifestar-se particularmente como escrita em uma cultura, como oratória em outra, e como a linguagem secreta dos anagramas numa terceira.” (Gardner, 1995, p. 21).*

De acordo com Campbell, Campbell e Dickinson (2000) as IM podem ser agrupadas em três grandes categorias. A primeira inclui a inteligência espacial, a lógico-matemática, cinestésica-corporal e naturalista, que podem ser consideradas como formas de inteligência “relacionadas ao objeto”. Estas capacidades são controladas e moldadas pelos objetos que os indivíduos encontram nos seus ambientes. Uma segunda categoria denominada de inteligências

“isentas de objetos” é formada pela inteligência linguística, verbal e musical. Estas capacidades não são moldadas pelo mundo físico, mas dependem da linguagem e dos sistemas musicais. A terceira categoria compreende as inteligências “relacionadas às pessoas”, com as inteligências inter e intrapessoais.

Cada inteligência parece ter a sua própria sequência de desenvolvimento, emergindo e aumentando em diferentes momentos da vida. A inteligência musical é a forma de talento humano que surge mais precocemente, não se conhecendo o motivo por que acontece. Gardner (1995) sugere que a revelação de um grande talento musical na infância pode estar relacionada com o facto de tal inteligência não depender da experiência adquirida com a vida.

- Modelo de inteligência de Mayer e Salovey

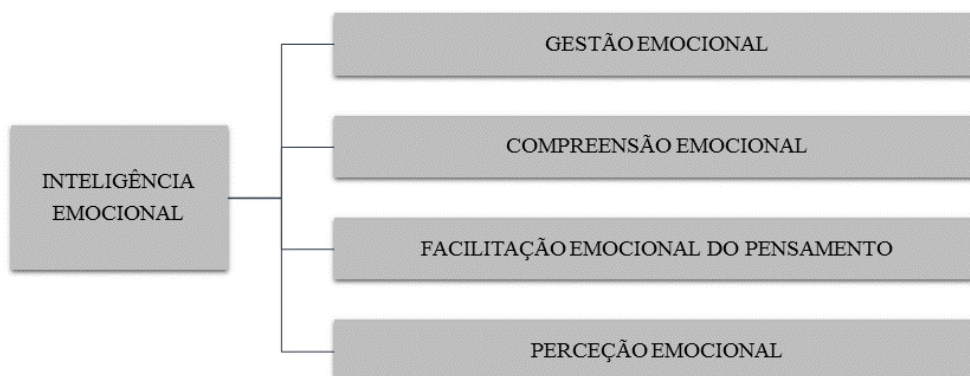
O modelo teórico de Mayer e Salovey, 1997, valoriza as capacidades mentais do indivíduo. Esta abordagem deu origem à publicação de inúmeros artigos em revistas científicas que analisaram e criticaram o modelo (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002; Geher, 2004). A comunidade científica interessou-se por este modelo, porque acreditou ter uma base sólida e teórica fundamentada, devido à novidade da medição em comparação com outras abordagens teóricas e à avaliação sistemática e fundamentada em dados empíricos obtidos a partir da investigação.

Os defensores deste modelo consideram que é uma verdadeira e genuína abordagem ao estudo das contribuições da inteligência do ser humano, valorizando a importância das diferenças individuais emocionais (Matthews, Zeidner & Roberts, 2002) e concluindo que neste modelo não só encontramos a necessidade de compreender a emoção, mas também de a exprimir para uma melhor interação nas relações.

No artigo pioneiro sobre a IE, Mayer e Salovey apresentam uma primeira definição de IE, “a habilidade que nos permite controlar as nossas emoções e apoiar os outros no controlo das suas, conseguindo desse modo, assumir com mais propriedade o pensamento e agir mais adequadamente.” (Queirós, 2014, p.17).

Com estes autores surge o modelo das quatro componentes da IE, conceptualizando-a como um conjunto de quatro habilidades que interagem, a perceção emocional, a facilitação emocional do pensamento, a compreensão emocional e a gestão emocional, conforme se representa na Figura 6, “As quatro componentes de IE”.

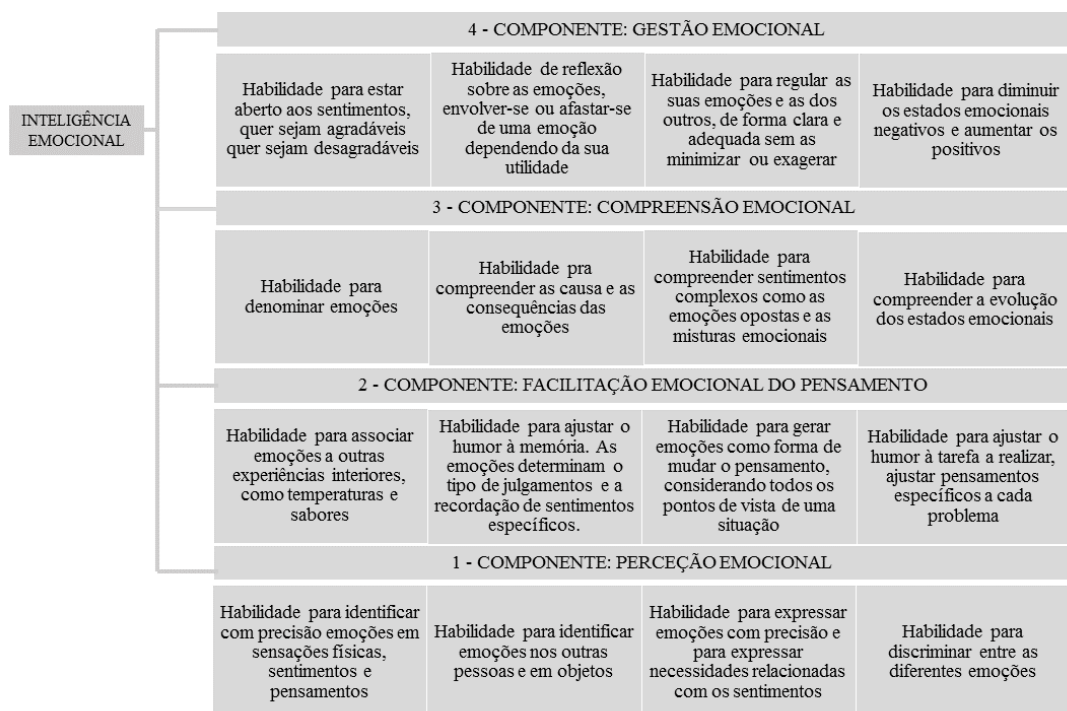
Figura 6 - As quatro componentes de IE (Mayer & Salovey,1997): adaptado



As componentes “percepção emocional”, “compreensão emocional” e “gestão emocional” fazem referência ao processo de raciocinar acerca das emoções. A componente “facilitação emocional” contempla o uso das emoções para facilitar o pensamento.

Na perspectiva de Caruso e Salovey (2007), a IE permite à pessoa fazer escolhas acertadas na vida, uma vez que lhe permite identificar as suas sensações, reconhecer as suas emoções, bem como o que as origina, aceitando-as e gerindo-as, ao tomar decisões. Como forma de explicitar melhor o que atrás dizemos, apresentamos a Figura 7, “Resumo do Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey”:

Figura 7 - Resumo do Modelo de Inteligência Emocional de Mayer e Salovey (1997)



- Modelo de inteligência de Bar-On

Esta teoria está focada na análise de fatores da inteligência, representando uma mudança na concepção da inteligência tradicional. O objetivo desta proposta era encontrar outros fatores da inteligência, mas de componente social e emocional que permitissem ao indivíduo ter um melhor bem-estar psicológico (Bar-On, 2006).

Bar-On interessou-se em conhecer os fatores que contribuíam para o sucesso na vida pessoal, profissional, privada e social, colocando um pouco de lado a definição de IE e os seus atributos. Assim considerou a IE “um conjunto de capacidades não cognitivas e competências que influenciam a capacidade de ser bem-sucedido ao lidar com as pressões e exigências do meio.” (Ceitil, 2006, p.253).

Bar-On (2006) definiu a construção social e emocional da inteligência como sendo formada por uma secção transversal de traços emocionais e de personalidade que interagem. Destacou cinco fatores de inteligência emocional: aptidões intrapessoais e a capacidade de estar consciente e entender as emoções, sentimentos e ideias; aptidões interpessoais ou a capacidade de estar ciente e compreender as emoções, os sentimentos e ideias dos outros (que é subdividida em empatia, responsabilidade social e relacionamento interpessoal), a adaptabilidade ou capacidade de estar aberto à mudança (a capacidade de se testar, flexibilidade e solução de



problemas), a gestão de stresse (capacidade de controlar emoções, controle de impulsos) e, por fim, a capacidade de sentir humor e de expressar emoções positivas e de ser otimista (otimismo e felicidade).

- Modelo de inteligência de Goleman

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

No seu primeiro livro, Goleman (1995) sublinha os cinco elementos essenciais que constituem a IE: conhecer as próprias emoções, geri-las, motivar-se a si mesmo, reconhecer as emoções nos outros e saber lidar com os relacionamentos.

Posteriormente, Goleman propõe uma teoria de desempenho aplicada às organizações, sustentada no modelo da IE, baseando-se em várias competências analisadas em diversas empresas. O modelo apresenta quatro dimensões essenciais subdivididas em dezoito competências (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008): a autoconsciência, a autogestão, a consciência social e a gestão de relacionamentos. Estas competências estão divididas em dois grupos fundamentais:

- ✓ Competências pessoais – atributos que uma pessoa demonstra ao gerir-se na condução de negócios e especialmente no controlo das suas ações. Nesta competência estabelecemos alicerces para as interações com os outros, quer no ambiente de trabalho, quer no ambiente social.

- ✓ Competências de gestão – atributos que uma pessoa manifesta ao lidar com relacionamentos. As aptidões pessoais ou ferramentas pessoais são usadas para alcançar uma liderança eficaz.

A Figura 8, “Modelo de Inteligência Emocional de Goleman”, pretende exemplificar o que foi dito anteriormente.

Figura 8 - Modelo de Inteligência Emocional de Goleman (Goleman, Boyatzis &amp; Mckee 2002)

|                            | Competências pessoais                                                                                                                                           | Competências de gestão                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pessoal<br>(o que eu vejo) | <b>Autoconsciência</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autoconsciência emocional</li> <li>• Auto-avaliação precisa</li> <li>• Autoconfiança</li> </ul> | <b>Autogestão</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrole emocional</li> <li>• Transparência</li> <li>• Adaptabilidade</li> <li>• Sucesso</li> <li>• Iniciativa</li> <li>• Optimismo</li> </ul>                                                        |
| Social<br>(o que eu faço)  | <b>Consciência social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia</li> <li>• Consciência organizacional</li> <li>• Serviço</li> </ul>                  | <b>Gestão de relacionamentos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspiração</li> <li>• Influência</li> <li>• Desenvolver os outros</li> <li>• Catalisador de mudanças</li> <li>• Gestão de conflitos</li> <li>• Trabalho em equipa e colaboração</li> </ul> |

Segundo Goleman (2001), cada uma destas quatro dimensões são a base para desenvolver outras habilidades aprendidas ou competências necessárias no campo organizacional. Uma capacidade aprendida, baseada na IE, resulta num excelente desempenho no trabalho. Este modelo é considerado misto, porque, para além das competências mentais, engloba outros aspetos da personalidade e do carácter.

O Modelo de Goleman recebeu muitas críticas, por ser um modelo meramente teórico, sem a aprovação científica e possuir um excesso de extrapolação da IE.

Em 2001, Goleman reformulou o seu modelo, redefinindo a sua área de aplicação. Criou a Teoria da *Performance*, distinguindo assim a IE e a Competência Emocional. Estabeleceu a relação entre as competências emocionais que são baseadas na IE. É necessário que um indivíduo possua um certo nível de IE para apreender uma competência emocional que resulta numa alta *performance* (Gowing, 2001).

## 2 - A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL

A IE pode ser aplicada tanto intra quanto interpessoalmente. É imensurável a quantidade de situações em que a IE pode ser posta em prática no local de trabalho, ao utilizar as emoções de modo produtivo, ao desenvolver a capacidade necessária para manter um bom relacionamento com os colegas, para solucionar um problema complicado, ao realizar uma tarefa e em muitos outros desafios que surgem no dia-a-dia de uma organização.

“As técnicas de comunicação são de importância fundamental para a inteligência emocional e o seu valor no local de trabalho é incalculável.” (Weinsinger, 2001, p. 117). A

sensibilidade é, pois, o elemento essencial que conduz cada uma dessas técnicas e garante a sua eficácia. Aplicar conceitos de IE nas relações profissionais aumenta a satisfação e a eficiência no desenvolvimento do trabalho. É importante comunicar de forma eficaz e produtiva. A comunicação deve ser um instrumento para unir as pessoas, levá-las a interagir, a compartilhar ideias, informações e conhecimentos (Guebur, Poletto & Viera, 2007).

Outro elemento necessário para o bom relacionamento entre as pessoas é a destreza interpessoal, ou seja, a capacidade para analisar um relacionamento de forma a torná-lo benéfico e produtivo. Para que isso ocorra, é necessário comunicar de forma adequada e eficaz, aproximando-se das pessoas e trocando informações através de meios significativos e apropriados, com o fim de desenvolver um relacionamento duradouro, baseado na confiança. “Um funcionário pode ser muito inteligente e esforçado, além de bem informado na sua área, mas se carecer de destreza interpessoal provavelmente não irá manter um emprego onde precisa de interagir com outras pessoas.” (Weisinger, 2001, p. 157).

A destreza interpessoal é fundamental para desenvolver e manter bons relacionamentos nos locais de trabalho, proporcionando a consciência necessária para que o indivíduo analise o seu comportamento pessoal e social, permitindo-lhe um maior controle das emoções e, deste modo, a comunicação mais eficiente e produtiva. “Além disso, ela fornece as técnicas da comunicação – desde a autorrevelação até à escuta dinâmica e ativa que possibilitam estabelecer um vínculo com outra pessoa de maneira mais adequada.” (Weisinger, 2001, p. 184).

A IE é apenas o uso inteligente das emoções, isto é, fazer intencionalmente com que as suas emoções trabalhem a seu favor, usando-as como uma ajuda para ditar o seu comportamento e o seu raciocínio de maneira a aperfeiçoar os seus resultados. (Weisinger, 2001; Guebur, Poletto & Viera, 2007).

Tal como na vida privada, qualquer profissional tem que se relacionar com outras pessoas. Em qualquer organização, as atividades a realizar exigem o relacionamento interpessoal e o trabalho em equipa. Conforme ascendemos no organograma dos nossos locais de trabalho assim notamos, cada vez mais, a necessidade da IE (Lucas, 2012).

Goleman (2001) afirma que os seres humanos têm duas mentes, a racional e a emocional, que estão interligadas. Para que haja equilíbrio, elas têm de estar em harmonia e complementar-se, possibilitando a tomada de decisões coerentes.

Existem pessoas que aprendem a desenvolver a IE e elaboram de forma eficaz as suas ideias, definem melhor os traços da sua personalidade e têm maior probabilidade de obter

sucesso na vida. Têm maior habilidade para o trabalho em equipa, conseguem manter o equilíbrio consigo e com os outros e, além disso, são mais eficientes e cooperativas.

Machado (2005) reforça a ideia de que o indivíduo já nasce com estas potencialidades e que cada um cria sua própria inteligência. Somos um conjunto de funções e operações mentais criados para atingir objetivos e o segredo para os alcançar é aprender a mobilizar reservas cerebrais para que a pessoa perceba essas necessidades e procure meios para as colmatar.

Numa época em que se convive com um enorme aperfeiçoamento científico e tecnológico, é exigido que sejam ampliadas as formas de desenvolvimento da cognição humana, utilizando a IE para criar laços de empatia e para colocar em prática algumas habilidades necessárias para o bom desempenho profissional.

## 2.1 - A IMPORTÂNCIA DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA GESTÃO DE PESSOAS

Gestão é o processo, levado a cabo por um ou mais indivíduos, de coordenação das atividades de outras pessoas, com vista a alcançar resultados que não seriam possíveis pela ação isolada de uma pessoa. Os gestores podem, assim, gerar oportunidades para os trabalhadores desenvolverem as suas competências, avaliar os seus desempenhos com rigor e encorajar a maximização da produtividade. Quando os gestores se revelam eficazes nestas áreas, os indivíduos sob a sua supervisão podem tornar-se muito produtivos (Donnelly, Gibson & Ivancevich, 2000).

De acordo com Paladini (1990, p. 100) “quando se maximiza as suas vantagens, o elemento humano torna-se o mais produtivo, útil, versátil e rico dos recursos; quando se reduz à força meramente física, exhibe desvantagem em relação a outros recursos”.

Neste sentido Preston (2001, p. 62) define liderança como “o processo de influenciar outros a agir de modo a serem atingidos os objetivos do líder e da organização. Um líder de sucesso estabelece uma meta, alcança-a, e durante o processo, satisfaz aqueles cuja opinião tem de ser respeitada”.

Uma das funções do líder é promover entusiasmo, otimismo e paixão pelo trabalho, mantendo as equipas motivadas para atingirem os objetivos da organização com qualidade. Os grandes líderes emocionam os seus colaboradores, inspirando-os a ser o que melhor existe neles. “A verdadeira liderança baseia-se nas emoções. De tudo o que um líder faz, o sucesso depende exclusivamente da forma como o faz” (Fachada, 2014, p.198).

Alguns colaboradores da organização lidam mais eficazmente com as emoções do que outros, beneficiando os seus processos cognitivos. Esta ideia resultou na proposta do conceito de IE, referindo-se às aptidões que os indivíduos possuem para recorrer a sofisticados sistemas de processamento da informação sobre as suas emoções e as dos outros, bem como a capacidade de utilizarem essa informação como geradora de cognições e comportamentos (Rego, Souto & Cunha, 2007; Mayer, Salovey & Caruso, 2008).

Uma das necessidades da sociedade atual consiste em fomentar a IE de forma a serem valorizadas as capacidades inerentes a cada um de nós, para a obtenção de melhor compreensão e desenvolvimento quer individual, quer organizacional (Esquível, 2011).

Na opinião de Machado (1994, p.37), “a liderança apresenta-se como a habilidade de ler, interpretar e tornar operativa a cultura organizativa, levando o coletivo empresarial a conhecer e a incorporar essa força”. A liderança pressupõe determinados requisitos, inclusive de natureza física e psicológica, e para ser verdadeira exige que seja aceite livremente pelos outros. O líder é percebido como um modelo a seguir, que influencia de forma decisiva o desempenho dos seus colaboradores. É referido como um modelo a nível comportamental, emocional e cognitivo que contagia de modo positivo ou negativo os colaboradores, implicando a liderança, sempre, um processo de controlo e influência sobre outrem (Matos, 2013).

✓ *“O líder transmite sinais que interferem no comportamento dos liderados; Existe um circuito aberto do sistema límbico que permite que as pessoas alterem a fisiologia e as emoções.*

✓ *A relação promove o efeito de espelho; sintonização da relação; mesmo sem falar tende-se a sintonizar os estados de espírito; em equipa, as emoções tendem a alinhar-se mutuamente e reciprocamente.*

✓ *Os líderes influenciam o estado de espírito dos liderados criando um clima emocional síntone.*

✓ *O bom líder é eficaz se alinhar o sentimento e o pensamento. A capacidade intelectual permite que o líder faça uma boa gestão das tarefas e dos desafios que lhes são colocados. Mas, aliada a esta capacidade, o líder deve evidenciar uma outra capacidade que é a de ressonância, ou seja, a capacidade de criar motivação, orientar, inspirar, persuadir e influenciar.*

✓ *Os sistemas neurais responsáveis pelo intelecto são diferentes dos que são responsáveis pelas emoções, mas estão ligados. Em momentos de emergência e de crise, são os centros emocionais que comandam o cérebro, fazendo planos de ação. Os impulsos emocionais percorrem circuitos que vão da amígdala até a zona pré-frontal que é o centro executivo do cérebro. Esta zona recebe informação de todas as áreas do cérebro, analisa-a e toma decisões sobre o que fazer. É fundamental o diálogo entre os neurónios dos centros emocionais e a zona pré-frontal de forma a coordenar o sentimento e o pensamento” (Fachada, 2014, p.199).*

Goleman, Boyatzis e Mckee (2003) consideram que os grandes líderes “fazem-se”, isto é, ao longo da vida e da carreira profissional vão adquirindo, gradualmente e de forma

autodidata, as competências que os tornam eficientes. Então, a capacidade de liderança ao nível das competências emocionais podem ser aprendidas por qualquer gestor, em qualquer momento da sua carreira, desde que compreenda os elementos fundamentais de uma boa liderança, tenha vontade, motivação, esforço intencional, empenho emocional para melhorar e realize o treino sistemático adequado ao desenvolvimento das suas competências emocionais.

Uma pessoa que possua uma elevada competência emocional tem elevada percepção do que consegue ou não controlar (Branco, 2004). No contexto da prática de enfermagem hospitalar, o principal ator da dinâmica das equipas é o enfermeiro gestor, como gestor da liderança e da motivação dos seus colaboradores, para o funcionamento eficaz dos grupos de trabalho (Dias, 2005). Os enfermeiros gestores bem-sucedidos criam empatia com os membros das suas equipas, favorecendo as relações individuais e de grupo, assim como reconhecendo as contribuições individuais de cada membro da equipa que faz parte da organização de saúde. Estes gestores analisam o lado emocional dos assuntos e das questões, antecipando as reações das pessoas e criando programas que poderão assistir as equipas relativamente ao impacto emocional de assuntos relacionados com o seu trabalho. Para tal são necessárias várias características, incluindo as capacidades de identificar emoções, sabendo lidar com elas relativamente a si próprio e aos outros (Vitello-Cicciu, 2003; Barreira, 2014).

A IE está diretamente relacionada com o ambiente favorável à qualidade do trabalho desempenhado pela equipa. O comportamento do líder resulta de uma boa gestão da componente relacional e emocional. O importante é aprender a suportar e a conviver com o que não se pode evitar, quer na vida pessoal, quer na profissional.

Uma das características da posição de liderança é o destaque que lhe é inerente, ao qual se vem juntar a solidão, pois, ser líder implica ser um elemento de destaque na organização. Logo, o líder tem de conviver frequentemente com a solidão inerente ao seu desempenho. Por isso é importante a gestão das emoções, o que implica a criação de sinergias para o crescimento pessoal e para o fortalecimento das relações interpessoais. “A saúde emocional é uma consequência da boa gestão emocional. Isto implica que é importante decifrar a informação que as emoções nos trazem, em vez de as reprimir como se não existissem” (Fachada, 2014, p.200).

## 2.2 - O GESTOR EMOCIONALMENTE INTELIGENTE

A gestão de recursos humanos, que durante muitos anos foi relegada para um segundo plano, é um dos fatores de primordial importância, tanto ao nível do indivíduo como no indivíduo/organização, nomeadamente, no que concerne à sua componente comportamental e mais especificamente a emocional.

Durante o século XX, um bom líder era um indivíduo que concentrava em si um conjunto de características que o distinguia dos outros: a inteligência, o conhecimento, a confiança, a popularidade, a honestidade, a ambição e a facilidade de comunicação (Moura e Sá, 2007). No entanto, para além de não se conseguir encontrar um conjunto de características coerentes para um bom líder, a vocação para liderar não se baseia unicamente nas características pessoais do líder mas, principalmente, na interação com os seus seguidores, nas suas atitudes e comportamentos face aos colaboradores.

Durante décadas, os investigadores pretenderam identificar as características e qualidades pessoais que contribuem para a eficácia da liderança. Nos últimos anos, houve progressos consideráveis neste domínio, pois as aptidões de eficácia social foram consideradas cruciais para o desempenho e eficácia dos líderes. Para além disso, o conceito de IE surgiu como um dos mais notáveis conceitos, não só para uma eficácia social mas também para uma eficácia de liderança em contexto empresarial (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008).

Na atualidade um dos melhores investimentos das organizações para desenvolver fatores de sucesso é a formação dos seus líderes de forma continuada e sustentada. É preocupante quando alguém assume o papel de líder sem qualquer preparação. As organizações têm a obrigação e a responsabilidade de dotarem os seus líderes com todos os instrumentos de que estes necessitam para serem bem-sucedidos nesta função tão importante e, assim poderem alcançar os seus objetivos.

“A liderança é um processo de influência, o que significa que um líder influencia as pessoas da sua equipa a serem excelentes e entusiastas na concretização dos objetivos. Essa influência faz com que as pessoas se empenhem nas suas tarefas e se tornem no que de melhor são capazes” (Fachada, 2014, p.24).

Para Caruso (2007), o líder emocionalmente inteligente tem uma sólida base de compreensão de si mesmo e dos outros e esta base é necessária para interações pessoais “efetivas”, ou seja, que gerem satisfação nos envolvidos. Neste contexto, Cherniss (2002) argumenta que intervenções no local de trabalho para aumentar a IE são imprescindíveis,

porque muitos adultos estão inseridos no contexto organizacional sem aptidões de IE necessárias para o seu crescimento e das organizações.

Historicamente, os modelos de liderança enfatizam as diferenças entre os líderes orientados para as tarefas e os líderes orientados para as pessoas. Os líderes orientados para as tarefas são normalmente caracterizados como sérios, automotivados e com dificuldades de diálogo. Por outro lado, os líderes com fortes aptidões relacionais são considerados amigáveis, potenciadores de diálogo e utilizadores de aspetos emocionais para influenciar os outros, tal como a empatia. A liderança efetiva deve, naturalmente, ser o resultado de um equilíbrio entre estes dois tipos de fatores. As tarefas de planeamento, organização e controlo são obviamente fundamentais mas a gestão das emoções tem, no âmbito da gestão da saúde, um papel preponderante.

A gestão da saúde está relacionada, não só com o resultado das atividades e com os processos racionais, mas também com a compreensão da importância da comunicação numa vasta variedade de pessoas e num diverso conjunto de situações. Os gestores de organizações de saúde que tenham a capacidade de compreender as emoções podem contribuir para maiores níveis de motivação, otimismo e compromisso com a visão da organização, por parte dos colaboradores (Skinner & Spurgeon, 2005).

Para Bakker, Albrecht e Leiter (2011), o líder é uma figura de extrema importância para as organizações, visto que para incutir empenho e compromisso, é necessário que a liderança sénior da organização reconheça esses valores como importantes e que os aprove.

Líderes emocionalmente inteligentes são um benefício para as equipas, uma vez que motivam os seus profissionais a trabalhar com objetivos coletivos partilhados e detêm uma influência transformacional sobre os elementos da equipa. Assim, os líderes desafiam os trabalhadores a aumentar a sua eficácia e o desempenho da equipa, facilitam a dinâmica das interações entre os vários elementos e constroem a confiança interpessoal entre eles (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008).

Os grandes líderes atuam para além da estratégia, visão ou ideias, agindo através das emoções. A gestão é uma arte que combina qualidades de perspicácia, visão e intuição. A gestão bem-sucedida é prioritariamente baseada na promoção do sucesso dos outros e não do sucesso de cada um, isoladamente.

As escolas de ciências empresariais não preparam os gestores para as suas realidades diárias. Para serem considerados gestores eficazes, estes precisam não apenas de persuadir ou tomar decisões, mas de criar acontecimentos ao relacionar-se ativamente com os outros,



ouvindo e observando. Os alunos das escolas de ciências empresariais deveriam aprofundar, durante o seu percurso académico, a compreensão intelectual da relação entre as atividades empresariais, as grandes questões da existência humana e o desenvolvimento de diversas relações pessoais. Neste sentido, as instituições académicas têm um papel essencial a desempenhar na sociedade, nomeadamente no desenvolvimento de pensamento crítico (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002; Mintzberg, 2007).

É de extrema importância que os líderes saibam como as suas emoções influenciam o seu trabalho, uma vez que destas depende o seu crescimento pessoal e organizacional. Sternberg (2000) desenvolveu vários estudos nesta área e concluiu existir uma ligação entre as capacidades cognitivas e o comportamento de liderança, particularmente no que diz respeito ao sucesso ou à eficácia do seu trabalho.

George (2000) identificou quatro aspetos que caracterizam um líder emocionalmente inteligente e que lhe proporcionam a capacidade de motivar e transformar os membros da equipa:

- ✓ Capacidade de avaliar com precisão as emoções dos outros e interpretar eficazmente as próprias emoções; aptidão relacionada com o enfoque ao nível individual e da autoconsciência. A consciência do estado próprio e dos outros leva a estabelecer e manter relações mais sustentadas com os outros;
- ✓ Possuir um conhecimento profundo sobre as emoções. O líder deverá ser capaz de prever reações emocionais em diferentes cenários. Este conhecimento ajuda-o no controlo das emoções e na gestão dos elementos da equipa;
- ✓ Reconhecer a utilidade das emoções para influenciar o comportamento e a cognição de outros. A gestão das emoções é útil para manter os papéis sociais. Uma gestão emocional eficaz tem um efeito positivo no desempenho e nas interações em geral;
- ✓ Gerir as emoções. O líder tem a responsabilidade de gerir as emoções com o objetivo de manter equipas mais unidas e eficazes.

Para serem favoráveis ao desenvolvimento das suas equipas, os líderes devem ser capazes de estabelecer fortes relações emocionais com os membros da sua equipa e gerir essas relações. Quanto maior for a IE de um gestor, melhor ele estabelece, na gestão, fortes relações usando a emoção e mais facilmente gere relações fortes, através da emoção e com um desempenho eficaz (Miguel, Rocha & Röhrich, 2008).

A facilidade com que nos apercebemos dos estados emocionais dos líderes está relacionada com a forma como a expressão facial, a voz e os gestos transmitem os seus

sentimentos. Quanto maior for a capacidade do líder para transmitir emoções mais intensamente estas serão sentidas. Estes líderes estarão naturalmente rodeados pelos seus colaboradores. Se pensarmos nos líderes com que as pessoas de uma organização mais gostam de trabalhar descobriremos, provavelmente, que todos eles têm a capacidade para transmitir sentimentos positivos.

*“Essa é uma das razões pelas quais os líderes emocionalmente inteligentes atraem pessoas com talento - pelo prazer de trabalhar na sua presença. Inversamente, os líderes que emitem sinais negativos- são irritáveis, suscetíveis, dominadores, frios – afastam as pessoas. (...) Os estudos científicos demonstraram-no: os líderes otimistas e entusiásticos têm mais facilidade em reter os seus colaboradores do que os chefes que são dominados por estados de espírito negativos”* (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002, p.31).

## 2.3 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NA GESTÃO DA SAÚDE

A IE é relevante no contexto dos cuidados de saúde, pois reveste-se de grande importância para o desempenho de qualidade entre profissionais de saúde. Este conceito permite melhorar a perceção da perspectiva dos clientes e permite aos gestores melhorar o relacionamento com os seus colaboradores, utilizando-a como um elemento facilitador da gestão de recursos humanos. As competências relacionadas com a IE, no contexto da Enfermagem, facilitam o relacionamento com os outros (clientes e restantes elementos da equipa multidisciplinar) e determinam o sucesso social. Relativamente ao aspeto interpessoal, os enfermeiros interpretam e entendem os sentimentos dos seus clientes, percebem as suas preocupações e fazem uso da empatia na relação de ajuda (Goleman, 2002; Barreira, 2014).

Uma liderança forte e efetiva é essencial no sentido de transformar as organizações em locais em que o ambiente transmite uma sensação de segurança, tanto para os clientes como para os profissionais de saúde. As organizações de saúde são, por isso, locais com um grande peso emocional e onde são esperados determinados comportamentos profissionais. Assim sendo, a lacuna de competências de IE pode ser determinante na *performance* de qualquer profissional de saúde, independentemente do seu nível hierárquico ou da sua experiência profissional.

As organizações de saúde são caracterizadas por uma grande complexidade. Por esse motivo verifica-se que a qualidade das relações humanas nos cuidados de saúde tem vindo a ser cada vez mais valorizada, sendo que, a IE nas profissões de saúde tem revelado ser um assunto de interesse crescente (Brannick et al, 2009).

Para Skinner e Spurgen (2005), o papel das competências interpessoais e emocionais na efetividade da liderança de organizações de saúde tem merecido a atenção dos profissionais de saúde de uma forma generalizada. Este facto pode ser justificado por diversos aspetos, nomeadamente, pelas características únicas das organizações de saúde, pelo facto de o doente/utente representar simultaneamente o consumidor e o produto da sua intervenção, pela diversidade da origem da liderança (política, administrativa, executiva e técnica), pelas características dos seus profissionais (hierarquias distintas, autonomia técnica, grande poder social e sujeitos a poder disciplinar distinto ao da organização a que pertencem), pela responsabilidade política sobre aspetos orçamentais e pela pressão externa relativa ao mediatismo acerca do erro clínico (Filho, Faria & Graça, 2009; Areias, 2010).

Apesar de a IE ser frequentemente analisada em profissões cujos profissionais necessitam de trabalhar em equipa, o seu estudo pode ser igualmente relevante para os cuidados de saúde em que a capacidade de adaptação a contextos complexos, interpessoais e diversificados do ponto de vista das circunstâncias, torna a IE uma capacidade essencial (Stratton, Saunders & Elam, 2008). Sendo a IE descrita como essencial para excelentes *performances* profissionais, para o controlo do comportamento dos profissionais, para a criação das normas organizacionais que orientam a prestação de serviços e a preocupação dos profissionais com a qualidade e capacidade de lidar com os conflitos do local de trabalho, o seu desenvolvimento torna-se ainda mais importante quando falamos de organizações de saúde (Morehouse, 2007).

Os gestores da área da saúde têm responsabilidades acrescidas, sendo que o processo que leva ao seu crescimento como líder deve envolver mais do que o desenvolvimento de aspetos cognitivos e técnicos. A criação de capacidades de liderança, de influência sobre os outros profissionais e da criação de coligações multidisciplinares e pluridisciplinares são igualmente importantes neste processo.

## 2.4 - O ENFERMEIRO EMOCIONALMENTE INTELIGENTE

A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, nas diversas situações em que existe interação entre os indivíduos. Numa organização de saúde onde o papel do enfermeiro é preponderante e onde as interações enfermeiro/doente são constantes, o estado emocional do enfermeiro está permanentemente a ser alterado.

O estudo das emoções relacionadas com os cuidados de enfermagem tem vindo a ser investigado em duas áreas: a pesquisa relacionada com o trabalho emocional e a pesquisa

relacionada com a IE (Goleman, 2002). A IE é relevante no contexto dos cuidados de saúde pois reveste-se de grande importância para o desempenho de qualidade entre os seus profissionais. Este conceito permite melhorar a percepção da perspectiva dos doentes e permite ao enfermeiro gestor melhorar o relacionamento com os colaboradores, sendo assim um elemento facilitador da gestão de recursos humanos (McQueen, 2004). As competências relacionadas com a IE, no contexto da Enfermagem, facilitam o relacionamento com os outros (doentes e restantes profissionais de saúde) e determinam o sucesso social.

Para um bom desempenho profissional é necessário que o enfermeiro seja capaz de integrar as competências específicas próprias do exercício da profissão, em conjunto com outro grupo de competências, transversais, onde se incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de refletir de forma crítica, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa. Para o exercício profissional de enfermagem, a inteligência emocional assume um papel de relevância podendo, segundo Mayer, Salovey e Caruso (2004) ser um fator importante no sucesso dos relacionamentos pessoais, familiares e nos locais de trabalho.

A angústia dos familiares e do próprio doente perante a sua situação clínica afeta os enfermeiros, por um lado, pela incapacidade de fazer mais e por outro, quando criam laços com doentes com internamentos prolongados. Colell Brunet (2004) refere que para melhorar a qualidade de cuidados que os enfermeiros prestam ao doente em situação de doença grave, assim como à respetiva família, é necessária formação e preparação emocional específicas. Afirmar, ainda, que no grupo profissional de enfermagem não devem existir dúvidas quanto ao facto de que as competências de expressão, compreensão e controlo das emoções, assim como a capacidade de controlo percebido, podem ser aspetos que auxiliam a enfrentar o stress gerado pelo trabalho com a doença e com o doente que se encontre em sofrimento. Os sentimentos positivos, como a alegria e o prazer, são raros no hospital ou insuficientes para compensar vivências emocionais mais negativas, como a repulsa, a vergonha, a irritabilidade, o medo ou a tristeza.

A unidade de cuidados onde os enfermeiros trabalham influencia o seu estado emocional, sendo que, num serviço onde existe maior sofrimento ou mais mortes, os enfermeiros tendem a sentir mais emoções negativas, do que em serviços onde o sofrimento dos doentes não é tão visível. A prestação de cuidados de enfermagem coloca os enfermeiros face a situações

problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, e pela desordem (Espiney, 2004; Mercadier, 2004; Páscoa, 2012).

A profissão de Enfermagem é uma profissão exigente, dado que é necessário aprender a lidar com a dor e o sofrimento dos outros, a morte, as más condições laborais, os ordenados baixos e o pouco reconhecimento social (Freshwater & Stickley, 2004).

Vários estudos concluíram que o fator idade influencia a forma como os enfermeiros veem e avaliam a sua vida e, em conjunto com a experiência, torna-os mais seguros e capazes de lidar com as situações de maior sofrimento, motivando-os para a prática da profissão. Desta forma, os enfermeiros mais velhos apresentam níveis mais elevados de felicidade do que os mais novos, pois estes têm ainda que aprender a desenvolver as capacidades emocionais necessárias (Goleman, 2005).

Os enfermeiros emocionalmente competentes contribuem de uma forma positiva no seu local de trabalho, ao manifestar preocupações como a qualidade, a melhoria nos resultados de cuidados aos utentes e o recrutamento e gestão de pessoal (Cadman & Brewer, 2001).

De acordo com Mercadier (2004), os enfermeiros veem a sua vida afetiva como um suporte que lhes permite ultrapassar as dificuldades provenientes da vida profissional, referindo igualmente as atividades de lazer. Neste contexto, Queirós (2005) salienta que a família é vista por estes profissionais como uma fonte de suporte emocional e de conforto, levando-os a experienciarem mais sentimentos positivos do que negativos.

Os enfermeiros com níveis mais elevados de IE poderão apresentar melhores desempenhos profissionais. Os conceitos da prática de enfermagem englobam, não só questões técnicas, mas também uma fusão de aptidões clínicas, cuidados e a relação com os utentes/clientes e outros profissionais (Barreira, 2014).

O enfermeiro deverá possuir características inerentes à profissão que desempenha, de acordo com o local onde trabalha e com a população alvo. É importante que seja positivo, construtivo, assertivo e confiante, mostrando aos doentes e aos restantes profissionais de saúde que consegue lidar com as suas emoções (Rodrigues, 2005). Realçando este aspeto Cadman e Brewer (2001) propõem processos de seleção que determinem os níveis de IE em potenciais candidatos ao curso de Enfermagem. Alerta ainda que as escolas de enfermagem deveriam dedicar parte dos seus planos curriculares ao treino de competências que integrem ferramentas para lidar com as adversidades próprias de uma profissão que cuida de pessoas. A importância da IE como um critério de seleção de estudantes e consequentemente, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, deve ser reconhecida e trabalhada.

Os enfermeiros envolvem-se emocionalmente no seu trabalho, no entanto, só recentemente o conceito de IE começou a aparecer na literatura relacionada com a enfermagem. A comunidade científica começa a reconhecer a importância da IE na prestação de cuidados de saúde, o que se reflete positivamente na relação enfermeiro/doente (McQueen, 2004).

### **3 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E FORMAÇÃO**

Desenvolver a inteligência emocional exige desejo sincero e esforços concertados. A aprendizagem baseada na parte límbica do cérebro exige mais treino e, por isso, tem mais probabilidades de ter efeitos duradouros, no entanto, as pessoas podem melhorar as suas competências de inteligência emocional e podem mantê-las durante anos (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

Na sua maioria, as aptidões emocionais podem ser melhoradas através da educação (Góngora & Casullo, 2009), assim como através da autoestima. Este percurso inicia-se em casa, através da interação gerada entre a criança e os pais, que a ajudam a identificar e codificar emoções, tendo em conta os seus sentimentos e circunstâncias sociais, onde indivíduos de culturas distintas apreendem emoções, de formas diferentes, sendo um processo que não é obviamente igual para todos (Mayer & Salovey, 1997).

Há, no entanto, que ter atenção à incompetência emocional, uma vez que esta surge normalmente ligada a hábitos ganhos nas fases iniciais da vida, que se tornam inconscientes, fazendo parte integrante do modo de estar à medida que o cérebro se vai moldando às experiências vividas, constituindo a natureza do ser humano em crescimento (Henriques, 2006; Cabral, 2011).

Relativamente aos profissionais de saúde, a pertinência da formação e desenvolvimento das capacidades da IE não se limita somente aos gestores de equipas ou a responsáveis por departamentos de recursos humanos, mas antes a todos os profissionais dos vários níveis da hierarquia. Contudo, a verificar-se a primeira situação, será já um bom ponto de partida. Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2002), o desenvolvimento das competências emocionais, aplicado ao aumento do potencial profissional, ajuda a resolver problemas e conflitos na empresa, a gerar ideias originais e a criar orientações ressonantes, levando a emoções positivas para uma otimização do desempenho. As organizações que apostem em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obterão maior satisfação,

valorização pessoal e consequente aumento da produtividade dos seus colaboradores (Vilela, 2006).

As competências da IE são sinérgicas e compatíveis com as cognitivas, pelo que os melhores profissionais possuem ambas (Goleman, 2000). Quanto mais complexo for o trabalho, como é o caso da profissão de Enfermagem, mais importante é o papel da IE. Uma falha nestas competências poderá dificultar o normal desenvolvimento de qualquer experiência ou intelecto. Este autor acredita que na formação dos profissionais de saúde se deveria incluir, pelo menos, algumas das ferramentas básicas da IE, nomeadamente a autoconsciência, a empatia e o saber ouvir. É importante investir no desenvolvimento paritário dos dois tipos de inteligência: a cognitiva/intelectual e a emocional. Nenhuma é mais importante que a outra, ambas são fundamentais.

As capacidades da IE podem ser aprendidas e desenvolvidas ao longo da vida (Goleman, 2000). A formação e a educação emocional dos enfermeiros é uma forma de promover um bom clima de trabalho e, por sua vez, otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados por estes profissionais. O sucesso na vida pessoal, profissional e organizacional é demasiado complexo para depender apenas do fator emocional. Uma pessoa emocionalmente competente tem maior potencialidade para ultrapassar problemas e gerir a sua vida de uma forma mais segura e produtiva (Goleman, 2003). As capacidades da IE são inatas e cruciais para a otimização dos desempenhos profissionais, a competência emocional pode ser aprendida e aperfeiçoada ao longo da vida.

A crença de que a partir do início da idade adulta as ligações neurológicas se atrofiam e não podem ser substituídas é falsa, pois “a investigação neurológica mostrou-nos justamente o contrário, o cérebro humano pode criar tecido neurológico e ligações neurológicas mesmo em pessoas adultas” (Goleman, Boyatzis, & McKee, 2003, p. 127). Os adultos podem alterar as principais capacidades pessoais, seja qual for a fase da sua vida, os circuitos neurológicos que são muito usados tornam-se mais fortes, enquanto os que são pouco usados enfraquecem.

Estudos concluíram que elevados níveis de IE estariam relacionados com uma melhor perceção das emoções, com o seu uso no pensamento, na compreensão dos seus significados e numa melhor gestão das mesmas. A resolução de problemas emocionais requer menor atividade cognitiva nos indivíduos com elevados níveis de IE e estes tendencialmente serão mais competentes noutro tipo de inteligências, tais como: a verbal, a social, entre outras. Tendem também a ser mais agradáveis e a possuir uma mente mais aberta do que os outros e organizacionalmente encontram-se mais preparados para o desempenho de determinadas

funções com interações sociais. A nível do comportamento, os elevados níveis de IE promovem um menor envolvimento em ações de cariz destrutivo, como por exemplo: o consumo de drogas, o álcool, o tabaco, a violência e outros desvios; facilitam qualidade relacional, relações familiares e sociais positivas e também maiores níveis de otimismo e de satisfação, bem como uma melhor aptidão para identificar objetivos (Brackett & Mayer, 2003; Mayer, Salovey & Caruso, 2004; Cabral, 2011).

Num estudo intitulado *“The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and Big Five”*, que teve como finalidade relacionar a IE com o sucesso escolar e que foi desenvolvido na Universidade de Groningen, na Holanda, verificou-se uma correlação negativa entre a Inteligência Académica e a IE (para baixa Inteligência Académica havia alta IE); também se apurou que existe uma forte relação entre as dimensões de IE com o *Big Five*, particularmente com a extroversão e a estabilidade emocional e concluiu-se também que *“...the emotional intelligence dimensions were able to predict both academic and social success above traditional indicators of academic intelligence and personality.”* (Zee, Thijs & Schakel, 2002).

O desenvolvimento da IE pode, na opinião de Henriques (2006), constituir-se como um valor de sustentação da cultura organizacional, surgindo como uma necessidade para garantir a evolução da organização. O autor chama ainda a atenção para o facto de que o desenvolvimento técnico e emocional dos recursos humanos é possível e pode gerar mais-valias para a organização.

A IE tem um papel decisivo no desenvolvimento pessoal, tanto nesta como na cognitiva, as capacidades são sinérgicas, mas é a IE que tem maior influência no desempenho pessoal. Contrariamente ao QI, a IE pode melhorar ao longo da vida, depende de nós e da nossa vontade de a cultivar. Importa sublinhar que, contrariamente às competências puramente cognitivas, aumentar e aperfeiçoar as nossas aptidões emocionais requer disponibilidade e vontade para reorganizar os nossos hábitos pessoais, a forma de pensar e agir (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

É necessário que haja um espaço próprio para falar de emoções, em que se treine competências da IE, se fale sobre o que é a emoção, as emoções básicas e secundárias. Com estes exercícios treina-se a atenção às emoções, a compreensão da relação existente entre cada emoção e o estímulo que a provocou (compreensão das emoções) e treina-se o controlo das emoções através do pensamento (regulação das emoções).

O modelo de Mayer e Salovey é um modelo de aptidão centrado no processamento emocional da informação e no estudo das capacidades relacionadas com esse processamento.



Estas aptidões ou habilidades podem ser aprendidas e desenvolvidas pela pessoa para gerir emoções (próprias e dos outros) no seu dia-a-dia. Perante este modelo, a IE é traduzida em quatro ramos ou áreas de aptidão:

✓ Perceção emocional é a habilidade para perceber, avaliar e expressar emoções com precisão. Envolve aptidões como a capacidade de registar, prestar atenção e identificar mensagens emocionais demonstradas em rostos, imagens, tom de voz, objetos de arte, músicas e em histórias.

✓ Facilitação emocional é a habilidade para aceder e/ou gerar sentimentos que facilitem o pensamento. Abrange aptidões como a de relacionar emoções com outras sensações mentais, bem como a de utilizar a emoção no raciocínio e na resolução de problemas.

✓ Compreensão emocional é a habilidade para compreender emoções e o conhecimento emocional: relaciona-se com a capacidade para definir as diferentes emoções, para perceber as relações que existem entre elas e entender as diferentes situações em que acontecem, assim como a capacidade para compreender as emoções mais complexas e a transição entre os diferentes estados emocionais.

✓ A gestão emocional das emoções é a habilidade para controlar as emoções promovendo um crescimento emocional e intelectual. Refere-se à habilidade para gerir as próprias emoções e as dos outros. Estar aberto tanto aos estados emocionais positivos como aos negativos (Caruso & Salovey, 2007).

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

Fachada (2014, p.205) aconselha boas práticas para reforçar o quociente emocional:

- ✓ *“Controle as emoções negativas que se traduzem em comportamentos ineficazes*
- ✓ *Seja coerente e constante nas emoções vivenciando as que favorecem o trabalho e a relação com a equipa;*
- ✓ *Evite emoções e comportamentos de que se venha a arrepender posteriormente;*
- ✓ *Evite a volatilidade emocional; evite demonstrar que está descontrolado e irritado;*
- ✓ *Limite a evidência de emoções negativas; estas refletem a perda do autocontrolo;*
- ✓ *Pratique a sua capacidade de escuta e compreensão;*
- ✓ *Reconheça o valor da avaliação de desempenho da Equipa;*
- ✓ *Faça perguntas aos seus colaboradores orientando-os para as mudanças que pretende que aconteçam;*
- ✓ *Aplique as técnicas de resolução de conflitos;*
- ✓ *Respeite os seus superiores e esteja sempre alinhado com eles;*

✓ *Esteja sempre aberto à mudança e valorize-a perante os seus colaboradores; estabeleça estratégias para implementar a mudança;*

✓ *Evite tomar partido em situações de divergência. Opte por uma postura neutra, centrada na solução mais adequada tendo em conta o bem comum;*

✓ *Nunca ignore uma divergência no seio da sua equipa sob pena de poder contaminar os restantes elementos, tornando-se num fator divisor. ”*

Se nas instituições de trabalho ou nas escolas de enfermagem, não existem as condições favoráveis ao desenvolvimento e aprendizagem destas capacidades, cabe a cada um sentir essa necessidade, desenvolvendo-se e formando-se. Os ganhos que se podem obter não serão somente individuais, mas também do cliente, do grupo e de toda a organização (Vilela, 2006).

## CAPITULO II – QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

---

### 1 - QUALIDADE DE VIDA

A conceptualização de qualidade de vida (QV) permanece controversa e ainda não existe uma definição que seja aceite por todos os investigadores, assim como não existe consenso sobre os atributos que compõem o conceito (Trentini, 2004; Santos et al, 2008).

#### 1.1 - QUALIDADE DE VIDA: CONCEITO

Na literatura sobre qualidade de vida, encontram-se vários termos que igualam qualidade de vida (QV) a atributos como: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, felicidade, autoestima, entre outras.

O conceito de QV surge na segunda metade do século XX devido à melhoria global das condições de vida, resultante da redução dos conflitos militares à escala mundial, ao crescente desenvolvimento técnico-científico, que contribuiu para a implementação de novas perspetivas terapêuticas, à redução da mortalidade e da morbilidade infantil e ao aumento da esperança média de vida (Ribeiro, et al., 2011).

Vidal (1993, p.460) refere que QV é a “realização para o maior número possível de homens e mulheres e pelo tempo mais longo possível, das condições de vida correspondentes à dignidade humana”.

Num estudo multicêntrico realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo principal de elaborar um instrumento de avaliação da qualidade de vida numa perspetiva internacional e multicultural, foi definida a QV como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1995, p.1405).

*“A qualidade de vida é um conceito dinâmico e de perceção individual, que corresponde à conceção de bem-estar geral de equilíbrio pessoal, associando as várias dimensões da saúde: física - funcionamento orgânico eficiente que se traduz em bem estar biológico; psicológica – experiência e vivência subjetiva e de interligação corpo-mente, sendo o sujeito que define a sua própria qualidade de vida; socio ambiental – que envolve a relação do homem com o meio ambiente em que está inserido, incluindo também as condições laborais, familiares, alimentação assim como o desenvolvimento económico, política ambiental e da saúde; ético-espiritual – a pessoa é agente responsável pela sua própria saúde, pelo que, para a sua manutenção, estão implícitos valores que fundamentam a vida” (Ribeiro, et al., 2011, p.312).*

A expressão QV é usada tanto no senso comum como no meio científico, existindo várias definições abstratas, visto que é uma expressão muito abrangente, que pode estar relacionada com inúmeros sentimentos, questões sociais, familiares, ambientais e individuais. Estas definições têm sido muito discutidas na atualidade.

## 1.2 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

São muitas as contribuições para o estudo da satisfação do indivíduo no trabalho. Destacamos Mayo, que segundo Rodrigues (1999), contribuiu com estudos relevantes sobre o comportamento humano, da motivação dos indivíduos para a obtenção de metas organizacionais e da qualidade de vida no trabalho (QVT). Maslow, de acordo com Chiavenato (2008), contribuiu com a hierarquia das necessidades humanas que foram apresentadas sob a forma de uma pirâmide, de acordo com a importância no comportamento humano. A base é composta pelas necessidades primárias (necessidades fisiológicas e de segurança) e no topo encontram-se as necessidades secundárias (necessidades sociais, de estima e autorrealização), conforme se pode verificar na Figura 9, “Pirâmide da hierarquia das necessidades de Maslow”.

*Figura 9 - Pirâmide da hierarquia das necessidades de Maslow*



A QVT é uma preocupação que provém da sociedade primitiva (Conte, 2003) e surge da necessidade de humanizar o trabalho, fazendo face à visão da Abordagem Clássica para a qual

os trabalhadores eram considerados “máquinas” que tinham de produzir mais do que a sua capacidade, de forma a obter lucro e produção (Martins, 2007).

Alguns autores afirmam que a origem da QVT, dentro das Ciências Sociais, remonta à década 50, do século XX, com as investigações da Escola das Relações Humanas, coordenadas por Elton Mayo, que tinham como princípio a QVT na perspectiva da produtividade e do lucro, em que o autor demonstrou a importância dos indivíduos nas organizações (Elizur & Shye, 1990; Vargas, 2010).

Existem, contudo, autores que defendem que a QVT, efetivamente, surgiu na década de 70, do século passado, quando surgiu o conceito mais humanista do trabalho e se desenvolveram os primeiros instrumentos de medida desta (Martins, 2007; Alves, 2010; Vargas, 2010; Caçote, 2013).

A QVT tem sido uma preocupação do homem, às vezes apresentada com outras denominações, mas sempre direcionada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador (Schmidt & Dantas, 2006).

A origem dos estudos sobre QVT é atribuída a Eric Trist e seus colaboradores que, em 1950, desenvolveram várias pesquisas no Tavistock Institute de Londres, com base na análise e reestruturação das tarefas, com o objetivo de tornar a vida dos trabalhadores menos penosa.

Apesar da diversidade de definições, parece existir algum consenso quando se afirma que a QVT está interdependente do bem-estar dos indivíduos no trabalho, da visão que têm sobre o trabalho, das tarefas que desempenham, do ambiente físico e social, da relação entre o trabalho e a vida na globalidade e da posição hierárquica (Roan & Diamond, 2003; Rose et al., 2006; Vargas, 2010; Caçote, 2013).

O Quadro 1, “Qualidade de Vida no Trabalho”, sintetiza a concepção evolutiva do conceito de QVT na perspectiva de Fernandes (1996).

Quadro 1 - Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar (Fernandes,1996)

| CONCEÇÕES EVOLUTIVAS DO CONCEITO DE QVT | CARACTERÍSTICAS OU VISÃO                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Como uma variável (1959 a 1972)         | Reação do indivíduo ao trabalho. Investigava-se como melhorar a qualidade de vida no trabalho para o indivíduo.                                                                                                                                                                         |
| Como uma abordagem (1969 a 1974)        | O foco era o indivíduo antes do resultado organizacional; mas, ao mesmo tempo, tentava-se trazer melhorias tanto ao empregado quanto à direção.                                                                                                                                         |
| Como um método (1972 a 1975)            | Um conjunto de abordagens, métodos ou técnicas para melhorar o ambiente de trabalho, tornando-o mais produtivo e mais satisfatório. QVT era vista como sinónimo de grupos autónomos de trabalho, enriquecimento de cargo ou desenho de novas carreiras com integração social e técnica. |
| Como um movimento (1975 a 1980)         | Declaração ideológica sobre a natureza do trabalho e as relações dos trabalhadores com a organização. Os termos “administração participativa” e “democracia industrial” eram frequentemente vistos como ideais do movimento de QVT.                                                     |
| Como tudo (1979 a 1982)                 | Como filtro contra a competição estrangeira, problemas de qualidade, baixas taxas de produtividade, problemas de queixas e outros problemas organizacionais.                                                                                                                            |
| Como nada (futuro)                      | No caso de alguns projetos de QVT fracassarem no futuro, não passará de um “modismo” passageiro.                                                                                                                                                                                        |

Rafael (2001) refere que a QVT é um constructo que lida com o bem-estar do indivíduo em relação ao seu trabalho, na medida em que as suas experiências de trabalho são gratificantes e satisfatórias. Um conjunto de aspetos fundamentais para a qualidade de vida no trabalho do indivíduo incluem as tarefas que desempenha, o ambiente físico e social, o sistema de carreiras e a relação entre a vida de trabalho e a vida em geral.

A QVT surge como esforço no sentido da humanização do trabalho. De facto, verifica-se que a forma de estruturação do trabalho e das organizações obriga à necessidade de adequação do indivíduo aos parâmetros organizacionais, sem considerar os seus interesses e desejos. A abordagem da QVT vem, então, incorporar algumas preferências humanas no desenho e na gestão de sistemas organizacionais, tentando torná-los mais satisfatórios para o indivíduo, contribuindo para a sua qualidade de vida geral. Assim, a QVT pode ser definida como uma forma de pensamento que envolve pessoas, trabalho e organizações, nas quais se destacam dois aspetos importantes: a preocupação com o bem-estar do trabalhador e com a eficácia

organizacional; e a participação dos trabalhadores nas decisões e problemas do trabalho (Barros & Santos, 2005).

Atualmente, a QVT, como linha de pesquisa da ciência comportamental, encontra-se bastante desenvolvida em países como os Estados Unidos (Quality of Working Life), Canadá e França (Qualité de la Vie au Travail) e principalmente na Suécia, onde alcançou maior desenvolvimento (Carandina, 2003).

É inquestionável a importância que o trabalho assume na vida das pessoas, estruturando-a e dando-lhe significado. Tendo em consideração o tempo que os indivíduos passam nos seus locais de trabalho e organizações, seria importante que estes fossem locais mais agradáveis e saudáveis para a realização do trabalho, onde o indivíduo pudesse criar, inovar e realizar-se plenamente, com satisfação e alegria (Vasconcelos, 2001; Vargas, 2010). Contudo, o trabalho inerente à própria condição humana, como fator de equilíbrio, desenvolvimento da pessoa e fonte de prazer, motivação e satisfação, nem sempre tem proporcionado aos trabalhadores oportunidades para o seu equilíbrio psíquico e físico.

O trabalho, tal qual foi concebido nos primórdios da Revolução Industrial, apresenta alto custo humano. Nem mesmo os benefícios proporcionados à sociedade tornaram este custo aceitável. As organizações, gradualmente, foram impelidas a procurar esquemas de trabalho que produzissem resultados efetivos do ponto de vista humano, aliados com a alta eficiência.

Elton Mayo, na Western Electric Company em 1927, foi o primeiro investigador da Escola das Relações Humanas a estudar o comportamento humano na relação com o trabalho e a motivação dos trabalhadores para alcançar os objetivos organizacionais e melhores condições físicas.

A QVT tem sido alvo de maior atenção pelos investigadores devido à sua importância no domínio da psicologia e dos recursos humanos, tendo em conta a conjuntura atual em que vivemos, as dificuldades de caráter financeiro e económico, realçando a importância do capital humano nas organizações e na QVT.

Sendo a felicidade o maior objetivo do Homem, para que este seja atingido é necessário ter saúde, satisfação consigo próprio e com o seu trabalho, sendo tudo isto qualidade de vida (Conte, 2003).

Vasconcelos (2001, p.34) alerta para que “se é nas organizações que passamos a maior parte das nossas vidas, seria natural que as transformássemos em lugares mais aprazíveis e saudáveis para a execução do nosso trabalho. Locais onde pudéssemos passar algumas horas vivendo, criando e realizando plenamente – com qualidade de vida, satisfação e alegria”.

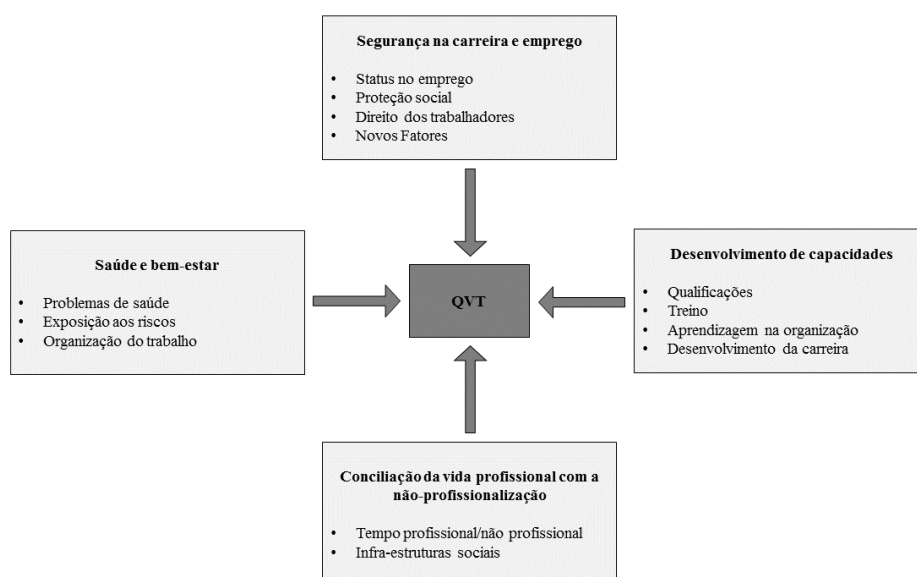
A QVT é um conceito que está enraizado num outro mais amplo, o de Qualidade de Vida. Considerando que o indivíduo ocupa uma grande parte da sua vida com as atividades laborais, que têm conotação de ‘sofrimento’, pode-se inferir que a QVT é preponderante na percepção da qualidade de vida que o mesmo tem. Não existem limites claros, muito menos a possibilidade de dissociação (Pilatti, 2012).

A QVT tem por base a satisfação e o bem-estar do indivíduo (Vasconcelos, 2001; Moretti & Treichel, 2003). Os incentivos emocionais, tais como, o reconhecimento, a segurança e o sentimento de pertencer a algo, influenciam mais a produtividade no trabalho, do que o próprio ambiente físico.

Os estudos da teoria da motivação humana de Maslow demonstraram existir uma correspondência entre o trabalho, as necessidades fundamentais e as motivações humanas. Neste sentido, a percepção individual está ligada às mudanças que ocorrem no mundo do trabalho e que é fundamental para a determinação dos níveis de satisfação individual. Trata-se de um cenário mutável marcado por avanços e retrocessos. Por um lado, os padrões de QVT foram elevados, o trabalho foi mais humanizado, reduzindo a carga horária e melhoradas as condições de trabalho. Por outro lado, aumentaram as exigências ao trabalhador, o tempo de pausa reduziu, as possibilidades de emprego foram diminuídas, os trabalhadores tornaram-se mais mecanizados e desumanizados (Pilatti, 2007).

A Figura 10, “Orientação da Qualidade de Vida no Trabalho”, pretende ilustrar a influência de alguns aspetos da vida do indivíduo na sua QVT.

*Figura 10 - Orientação da QVT (Adaptado da Fundação Europeia para a Melhoria de QVT, 2002)*





O principal benefício prospectivo do enriquecimento do trabalho é a melhoria do papel social, que proporciona crescimento e autorrealização ao indivíduo. Para Davis e Newstrom (2004, p.149), “...como consequência do aumento da motivação, o desempenho deverá melhorar, proporcionando, assim, um trabalho mais humano e produtivo. Os efeitos negativos também tendem a ser diminuídos”.

O comportamento humano, na opinião de Hughes e Terrel (2009), é motivado pelo desejo de melhorar a qualidade de vida e as equipes existem porque as tarefas que melhoram a QV são muitas vezes demasiado complexas para serem cumpridas somente por uma pessoa.

A QVT representou, desta forma, um avanço em relação à gestão científica, focada na especialização e eficiência da execução de tarefas restritas. Procurou promover um ambiente de trabalho mais humanizado e teve em conta tanto as aspirações mais altas quanto as necessidades básicas do trabalhador (Davis & Newstrom, 2004).

Não pode existir uma plena qualidade organizacional concomitante ao detrimento da qualidade de vida dos seus funcionários. Para Pizzoli (2005, p.1061, 1062) “...verificar as insatisfações pode fornecer informações significativas para a construção de estratégias voltadas ao desenvolvimento de reformas organizacionais. Só assim, é possível gerar condições para o crescimento profissional, pessoal e da comunidade, que poderá ser expresso numa assistência mais produtiva, segura e de qualidade inquestionável, com garantia na própria saúde da organização”.

### 1.3 - QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

As empresas atualmente têm como objetivo de gestão avaliar o grau de satisfação e a participação dos seus colaboradores nas atividades organizacionais. A QVT auxilia as organizações a avaliar o grau de satisfação e participação dos seus colaboradores, porque fornece elementos que permitem conhecer o que as pessoas sentem em vários aspetos, tanto internos como externos à organização. Devido às novas tendências e necessidades dos clientes, cada vez mais exigentes, as organizações procuram melhorar a qualidade dos serviços e produtos oferecidos, aumentando o nível de exigência com os seus colaboradores.

Para atingir os seus objetivos as organizações deverão estar atentas, não só às necessidades dos clientes, mas também dos colaboradores, fazendo com que estes sintam prazer em desenvolver as suas atividades, tornando-se peça-chave da organização. Uma instituição de saúde deverá ser observada como qualquer outra organização e, desta forma tem que estar atenta

ao que é exigido aos colaboradores, mas também ao que oferece para manter/melhorar a sua QVT (aspectos de bem-estar, segurança e motivação).

Bertelli (2004) considera que a QVT nas instituições de saúde implica que o gestor proporcione, de forma clara e motivadora, meios para que os colaboradores se tornem divulgadores do processo, em que todos contribuem para a saúde e bem-estar de toda organização.

Os enfermeiros cuidam dos doentes, independentemente da sua idade, género, etnia ou condição social. A dinâmica do exercício profissional do enfermeiro não tem em conta os problemas do trabalhador. Cada indivíduo enfrenta no seu quotidiano dificuldades de toda ordem, fora e dentro do trabalho, mas espera-se que ele nunca expresse junto do doente os seus descontentamentos, ao contrário, espera-se tranquilidade (Haddad, 2000).

A QVT de enfermagem depende da metodologia de trabalho utilizada e das estratégias que os enfermeiros usam para fazer frente às condições de trabalho com que se deparam no seu dia-a-dia. Ela é consequência dos paradoxos existentes nos momentos de trabalho e na vida social, bem como dos aspetos saudáveis e protetores e dos aspetos menos positivos que este grupo vivência, conforme a sua inserção histórica e específica no contexto da saúde (Silva & Massarollo, 1998).

Os enfermeiros, ao cuidar dos doentes que necessitam de cuidados tanto físicos como do ponto de vista emocional, ficam expostos a riscos de ordem física e psíquica. Estas situações de risco têm um significado para cada trabalhador, com um mecanismo de defesa particular, interferindo na sua satisfação e na sua qualidade de vida privada e/ou trabalho (Martins, 2002).

Algumas unidades de saúde passam por situações geradoras de stresse que podem levar ao acidente de trabalho e ao sofrimento psíquico, desencadeado pelas situações de dor e morte dos doentes. O ritmo, a intensidade do trabalho, as situações de emergência, o convívio com doenças e morte são fatores geradores de stresse, *burnout*, mal-estar, ansiedade, depressão, entre outras doenças (Sarquis & Felli, 2009).

Beck (2001) refere que é necessário estar atento aos assuntos relacionados com a saúde dos enfermeiros, pois estes não podem ser examinados isoladamente, pelo contrário, devem ser associados à sua saúde física e às condições de vida no trabalho, bem como aos fatores determinantes para riscos de acidentes e de doenças profissionais. O exercício de enfermagem predispõe ao desenvolvimento de mecanismos de defesa, resistência e confrontação, com os quais tentam alcançar um equilíbrio no seu desempenho profissional.

A arte do cuidar em Enfermagem é desgastante, na medida em que diversos fatores expõem o enfermeiro a situações de stresse, entre eles o sofrimento do doente, o seu relacionamento com este e com a equipa multidisciplinar, a necessidade constante de se manter atualizado, bem como as políticas de gestão em saúde que limitam o seu desempenho, como por exemplo a falta de recursos humanos e materiais.

“Estas condições de trabalho proporcionam uma insatisfação no trabalho, que vem afetar diretamente os profissionais de enfermagem e sua qualidade de vida no trabalho” (Martins, 2002, p.22).

De acordo com Chiavenato (2008), a QVT não é determinada somente por características individuais ou situacionais, mas principalmente pela atuação sistemática das características individuais e organizacionais. Para este autor existem fatores que devem estar interligados para que tanto os colaboradores como a organização vejam as suas necessidades e objetivos alcançados, conforme é explicitado no Quadro 2, “Principais determinantes da QVT”.

*Quadro 2 - Principais determinantes da QVT (Chiavenato, 2008)*

| DENOMINAÇÃO DO FATOR                         | VARIÁVEIS DETERMINANTES                                                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Competência de Gestão                        | Apoio socioemocional<br>Orientação técnica<br>Igualdade de tratamento<br>Gerir pelo Exemplo |
| Identificação com a Empresa                  | Identidade com a tarefa<br>Identificação com a Empresa<br>Imagem da Empresa                 |
| Preocupação Assistencial com os funcionários | Assistência aos funcionários<br>Assistência familiar                                        |
| Oportunidade efetiva de participação         | Criatividade<br>Expressão pessoal<br>Repercussão de ideias dadas                            |
| Visão humanista da Empresa                   | Educação/conscientização<br>Orientação para as pessoas<br>Responsabilidade comunitária      |
| Equidade salarial                            | Salários com equidade interna<br>Salários com equidade externa                              |

Atualmente, na profissão de enfermagem, é necessário possuir um corpo de conhecimentos teóricos, específicos nas diversas áreas de competências, para dar resposta às necessidades da sociedade. De facto, durante a evolução da enfermagem como profissão,

assistiu-se ao desenvolvimento da sua estruturação e cientificidade, da sua técnica, para além de ter sido das profissões que mais evoluíram do ponto de vista legislativo (Nunes, 2006).

Se as pessoas são um “elemento básico do sucesso das organizações” é essencial verificar qual a sua QVT e a enfermagem não é exceção dentro dos grupos profissionais que estão englobados no Sistema Nacional de Saúde português, pois “exige de nós uma adaptação contínua e dinâmica às organizações de saúde” (Chora, 2007, p.34).

## 2 - STRESSE E QUALIDADE DE VIDA

O stresse é uma condição que põe à prova os recursos que cada pessoa possui para enfrentar os problemas com que se depara no seu quotidiano. No estudo “*Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros*”, Santos et al. (2008) concluíram que os homens apresentam índices de *burnout* mais elevados do que as mulheres. Sendo o stresse um condicionante da QV que varia na relação indireta, ou seja, quanto maior o índice de *burnout* menor a QV.

Queirós (1998) define *burnout* como sintoma de cansaço físico e emocional que implica uma atitude negativa em relação ao trabalho e que se traduz numa sensação de exaustão emocional, despersonalização e de diminuição da realização profissional.

*“A exaustão emocional pode ser definida como o esgotamento dos recursos emocionais do profissional, que sente que já nada mais tem para oferecer aos outros experienciando também frustração. A despersonalização traduz-se no distanciamento afetivo, indiferença emocional e insensibilidade para com os outros, desenvolvendo-se sentimentos e atitudes negativas para com as pessoas que estão em contacto direto com o profissional. A redução da realização profissional caracteriza-se pela tendência do trabalhador em se autoavaliar de forma negativa, revelando insatisfação com o seu desenvolvimento profissional, associados a sentimentos de incompetência e frustração”* (Dias & Queirós, 2011, p.302).

Atualmente há um investimento claro na humanização dos cuidados de saúde prestados aos utentes, mas existe um enorme desfasamento face às condições de trabalho e à motivação dos profissionais, sendo colocada a tónica no saber e no saber-fazer. O ser, o saber-ser e o saber-estar ficam esquecidos desta dinâmica, da preocupação das organizações e até dos sistemas políticos vigentes (Rosa, 2013).

O papel funcional e social do enfermeiro, na cultura organizacional de uma instituição de saúde, pode gerar conflitos mais ou menos intensos, de acordo com as características individuais, o que explica as variações expressas nas respostas, comprometendo a motivação e podendo

gerar sofrimento físico e psíquico, que somados a outros fatores, são causadores de stresse (Pizzoli, 2005).

Nos enfermeiros que trabalham em contextos stressantes e que são vulneráveis ao *burnout*, poderá existir um processo de contágio emocional que os fragiliza ainda mais. Porém, se não cuidarem de si, não conseguirão cuidar dos seus utentes, necessitando de encontrar no trabalho motivação e vigor, ou seja, substituir tudo o que os possa levar ao *burnout* por *engagement* (Bakker et al, 2005; Dias, Queirós & Carlotto, 2010; Dias & Queirós, 2011).

Padilha e Souza (1999) referem que o realce dado atualmente à QVT está direcionado para a humanização dos locais de trabalho, equilibrando trabalho e prazer, permitindo que este deixe de ser visto como um aspeto menos positivo e que a pessoa passe a cuidar mais de si.

A utilização de novas formas de gestão são frequentemente acompanhadas por um aumento de exigências ao profissional, que lhe provoca um aumento do nível de stresse. Contudo, começa a existir uma preocupação não apenas com a dimensão técnica e operacional dos processos de inovação, mas também com a dimensão humana no trabalho.

O mal-estar relacionado com o trabalho desencadeia desconforto psicológico, que se manifesta através da raiva, da ansiedade, da frustração, de danos orgânicos, conflitos, absentismo, entre outros. Neste contexto, é evidente que o trabalho tem um cunho subjetivo, que só começou a ser valorizado a partir do momento em que a saúde dos trabalhadores foi afetada provocando impacto na sua produtividade. É essencial que o trabalho não permaneça sem afetividade para que não se torne insuportável e penoso (Rodrigues, Álvaro, & Rondina, 2006).

Miranda (2006) acrescenta que se as condições de trabalho não forem adequadas, se o profissional estiver desmotivado ou com a saúde comprometida, a possibilidade de erro pode aumentar. Não é possível dissociar a condição humana do processo de trabalho. Assim, a qualidade da atividade desenvolvida depende da QV das pessoas envolvidas no desempenho das suas tarefas. A gestão da QVT é um instrumento importante para alcançar os objetivos da QV do trabalhador em todos os setores da organização.



## CAPÍTULO III – STRESSE NO TRABALHO

---

### 1 - STRESSE

O termo *stresse* deriva do latim *stringo, stringere, strinxi ou strinctum*, que significa apertar, restringir e comprimir. Surgiu na língua inglesa durante o século XIV e foi utilizado durante muito tempo para exprimir uma pressão ou constrangimento de natureza física. Originalmente utilizado pela sua etimologia para uma linguagem específica das engenharias e ciências físicas Robert Hooke, no século XVII, passou posteriormente a ser usado pelas ciências humanas para se referir a um conjunto de fenómenos biológicos, psicológicos e sociais que afetam as pessoas. Shaffer (1982) utiliza-o para referir “as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana”.

Atualmente e de acordo com Leka, Griffiths e Cox (2003) o *stresse* é reconhecido mundialmente como um desafio major tanto para a saúde dos trabalhadores, como para a saúde das organizações.

Tem sido uma das principais áreas de preocupação e investigação nos últimos tempos, quer pelo público em geral, quer pela comunidade científica sendo considerado um verdadeiro problema social e de saúde pública (Bicho & Pereira, 2007).

O *stresse* resulta de uma relação desajustada com o mundo, em que a pessoa sente que lhe é pedido mais do que tem para dar, algo que sempre existiu e que não é novidade quer no seu quotidiano, quer no seu local de trabalho (Labrador, 1992; Vaz Serra, 2000; Lucas, 2012).

Sendo um tema de grande interesse para os investigadores, tornou-se uma área de investigação extremamente fértil, que ajuda a compreender a fronteira entre o normal e o patológico, o psicológico e o social. É um conceito essencial que toca os mais diversos campos da medicina, desde as ciências básicas às matérias clínicas, com interesse no mundo do trabalho. Tem consequências sobre a saúde física e psíquica da pessoa. Repercute-se na família e na vida dos povos (Vaz Serra, 2007).

Diversos autores foram decisivos na compreensão do conceito de *stresse* tal como atualmente o entendemos. Claude Bernard (1813-1878) salientou a importância do desenvolvimento de respostas defensivas por parte de um organismo vivo, perante uma ameaça; Walter Cannon (1871-1945) analisou as respostas de defesa que se organizam, mediadas pelo sistema simpático-medular e Hans Selye (1907-1982) estudou de forma particular a atividade

do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal. O denominador comum a estes investigadores é que cada um tentou compreender a resposta do organismo a agressões externas.

Richard Lazarus e seus colaboradores, na década de 60, realizaram uma pesquisa numa perspectiva diferente, pois estudaram as emoções e concluíram que os fatores cognitivos antecedentes, segundo os quais determinada situação-estímulo é avaliada psicologicamente, são determinantes para as respostas emocionais posteriores. Estes trabalhos conduziram a dois pressupostos: não há nenhuma situação, que em valor absoluto, possa ser reconhecida como indutora de stresse; o fator decisivo que leva o sujeito a sentir-se ou não em stresse depende da avaliação que faz da circunstância.

Em meados dos anos 70, tornou-se necessário distinguir os acontecimentos da vida e os fatores de vulnerabilidade que modificam a resposta de uma pessoa perante os mesmos. “A vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecimento de vida” (Vaz Serra, 2007, p.5).

Cada vez mais, o termo stresse está associado a sensações de desconforto e tem vindo a aumentar o número de pessoas que se sentem vítimas do mesmo ou que referem outros indivíduos que se encontram na mesma situação, culpando a sociedade atual como geradora de cada vez mais stresse e consequentemente da diminuição da QV (Santos & Teixeira, 2009).

Para Robinns (1999, p.409), stresse é uma “condição dinâmica na qual um indivíduo é confrontado com uma oportunidade, restrição ou exigência relacionada com o que ele deseja e pela qual o resultado é percebido como sendo tanto incerto quanto importante”.

Ramos (2001, p.57) acrescenta que:

*“O stresse é um tipo particular de relação entre a pessoa e o (s) seu (s) meio (s), marcada pela percepção de exigências que cobrem ou excedem os seus recursos de coping e que pode perigar o seu bem-estar, ou seja, esta discrepância – entre o que a pessoa sente que lhe é pedido e o que julga poder dar – é sinalizada pelo organismo, em toda a sua globalidade e totalidade, isto é, aos níveis fisiológico (imunológico, neuronal, hormonal), psicológico (emocional, cognitivo, comportamental) e social (família, trabalho, comunidade) ”.*

O processo de desenvolvimento desta síndrome é composto por três fases: a fase de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão (Costa, 2005, p.20).

A fase de alarme consiste numa reação fisiológica, involuntária, de emergência ou alarme, quando a pessoas é confrontada por um agente ou fonte de stresse para o qual não está preparada.

A fase de resistência acontece quando o agente ou a fonte de stresse permanece e o organismo tenta reagir (sobe a tensão arterial, a temperatura corporal e a respiração) e o



indivíduo utiliza toda a sua energia, para resistir aos efeitos da fase anterior e para se adaptar ou reequilibrar de modo a enfrentar a situação ameaçadora.

A fase de exaustão surge quando a energia mobilizada é inferior à resistência da fonte de stresse, ou seja, quando esta permanece durante mais tempo do que o organismo consegue resistir e todos os recursos e mecanismos desenvolvidos para a adaptação começam a falhar, surge a ansiedade e a pessoa torna-se mais vulnerável.

O stresse e os seus agentes podem interferir nas necessidades físicas e psicológicas do indivíduo de forma positiva e/ou negativa, exigindo dele um processo de ajustamento na sua homeostase.

Para Lipp (2000, 2002) existem quatro fases do stresse: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. A fase de alerta acontece quando o sujeito se confronta com um fator que desencadeia o stresse. Quando este tem uma duração curta, a pessoa sai desta fase sem complicações para o seu bem-estar. Há um aumento de produtividade em que a pessoa utiliza o stresse para seu benefício devido à motivação, entusiasmo e energia que a mesma produz.

Quando o fator que desencadeia o stresse perdura, surge a fase de resistência e podem acontecer duas situações antagónicas, a pessoa consegue restabelecer a sua homeostase e os sintomas iniciais desaparecem, ou por outro lado, os sintomas mantêm-se, começam a ser evidentes sinais de doença e diminuição da produtividade. Os sintomas mais frequentes são a sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e diminuição da memória (Lipp & Guevara, 1994; Lipp & Malagris, 1998).

A fase de quase exaustão aparece quando a tensão excede o limite controlável e a resistência física e emocional começa a diminuir. Aumenta o nível de ansiedade, surgem as doenças e a dificuldade na tomada de decisão. Esta fase é considerada, por diversos autores, como a mais negativa do stresse e acontece devido à continuidade dos elementos stressores. Há uma baixa da imunidade e ocorrem doenças tais como, as alterações do sono, a ansiedade, as fobias e a depressão. Falham todos os mecanismos de adaptação e a permanência dos elementos que provocam o stresse podem levar o indivíduo à morte (Martins, 2007).

É consensual a definição de stresse relacionado com o trabalho, em termos de interações entre o trabalhador e o ambiente de trabalho. O stresse é potencializado quando as exigências do ambiente de trabalho ultrapassam a capacidade do trabalhador para fazer face às mesmas ou exercer controlo sobre elas (Kompier & Levi, 1995).

## 1.1 - STRESSE PROFISSIONAL

A bibliografia consultada sobre stresse relacionado com o trabalho apresenta um conjunto de termos: stresse, stresse ocupacional, stresse profissional, stresse laboral, entre outros. Todos estes termos são utilizados para se referirem ao desgaste físico e emocional sofrido pela pessoa e relacionado com o trabalho (Graziani, 2005).

A atividade profissional pode ter aspetos positivos e negativos. Os aspetos positivos advêm do que se pode obter através do trabalho: a fonte de rendimento que pode permitir a independência em relação a terceiros; acesso a maior conforto; atividades de lazer e cultura; o estatuto social que é conferido à pessoa devido à atividade profissional que desenvolve (identidade atribuída frequentemente em função da profissão que exerce, a motivação, o crescimento psicológico e a realização pessoal); os aspetos psicológicos (autoestima e autoimagem). Os aspetos negativos poderão oscilar entre o gostar ou não do que a pessoa faz, o não conseguir acompanhar as tecnologias, a precaridade do emprego e as relações hierárquicas a que está sujeita. Assim, o trabalho pode ser uma atividade extremamente enriquecedora para o indivíduo, como pode ser uma fonte de stresse que gradualmente o desgasta (Vaz Serra, 2007).

Vaz Serra (1999) destaca que as pessoas e as empresas lidam atualmente com níveis de mudança sem precedentes no local de trabalho. Para este autor existem quatro situações geradoras de stresse que podem afetar a saúde física e mental do profissional: a incerteza, os avanços tecnológicos, a distribuição do trabalho e as taxas frequentes de desemprego. A incerteza surge das modificações a nível económico que se verificam atualmente de uma forma muito mais frequente do que no passado recente. Os avanços tecnológicos implicam adaptações por parte dos colaboradores. A distribuição de trabalho corresponde a uma nova forma de conceber o emprego. O desemprego é determinado com frequência pela fusão de empresas que criam gigantes que se confrontam com outros gigantes no campo económico.

A relação entre a vulnerabilidade ao stresse e a capacidade do indivíduo reagir aos fatores causadores de stresse pode aplicar-se no âmbito do desenvolvimento do stresse no trabalho (Silva & Ferreira, 2007).

O stresse associado ao trabalho é definido por Cooper em 1993 como um problema de natureza percetiva que resulta da incapacidade do sujeito para lidar com as exigências do trabalho, conduzindo a sentimentos de mal-estar e sofrimento trazendo um conjunto de

problemas físicos e psicológicos que afetam não só o indivíduo como as organizações (Bicho & Pereira, 2007).

O stress profissional não é um fenómeno novo, mas oferece um novo campo de estudo que tem sido valorizado devido ao aparecimento de doenças que foram relacionadas com o stress no trabalho e que representam um grave problema não só para a pessoa, mas também para as organizações onde ela está inserida.

Ross e Altmaier (1994, p.12) definem stress ocupacional como “a interação das condições de trabalho com as características do trabalhador de tal modo que as exigências que lhe são criadas ultrapassam a sua capacidade em lidar com elas”.

Nas últimas décadas tem havido um sentimento crescente de que a experiência de stress no trabalho tem efeitos indesejáveis, tanto na saúde e na segurança dos trabalhadores, como no funcionamento e produtividade das organizações (Santos & Teixeira, 2009).

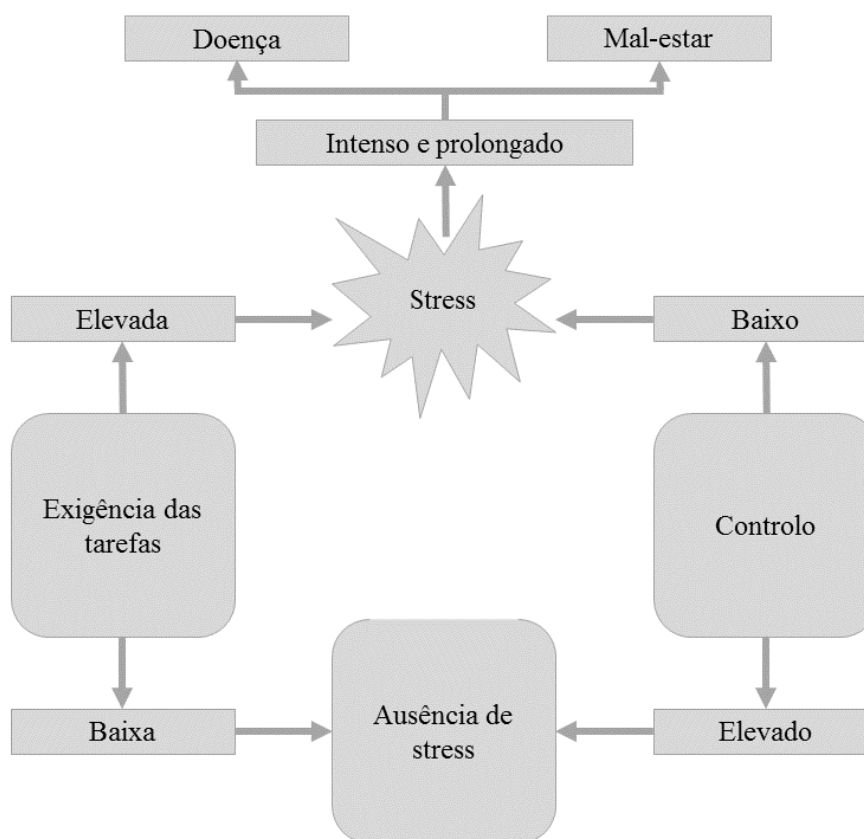
O stress ocupacional é considerado uma das causas mais frequentes do mau humor do sujeito, o que por sua vez pode ter implicações negativas no ambiente familiar e com terceiras pessoas que nada têm a ver com o meio profissional. Pode trazer prejuízo tanto na saúde física como psíquica do trabalhador (Vaz Serra, 2007).

O stress ocupacional, com a rápida industrialização do mundo, tem sido um problema cada vez mais frequente e preocupante (Graziani, 2005), sobretudo devido aos seus efeitos a nível individual e organizacional. Este stress é proveniente do ambiente de trabalho e das tarefas, quer sejam exigências físicas, quer sejam exigências psicológicas, provindas do exercício da profissão (Tamayo, 2004).

A relação entre o stress e o comportamento na organização pode advir de diferentes situações (McGrath, 1976). De entre as principais, o autor salienta o stress com base na tarefa, no papel, relacionado com o contexto comportamental, proveniente do meio ambiente físico e do social. Há ainda o stress pessoal, que é “transportado” para o local de trabalho.

A Figura 11, “Relação entre o trabalho, o indivíduo e o stress”, esquematiza, na perspetiva de Vaz Serra (2007), a relação entre o indivíduo, o trabalho e o stress.

Figura 11 - Relação entre o trabalho, o indivíduo e o stress (Vaz Serra, 2007)



Durante a sua vida, a pessoa passa habitualmente por três ambientes distintos: profissional, familiar e social. Os acontecimentos adversos que surgem num dos ambientes podem ser atenuados ou agravados, pelas circunstâncias positivas ou negativas que ocorrem nos outros.

As causas do stress ocupacional são múltiplas e para Vaz Serra (2005) dependem dos seguintes fatores:

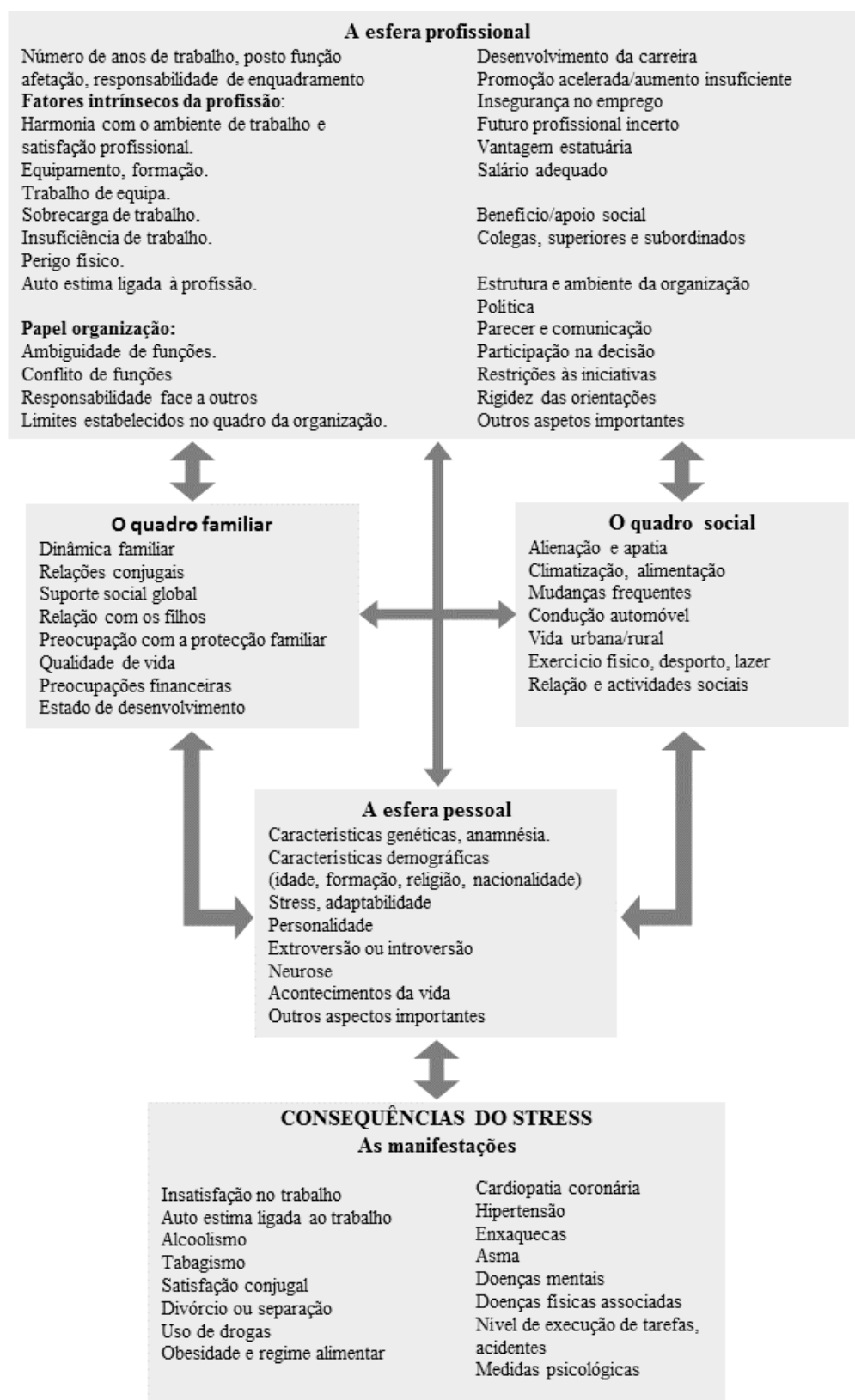
- ✓ Biológicos, que estão relacionados com a “carga” genética que determina a reação, como por exemplo, a rapidez na resposta, a intensidade da situação percebida pelo trabalhador e a capacidade de regressar à normalidade;
- ✓ Psicológicos, que consistem na forma como cada pessoa percebe o mundo que a envolve, tendo como base as experiências de vida. Deste modo, deve-se considerar a personalidade, os processos mentais e a história de vida do indivíduo;
- ✓ Sociais, que estão relacionados com o estatuto socioeconómico: a cultura organizacional, o conteúdo do trabalho e a capacidade do trabalhador, a comunicação, a inexistência de apoio ou interação com os colegas para a resolução dos problemas e

desenvolvimento pessoal, a falta de definição de objetivos, o estilo de liderança e supervisão, a ambiguidade e conflito de papéis, o grau da responsabilidade, a insegurança no trabalho, o salário inferior ao da categoria profissional, a inexistência de progressão na carreira, a não auscultação dos trabalhadores quanto ao planejamento e definição dos próprios objetivos, a falta de informação, as relações interpessoais com os outros, a violência no trabalho, a incapacidade de conciliar a esfera pessoal com a profissional, o trabalho por turnos, a pressão do tempo para a execução das tarefas, a falta de oportunidade de aprender, o desconhecimento dos resultados e as exigências qualitativas e quantitativas aos quais os trabalhadores estão expostos.

Leite e Uva (2007) afirmam que estes fatores podem ser classificados como fatores organizacionais e relações organizacionais, fatores relacionados com a carreira profissional, fatores individuais, fatores de atividade de trabalho e fatores do ambiente de trabalho e de outras condições de trabalho.

O modelo de stresse profissional de Cooper e Davidson (1988), Figura 12, explica os vários elementos envolvidos neste processo:

Figura 12 - Modelo de Stresse profissional (Cooper &amp; Davidson, 1988)



Como os indivíduos passam grande parte das suas vidas no trabalho e a qualidade e produtividade é essencial para as organizações, o stress profissional tornou-se uma das preocupações centrais dos administradores/gestores das organizações.

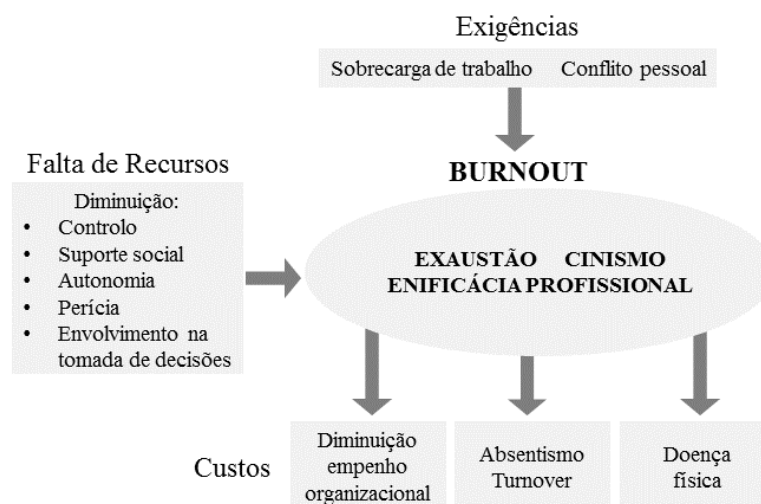
Contudo, nem sempre o stress pode ser considerado negativo do ponto de vista organizacional e pessoal, pois a “pressão” no trabalho pode produzir estímulos positivos para a execução das tarefas. O *eustress* ou stress positivo significa que o trabalhador consegue controlar o seu nível de stress, considerando os diversos estímulos como impulsionadores para um melhor desempenho, sentindo-se confortável e com vitalidade. Enquanto o *distress* ou stress negativo surge quando o indivíduo percebe os estímulos como uma ameaça, gerando-lhe uma sobrecarga emocional (Caçote, 2013).

O stress ocupacional está na origem do *burnout* e é uma “...resposta complexa ao stress profissional prolongado ou crónico” (Pinto & Chambel, 2008, p.30).

Enquanto o stress corresponde ao processo de adaptação temporária, o *burnout* é o processo de falha na adaptação à exposição prolongada aos agentes stressores. O *burnout* é uma estratégia de *coping* disfuncional que surge em pessoas motivadas, com níveis altos de expectativas, envolvidas no trabalho, em que existe sempre um sentimento de perda ou prejuízo.

A Figura 13, “Modelo geral de *burnout*”, pretende-se esquematizar a envolvência do *burnout* de acordo com Maslach, Jackson e Leiter (1996).

Figura 13 - Modelo geral de *burnout* (Maslach, Jackson & Leiter, 1996)



A forma como situações geradoras de stresse são superadas não depende apenas das possibilidades objetivas de ação, mas é influenciada pelo estilo pessoal de reação ao stresse e pelas experiências vividas por cada pessoa. A ação pode visar a alteração da situação que gera o stresse, ao aumento do próprio esforço, da intensidade ou da duração do trabalho, de organizá-lo de forma mais eficiente e corrigir metas e objetivos (fazer o melhor possível, sem ser perfeccionista).

O stresse no trabalho tem consequências no seio da organização: tais como, o aumento da insatisfação no desempenho das tarefas, a redução da produtividade, a baixa adesão e incumprimento dos objetivos organizacionais, a existência de conflitos, o aumento do absentismo. Poderá ainda ocorrer um aumento do número de acidentes laborais, despesas médicas, entre outras (Peiró & Rodriguez, 2008).

“O stresse é uma das grandes ameaças das organizações modernas. Todavia, muito pode ser feito para o evitar. É necessário que cada organização conheça as causas do stresse, principalmente os seus fatores organizacionais, embora os factos individuais não devam ser excluídos” (Lucas, 2012, p.27).

## 1.2 - STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Os serviços de saúde são organizações que visam as necessidades dos utentes, esquecendo-se muitas vezes dos profissionais e das condições de trabalho destes. São sistemas complexos, em que existe um confronto constante com situações emocionalmente intensas, pautadas pela doença e pela morte e que causam situações de ansiedade e tensão, contribuindo em grande parte para a ocorrência de acidentes de trabalho, episódios de stresse intenso, fadiga física e mental.

A preocupação com o stresse profissional relacionado com a função do enfermeiro surge do pressuposto que a integridade psicológica tem uma relação direta com a qualidade da assistência, consequentemente com os riscos de erro nas atividades destes profissionais.

Como já foi anteriormente referido, a profissão de Enfermagem é desgastante devido ao seu conteúdo, ao seu contexto e à existência de características peculiares: a fragmentação e normalização na execução de técnicas, o trabalho por turnos e a rotatividade de horários, a exigência de conhecimentos técnico-científicos atualizados, o contacto constante com a dor, o sofrimento e a morte, as atividades burocráticas cada vez maiores, as responsabilidades pelas suas ações e pelas da sua equipa, a necessidade de domínio de habilidades no relacionamento



interpessoal e as dificuldades relacionadas com as condições precárias de atendimento (falta de pessoal qualificado, déficit de materiais básicos para a assistência, condições ambientais prejudiciais à saúde e sobrecarga de trabalho), para além da percepção sentida pelos enfermeiros da diminuição do estatuto profissional (quer dentro da organização, quer na sociedade), bem como da remuneração inadequada de acordo com as responsabilidades inerentes e formação exigidas (Rosa & Carlotto, 2005). Os baixos salários obrigam a que muitos enfermeiros tenham mais do que um vínculo profissional.

A Enfermagem continua a ser uma profissão em que predomina o sexo feminino, a maioria casada, contribuindo para que muitas enfermeiras optem pelo trabalho noturno para poderem estar mais presentes na vida familiar.

A ausência de transparência que ocorre com frequência entre a gestão de topo da organização e os enfermeiros leva-os a vivenciarem situações de stress profissional. A não delimitação de papéis e da especificação clara dos resultados esperados no cuidado à saúde dentro das organizações hospitalares gera situações de conflito na atuação profissional.

Enquanto para o enfermeiro a sua atuação deve ser centrada no cuidar (bem estar e satisfação das necessidades do cliente), muitas vezes o que se exige destes profissionais é a produtividade no sentido de melhorar os indicadores de gestão (taxa de ocupação, rotatividade de doentes, diminuição de custos, entre outros).

As ações burocráticas realizadas diariamente pelos enfermeiros consomem cada vez mais o seu tempo e distanciam-nos do cuidar, o que pode ser verificado pela dificuldade encontrada por estes profissionais para a execução e sistematização da assistência em enfermagem. O processo de trabalho em enfermagem, no modelo atual, está fundamentado na interdisciplinaridade que só poderá existir com um verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar. Esta forma de trabalhar exige ações comunicacionais em rede, entre a equipa multidisciplinar, entre a equipa e os doentes e entre os vários elementos da equipa de forma a satisfazer as necessidades da pessoa de que cuidam (Peduzzi & Ciampone, 2005).

Vaz Serra (2007) salienta que o stress ocupacional pode ser despoletado por situações de existência de conflitos, por más condições físicas do trabalho, pelo comprometimento da carreira profissional do indivíduo (mais propriamente a insegurança de manutenção do emprego) e pela existência, ou não, de promoções e progressões (que vai ter influência na tomada de decisões de vida individuais e familiares do trabalhador), pela ambiguidade de papéis, pela reduzida autonomia na tomada de decisões e fraca comunicação entre os membros constituintes das organizações e, ainda, pela sobrecarga no trabalho.

Kunsch (2006) refere que o excesso de informação, os diversos papéis administrativos e institucionais, reuniões desnecessárias e inúteis, a falta de seleção e de prioridade tornam a comunicação ineficaz. Alerta-nos, ainda, para que na análise da comunicação organizacional devem ser considerados os aspetos relacionais, os contextos, os condicionantes internos e externos, bem como todo o processo comunicativo com uma visão interpretativa e crítica.

Segundo Bianchi (2000) os fatores que condicionam o stresse ocupacional entre enfermeiros podem ser agrupados no reconhecimento do elemento stressor: quantidade de stressores, tempo de exposição ao stressor, vivência anterior, idade, género, suporte e personalidade.

Graziano (2008, p.62) após uma revisão alargada da literatura sobre os stressores ocupacionais para os enfermeiros em várias áreas de atuação indicou os seguintes stressores:

✓ Relacionados com a atuação profissional

(falta de autonomia; falta de controlo sobre o trabalho; conflito de papéis; ambiguidade de papéis; insatisfação no trabalho; rotina e monotonia; falta de oportunidade de crescimento na carreira; baixos salários).

✓ Relacionados com o ambiente de trabalho

(reestruturação organizacional; falta de suporte organizacional; *powerless*; sobrecarga de trabalho; poucos recursos materiais e humanos; ausência de treino para uso de novas tecnologias; gestão do tempo; exposição a riscos ocupacionais e a doenças infecciosas).

✓ Relacionados com a administração de pessoal

(realização dos horários de trabalho; absentismo dos colaboradores; falta de envolvimento da equipa; *turnover* dos enfermeiros; número reduzido de enfermeiros).

✓ Relacionados com o relacionamento interpessoal

(Conflito com doentes, familiares, colegas e superiores hierárquicos; conflitos na equipa multidisciplinar; violência no local de trabalho).

✓ Relacionados com a assistência prestada

(lidar com a dor, sofrimento e morte; lidar com clientes gravemente doentes ou sem possibilidade de cura; lidar com sentimentos dos clientes e familiares; fragmentação do cuidado; menor tempo de permanência junto do cliente).

✓ Relacionados com a vida pessoal

(trabalho por turnos; troca de horários e de unidades de cuidados; privação do sono).

São bastantes os fatores do ambiente organizacional que afetam o nível de stresse dos trabalhadores, sendo os mais relevantes, a falta de participação no processo de tomada de decisão (particularmente no que se relaciona com a organização e a execução do trabalho), a

falta de comunicação, o nível de formalidade existente na execução do trabalho, o tipo de liderança dos gestores, o assédio moral e a falta de suporte organizacional.

O clima da organização influencia negativamente o nível de stresse e pode ser devastador para a saúde do trabalhador, embora também possa agir como moderador do efeito de stresse ocupacional e organizacional (Tamayo, 2004).

Os profissionais de enfermagem no desempenho das suas funções têm que prestar múltiplos cuidados, desde a higiene, alimentação, mobilização, eliminação, administração de terapêutica, apoio psicológico ao utente e família e ainda dar resposta às necessidades sociais dos utentes. Considerando que o trabalho destes profissionais no hospital é contínuo, o seu papel é de grande importância nos cuidados de saúde, conferindo-lhes um grande desgaste emocional, quer pelas próprias vivências, quer pelas características dos horários de trabalho. O trabalho dos enfermeiros, em ambiente hospitalar, é desenvolvido frequentemente em circunstâncias stressantes, que podem conduzir a problemas como: a desmotivação, a insatisfação profissional, o absentismo, a rotatividade de serviços e a tendência a abandonar a profissão.

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

*“As organizações contribuem bastante para um comprometimento disfuncional do trabalhador, embora menos para o stresse propriamente dito. Digamos que o stresse advém desse comprometimento disfuncional e da compulsão para o trabalho. Na verdade, por definição, o trabalho implica uma atividade geradora de stresse e, nos tempos atuais, revela-se o palco principal das experiências de stresse dos indivíduos. Torna-se fundamental para as organizações conhecerem as fontes de stresse que afetam os seus colaboradores, devido às repercussões negativas no estado de saúde física e mental dos trabalhadores, bem como na sua satisfação com o trabalho”.* (Lucas, 2012, p.255 - 256)

### 1.3 - STRESSE PROFISSIONAL EM ENFERMEIROS GESTORES

Tendo em conta as transformações que se verificam a nível da administração, sobretudo nos países mais desenvolvidos, o setor da saúde é um dos mais expostos. Tal como em outros contextos, neste setor é inquestionável que o êxito das transformações depende do envolvimento das pessoas.

O trabalho exerce forte influência sobre o comportamento humano, sobretudo no mundo globalizado, em que as exigências são, a cada dia, maiores para os trabalhadores em todas as atividades. Neste cenário, a saúde pode ficar comprometida, devido ao desgaste físico e emocional, aos relacionamentos com colegas e com superiores hierárquicos, fatores que levam o colaborador a adotar condutas pouco conciliáveis com os seus objetivos e expectativas. Estes aspetos podem ser geradores de stress e insatisfação profissional.

Os enfermeiros não são exceção e representam em termos quantitativos, uma parcela significativa dos recursos humanos alocados nas instituições de saúde e, principalmente, nas instituições hospitalares.

Nas instituições de saúde, os enfermeiros têm assumido os cuidados, bem como as atividades de organização e coordenação do serviço, ou seja, têm assumido atividades de assistência e atividades de gestão. “Nos diversos serviços de saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar, as atividades de gestão do enfermeiro assumem significativa importância na articulação entre os profissionais da equipe e na organização do processo de trabalho” (Ferreira, 2012, p.58).

Atualmente é exigido aos enfermeiros uma linha de competência, rigor e profissionalismo que promova a melhoria da qualidade de cuidados de saúde. Estes aspetos pressupõem um posicionamento ativo na procura de respostas adequadas e otimizadas, promovendo o planeamento e a execução de atividades baseadas na evidência científica, na análise de custo-benefício, na avaliação, na melhoria contínua da qualidade e na formação.

Peres e Ciampone (2006) referem que na profissão de Enfermagem o “processo de gestão” foi historicamente incorporado como sendo uma função dos enfermeiros.

De acordo com Ferreira (2012, p.62), baseada em Crozara (2010), “A escola de Nightingale forma duas categorias distintas de enfermeiras, as *ladies* – que procediam da classe social mais elevada, respondiam pela administração, supervisão e controlo dos serviços. E as *nurses* – que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual de enfermagem”.

Trabalhar no ambiente hospitalar exige grande esforço de adaptação do enfermeiro gestor, pois é um espaço construído para atender e gerir os problemas emocionais apresentados pelo doente, família e todas as suas relações sociais. O enfermeiro para além de lidar com as fontes geradoras de stresse (internas e externas) tem, ao mesmo tempo, que gerir os cuidados, o que pode conduzir à ansiedade, ao desgaste físico e psíquico. Neste contexto, o profissional também assume atividades de gestor, com uma carga horária excessiva, acumulando funções e, em algumas instituições, em condições de trabalho precárias ou desgastantes. Esses fatores associam-se ao desgaste psicológico considerado normal no desempenho das suas funções (Pitta, 1994).

Os conflitos no exercício profissional do enfermeiro gestor surgem de forma eminente nas mais variadas situações e refletem a complexidade do tipo de trabalho que desenvolve, envolvendo desde a gestão de materiais, a gestão de recursos humanos e as tecnologias e conhecimentos incorporados (Mininel et al, 2011).

Nas funções de gestão, o enfermeiro dirige equipas, assumindo a gestão de recursos humanos e promovendo a harmonia entre as pessoas, a eficiência e eficácia nas ações e nas atividades realizadas. Diferentes estilos de gestão e, conseqüentemente, de subordinação, podem contribuir para redução ou agravamento do nível de stresse no trabalho.

Geralmente as condições de trabalho agravam-se quando não há clareza nas regras, nas normas e nas tarefas que devem desempenhar cada um dos colaboradores, bem como nos ambientes com condições físicas degradadas/desadequadas ou quando há falta de meios técnicos adequados. Tendo em conta as normas e regras sociais consideradas corretas os trabalhadores tornam-se “prisioneiros” do politicamente correto, sentindo-se forçados a apresentar um comportamento emocional incompatível com os seus reais sentimentos.

A gestão do cuidado e da equipa expõe o Enfermeiro Gestor a uma sobrecarga de trabalho, ritmo acelerado, cansaço emocional, problemas de relacionamento interpessoal e doenças psicossomáticas. As atividades de gestão ligadas ao planeamento e as que envolvem interação entre a equipa de enfermagem aumentam a carga de stresse, devido a múltiplos aspetos, o que pode trazer prejuízos graves para a saúde e o bem-estar do profissional.

Deckman et al (2013) refere que alguns estudos afirmam que a falta de formação específica em gestão, o excesso de burocracia, assim como a sobrecarga de atividades são algumas das maiores dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros gestores. Outros estudos, citados por Santos (2013) abordam a formação do enfermeiro como Enfermeiro Gestor deficitária, sugerindo uma reformulação curricular dos cursos, dando maior ênfase à formação

em gestão e administração. Enfatizam ainda que as instituições de saúde, em geral, devem promover e custear o desenvolvimento de competências na área de gestão em enfermagem.

Segundo Ruthes (2011) desenvolver as competências em gestão é o grande desafio para as mudanças de paradigmas da gestão em Enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro deve ser capaz de deixar de executar e repetir atividades para passar a refletir sobre a gestão, ou seja, deve passar da aceitação para a capacidade crítica, do ensino para a aprendizagem, da reprodução de conhecimento para a sua construção e aplicação, bem como melhorar habilidades para gerar resultados.

O *Nursing Leadership Institute*, nos Estados Unidos da América, criou um modelo de competências para o Enfermeiro Gestor, após pesquisas com enfermeiras gestoras naquele país. “Nele, foram identificadas seis competências que se desdobram em vários itens, e que podem ser assim traduzidas: poder pessoal, efetividade interpessoal, gestão financeira, gestão de recursos humanos, cuidados com os colaboradores, com os doentes e consigo mesmo, pensamento sistematizado e como atributos adicionais destaca o otimismo e a resiliência” (Cunha & Ximenes Neto, 2006, p.481).

Os Enfermeiros Gestores enfrentam, ainda, críticas das equipas de enfermagem, por acreditarem que os gestores deveriam trabalhar também, na prestação de cuidados, o que leva a refletir sobre a fragmentação e a variedade das múltiplas exigências da função de gestão dos enfermeiros (Deckman, 2013).

Vários estudos têm vindo a evidenciar o papel do líder ou do Enfermeiro Gestor no envolvimento dos colaboradores. Num estudo realizado por Ferreira e Silva (2013) sobre o empenhamento organizacional de enfermeiros, verificou-se que existia uma relação significativa entre o empenhamento afetivo, normativo e instrumental dos enfermeiros e a relação que tinham com a chefia. Estas autoras consideram importante que “as chefias estejam atentas à sua relação com os colaboradores e devem incutir nos jovens enfermeiros os objetivos da organização, nomeadamente para a concretização dos cuidados de enfermagem cada vez com maior nível de qualidade e para a criação de uma maior identidade com a organização” (p.160).

Muitos indivíduos no momento da tomada de decisão desenvolvem crises de ansiedade, pelo que Vaz Serra (2007, p.536) diz que estes “simplesmente, não gostam de tomar decisões e preferem que lhes seja dito o que precisam de fazer. Esta ansiedade em tomar decisões pode ser determinada por experiências prévias a que o individuo esteve exposto, que não lhe

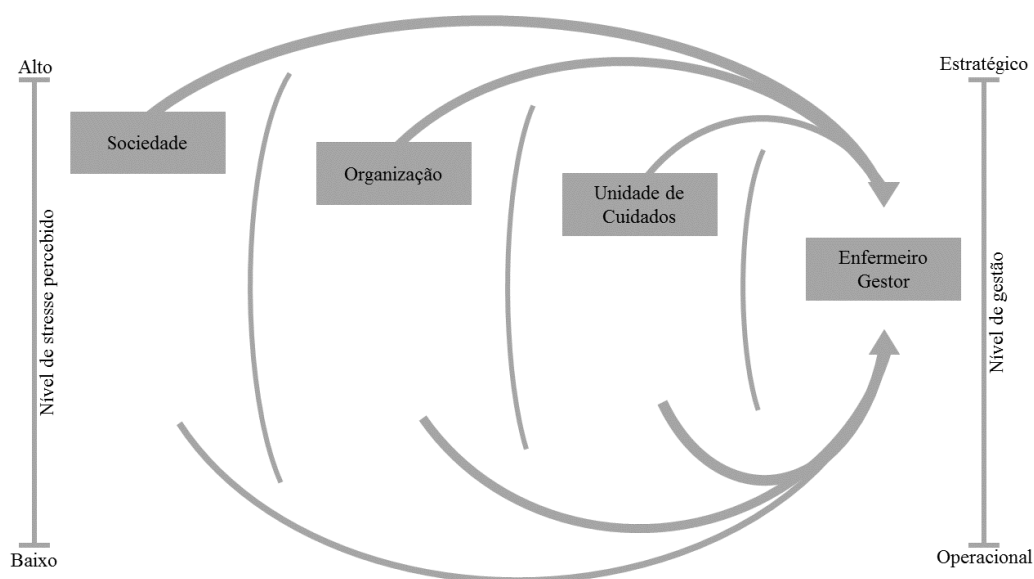
desenvolveram suficiente sentido de autonomia e em que internalizaram a ideia de que os outros têm de decidir por si”.

Theorell (2006) refere que ter controlo em situações de trabalho está relacionada com o conceito de “latitude de decisão”. Segundo este autor existem duas componentes distintas. Uma diz respeito a ter autonomia sobre a tomada de decisões, a outra está relacionada com o facto de a pessoa possuir as aptidões necessárias para a exercer. Esta última componente está habitualmente dependente da oportunidade que o indivíduo teve para desenvolver competências sobre temas relevantes que lhe permitam exercer controlo sobre situações inesperadas que surgem no trabalho.

Trabalhar com um número reduzido de profissionais e numa rotina com elevados procedimentos, resultantes das mais complexas situações, exige da Enfermagem uma atuação de responsabilidade técnica, com conhecimento científico, como também estabilidade emocional. Além disso, o Enfermeiro Gestor é surpreendido com frequentes reclamações dos clientes, por ser o profissional que representa uma classe que está permanentemente em contacto direto com os mesmos.

A Figura 14, “Nível de stresse percebido pelo Enfermeiro Gestor nos diferentes níveis de gestão”, pretende sintetizar, na nossa perspetiva, os elementos stressores e o nível de stresse percebido pelos Enfermeiros Gestores de acordo com o nível de gestão em que se encontra (do operacional ao estratégico). Nesta perspetiva o Enfermeiro Gestor vivência os stressores de forma mais ou menos intensa conforme o nível de gestão em que se encontra, isto é, se o Enfermeiro Gestor se encontra num nível gestão estratégico a sociedade terá um maior impacto no stresse profissional apresentado pelo Enfermeiro Gestor, se o Enfermeiro Gestor se encontra num nível de gestão operacional será a Unidade de Cuidados e toda a sua envolvimento que lhe desencadearão um maior nível de stresse.

Figura 14 - Nível de stresse percebido pelo Enfermeiro Gestor nos diferentes níveis de gestão (original)



Na opinião de Ruthes (2011), o Enfermeiro Gestor para acompanhar a evolução das novas tendências de gestão e reduzir os elementos causadores de stresse necessita de criatividade, inovação, de ser capaz de sair da zona de conforto para assumir riscos, tentar sair do solitário para o solidário, isto é, fazer a inclusão social da sua equipa. Também não pode negligenciar: a liderança participativa, a flexibilidade, com a separação do poder centralizado, o saber aplicar políticas focadas na estratégia organizacional, possuir uma visão global sistémica, ter perspetivas a longo prazo, ser persuasivo, conseguir a construção de consensos, compromissos, agir com ética e transparência, entre outras qualidades.

Nas organizações em que a cultura organizacional ajuda os indivíduos a lidar com as questões básicas da vida há um espaço maior para o crescimento e a maturidade individual e organizacional. Para isso, é preciso que se viabilize uma mudança de paradigma em que a vivência da solidão é vista de forma negativa.

O papel do Enfermeiro Gestor nas instituições de saúde é considerado pelos mesmos como gerador de solidão e fonte de stresse. O medo da solidão está relacionado com o medo de viver, de errar e de aprender. Aceitar a solidão é uma alternativa para manifestar as diferenças e introduzir a criatividade e a inovação nas organizações. Se os indivíduos e as organizações não usarem o espaço do vazio solitário para se descobrirem e entrarem em contacto com a sua própria identidade serão sempre mais um na multidão e perderão qualquer tipo de vantagem competitiva. Desta forma, num ambiente organizacional a “distância digna” deve ser mantida, ajustando informalidade com respeito. A informalidade deve ser estimulada, desde que as



pessoas tenham maturidade para isso. É preciso que o líder reserve o direito de dizer “agora não”, mesmo mantendo as suas portas abertas (Tomei & Fortunato, 2008).

#### 1.4 - INVENTÁRIO DE STRESSE PROFISSIONAL

O inventário sobre o stresse profissional ou “*Job Stress Survey*” (JSS) (como é maioritariamente conhecido) foi desenvolvido por Spielberger e Vagg em 1999. Este instrumento constitui uma medida genérica do stresse profissional que diferencia a severidade (intensidade percebida) da frequência de ocorrência das condições de trabalho que podem afetar adversamente o bem-estar psicológico do trabalhador que a elas é exposto.

O inventário sobre o stresse profissional foi traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Alfredo Couto sob a coordenação de Ferreira Marques (Rafael, 2001).

O estudo da adaptação portuguesa foi constituído por uma amostra de 451 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos e com pelo menos 6 meses de experiência profissional. O estudo das características metrológicas da adaptação portuguesa do inventário sobre o stresse profissional revelou coeficientes de precisão elevados para todas as escalas. Os resultados obtidos demonstraram elevada consistência interna do instrumento (Rafael, 2001;2003).

Este inventário é composto por três escalas: Escala Stress Profissional-Severidade; Escala Stress Profissional-Frequência e Escala Stress Profissional-Índice. Apresenta ainda seis subescalas: Subescala Pressão do Trabalho-Severidade; Subescala Pressão do Trabalho-Frequência; Subescala Pressão do Trabalho-Índice; Subescala Falta de Suporte Organizacional-Severidade; Subescala Falta de Suporte Organizacional-Frequência e Subescala Falta de Suporte Organizacional-Índice (Spielberger & Vagg, 1999).

Este instrumento é composto por 30 itens que descrevem um conjunto de fontes de stresse vividas pelos trabalhadores em vários contextos profissionais. Na parte relativa à avaliação da severidade, os respondentes devem assinalar numa escala de nove pontos, a quantidade relativa de stresse que sentem estar associada a cada um dos itens. Posteriormente devem assinalar numa escala de 0 a 9+ dias, o número de dias em que cada um dos itens foi vivenciado nos últimos seis meses (Spielberger & Vagg, 1999).

O JSS ajuda a identificar fontes de stresse profissional e possibilita a sua modificação, de forma a reduzir ou evitar consequências adversas para a saúde (Spielberger & Vagg, 1999).



## CAPITULO IV – GESTÃO EM ENFERMAGEM

---

### 1 - ENFERMAGEM - EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Até ao século XIX, na medida em que a prestação dos cuidados foi, em grande parte, assumida por mulheres consagradas à vida religiosa, a moral era ditada por regras conventuais, o que marcou e limitou profundamente a evolução da enfermagem como profissão.

O primeiro momento identificado no processo de profissionalização da enfermagem caracteriza a época que medeia entre a segunda metade do século XIX e a 1ª Guerra Mundial e cuja figura principal é, sem dúvida, Florence Nightingale, nascida em Florença, Itália, em 1820. Com Florence Nightingale teve início uma nova era na enfermagem, a da enfermagem moderna ou profissional, onde se passa a falar da enfermeira com uma conotação mais técnica, embora o caráter religioso ainda permaneça.

É nesta altura que se começa a falar de formação, de escolas e “Nightingale, ao defender, em 1859, uma Enfermagem profissional, empenhou-se em insistir no comportamento ético como uma teoria ou ciência do comportamento moral das enfermeiras” (Ribeiro, 1995, p. 41).

Os profissionais de enfermagem procuram na sua atuação técnica, a valorização e emancipação da profissão, iniciando-se o ensino de Enfermagem, em escolas específicas integradas nos hospitais (Collière, 1989). Nesta época, o ensino de Enfermagem e a sua atuação estavam mais concentrados na tarefa e na doença. O doente era visto como um conjunto de órgãos, que se encontravam com alterações no funcionamento, sendo este modelo de atuação denominado de modelo biomédico. A Enfermagem adquire a sua identidade através dos cuidados ajustados às diferentes situações, à individualidade de cada pessoa e às exigências da sociedade. Desta forma surge o conceito de cuidar, ligado a um plano de cuidados individualizado que tem como objetivo a satisfação das necessidades e expectativas do doente.

A partir dos anos 60-70 a profissão de Enfermagem sofre uma grande evolução adotando, como paradigma de cuidados, o modelo holístico, centrado no utente/meio ambiente, com base na saúde, na comunidade e apresentando perante o trabalho e as relações com o meio, pressupostos como a participação, a delegação e o equilíbrio harmonioso dentro da organização (Carapinheiro, 1998).

Durante a década de 80, o processo de profissionalização da enfermagem em Portugal ganha novos contornos. É publicado em novembro de 1981 o Dec. Lei nº. 305 que redefine a carreira de Enfermagem e consagra uma carreira única para todos os enfermeiros, definindo

cinco categorias profissionais e hierarquizando, assim, a carreira de enfermagem hospitalar. Esta hierarquização assume vários significados, entre os quais, a presença de uma visão hierárquico-burocrática na estruturação da profissão.

A década de 90 foi marcada pela conquista da autonomia profissional e revisão das várias teorias e modelos de ação e de práticas de cuidados. O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Dec. Lei. nº. 191/96 de 4/9, reforça a conduta de valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados, baseada na igualdade, na reciprocidade e nas relações, marcando o início de uma nova época na profissão de enfermagem.

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

Os profissionais de enfermagem têm regularmente sentido necessidade de redefinir o seu exercício profissional, no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, sendo uma das profissões que mais se desenvolveu nos últimos tempos (Germano, 2003). Cabe aos enfermeiros o papel de prestar cuidados assistenciais curativos, de proteção à pessoa, de educação para a saúde e de advogado do seu cliente, zelando pela sua segurança. Também se atribui aos enfermeiros a responsabilidade da coordenação das ações a desenvolver, de modo a produzir satisfação na prestação dos cuidados.

De acordo com o REPE a “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”, sendo o “Enfermeiro o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

A Enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer o valor do papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e ainda no que concerne à qualidade e eficácia da

prestação de cuidados de saúde. O Quadro 3 “Evolução da Carreira de Enfermagem em Portugal”, apresenta de forma sintética alguns dos marcos históricos da Enfermagem em Portugal.

*Quadro 3 - Evolução da Carreira de Enfermagem em Portugal*

| EVOLUÇÃO DA CARREIRA DE EFERMAGEM |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anos 80                           | Decreto-lei nº 305/81                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grau 1 – Categoria de Enfermeiro</li> <li>• Grau 2 – Categorias de Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Monitor</li> <li>• Grau 3 – Categoria de Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe e Enfermeiro Assistente</li> <li>• Grau 4 – Enfermeiro Supervisor e Enfermeiro Professor</li> <li>• Grau 5 – Técnico de Enfermagem</li> </ul>                                                                                                                                                                                                   |
| Anos 90                           | Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro                        | <p>Nível 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Enfermeiro</li> <li>• Categorias de Enfermeiro Graduado</li> </ul> <p>Nível 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorias de Enfermeiro Especialista</li> <li>• Categorias de Enfermeiro Chefe</li> </ul> <p>Nível 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Enfermeiro Supervisor</li> <li>• Categoria de Assessor Técnico Regional de Enfermagem</li> </ul> <p>Nível 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Assessor Técnico de Enfermagem</li> </ul> |
|                                   | Decreto-lei nº 412/98 de 30 de Dezembro                       | <p>Nível 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Enfermeiro</li> <li>• Categorias de Enfermeiro Graduado</li> </ul> <p>Nível 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categorias de Enfermeiro Especialista</li> <li>• Categorias de Enfermeiro Chefe</li> </ul> <p>Nível 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Enfermeiro Supervisor</li> </ul>                                                                                                                                                                                |
| Ano 2009                          | Decreto-lei 247/2009 e Decreto-lei 248/2009 de 22 de Setembro | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Categoria de Enfermeiro</li> <li>• Categoria de Enfermeiro Principal</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 2 - GESTÃO EM ENFERMAGEM

A origem da gestão remonta a alguns séculos atrás, no entanto, é com o aparecimento do capitalismo industrial que se cria uma sociedade onde impera o interesse próprio e prevalece o contrato de trabalho entre empregado e empregador e onde a gestão se torna um instrumento imprescindível (Ferreira, 2012).

O debate tradicional sobre o significado do conceito de gestão é longo e está ainda longe de reunir consenso. Esta dificuldade de clarificação agrava-se no que diz respeito ao caso particular das organizações de saúde. É comumente aceite a ideia de que a gestão não é mais do que uma expressão para designar o trabalho realizado pelos gestores e que se relaciona com a organização e regulação do trabalho dos restantes trabalhadores da organização (Flynn, 2002).

É necessário relativizar a ideia de que só os gestores fazem gestão. O sector da saúde constitui, aliás, um bom exemplo desta necessidade. Diversos profissionais de medicina e de enfermagem estão indubitavelmente envolvidos em atividades e tarefas de gestão.

O capital humano das organizações encontra-se assente nas suas pessoas, não nelas *per si*, mas basicamente naquilo que elas trazem para o sistema organizacional: o conhecimento, as competências, os valores, a motivação ou compromisso, as crenças e outras características pessoais.

Na perspetiva de Sezões (2012), o conceito (e a gestão) do capital humano encontra-se a atravessar um período de mudança na grande maioria das organizações. Caracterizado por novos impulsos, afirma-se como estratégico (e não operacional), está focado na eficácia (e não na eficiência) e posiciona-se como criador de valor (e não como um custo).

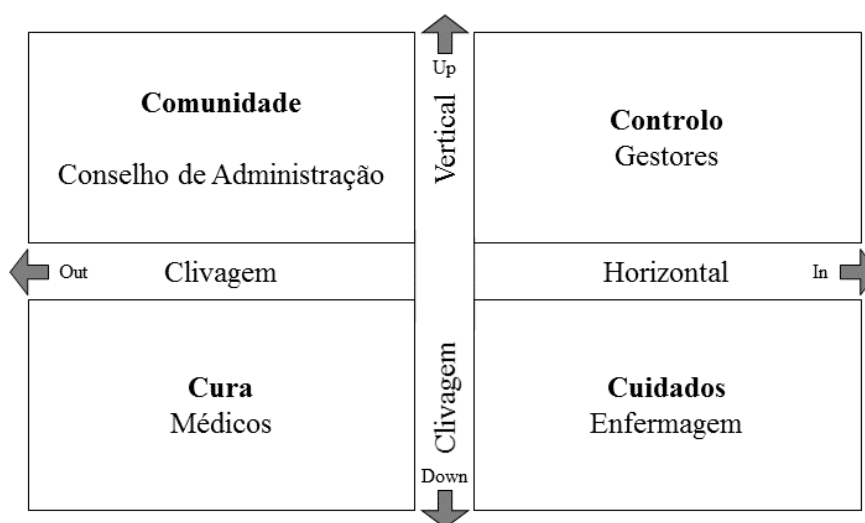
As abordagens teóricas, que procuram explicar a gestão das organizações em geral e a gestão em Enfermagem em particular, partem de dois paradigmas que coexistem na atualidade. Um tem sido preponderante na abordagem do trabalho em enfermagem e está fundamentado na Teoria Geral da Administração, o paradigma positivista; o outro, o paradigma materialista, aborda a gestão enquanto inserida nas práticas, historicamente estruturadas e socialmente articuladas, sendo que, a gestão de serviços está subordinada à política vigente.

Independentemente do paradigma presente no quotidiano do trabalho das instituições de saúde, os enfermeiros têm assumido os cuidados, bem como as atividades de organização e coordenação do serviço, ou seja, têm assumido atividades de assistência e atividades de gestão. Nos diversos serviços de saúde, mais especificamente no âmbito hospitalar, as atividades de

gestão de Enfermagem assumem significativa importância na articulação entre os profissionais da equipa e na organização do método de trabalho (Ferreira, 2012).

O modelo de análise de gestão dos hospitais e dos sistemas de saúde proposto por Glouberman e Mintzberg (2001) procura apresentar a participação de diferentes grupos profissionais na gestão. Este modelo encontra-se esquematizado na Figura 15, “Gestão no contexto hospitalar”.

*Figura 15 - Gestão no contexto hospitalar*



*Fonte: Glouberman e Mintzberg (2001)*

Estes autores diferenciam, no seu modelo, quatro grupos envolvidos na gestão das organizações hospitalares: médicos, enfermeiros, gestores e administradores. A estes quatro grupos fazem corresponder um quadro referencial, respetivamente: cura, cuidados, controlo e comunidade.

Soares (1997) refere que historicamente os enfermeiros foram os primeiros a gerir os hospitais, embora tradicionalmente não ocupassem cargos de gestão de topo. A este facto, não será alheio a falta de consenso quanto à classificação da enfermagem como profissão, o que contribui para a sua falta de visibilidade também no domínio da carreira técnica de gestão.

A valorização das funções de planeamento, direção e supervisão no sistema fabril do século XVIII, encontrou repercussão no sistema hospitalar da época, principalmente a partir de meados do século XIX. Florence Nightingale demonstrou a necessidade de aplicação das funções administrativas nas instituições hospitalares, comprovando, através de atos, as suas convicções, de tal forma que os seus repetidos sucessos levaram-na a ser considerada como pioneira de administração hospitalar (Formiga & Germano, 2005).

É com a liderança de Florence Nightingale que, em Inglaterra, surge a Enfermagem moderna, que se preocupa em sistematizar e normalizar o seu trabalho. A prática passa a ser exercida por pessoas com preparação formal. O ensino de Enfermagem passa a preparar pessoas para a assistência ao doente hospitalizado ou no domicílio e ainda para administrar, supervisionar e ensinar (Olivi & Oliveira, 2003).

Também em Portugal, mais concretamente em Lisboa, em 1901, surge uma Escola de Enfermagem - a Escola Profissional de Enfermeiros - com dois níveis de formação: o Curso Ordinário, que correspondia à habilitação mínima e o Curso Completo, que acumulava a formação em Economia Hospitalar, Escrituração de Enfermaria e Regime de Serviços e Doentes Hospitalares.

Nas últimas décadas, assistimos a transformações económicas, tecnológicas, políticas e sociais que influenciaram diretamente o modo de pensar e agir das organizações. O conceito de competências, com uma valorização crescente, surge como uma alternativa à abordagem da gestão de recursos humanos por funções, respondendo aos desafios atuais do mercado: necessidade de flexibilidade, de adaptação a mudanças contínuas, exigências crescentes do mercado e competitividade das organizações nesse mercado.

A área da saúde e concretamente a profissão de Enfermagem também tem evoluído, surgindo em 2009, uma nova forma de operacionalizar a carreira destes profissionais. No que diz respeito aos enfermeiros com funções de gestão, o conteúdo funcional está descrito, contudo, não existe uma definição clara das competências requeridas para estes profissionais.

*“Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambiente favorável à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros”. (RPCEG, 2014)*

Na carreira revista em 2009, as funções de gestão dos enfermeiros estão relatadas na segunda categoria – a de Enfermeiro Principal. Serão estes enfermeiros que poderão exercer funções de direção e chefia na organização do SNS (Dec. Lei nº.248/2009 de 22 de Setembro, artigo 18), ou ocupar órgãos de estrutura intermédia nas organizações do SNS (Dec. Lei nº.247/2009 de 22 de Setembro, artigo 10º). Segundo o ponto 2 do artigo 18º do Decreto-Lei nº. 248/2009 de 22 de Setembro são critérios cumulativos de nomeação as competências



demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, um mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão e formação em gestão e administração de serviços de saúde.

Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, indissociável da mesma, compreende, nomeadamente:

- ✓ Planear e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais;
- ✓ Exercer funções de assessoria ou consultadoria de natureza técnico -científica, em projetos ou programas;
- ✓ Participar nos processos de contratualização inerentes ao serviço ou unidades funcionais e colaborar nos do serviço;
- ✓ Coordenar funcionalmente o grupo de enfermeiros da equipa de enfermagem do serviço ou da equipa multiprofissional da unidade funcional, em função da organização do trabalho;
- ✓ Gerir o serviço ou unidade de cuidados, incluindo a supervisão do planeamento, programação e avaliação do trabalho da respetiva equipa, decidindo sobre afetação de meios;
- ✓ Promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica;
- ✓ Identificar as necessidades de recursos humanos, articulando, com a equipa, a sua adequação às necessidades previstas, nomeadamente através da elaboração de horários, de planos de trabalho e de férias;
- ✓ Exercer funções executivas, designadamente integrar órgãos de gestão, ou de assessoria e participar nos processos de contratualização;
- ✓ Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão, com os estabelecimentos de ensino ou outras entidades, relativamente ao processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- ✓ Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, atividade ou qualidade da sua equipa;

- ✓ Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;
- ✓ Elaborar, promover ou apoiar a concretização de projetos de desenvolvimento técnico-científico institucional de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional;
- ✓ Garantir a gestão e prestação de cuidados de enfermagem nos serviços e/ou, nas unidades do departamento ou conjunto de serviços ou unidades;
- ✓ Determinar as necessidades de recursos humanos, designadamente em função dos níveis de dependência ou outros indicadores, bem como de materiais, em quantidade e especificidade, nos serviços e/ou nas unidades do seu departamento, ou conjunto de serviços ou unidades;
- ✓ Apoiar o Enfermeiro-Diretor, designadamente na admissão de enfermeiros e na sua distribuição pelos serviços e unidades, na elaboração de propostas referentes a mapas de pessoal de enfermagem, no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade, na avaliação da qualidade dos cuidados, na definição e regulação de condições e prioridades para projetos de investigação e na definição e avaliação de protocolos e políticas formativas;
- ✓ Participar nos processos de contratualização inerentes aos serviços e/ou unidades do departamento ou conjunto de serviços ou unidades;
- ✓ Elaborar o plano de ação e relatório anual referentes à atividade de enfermagem do departamento ou conjunto de serviços ou unidades e participar na elaboração de planos de ação e respetivos relatórios globais do departamento ou conjunto de serviços ou unidades (Dec. Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro).

O Enfermeiro Gestor na sua prática clínica de contexto hospitalar, cuidados de saúde primários ou cuidados continuados e integrados, avalia as necessidades dos utentes e organiza as respostas necessárias de acordo com os princípios científicos da gestão e da enfermagem. Este profissional, enquanto líder na unidade/serviço é responsável pela gestão dos recursos humanos que lhe são atribuídos e assume a gestão dos recursos materiais e equipamentos que são disponibilizados para os cuidados/tratamentos dos utentes. Tem o dever de garantir a excelência da prática de cuidados de enfermagem, bem como das condições para o exercício de respostas competentes e eficazes às necessidades complexas de todos os contextos em que os utentes se encontram.

O enfermeiro gestor exerce atividade nos três níveis da gestão: operacional, intermédia e estratégica, no seu exercício profissional têm como objetivo fundamental a segurança do

doente, a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente, através da gestão de cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços/departamentos ou organizações, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde.

O Enfermeiro Gestor tem vindo a assumir um conjunto de responsabilidades fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; ao gerir os recursos colocados à sua disposição, contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem e consequentemente para os ganhos em saúde.

A responsabilidade do Enfermeiro Gestor para com o cidadão implica a explicitação e clarificação da sua atividade recorrendo a instrumentos estruturantes para a prática, nomeadamente com a apresentação de indicadores de resultado, mas sobretudo de indicadores de processo, pois são estes que melhor demonstram a melhoria das práticas baseadas na evidência e maior eficiência na gestão dos escassos recursos disponíveis.

A gestão dos recursos humanos da saúde, em particular de enfermagem, tem de ser sinónimo da boa prática de gestão do Enfermeiro Gestor, através da garantia da adequação destes recursos às necessidades de cuidados e qualidade do exercício, pela avaliação efetiva e diferenciadora da excelência no desempenho, procurando a melhoria contínua dos serviços prestados. É possível, e desejável, avaliar os resultados da gestão em Enfermagem. Contudo, é também verdadeiramente importante que se aceite, sem preconceitos injustificáveis, que o papel dos enfermeiros na área da gestão é determinante para o sucesso da organização (Dec. Lei nº 248/2009).

O Enfermeiro Gestor na sua prática clínica tem de compreender a reforma do sistema de saúde e o seu impacto nos cuidados prestados. Sendo visionário, pensando estrategicamente de forma a planear adequadamente as respostas solicitadas, promovendo o trabalho em equipa de forma eficaz, gerindo a mudança, dando valor à produção de cuidados de enfermagem e preparando-se adequadamente para as novas necessidades e competências.

Considerando o determinado no REPE, os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem; nomeadamente: avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de atuação e procedendo à avaliação de desempenho; propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados; dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; colaborando na seleção e implementação de métodos e estratégias de ensino/aprendizagem

entre as Instituições de Saúde e as Instituições de Ensino Superior. Deste modo, o exercício de funções de gestão por enfermeiros é de elevada importância para assegurar a qualidade do exercício da profissão e necessitou de ser reconhecido, validado e certificado pela Ordem dos Enfermeiros, numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

De acordo com o regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor da Ordem dos Enfermeiros, o Enfermeiro Gestor assume competências nos domínios da gestão e da assessoria de gestão. Neste âmbito, consideram-se “Competências acrescidas” aquelas que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas. Assim e segundo este regulamento o Enfermeiro Gestor:

- ✓ Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera (demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente).

- ✓ Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera).

- ✓ Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem (a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das práticas).

- ✓ Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera (providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece *feedback* construtivo, gere o desempenho profissional e constrói o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação)

✓ Garante a prática profissional baseada na evidência (promove a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação).

A partir de Florence Nightingale, que demonstrou a importância da aplicação da ciência da administração no hospital, visando a melhoria da assistência ao doente, o enfermeiro assumiu as funções de gestão nas instituições de saúde. Entretanto, esse profissional distanciou-se do seu objeto de trabalho – o cuidado ao cliente e desenvolveu capacidades de gestão mais orientadas às necessidades do serviço, ao cumprimento de regulamentos, normas e tarefas, reproduzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais, o que contribui, muitas vezes, para o não atendimento das necessidades do doente, gerando insatisfação na equipa de enfermagem (Furukawa & Cunha, 2011).

A gestão em enfermagem deve ser entendida como um instrumento que contribui de forma significativa para que a profissão se torne um modelo de produção da prestação de cuidados e que, ao mesmo tempo, assegure a qualidade da organização. As novas tendências de gestão em Enfermagem só serão pertinentes se o próprio Enfermeiro Gestor compreender que gerir é também cuidar (Aguiar, Costa & Weirich, 2005).

---

Nos quatro capítulos, apresentados anteriormente, verificou-se que a IE está presente nos diferentes contextos profissionais, interferindo na QVT, no Stresse Profissional e na gestão em Enfermagem.

Atualmente os problemas pessoais que ocorrem no ambiente profissional são cada vez mais frequentes. Alguns são originados no próprio ambiente profissional, outros surgem das diferentes interações dos profissionais fora deste ambiente mas, como não são bem geridos, acabam por influenciar o ambiente organizacional. Os conflitos emocionais mal resolvidos culminam em situações delicadas que desfavorecem as relações pessoais. Neste contexto, a IE surge como a utilização adequada e inteligente das próprias emoções para obter sucesso em decisões, objetivos e dificuldades. Configura-se num sucesso pessoal alcançado por qualquer pessoa, em diferentes situações onde a emoção é usada diretamente para o favorecimento deste sucesso. Tendo como ponto de partida o uso correto e o controle inteligente das emoções comuns (como a ansiedade, o medo, entre outras) conseguem-se transformar os comportamentos, pensamentos e as ações consequentes em bons resultados, produtividade e

controle dos desejos. Goleman (1995) diz-nos que a IE é também a capacidade de criar motivações para si próprio e de persistir num objetivo, apesar dos resultados, de controlar impulsos e saber esperar pela satisfação dos seus desejos, de se manter em bom estado de espírito e de impedir que a ansiedade interfira na capacidade de raciocinar, de ser empático e autoconfiante. Este autor alerta-nos ainda para o facto de a IE estar relacionada com determinadas habilidades (motivar-se a si mesmo e persistir mediante frustrações; controlar impulsos, conduzindo as emoções para situações apropriadas; praticar recompensa prorrogada; motivar pessoas) que permitem que o gestor direcione os seus colaboradores no sentido de que estes utilizem melhor os seus talentos e se envolvam na obtenção dos objetivos de interesse comum da equipa e da organização a que pertencem. Pretende-se ainda que com o uso da IE se melhore os relacionamentos entre os colaboradores e colaboradores/gestores, favorecendo um nível de compreensão, de satisfação e de rendimento em todas os serviços da organização. O uso da IE permite também o autoconhecimento das pessoas, levando-as a atingir um relacionamento saudável com o seu superior hierárquico, a sua satisfação profissional, a sua motivação e a melhoria da qualidade dos serviços que presta aos clientes.

Compreende-se assim que trabalhadores, das mais variadas profissões e nos diferentes contextos profissionais, perante situações de maior instabilidade profissional, de stresse, de insatisfação profissional, de medo e de ansiedade, se descontrolem emocionalmente. De acordo com Ramos (2001), as emoções humanas são um universo, no interior do qual gravitamos a todo o momento. Estão presentes em todos os momentos da nossa vida, obrigando-nos a conviver com elas, independentemente de serem as nossas ou as das outras pessoas. O stresse, sendo uma emoção frequente no quotidiano das pessoas, assume especial importância no contexto profissional. Numa perspetiva psicológica, o stresse pode ser produzido por situações que levem ao desgaste emocional, como o conflito, a ameaça ou a frustração. Numa perspetiva profissional, o stresse é determinado pelo desajuste existente entre o indivíduo e o seu trabalho, pelos conflitos entre os vários papéis que desempenha quer no seu local de trabalho, quer na sua vida pessoal e na sociedade em que está inserido.

Paralelamente a esta instabilidade emocional do trabalhador, que leva à sua insatisfação individual e profissional, surgem outras dificuldades a nível da organização, muitas vezes relacionadas com uma comunicação ineficaz e que colocam em risco a qualidade de vida no trabalho dos seus diferentes colaboradores.

Se tivermos presente que a OMS define a QVT como sendo um conjunto de perceções individuais de vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vivem os

trabalhadores e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, as organizações precisam de desenvolver ações que visem assegurar um ambiente que estimule o indivíduo a melhorar a sua forma de estar dentro da organização, conscientizando-o que sua saúde física e mental influenciam de forma direta o seu desempenho profissional.

O uso coerente e consciente da IE pode mudar os hábitos diários das pessoas, tornando as suas vidas mais interessantes e menos monótonas. É importante saber desenvolver em si mesmo a capacidade de compreender os estímulos emocionais e os pensamentos que eles originam, pois conviver em grupo exige o controlo das emoções e possibilita o desenvolvimento emocional e intelectual. A intenção de usar as emoções em prol do sucesso profissional e da organização permite transformar o ambiente de trabalho num local mais saudável, onde todos possam compreender os outros, respeitá-los, melhorar a comunicação e as suas interações, onde os objetivos de cada um sejam os do grupo e da organização, onde não se deseje somente o sucesso individual, mas sim de todo o grupo e da organização.

É pertinente reconhecer a importância da utilização da IE pelos trabalhadores no seu autoconhecimento e desenvolvimento de habilidades que lhes permitam aumentar a sua QVT. Quando falamos de QVT, devemos ter em consideração variáveis externas, que se referem a programas e atividades desenvolvidos pelas organizações, e variáveis internas relacionadas com aspetos pessoais do trabalhador. Um aspeto que raramente é considerado no desenvolvimento destes programas é a IE dos trabalhadores. De nada adianta oferecer recompensas comportamentais aos trabalhadores, se aqueles que as recebem não souberem lidar com as suas emoções. Desta forma, qualquer programa que promova atitudes que valorizem os trabalhadores, poderá ser visto como algo sem importância, pois estes indivíduos estarão apenas focados em resolver questões internas que interferem nas suas perceções acerca de bem-estar profissional. Pessoas com um bom nível de inteligência emocional promovem mudanças positivas e garantem que atitudes apropriadas se desenvolvam nas organizações, contribuindo assim para que os programas de qualidade de vida e bem-estar pessoal possam atingir os seus objetivos, garantindo, então, resultados satisfatórios também para as organizações.

Weisinger (2001) salienta que quando os trabalhadores usam a sua IE contribuem para a construção duma organização emocionalmente inteligente, na qual cada um se responsabiliza pelo crescimento da sua própria IE, pela sua aplicação no relacionamento com os outros trabalhadores e pela aplicação da IE na organização como um todo. Na opinião deste autor, a IE pode ser melhorada e desenvolvida através da prática de exercícios de autoconsciência, autocontrolo e motivação. No sentido de melhorar a relação entre os colaboradores, a formação

torna-se um elemento fundamental para desenvolver a IE. Na opinião de Cherniss (2002), as competências socioemocionais são cruciais para um desempenho eficiente na maioria das atividades profissionais. Através de programas de formação orientados para o desenvolvimento das competências socioemocionais, poder-se-á, na opinião desta autora, promover o desenvolvimento pessoal dos colaboradores de uma organização. Os gestores de recursos humanos das organizações começam, cada vez mais, a analisar o desempenho dos funcionários não só pelos aspetos técnicos, mas também pela relação com os seus pares e com os seus superiores hierárquicos. Torna-se cada vez mais premente que os gestores analisem as competências dos seus colaboradores, não só em função das mesmas, mas tendo em conta como estas são utilizadas. Na opinião de Myers e Tucker (2005), o modelo teórico da IE promove as competências de comunicação intrapessoais e interpessoais para compreender as diferentes emoções no local de trabalho. Se a forma como o colaborador desempenha o seu papel na organização influencia a concretização dos objetivos organizacionais, o papel do gestor não é menos importante na condução deste processo.

As emoções influenciam as relações entre as pessoas nas organizações. No caso dos gestores, as reações emocionais acabam por envolver toda a equipa que gerem. Conforme enfatiza Robbins (2005), a liderança tem um papel crucial para a compreensão do comportamento do grupo, já que é geralmente o gestor que oferece a direção para o alcance dos objetivos da equipa. A empatia é, por exemplo, um elemento fundamental para os gestores exercitarem, contribuindo para manter o equilíbrio nas relações interpessoais de uma organização e favorecer o clima organizacional (Goleman, 1995). Dessa forma, gestores que entendem as necessidades das suas equipas são mais abertos ao diálogo e permitem que os seus liderados compreendam o sentido e a direção dos processos em que atuam.

Para Caruso (2007), o gestor emocionalmente inteligente tem uma sólida base de compreensão de si mesmo e dos outros, sendo esta base necessária para o desenvolvimento de interações pessoais que geram satisfação nos envolvidos. Neste contexto, Cherniss (2002) argumenta que intervenções no local de trabalho para aumentar a IE são imprescindíveis, porque muitos indivíduos encontram-se inseridos no contexto organizacional sem aptidões de IE necessárias quer para seu crescimento pessoal e profissional quer das organizações em que estão inseridos.

Se transportarmos o que anteriormente referimos para a área da saúde, com especial atenção para a Enfermagem, facilmente verificamos a urgência de desenvolver competências em inteligência emocional em todos os Enfermeiros e com especial enfoque nos enfermeiros



Gestores. Desta preocupação surgiu em nós a necessidade de avaliar a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e o impacto do desenvolvimento de um programa de formação em IE no nível de IE percebida pelos mesmos.

Nos próximos capítulos apresentamos o estudo empírico desta investigação e as conclusões que os diferentes estudos nos permitiram obter.



## CAPITULO V – METODOLOGIA GERAL

---

A investigação científica e a Ciência são o resultado da atitude incessante do Homem em querer conhecer e dominar o mundo. Através dela foram-se encontrando soluções para os problemas que continuamente surgiam e, ao mesmo tempo, foi-se aumentando um campo de conhecimentos que transmitido de geração em geração chegou aos nossos dias (Latorre et al, 1996).

A investigação é uma atividade de natureza cognitiva que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais. É através dela que se reflete e problematizam os problemas nascidos na prática, que se suscita o debate e se edificam as ideias inovadoras (Coutinho, 2014).

Neste capítulo pretendemos explicitar toda a metodologia utilizada no nosso estudo científico, tendo presente que na opinião de Ribeiro (2010) a metodologia corresponde à descrição detalhada acerca da realização do estudo empírico. Consiste na descrição da estrutura de um estudo empírico, isto é, na explanação dos procedimentos, métodos e técnicas necessários ao desenvolvimento desse estudo, de modo a obter conhecimentos mais seguros que os fornecidos por outros meios e com o objetivo fundamental de chegar à veracidade dos factos. Para que o conhecimento seja considerado científico é crucial determinar o método que permite chegar até ele, e identificar as operações técnicas e mentais que possibilitam a sua verificação (Gil, 2002).

A metodologia assume um conjunto de métodos de investigação que são sistemas de procedimentos utilizados para obter conhecimento, diversos modelos de trabalho ou sequências lógicas, que contribuem para a obtenção do conhecimento científico e orientam uma determinada investigação científica. Toda a investigação necessita de métodos para se aproximar do fenómeno estudado.

Neste estudo utilizamos o método qualitativo e o método quantitativo sobre os quais faremos uma abordagem mais ampla nos capítulos seguintes. A utilização destes dois métodos durante o estudo irá permitir obter dados de forma mais vasta que contribuirão para melhorar as conclusões finais.

## 1 - PROBLEMÁTICA E OBJETIVOS

O mundo do trabalho tem vindo a sofrer mudanças significativas ao longo dos anos. A globalização tem sido um fenómeno responsável pela redignificação de vários setores da organização, nomeadamente a Gestão de Recurso Humanos. Neste sentido, um elemento que merece maior relevo nas organizações atuais é a pessoa como colaborador. A visão do colaborador como um ser unicamente racional encontra-se desatualizada salientando o facto que os principais responsáveis pelo sucesso ou fracasso de uma empresa são as pessoas que nela trabalham. Estas pessoas convivem com emoções e com sentimentos que se exacerbam em determinados momentos. Desta forma não se pode dissociar as emoções das relações de afeto no local de trabalho.

As mudanças geradas nas organizações e a inserção de novas tecnologias tornaram a utilização da inteligência emocional um fator primordial. As inteligências pessoais apresentadas por Gardner (2000) revelam-se imprescindíveis na Gestão de Pessoas. Estudos realizados em meio laboral sobre o comportamento humano e saúde no trabalho, bem como a melhor forma de se aplicar as competências e habilidades do trabalhador, vêm ganhando maior relevo, tendo em conta a crescente procura de melhores resultados organizacionais, o aumento da competitividade no mercado de trabalho e a necessidade empresarial de conseguir melhores resultados de desempenho nas equipas.

Ao desempenharmos funções de enfermeiro gestor, no CHUC, preocupa-nos o desempenho dos nossos colaboradores, o seu envolvimento profissional, a sua identificação com a sua Equipa e com a Organização em que estão inseridos.

Tendo em conta a necessidade de saber ouvir, controlar emoções e gerir conflitos, o enfermeiro gestor assume um papel primordial na satisfação dos seus colaboradores e na sua motivação de forma a alcançar os objetivos da Unidade de Cuidados, e consequentemente, a qualidade dos serviços prestados ao cliente, bem como na avaliação dos mesmos.

De acordo com Goleman (1995), a IE possui as competências de gestão traduzidas pelas qualidades que as pessoas manifestam nos relacionamentos. As aptidões pessoais, ou “ferramentas pessoais”, usadas para alcançar uma liderança eficaz, incluem a comunicação, a gestão de conflitos, a negociação e o desenvolvimento da equipa. Estando conscientes da importância da IE na gestão de pessoas e o nosso desempenho numa organização de saúde, “Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE” (CHUC) onde estamos inseridos como

Enfermeiro Gestor o tema “IE em Gestores de Enfermagem” despertou-nos especial interesse levando ao desenvolvimento desta investigação.

O presente estudo desenvolve-se a partir da seguinte questão:

*Qual o impacto da implementação de um programa de formação na melhoria da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra?*

Perante esta questão, que consideramos ser a primordial do nosso estudo, outras questões nos inquietaram durante o mesmo:

“Qual o nível da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC?”

“Existirá relação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC e a sua Qualidade de Vida no Trabalho?”

“Existirá relação entre a IE e o nível de Stresse Profissional sentido pelos Enfermeiros Gestores do CHUC?”

“Será que a participação num programa de formação sobre IE altera o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, a importância que atribuem à QVT e a relação com os Enfermeiros das Equipas que gerem?”

Deste grupo de questões de investigação e tendo por base o quadro teórico em que nos fundamentamos delineámos como objetivo geral:

*Avaliar o impacto da formação em IE no nível de IE percebida dos Enfermeiros Gestores do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.*

Na sequência deste objetivo geral, a forma como delineámos o nosso estudo teve por base os seguintes objetivos específicos:

1. Avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC;
2. Compreender a importância da IE na qualidade de vida no trabalho dos Enfermeiros Gestores do CHUC;
3. Determinar a influência da IE nos níveis de Stresse Profissional dos Enfermeiros Gestores do CHUC;
4. Determinar as necessidades de formação em IE dos Enfermeiros Gestores do CHUC;
5. Delinear um programa de formação com o tema “IE em Enfermeiros Gestores” adequado às necessidades formativas dos Enfermeiros Gestores do CHUC;
6. Capacitar os Enfermeiros Gestores do CHUC de conhecimentos que lhes permitam aumentar o seu nível de IE percebida;

7. Avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC seis meses após a frequência do programa de formação “IE em Enfermeiros Gestores”;
8. Avaliar a importância atribuída à QVT pelos Enfermeiros Gestores do CHUC seis meses após a frequência do programa de formação “IE em Enfermeiros Gestores”;
9. Avaliar o impacto da formação “IE em Gestores de Enfermagem” na relação dos Enfermeiros Gestores com os Enfermeiros das Equipas que gerem.

Numa perspetiva mais alargada e como contributos deste trabalho pretendemos sensibilizar os Enfermeiros Gestores para a necessidade de adquirirem conhecimentos e habilidades em IE de forma a diminuírem o seu nível de stresse, aumentarem a sua qualidade de vida no trabalho e promoverem equipas emocionalmente inteligentes que prestem cuidados de enfermagem de elevada qualidade ao cliente e família.

## **2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO**

Esta investigação envolve vários estudos, abrangendo metodologias mistas do tipo qualitativo e quantitativo. Consideramos que esta investigação é de natureza exploratória. Optamos por este tipo de metodologia porque nos permite aumentar o conhecimento de experiências em torno do problema em análise. A investigação de natureza exploratória possibilita-nos também descrever, registar, analisar e correlacionar factos com os fenómenos em causa, sem os manipular. Além disso, facilita o desenvolvimento, o esclarecimento e a modificação de conceitos e de ideias, a fim de serem formulados problemas precisos ou hipóteses passíveis de serem alvo de pesquisa em investigações posteriores (Gil, 2002).

Este estudo é de natureza quantitativa e qualitativa. É de natureza quantitativa, pois consente a observação de factos objetivos, de acontecimentos e de situações que existem independentemente do investigador. Nesta perspetiva, procuramos beneficiar das características inerentes a esta abordagem: a objetividade, a predição, o controlo e a generalização (Fortin, 2003). Consideramo-lo de natureza qualitativa, pois permite-nos conhecer, através de questões de tipo aberto, opiniões, motivos, significados, atitudes, comportamentos e interações dos inquiridos. Nesse sentido, a nossa preocupação centra-se na compreensão do fenómeno em estudo através da observação, da descrição e da interpretação tal como se nos apresenta, sem pretensão de o controlar totalmente. O objetivo desta abordagem é, portanto, descrever e interpretar, mais do que avaliar. Nesta tarefa, a importância primordial da compreensão dos fenómenos é atribuída ao investigador e aos participantes, cuidando-se

também o rigor e a sistematicidade necessários para a aquisição de conhecimentos científicos (Fortin, 2003).

Por último, consideramos o desenho inicial desta investigação do tipo experimental. Contudo, conscientes das limitações inerentes ao trabalho com comportamentos humanos e à dificuldade de controlar todas as variáveis, por rigor científico, decidimos defini-lo como “quase-experimental” pois permite -nos manipular e medir o efeito de variáveis independentes, de modo a produzir alterações na variável dependente, apesar das dificuldades presentes neste tipo de investigação para termos um verdadeiro grupo de controlo e uma repartição aleatória dos participantes (Fortin, 2003). Efetivamente, não podemos controlar todas as variáveis em estudo de uma forma sistemática, pois, como é facilmente constatável, ser-nos-ia quase impossível realizar a nossa intervenção com base numa repartição aleatória dos participantes. Dadas as dificuldades deste tipo de desenho, estamos cientes dos limites desta investigação.

Temos a perceção de que os dados meramente quantitativos restringem as informações recolhidas a certos e limitados aspetos, ignorando outros que frequentemente se revelam importantes e até determinantes nos resultados obtidos e nas conclusões daí inferidas leva o investigador a introduzir o elemento qualitativo na análise de dados. Esta visão enunciada traduz-se numa perspetiva fenomenológica, que deu origem ao denominado “novo paradigma da investigação”. Optámos por seguir este novo paradigma porque nos parece ser aquele que melhor corresponde à consecução dos objetivos da nossa investigação. Além de fazer desaparecer a distinção clássica entre os dados qualitativos e quantitativos, ambos são vistos como facilitadores do conhecimento. De acordo com Fortin (2003) a utilização de métodos combinados no interior do mesmo estudo (triangulação) é uma estratégia utilizada para aumentar a fiabilidade dos dados e das conclusões.

Relativamente à dimensão temporal é um estudo longitudinal, visto que recolhemos dados em vários momentos. Consideramos ainda ser um estudo de *follow-up*, pois realizamos entrevistas aos Enfermeiros Gestores do CHUC e aos elementos que constituem as suas Equipas de Enfermagem 6 meses após o término da formação aos Enfermeiros Gestores.

Este processo de investigação assenta em quatro estudos que surgem em momentos consecutivos e que passamos a identificar de forma sumária. Posteriormente abordaremos cada estudo de forma individual e pormenorizada.

**Estudo I** – Validação da versão portuguesa modificada da Trait Meta - Mood Scale para os Enfermeiros portugueses

Este estudo que passaremos a denominar de Estudo I teve como objetivo validar a TMMS para a população de Enfermeiros portugueses permitindo-nos a sua utilização e a sua fiabilidade na obtenção dos resultados nos Estudos II e IV.

**Estudo II** – Estudo da relação entre o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, a Qualidade de Vida no Trabalho e o nível de Stresse Profissional.

Este estudo para além do seu objetivo principal de avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC pretendeu, ainda relacionar o seu nível de IE percebida com a sua Qualidade de Vida no Trabalho e com o Stresse Profissional.

Utilizamos como instrumento de recolha de dados neste estudo um questionário, que passaremos a denominar de Questionário I, constituído por questões relacionadas com dados socioprofissionais, pela TMMS, Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho e Inventário do Stresse Profissional.

A realização deste estudo permitiu-nos obter dados que nos permitem avançar para os estudos seguintes.

**Estudo III** – Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

Este estudo desenvolveu-se em quatro momentos consecutivos mas interligados entre si. No primeiro momento pretendemos realizar o diagnóstico de situação relativamente aos conhecimentos que os Enfermeiros Gestores do CHUC possuíam sobre IE. No segundo momento estruturámos um programa de formação para os Enfermeiros Gestores de acordo com o levantamento que realizámos sobre as suas necessidades formativas em IE e a sua utilização na gestão de pessoas. Num terceiro momento desenvolvemos o programa de formação “Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem” direcionado para os Enfermeiros Gestores do CHUC. Por último e quarto momento deste estudo realizamos a avaliação deste programa de formação com o contributo dos formadores, Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do CHUC, Direção de Enfermagem e formandos (Enfermeiros Gestores do CHUC).

**Estudo IV** – Avaliação do impacto da formação “IE em Gestores de Enfermagem” na Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, na importância que atribuem à Qualidade de Vida no Trabalho e na relação com os Enfermeiros das Equipas que gerem.

Na sequência do Estudo II e do Estudo III surge o quarto e último estudo desta investigação. De igual modo ao Estudo II iniciámos este estudo com a elaboração de um



segundo questionário que denominamos por Questionário II. Este questionário, constituído pela escala TMMS e pelo Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho (importância) permitiu-nos, através da utilização dos dados obtidos no Estudo II, comparar os resultados e avaliar o impacto da formação (Estudo III) na IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC. Para além do impacto da formação no nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores procurámos compreender se o nível de IE percebida influencia o grau de importância atribuída à QVT e a relação com os Enfermeiros das Equipas que gerem.

### **3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Uma população, de acordo com as palavras de Fortin (2003), é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. Para a mesma autora um elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida.

Neste estudo a nossa população alvo é constituída por todos os Enfermeiro Gestores do CHUC. O CHUC resultou da fusão de três grandes instituições de saúde da região centro do país: Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; Centro Hospitalar de Coimbra, EPE; Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra. Este Centro Hospitalar tem como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, num contexto de formação, ensino, investigação, conhecimento científico e inovação, constituindo-se como uma referência nacional e internacional em áreas consideradas como centros de excelência. É uma organização aberta, formada por uma rede de unidades hospitalares, serviços e tecnologias estruturadas e integradas para proporcionar um atendimento humanizado, completo, próximo, confiável e transparente à sociedade. É um Centro que se distingue pela qualidade de cuidados, capacidade de investigação, inovação e docência e pelo impacto positivo na comunidade, garantindo a eficiência e a sustentabilidade global a médio e longo prazo.

Ainda e recorrendo às palavras de Fortin (2003) uma população acessível poderá não coincidir com a população alvo. No nosso estudo a população acessível coincidiu com a população alvo. Assim a nossa população é constituída por 102 Enfermeiros Gestores do CHUC. Considerámos como Enfermeiros Gestores todos os Enfermeiros responsáveis pela gestão de Unidades de Cuidados (gestão operacional), pela gestão de Unidades de Gestão Intermédia e Centros de Responsabilidade Integrados (Gestão intermédia) e responsáveis pela Gestão Estratégica da Organização CHUC.

As diferentes amostras foram obtidas através de um método de amostragem probabilística, sendo considerada uma amostragem aleatória simples atendendo a que cada elemento da população teve iguais oportunidades de entrar neste estudo. Este tipo de amostragem permite eliminar o enviesamento e favorecer a representatividade, no entanto salvaguardamos a não existência de garantias de que a amostra seja representativa.

A escolha da organização teve em consideração três aspetos essenciais: o investigador estar inserido na população alvo e ter-lhe sido autorizado e facilitado a realização do estudo; a grande dimensão da Organização resultante da fusão de três instituições com culturas organizacionais diferentes e por conseguinte elevado número de Enfermeiros Gestores e, por último, o facto de nunca terem sido realizados estudos nesta linha de investigação e em particular nesta Organização.

#### **4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

Ao longo desta investigação foram utilizados vários instrumentos que nos permitiram colher dados nos diferentes estudos e em vários momentos:

- Escala de avaliação da IE percebida: TMMS (Anexo A)

A Trait Meta-Mood Scale (TMMS) é uma medida de autorrelato, desenhada para aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais. Portanto, esta medida avalia, as diferenças individuais relativamente estáveis, na tendência que as pessoas têm para lidar com os seus estados emocionais e emoções, fazer a distinção clara entre eles e regulá-los (Salovey et al., 1995; Fernández-Berrocal, Extremera e Ramos, 2004).

A versão utilizada é a versão modificada portuguesa da Trait Meta-Mood Scale, formada por 24 itens que são avaliados através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, que varia desde “discordo totalmente” (1) a “concordo plenamente” (5), com a qual se obtém um indicador de IE percebida mediante três dimensões (Atenção, Clareza e Reparação Emocional).

Esta escala, por nós escolhida para avaliar a IE nos Enfermeiros Gestores que participaram na nossa investigação, foi submetida a validação para os Enfermeiros portugueses.

- Questionário I (Anexo B)

Um questionário é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. É um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis (Fortin, 2003).

Por sua vez, um questionário pode ser definido como um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões, como na sua ordem (Ghiglione & Matalon, 2001). Tendo a grande vantagem de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, esta técnica permite também a recolha de muita informação em pouco tempo. O seu uso criterioso implica um processo precedente de cuidada construção e validação, sempre necessárias para se garantir o rigor e o valor da informação recolhida (Almeida & Freire, 2003; Hill & Hill, 2005).

O Questionário I é constituído por cinco partes fundamentais: introdução, dados socioprofissionais, TMMS, Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho (Importância/Frequência) e Inventário de Stresse Profissional (Frequência/Intensidade) e serviu como instrumento de recolha de dados no Estudo II.

### 1. Introdução

Na introdução, e em primeiro lugar, é apresentado o investigador, o estudo que se pretende realizar e o contexto profissional em que o este se insere. Numa segunda parte da introdução é apresentado, de forma sucinta, o questionário. Por último solicita-se aos Enfermeiros Gestores a sua contribuição no Estudo, respondendo ao questionário de forma correta permitindo a sua validade. São disponibilizados os contatos do investigador de forma a permitir o esclarecimento de dúvidas que possam surgir aquando o preenchimento do questionário.

### 2. Dados socioprofissionais

Esta parte do questionário que denominamos de dados socioprofissionais é constituída por oito questões que nos permitem, essencialmente, fazer uma breve caracterização da amostra tendo por base três aspetos fundamentais:

- ✓ Aspetos pessoais: sexo, idade e situação familiar (vive só/acompanhado);
- ✓ Aspetos profissionais: tempo de exercício profissional, tempo como Enfermeiro Gestor, dimensão da Equipa de Enfermagem que gere;
- ✓ Aspetos relacionados com a formação profissional e aquisição de competências acrescidas: Formação em Gestão e Formação em IE.

### 3. TMMS

#### 4. *Inventário de Qualidade de Vida no Trabalho (importância e frequência)*

O Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (IQVT) foi inicialmente desenvolvido como versão para investigação por Rafael e Lima (2007a; 2007b) com o intuito de avaliar apenas a importância da QVT. Com base em revisão de literatura, estes investigadores selecionaram cinco grandes dimensões (Emprego, Carreira, Relações de Trabalho, Vida Pessoal e Condições de Trabalho) e para cada uma das quais consideraram 14 itens. Para responder a cada item, os indivíduos eram solicitados a pronunciar-se sobre a importância relativa para a sua Qualidade de vida no trabalho, dando as respostas numa escala de seis pontos: 1. Nada importante; 2. Pouco importante; 3. Relativamente importante; 4. Importante; 5. Bastante importante e 6. Muito importante. Numa segunda fase de desenvolvimento do instrumento houve a necessidade de reformular o instrumento para avaliar a QVT, isto é, considerou-se fundamental avaliar e distinguir Importância e Frequência de ocorrência da QVT. Assim, esta versão foi construída tendo em consideração duas escalas: uma relativa à importância e outra à frequência. Para cada item foi solicitado aos participantes que indicassem o grau de importância para a sua QVT (mantendo-se a escala de seis alternativas de resposta de Nada a Muito Importante), mas também a frequência com que os indivíduos verificam esses acontecimentos no seu local de trabalho (escala de seis alternativas de resposta de Nada a Muito frequente).

Esta versão é constituída por 60 itens que resultaram de análises fatoriais exploratórias e de análises de conteúdo dos itens; alguns itens foram eliminados e outros reformulados de forma a ser possível, ao responder a todos os itens, uma avaliação quer da Importância quer da Frequência da QVT. Por outro lado as dimensões inicialmente selecionadas foram ligeiramente reformuladas, mais especificamente no que se refere às dimensões Carreira e Vida Pessoal. A dimensão Carreira desdobrou-se em duas dimensões relativas a aspetos que têm a ver com formação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e a aspetos que incluem a promoção, o reconhecimento e a componente económica. A dimensão Vida Pessoal desdobrou-se numa dimensão relacionada com a família e conciliação trabalho/família e noutra com conteúdos relacionados com o lazer.

Foi realizado o pedido de utilização do Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho ao seu autor, Professor Doutor Manuel Rafael (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), que autorizou a sua utilização reforçando considerar o questionário como uma versão para investigação. Disponibilizou ainda documentação que considerou de interesse para o desenvolvimento do estudo e a correta utilização deste inventário (Anexo C).

### 5. *Inventário de Stresse Profissional (frequência e intensidade)*

O Inventário sobre o Stresse Profissional é uma medida genérica do stresse profissional e diferencia a Severidade (intensidade percebida) da Frequência de ocorrência das condições de trabalho que podem afetar adversamente o bem-estar psicológico dos trabalhadores que a elas são expostos (Spielberger & Vaag, 1999; Rafael, 2001). É constituído por 30 itens que descrevem um conjunto de fontes de stresse vividas pelos trabalhadores em diferentes contextos profissionais. Na parte relativa à avaliação da severidade, é solicitado aos indivíduos que assinalem, numa escala em 9 pontos, a quantidade relativa de stresse que sentem estar associada a cada um dos 30 itens. Após assinalarem a intensidade de cada fonte de stresse, solicita-se aos indivíduos para assinalarem numa escala de 0 a 9+ dias, o número de dias em que cada acontecimento foi vivido nos últimos seis meses. A soma dos resultados em cada uma das partes permite obter três resultados totais e separados: Severidade, Frequência, e ainda um Índice total que se baseia na média dos produtos dos resultados da Severidade e da Frequência. Assim, de acordo com Spielberger e Vaag (1999) podem considerar-se três escalas no Inventário:

- ✓ Escala de Stresse Profissional-Severidade que proporciona uma medida média do stresse sentido nos 30 acontecimentos de trabalho potencialmente causadores de stresse;
- ✓ Escala de Stresse Profissional-Frequência que representa a média da frequência da ocorrência dos 30 acontecimentos de trabalho, nos últimos seis meses;
- ✓ Escala de Stresse Profissional-Índice que dá uma estimativa do nível global de stresse experimentado no local de trabalho e combina a Severidade e a Frequência.

• Ficha de avaliação das necessidades formativas em IE nos Enfermeiros Gestores do CHUC (Anexo D)

A ficha de avaliação das necessidades formativas foi desenvolvida na forma de questionário, com três questões abertas relacionadas com as características pessoais que facilitam e promovem a satisfação/relação em contexto de trabalho, as características do serviço que promovem a relação em contexto de trabalho e os atributos/adjetivos da IE que promovem a relação em contexto de trabalho.

Esta ficha de avaliação das necessidades formativas foi utilizada pelo investigador, no Estudo III, para obter dados que pudessem adequar e aperfeiçoar o programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

- Questionário de avaliação do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” (Anexo E)

Este Questionário foi realizado com o objetivo de permitir aos formandos manifestarem a sua opinião relativamente ao desenvolvimento deste Programa de Formação e deixarem comentários e/ou sugestões que permitissem aperfeiçoá-lo para futuras implementações.

- Questionário II (Anexo F)

O questionário II (já identificado assim anteriormente) é constituído por três partes:

1. *Introdução*

Onde, em primeiro lugar se identifica o investigador, o tema em estudo e a fase do estudo. Posteriormente solicita-se a participação no estudo, a necessidade em preencher corretamente todas as questões e a identificação do questionário com o código que lhe foi atribuído de forma aleatória no momento do questionário 1 e por último os contatos do investigador para serem utilizados em necessidade de esclarecimentos.

2. *TMMS*

3. *Inventário de Qualidade de Vida no Trabalho (importância)*

- Questionário III (Anexo G)

Este questionário pretende perceber o impacto da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na relação dos Enfermeiros Gestores com os elementos das Equipas de Enfermagem que gerem. O Questionário III foi aplicado seis meses após o término do Programa de Formação “Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem” e permitiu obter dados para o Estudo IV.

## 5 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Nos procedimentos que realizamos, pautámo-nos por algumas questões éticas fundamentais, consonantes com a natureza desta investigação, nomeadamente os princípios do rigor, da segurança, da confidencialidade, do anonimato, da implicação, do respeito mútuo, e do consentimento livre e informado. Tendo em atenção que a maior parte do desenho desta investigação se centra em questões de foro pessoal, que se relacionam com pensamentos, sentimentos, emoções, sonhos, modos de agir e de enfrentar as dificuldades quotidianas, as quais são “pertença” de cada indivíduo, e porque se trata de informações revestidas de um cariz

profundamente pessoal e profissional, pautamo-nos, ao longo de todo o seu percurso, por uma atitude ética caracterizada pelo rigor, pela segurança, pelo sigilo e pela confidencialidade. Uma das premissas básicas presentes neste trabalho é a de que todas as pessoas envolvidas demonstrem respeito pela autonomia e privacidade dos indivíduos em questão.

De facto, as informações pessoais reveladas durante a investigação foram sempre protegidas quanto à identidade das pessoas implicadas e o material daí resultante não foi divulgado nem usado de forma a prejudicar os interesses dos intervenientes. Tendo em conta que qualquer facto passado a terceiros, mesmo que seja através de um relatório de investigação, acarreta o risco de um indivíduo ou grupo de indivíduos serem identificados (o que pode trazer consequências negativas óbvias), tivemos especial cuidado em relação à proteção e segurança dos dados e à forma como eles são relatados, referidos e apresentados fora do contexto da investigação.

O rigor metodológico assumiu desde o início desta investigação um papel preponderante. O investigador manteve um papel isento de juízos de valor, privilegiando a escuta ativa e a privacidade.

Os pedidos de autorização do estudo foram os seguintes:

- ✓ Pedido de autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do CHUC (Anexo H);
- ✓ Consentimento informado (tácito) dos participantes
- ✓ Pedido de autorização ao Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do CHUC para a realização da formação aos Enfermeiros Gestores sobre “IE em Gestores de Enfermagem” (Anexo I)
- ✓ Pedido de autorização à Diretora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para participação das Professoras Manuela Frederico e Cândida Loureiro como formadoras no referido Programa de Formação (Anexo J).
- ✓ Pedido de colaboração no programa de formação à Professora Fernanda Nogueira da Universidade Nova de Lisboa (Anexo L);
- ✓ Pedido de colaboração no programa de formação à Professora Teresa Carla Trigo, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Anexo M).

## 6 - ANÁLISE DE DADOS

Como referimos anteriormente o nosso estudo integra duas metodologias de investigação: a quantitativa e a qualitativa, motivo pelo qual utilizamos a análise estatística dos dados quantitativos e a análise de conteúdo nos dados qualitativos.

- *Análise quantitativa*

A análise de dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa, na opinião de Fortin (2003), pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis. Ainda para esta autora as estatísticas descritivas servem para caracterizar a relação entre duas ou mais variáveis com a ajuda de quadros de contingência e de coeficientes de correlação.

No estudo de natureza quantitativa utilizamos o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 para Windows no tratamento dos dados obtidos. Foi utilizada a estatística descritiva e inferencial para resumir e organizar a informação, determinar as relações entre as variáveis e verificar o cálculo das medidas de tendência central e de dispersão. Foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos consoante a distribuição dos valores das variáveis na população/amostra e os respetivos critérios de normalidade.

Na validação da escala TMMS procedeu-se à determinação do valor de medida de adequabilidade (KMO) e os valores de esfericidade de Bartlett. Ainda com o objetivo de determinar a estrutura das dimensões subjacentes à escala TMMS os dados foram submetidos à análise fatorial, usando o método de componentes principais com rotação *varimax*.

- *Análise qualitativa*

A análise de dados em investigação qualitativa é uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete para um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir (Fortin, 2003).

Nos estudos de natureza qualitativa as respostas foram objeto de análise de conteúdo segundo a perspetiva de Bardin (2009) tendo presente que a análise de conteúdo, enquanto método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens utilizando-se



a análise das respostas. Esta análise de conteúdo desenvolveu-se em três fases: pré-análise, exploração de material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

De modo a explicitar a metodologia descrita anteriormente e a facilitar a sua leitura apresentamos o quadro seguinte onde indicamos os estudos realizados, a população estudada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, os tipos de estudo e o momento temporal.

Quadro 4 - Síntese dos Estudos Empíricos

| Estudo                                                                                                                                                            | Etapas do Estudo                                          | População Amostra                                        | Instrumento de Recolha de Dados                                       | Tipo de Estudo              | Momento               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <b>I</b><br>Validação da TMMS para a população de Enfermeiros Portugueses                                                                                         | Validação TMMS                                            | Enfermeiros<br>n=171                                     | TMMS                                                                  | Quantitativo                | março 2012            |
| <b>II</b><br>Relação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores, a QVT e o Stresse Profissional                                                              | Elaboração Questionário I                                 | Pré teste<br>Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=11     | Questionário I:<br>Dados socioprofissionais<br>TMMS<br>IQVT/IF<br>ISP | Quantitativo                | novembro 2012         |
|                                                                                                                                                                   | Aplicação Questionário I                                  | Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=74                  |                                                                       |                             | nov/dez 2012          |
| <b>III</b><br>Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.                                                                            | Diagnóstico das necessidades formativas                   | Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=96                  | Ficha de avaliação das necessidades formativas                        | Qualitativo<br>Quantitativo | jan/fev. 2013         |
|                                                                                                                                                                   | Elaboração do programa/realização da formação             | Formadores<br>Direção<br>Enfermagem<br>CHUC<br>SFAP      |                                                                       |                             | fevereiro a maio 2013 |
|                                                                                                                                                                   |                                                           | Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=96                  |                                                                       |                             |                       |
|                                                                                                                                                                   | Avaliação da formação                                     | Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=43                  | Questionário de avaliação do Programa de Formação                     | Quantitativo<br>Qualitativo | maio 2013             |
| <b>IV</b><br>Impacto da formação na IE percebida pelos Enfermeiros Gestores, na importância atribuída à QVT e na relação com os Enfermeiros das Equipas que gerem | Avaliação do Impacto da formação nos Enfermeiros Gestores | Enfermeiros<br>Gestores do CHUC<br>n=49                  | Questionário II:<br>TMMS<br>IQVT/I                                    | Quantitativo                | 15 nov a 31 dez. 2013 |
|                                                                                                                                                                   |                                                           | Enfermeiros das Equipas dos Enfermeiros Gestores<br>n=47 | Questionário III                                                      | Quantitativo<br>Qualitativo | jan/fev 2014          |

Nos capítulos seguintes apresentaremos os estudos que sustentam esta investigação, de forma mais clarificadora, tendo por base a problemática identificada e a revisão da literatura efetuada.

## **CAPITULO VI: VALIDAÇÃO DA VERSÃO PORTUGUESA MODIFICADA DA TRAIT META - MOOD SCALE PARA OS ENFERMEIROS PORTUGUESES**

---

### **ESTUDO I**

Este estudo teve como pretensão a validação da escala TMMS (versão reduzida) para a população dos Enfermeiros portugueses.

No parecer de Perdomo, Pérez-Olmos e Pinilla (2011) esta escala tem sido amplamente utilizada por toda a comunidade científica nos estudos acerca da IE, por ser de fácil aplicação, poder ser aplicada coletivamente, ser de baixo custo e requerer pouco tempo do respondente, para além de estar amplamente estudada e as suas subescalas apresentarem as melhores propriedades psicométricas. Seguindo a opinião destes autores, decidimos utilizar esta escala na nossa investigação para medir a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC. Com o intuito de obter resultados fiáveis, optámos pela sua validação para a população dos enfermeiros portugueses para, posteriormente, nos Estudos II e IV a podermos utilizar como instrumento de avaliação do nível de inteligência emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC.

Assim, estruturámos este capítulo da seguinte forma: introdução (onde apresentamos uma brevíssima fundamentação teórica), instrumento de recolha de dados, amostra, procedimento estatístico, validade de conteúdo, análise e conclusões.

### **1 - INTRODUÇÃO**

Durante muitos anos acreditou-se que a inteligência intelectual era o melhor e mais fiável indicador da eficácia pessoal e social, assumindo-se que as pessoas com um alto quociente de inteligência conseguiriam melhores resultados na sua vida académica e profissional. Porém, na última década, os investigadores têm dirigido o seu foco de atenção para aspetos da inteligência mais ligados às emoções e aos sentimentos, cimentando a ideia de que a IE de uma pessoa pode constituir um melhor indicador da eficiência laboral e social.

Na perspetiva de Goleman (2001), parece existir uma baixa correlação entre o sucesso e os índices de QI, já que a inteligência académica não proporciona praticamente nenhuma preparação ou oportunidade para os acontecimentos da vida pessoal e/ou profissional. Os percursos escolares privilegiam a aptidão no âmbito académico, ignorando ainda a IE que também exerce papel fundamental no destino pessoal do ser humano. A habilidade emocional é, pois, uma meta-capacidade que determina até onde se pode usar bem quaisquer outras

habilidades que se tenha. Há indícios de que as pessoas emocionalmente competentes lidam bem com os próprios sentimentos, compreendem melhor e valorizam os sentimentos do outro.

Mas como avaliar a IE?

Verificámos que na população portuguesa a avaliação da IE tem sido realizada maioritariamente pela escala Trait Meta-Mood Scale, versão modificada. Este instrumento já foi anteriormente validado em Portugal numa amostra de estudantes universitários e numa amostra de idosos.

A TMMS é essencialmente uma medida da IE percebida, definida como a habilidade individual para reparar os estados emocionais negativos e manter os positivos, tendo como base que “a IE implica a habilidade para perceber e valorar com exatidão a emoção; a habilidade para acessar e/ou gerar sentimentos quando esses facilitam o pensamento; a habilidade para compreender a emoção e o conhecimento emocional, e a habilidade para regular as emoções que promovem o crescimento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 2007, p.32).

Com o objetivo de vir a identificar níveis de IE e a sua utilização em enfermeiros portugueses, validámos a TMMS numa amostra destes profissionais. Esta validação foi realizada de acordo com a metodologia que a seguir apresentamos.

## **2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

No campo da avaliação da IE, um dos instrumentos mais utilizados na população portuguesa e de língua espanhola para avaliar os níveis de IE intrapessoal, mediante autorrelato, tem sido a TMMS (Queirós et al, 2005). Esta escala pretende avaliar diferenças individuais nas tendências para dar atenção aos humores e emoções, discriminá-las com clareza e regulá-las.

A TMMS é uma escala composta na sua versão integral por 48 itens, que mede a gestão das emoções. Salovey et al (1995), através de uma análise confirmatória, identificaram três fatores: atenção às emoções (grau com que as pessoas acreditam prestar atenção aos seus sentimentos), clareza de sentimentos (forma como as pessoas acreditam perceber as suas emoções) e reparação do estado emocional (capacidade que o indivíduo tem de acreditar na sua capacidade pra interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos). Estes 48 itens, na sua versão original, distribuem-se do seguinte modo: 21 pelo fator “Atenção”, 15 pelo fator “Clareza” e 12 pelo fator “Reparação”.

Fernández-Berrocal et al (2004) desenvolveram uma versão reduzida e modificada da TMMS, que denominaram de TMMS-24. Mantendo as três dimensões da escala original

(atenção, clareza e reparação), dividem os 24 itens equitativamente, isto é, 8 itens por dimensão. Os itens em falta foram eliminados devido à sua baixa fiabilidade e escasso aporte da fiabilidade total da escala geral em Castelhana e ao fato de não avaliarem de forma exata a IE intrapessoal. Para além da eliminação destes itens, os itens negativos da escala foram reconvertidos numa forma positiva para melhor compreensão do seu conteúdo. A TMMS-24 apresenta-se como uma escala de *liker* de “1 a 5”, em que 1 corresponde a “Discordo totalmente” e 5 corresponde a “Concordo plenamente”. Desta forma, facilmente compreendemos que cada subescala (atenção, clareza e reparação) tem um *score* de pontos que varia entre os 8 e os 40.

Esta escala em versão portuguesa foi obtida através do método de tradução e retradução por três tradutores, tendo a versão final sido obtida por consenso. Para Queirós et al (2005, p.208) “a versão portuguesa modificada da TMMS tem uma fiabilidade apropriada e as relações com as variáveis critério são similares com o que foi descoberto com a versão inglesa e com a versão castelhana (Salovey, et al, 1995; Palmer, et al, 2002; Fernandez-Berrocal et al, 2004).

Salovey et al (1995) reforçam a ideia de que a escala TMMS não pretende avaliar a IE, mas poderá ajudar a diferenciar se os indivíduos são emocionalmente inteligentes, capazes de identificar emoções em si e nos outros.

Segundo Mayer, Salovey e Caruso (2000) a utilização de algumas escalas como a TMMS permitiram chegar a algumas conclusões, uma das quais indica que as pessoas com maior clareza e atenção ao humor são mais capazes de reduzir o tempo que gastam a pensar em conteúdo emocionalmente negativo.

Para Queirós et al (2005), a versão portuguesa modificada da TMMS tornou-se num instrumento fiável e adequado, com o qual se podem realizar investigações em diferentes âmbitos (educativo, saúde ou mundo do trabalho). Segundo os mesmos autores, esta escala permitirá examinar a influência da cultura na IE em países cuja língua oficial seja o português e/ou compará-la com resultados de investigações obtidos noutros países.

### **3 - AMOSTRA**

A importância dos sujeitos do estudo centra-se fundamentalmente na riqueza dos dados que revelam experiências individuais ou específicas de cada sujeito (Polit et al., 2004). Na impossibilidade da maioria dos estudos se debruçarem sobre a totalidade da população, torna-se imprescindível definir a população-alvo a ser estudada, de modo a satisfazer os critérios de seleção (Fortin, 2003).

A amostra, enquanto fração da população-alvo sobre a qual incide o processo de investigação, foi constituída através do método de amostragem não probabilístico e por conveniência, uma vez que nos permitiu aceder à população de forma mais fácil e rápida (Hill & Hill, 2005).

Para o âmbito deste processo de validação do instrumento consideram-se os seguintes critérios de seleção: 1) Ser Enfermeiro e encontrar-se a exercer a profissão; 2) Possuir a nacionalidade portuguesa e exercer a profissão em Portugal; 3) Concordar em participar no estudo “Validação da versão portuguesa modificada da Trait Meta - Mood Scale para os Enfermeiros portugueses”; 4) Não participar nos outros estudos realizados pelo investigador no âmbito desta investigação.

Optámos por aplicar a TMMS num Congresso Nacional de Enfermagem que decorreu em Lisboa em março de 2012 e onde participaram enfermeiros de todo o país, prestadores de cuidados e enfermeiros gestores de diferentes instituições de saúde (Hospitais, Centros de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados). O pedido de colaboração no estudo e a distribuição da escala ocorreu de forma pessoal a todos os participantes neste evento, no momento de entrada no Centro de Congressos. Foi ainda solicitado que, aquando do ato de receberem o certificado de presença no congresso, deixassem no secretariado a respetiva escala preenchida. Todas as dúvidas colocadas pelos respondentes foram esclarecidas e o preenchimento da escala foi um ato voluntário.

Salientamos que o número de inscritos no Congresso foi de 311 enfermeiros, no entanto, só distribuímos 268 escalas. No final do congresso obtivemos 191 escalas preenchidas, das quais considerámos 171 para a nossa amostra, pois 20 encontravam-se incompletas no seu preenchimento.

Os respondentes apresentam média de idade de  $37,67 \pm 9,36$  anos, variando entre 21 e 65 anos. Há um predomínio claro do sexo feminino (64,9%), conforme acontece na profissão de enfermagem, em geral, a nível do nosso país.

#### **4 - PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS**

Não tendo partido de um modelo de análise previamente definido e com um número de respondentes ao questionário superior a cinco sujeitos por item e superior a 100 (condição apresentada por Gorsuch, 1983, referido por Bryman e Cramer, 1992), procedeu-se à determinação do valor da medida de adequabilidade (KMO). Esse valor é de 0,802, o que

adjetivámos como “bom” (Pestana e Gageiro, 2000, p. 397) e os valores de esfericidade de Bartlett (uma outra abordagem sobre o mesmo assunto) são: qui-quadrado 1768,15 e  $p < 0,000$ . Estão assim criadas as condições para a realização de uma análise fatorial.

Com o objetivo de determinar a estrutura das dimensões subjacentes à escala TMMS, os dados foram submetidos à *análise fatorial*, usando o método de componentes principais com rotação *varimax*. Extraíram-se três fatores que explicam 50,09 % da variância.

Tal como a estrutura fatorial apresentada pelos autores da escala (Queirós et al., 2005), no presente estudo os itens distribuem-se por 3 fatores: Atenção, Clareza e Reparação. Cada um dos fatores é composto por 8 itens.

No fator Atenção, a menor carga dos itens foi de 0,611. No fator Clareza, os valores variam de 0,311 a 0,775. No fator Reparação, o menor valor é de 0,351, sendo o seguinte de 0,694.

No sentido de verificar qual o grau de homogeneidade existente entre as respostas aos diversos itens que constituem as escalas, procedeu-se à análise de consistência interna - uma medida da sua confiabilidade - através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, por ser considerada uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna em escalas de *tipo Likert* (Gageiro & Pestana, 2000). Os mesmos autores consideram desejável que um instrumento, para que se considere adequado para medir a variável que se pretende, deve apresentar um valor alfa acima de 0,80. Para um maior rigor na seleção dos itens que compõem a escala, considera-se também que os itens devem apresentar correlações com o total da escala superiores a 0,30 (Nunnally, 1978).

O menor valor encontrado de correlação de um item com a escala foi de 0,312.

Na dimensão “Atenção”, o valor alfa é de 0,831; na dimensão “Clareza”, o valor alfa é de 0,805 e na dimensão “Reparação”, o valor alfa é de 0,863, conforme poderemos observar no Quadro 5.

Quadro 5 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das subescalas

| Subescala | alfa de Cronbach |
|-----------|------------------|
| Atenção   | 0,831            |
| Clareza   | 0,805            |
| Reparação | 0,863            |
| Global    | 0,872            |

No Quadro 6, “Pontuações da TMMS obtidas na validação da escala e distribuídas por sexo”, observamos os resultados obtidos em cada subescala da TMMS de acordo com o sexo.

Quadro 6 - Pontuações da TMMS obtidas na validação da escala e distribuídas por sexo

|                  | Homens |    |       | Mulheres |    |       |
|------------------|--------|----|-------|----------|----|-------|
|                  |        | n  | %     |          | n  | %     |
| <b>Atenção</b>   | ≤21    | 3  | 5,00  | ≤24      | 16 | 14,40 |
|                  | 22-32  | 41 | 68,30 | 25-35    | 79 | 71,20 |
|                  | ≥33    | 16 | 26,70 | ≥36      | 15 | 14,40 |
| <b>Clareza</b>   | ≤25    | 6  | 10,00 | ≤23      | 8  | 7,20  |
|                  | 26-35  | 45 | 75,00 | 24-34    | 86 | 77,50 |
|                  | ≥36    | 9  | 15,00 | ≥35      | 17 | 15,30 |
| <b>Reparação</b> | ≤23    | 3  | 5,00  | ≤23      | 7  | 6,30  |
|                  | 24-35  | 42 | 70,00 | 24-34    | 83 | 74,80 |
|                  | ≥36    | 15 | 25,00 | ≥35      | 21 | 18,90 |

Os valores apresentados no Quadro 6 deverão ser analisados de acordo com as Tabelas 1, 2 e 3 que mostram os pontos de corte para Homens e para Mulheres, de acordo com as diferenças nas pontuações existentes entre os sexos nas diferentes dimensões (atenção, clareza e reparação).

Tabela 1 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Atenção"

|                | Homens                                                            | Mulheres                                                          |
|----------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Atenção</b> | Deve melhorar a sua “Atenção”:<br>presta pouca atenção<br>≤21     | Deve melhorar a sua “Atenção”:<br>presta pouca atenção<br>≤24     |
|                | “Atenção” adequada<br>22 a 32                                     | “Atenção” adequada<br>25 a 35                                     |
|                | Deve melhorar a sua “Atenção”:<br>presta demasiada atenção<br>≥33 | Deve melhorar a sua “Atenção”:<br>presta demasiada atenção<br>≥36 |



*Tabela 2 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Clareza"*

|                | Homens                                     | Mulheres                                   |
|----------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>Clareza</b> | Deve melhorar a sua "Clareza"<br>$\leq 25$ | Deve melhorar a sua "Clareza"<br>$\leq 23$ |
|                | "Clareza" adequada<br>26 a 35              | "Clareza" adequada<br>24 a 34              |
|                | Excelente "Clareza"<br>$\geq 36$           | Excelente "Clareza"<br>$\geq 35$           |

*Tabela 3 - Pontuações do TMMS para a dimensão "Reparação"*

|                  | Homens                                       | Mulheres                                     |
|------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Reparação</b> | Deve melhorar a sua "Reparação"<br>$\leq 23$ | Deve melhorar a sua "Reparação"<br>$\leq 23$ |
|                  | "Reparação" adequada<br>24 a 35              | "Reparação" adequada<br>24 a 34              |
|                  | Excelente "Reparação"<br>$\geq 36$           | Excelente "Reparação"<br>$\geq 35$           |

Pela análise do Quadro 6 e, tendo em consideração as Tabelas 1, 2 e 3, verificamos que em ambos os sexos e nas três subescalas a maioria dos enfermeiros que participaram neste estudo apresentam pontuações correspondentes ao nível adequado. Apesar de existirem ligeiras diferenças relativamente aos dois sexos e nas diferentes subescalas, não podemos inferir outras conclusões, tendo em consideração o tamanho da amostra e a diferença entre o número de participantes de cada sexo.

## 5 - VALIDADE DE CONTEÚDO

A validade teórica de conteúdo foi determinada por uma comissão de quatro peritos na área (uma psicóloga da área comportamental, uma docente de gestão organizacional, um enfermeiro gestor e uma enfermeira especialista interessada na temática), que analisou cada item da escala, bem como a sua adequação a cada dimensão e sobretudo a sua adequação à Enfermagem.

A validade de conteúdo foi obtida, pois existiu concordância entre os elementos da comissão, sem que tivesse sido necessária qualquer modificação.

## 6 - ANÁLISE E CONCLUSÕES

As respostas foram submetidas à *análise fatorial*, usando o método de componentes principais com rotação *varimax*. A carga fatorial é, em todos os itens, superior a 0,40. Confirmaram-se três fatores que explicam 50,38 % da variância.

O fator “Reparação” composto por 8 itens, o fator “Atenção” por 8 e o fator “Clareza” por 8. A solução fatorial encontrada afigura-se assim satisfatória, quer do ponto de vista estatístico, quer do ponto de vista do significado.

Procedeu-se à análise de consistência interna - uma medida da sua confiabilidade - através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach para cada um dos fatores encontrados. Foram incluídos todos os itens referentes a cada uma das dimensões definidas: valores alfa respetivamente de 0,850; 0,829; 0,825 e alfa da escala global de 0,864.

Reconhece-se, desde já, algumas limitações no estudo desenvolvido, nomeadamente o facto de se tratar de uma amostra acidental, o que não garante a representatividade amostral. No entanto, perante os dados obtidos na validação da versão portuguesa modificada da Trait Meta - Mood Scale para os enfermeiros portugueses, pensamos que este Instrumento de Recolha de Dados é um instrumento com validade e fiabilidade para ser utilizado nos Estudos II e IV da nossa investigação e que a sua validação poderá ser uma mais-valia na área da investigação em Enfermagem, nomeadamente em temas de investigação relacionados com a IE.

## **CAPITULO VII: “ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE IE PERCEBIDA PELOS ENFERMEIROS GESTORES DO CHUC, A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E O NÍVEL DE STRESSE PROFISSIONAL”**

---

### **ESTUDO II**

A realização deste estudo permitiu-nos identificar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, saber como os Enfermeiros Gestores do CHUC percebem a sua Qualidade de Vida no Trabalho e qual o nível de Stresse Profissional vivenciado neste contexto organizacional. No entanto o seu objetivo principal foi verificar a existência de relação entre o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, a sua Qualidade de Vida no Trabalho e o nível de Stresse Profissional.

Este capítulo tem como pretensão explicar toda a metodologia que nos levou à obtenção dos resultados, apresentar os resultados de forma objetiva, discuti-los e expor as conclusões finais. Assim estruturámos este capítulo da seguinte forma: 1) Enquadramento e metodologia (brevíssima fundamentação teórica, população alvo e amostra, procedimentos de recolha e análise de dados); 2) Resultados; 3) Discussão dos resultados; 4) Conclusões do Estudo.

#### **1 - ENQUADRAMENTO E METODOLOGIA**

A difusão da informação e a velocidade a que esta se propaga leva as pessoas a sentirem necessidade de estar em constante atualização pessoal e profissional. As organizações não são exceção, já que procuram adaptar-se ao mundo atual, cada vez mais competitivo, para conseguirem sobreviver. Vivemos na era da globalização e da procura contínua de mais e melhor conhecimento. É neste contexto que a gestão de recursos humanos dentro das organizações assume especial relevo. As organizações necessitam dos recursos humanos para existirem, mas também necessitam que estes se desenvolvam e adquiram competências necessárias para um maior desenvolvimento da organização.

O desenvolvimento de uma organização depende, em muito, das condições que esta gera para melhorar o desempenho dos seus colaboradores, quer relativamente a aspetos físicos como a aspetos psicológicos e sociais. Neste contexto, Goleman (2001, p.49) afirma que “As pessoas com prática emocional bem desenvolvida têm mais probabilidade de se sentirem satisfeitas e de serem eficientes nas suas vidas, dominando os hábitos mentais que fomentam sua produtividade; as que não conseguem exercer nenhum controle sobre sua vida emocional

travam batalhas internas que sabotam a capacidade de concentração no trabalho e de lucidez de pensamento”.

É Importante realçar que as pessoas que têm a IE bem desenvolvida sentem-se satisfeitas e tendem a ser eficientes na sua vida pessoal e profissional, aumentando a sua produtividade. Sabem gerir as emoções, promover a cooperação, tomar decisões adequadas, desenvolver o autoconhecimento e ter empatia pessoal. São autoconfiantes e capazes de persistir num determinado objetivo, apesar dos percalços. Conseguem controlar impulsos e mantêm-se em bom estado de espírito, não deixando que a ansiedade interfira na sua capacidade de raciocinar.

Tendo em consideração os estudos realizados por Goleman, a IE é indispensável para o bom desempenho e o sucesso profissional, razão pela qual lhe é atribuído maior valor que ao QI em conjunto com as habilidades técnicas. A base da inteligência pessoal é o autoconhecimento, por isso é necessário desenvolvê-la no âmbito pessoal para depois poder utilizar esse recurso interno nas relações sociais.

*“Uma visão da natureza humana que ignore o poder das emoções é lamentavelmente míope. A própria denominação Homo Sapiens, a espécie pensante, é enganosa à luz do que hoje a ciência diz acerca do lugar que as emoções ocupam nas nossas vidas. Como sabemos por experiência própria, quando se trata de moldar nossas decisões e ações, a emoção pesa tanto – e às vezes muito mais – quanto a razão. Fomos longe demais quando enfatizamos o valor e a importância do puramente racional – do que mede o QI – na vida humana. Para o bem ou para o mal, quando são as emoções que dominam, o intelecto não pode nos conduzir a lugar nenhum. (Goleman, 2001, p. 18).*

Nesta perspetiva assume especial enfoque a Qualidade de Vida no Trabalho e a forma como o colaborador da organização a percebe. Nadler e Lawler (1983) encaram a QVT como o resultado da relação entre a pessoa e o seu trabalho e a forma como o trabalhador se insere no ambiente organizacional, estabelecendo-se como parceiro nas tomadas de decisão e cliente interno. A QVT apresenta-se sob a forma de grandes níveis de satisfação por parte dos trabalhadores. Além de assegurar a saúde, a segurança e higiene no trabalho, proporciona o bom relacionamento entre os colegas, um ótimo ambiente de trabalho e a prevenção de riscos psicossociais. Também deve ter como objetivo a realização pessoal dos colaboradores no contexto profissional.

Cada pessoa é um ser único e individual, com as suas características próprias, as suas formas de pensar, agir e interagir com o contexto em que está inserido. Deste modo a própria definição de QVT muda de pessoa para pessoa. Na opinião de Bégat, Ellefsen, e Severinsson (2005) ao pensarmos em Enfermagem e nos vários estudos realizados sobre QVT, torna-se importante reter que para os enfermeiros serem capazes de ir ao encontro dos desafios da sua

profissão, é necessário que estejam conscientes do porquê dos seus pensamentos e ações, percebendo que são uma força empreendedora. A avaliação da QVT em Enfermagem poderá ser um indicador para que a percepção dos enfermeiros sobre si próprios se modifique, no sentido de aumentar a produtividade no sector da saúde e melhorar condições de trabalho.

Associado à QVT dos enfermeiros encontramos, com muita frequência, o Stresse Profissional numa relação direta, identificada em vários trabalhos de investigação de âmbito internacional. O contexto do trabalho, o horário de trabalho por turnos, a sobrecarga emocional e física, os recursos humanos e o vínculo institucional são alguns fatores identificados como determinantes de stresse profissional em Enfermagem.

Segundo o ICN (2007, p. 3) “a tensão relacionada com o posto de trabalho representa no mercado laboral da América do Norte um gasto anual de duzentos mil a trezentos mil milhões de dólares”. Os estudos de Button (2008), *Effect of social support and coping strategies on the relationship between health care-related occupational stress and health*, e de Judkins e Rind (2005), *Hardiness, job satisfaction, and stress among home health nurses*, evidenciam a associação entre o stresse e as alterações na satisfação com o trabalho.

Vaz Serra (2002) refere que a redução do stresse pode ser concretizada através da alteração da relação do indivíduo com a circunstância, do desenvolvimento das aptidões e dos recursos do indivíduo, assim como da resistência individual ao stresse.

À profissão de Enfermagem estão associados um conjunto de cuidados que poderão estar relacionados com aspetos físicos, psicológicos e sociais do cliente e família. Considerando que o trabalho dos enfermeiros numa instituição hospitalar é contínuo, o seu papel atinge elevada importância nos cuidados de saúde, conferindo-lhes um desgaste emocional, quer pelas próprias vivências, quer pelas características dos horários de trabalho. Num estudo realizado por Ferreira e Ramos (2007), que teve como objetivo conhecer os recursos utilizados para diminuir o desgaste emocional do enfermeiro, foram encontradas três categorias de análise, das quais importa salientar as condições que mais contribuem para o desgaste emocional na prática hospitalar, com duas subcategorias: relacionamento interpessoal (enfermeiros, clientes e outros profissionais de saúde) e processo de trabalho (recursos materiais e humanos e condições ambientais de trabalho).

De acordo com Anselmi et al (2001), o trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar, é um tipo de trabalho desenvolvido frequentemente, em circunstâncias stressantes, as quais podem levar aos seguintes problemas: desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, rotação de serviços e tendência a abandonar a profissão. Também Veiga Branco (2004) defende

que os espaços de trabalho de Enfermagem apresentam misturas de sentimentos mais ou menos intensos e complexos, que exigem uma constante reflexão/ação da realidade, um desgaste continuado entre sentimentos de frustração e os de competência, consequência de situações como fenómenos de *burnout*, bloqueios à prática de intertransdisciplinariedade intra e inter equipas, a obrigatoriedade de dar respostas às necessidades institucionais versus necessidades dos clientes, o pluriemprego cada vez mais legitimado e o tradicional trabalho em equipa versus prestação individual de cuidados. Perante a exposição a situações difíceis e promotoras de stresse a que os enfermeiros estão sujeitos, parece incontestável a necessidade destes profissionais serem competentes no que respeita a lidar com as suas emoções e as dos outros.

Os indivíduos que desenvolvem a sua IE elaboram melhor as suas ideias, definem melhor os traços da sua personalidade e têm maior probabilidade de obter sucesso na sua vida pessoal e profissional. Estes indivíduos adquirem uma maior capacidade para trabalharem em equipa e conseguem manter um maior equilíbrio consigo mesmo e com os outros, tornando-se mais eficientes e cooperativos. Em Enfermagem e em qualquer área profissional, “expressar as emoções ou opiniões, resulta num produto cultural, que pode ser essencial para o desenvolvimento do sujeito” (Branco, 2004, p.41). Cada indivíduo já nasce com essas potencialidades e cada um desenvolve a sua própria forma de estar e gerir as emoções dentro da organização. Somos um conjunto de funções e operações mentais criados para atingir objetivos e o segredo para chegar até esses objetivos é aprender a mobilizar reservas cerebrais para que a própria natureza perceba essas necessidades e procure meios para as colmatar. Numa época em que se convive com um enorme apuramento científico e tecnológico, exige-se que sejam ampliadas as formas de desenvolvimento da cognição humana. Portanto, é de fundamental importância aprender a utilizar a IE para criar laços de empatia e para colocar em prática algumas habilidades necessárias para o desempenho de um bom trabalho, além de permitir ao indivíduo expressar-se com assertividade nos relacionamentos.

Para que exista um bom desempenho profissional do colaborador na organização e este melhor a sua QVT, é essencial que o indivíduo se conheça a si próprio para que, a partir desse conhecimento, seja possível compreender o outro e surja um maior envolvimento dos colaboradores, um maior desempenho da equipa e um maior desenvolvimento da organização onde está inserido (Guebur, Poletto & Vieira, 2007).

Perante o exposto e em concordância com o estudo que pretendemos realizar “Estudo da relação entre o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, a Qualidade de Vida no Trabalho e o nível de Stresse Profissional” colocam-se de imediato três questões: 1)

“Qual o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC?”; 2) “Qual o nível de QVT apresentado pelos Enfermeiros Gestores do CHUC?”; 3) “Qual o nível de Stresse Profissional apresentado pelos Enfermeiros Gestores do CHUC?”.

No seguimento destas três questões surge aquela que consideramos ser a questão principal: “Qual a relação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC, a sua Qualidade de Vida no Trabalho e o nível de Stresse profissional?”.

Assim, partimos para esta investigação com o intuito de alcançar os objetivos seguintes:

- ✓ Identificar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC.
- ✓ Determinar a QVT dos Enfermeiros Gestores do CHUC
- ✓ Avaliar o nível de Stresse Profissional dos Enfermeiros Gestores do CHUC
- ✓ Compreender a importância da IE na qualidade de vida no trabalho dos Enfermeiros Gestores do CHUC;
- ✓ Determinar a influência da IE no nível de Stresse Profissional dos Enfermeiros Gestores do CHUC.

Este estudo enquadra-se na metodologia de investigação quantitativa, sendo um estudo descritivo e correlacional.

## 1.1 - AMOSTRA

De acordo com Fortin (2003, p.202) “Uma população é uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

Considerámos como população alvo deste estudo todos os Enfermeiros Gestores do CHUC que existiam no momento da aplicação do primeiro questionário (novembro de 2012). Nesta data existiam 102 Enfermeiros Gestores no CHUC. Considerámos como Enfermeiros Gestores, de acordo com o exposto no capítulo da Metodologia Geral, todos os Enfermeiros responsáveis pela gestão de Unidades de Cuidados, pela gestão de Unidades de Gestão Intermédia e Centros de Responsabilidade Integrados e responsáveis pela Gestão Estratégica da Organização CHUC.

De acordo com Fortin (2003, p.202) “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo”.

Dado que todos os Enfermeiros Gestores do CHUC foram convidados a participar neste estudo, considerámos como amostra todos os Enfermeiros Gestores que responderam,

corretamente ao Questionário I, ou seja, 74 Enfermeiros Gestores. Tendo em consideração que o número de respondentes ao Questionário I corresponde a 72,55% da população alvo, que foram dadas iguais oportunidades de participação no estudo a todos os Enfermeiros Gestores do CHUC e que a sua seleção foi aleatória, considerámos esta amostra como sendo uma representação fiável da nossa população.

## 1.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Neste Estudo optámos pelo questionário como instrumento de recolha de dados pois na opinião de Fortin (2003, p.249) “O questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Ao questionário utilizado atribuímos a denominação de “Questionário I”, tendo sido concebido em concordância com os dados que pretendíamos obter e estruturado em quatro partes fundamentais:

- Dados socioprofissionais

Como forma de caracterizar a amostra relativamente aos dados socioprofissionais optámos pelas seguintes variáveis: sexo, viver só ou acompanhado, grupo etário, tempo de exercício profissional, tempo na categoria (como Enfermeiro Gestor), dimensão da equipa que gere, realização de formação em IE e por último realização de formação em gestão. Dentro do contexto de ter formação em IE e/ou Gestão pretendemos ainda saber que tipo de formação realizaram e quando a realizaram.

- Trait Meta Mood Scale

A TMMS foi o instrumento pelo qual optámos para avaliar o nível de IE percebida dos Enfermeiros Gestores do CHUC. Esta escala foi validada por nós aos Enfermeiros portugueses no Estudo I, motivo pelo qual nos dispensámos de a apresentar neste Estudo.

- Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho - importância/frequência

Após pesquisa bibliográfica sobre a QVT e os instrumentos existentes para a avaliar optámos pelo Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho (importância/frequência) por ser



aquele que encontrámos com mais estudos realizados a nível do nosso País, por se adaptar ao nosso contexto profissional e termos obtido autorização da sua utilização (apesar de se encontrar ainda em processo de aperfeiçoamento).

- Inventário de Stresse Profissional - frequência e intensidade

O Inventário de Stresse Profissional (frequência/intensidade) é, na nossa perspetiva e após a pesquisa por nós realizada, o instrumento mais utilizado a nível mundial e que oferece maior confiança na obtenção dos dados. Em Portugal encontramos-lo utilizado frequentemente em estudos que pretendem avaliar o stresse profissional em várias profissões por si só ou maioritariamente associado ao Inventário da Qualidade de Vida no Trabalho. Tendo em consideração o exposto optámos por este inventário para avaliar o stresse profissional nos Enfermeiros Gestores do CHUC.

### **1.2.1 - Pré teste**

O pré-teste é uma prova preliminar cuja finalidade é evidenciar o maior número de aspetos passíveis de interferir na validação dos resultados do estudo empírico ou nas possibilidades de enviesamento. Assim é possível melhorar o instrumento de recolha de dados e clarificar algumas questões mais problemáticas ou resolver eventuais dificuldades relacionadas com a má interpretação das questões (Ferreira, 2005). De acordo com Gil (1999) a eficácia do pré-teste é tanto maior quanto mais os elementos selecionados se aproximam das características da população alvo. Também Fortin (2003, p.253) vai ao encontro destes autores referindo que “O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflita a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas”.

O pré-teste do Questionário utilizado neste Estudo foi preenchido por 11 Enfermeiros Gestores do CHUC, tendo sido uma amostragem por conveniência pois todos estes enfermeiros eram conhecidos pelo investigador e pertenciam aos diferentes polos do CHUC: 1 Enfermeiro Gestor do polo Maternidade Bissaya Barreto, 1 Enfermeiro Gestor do polo da Maternidade Daniel de Matos, 2 Enfermeiros Gestores do polo Hospital Sobral Cid, 3 Enfermeiros Gestores do Hospital Geral e 4 Enfermeiros Gestores do polo Hospitais da Universidade de Coimbra. Para além da aplicação do questionário foi realizada uma pequena entrevista informal de modo a perceber as dificuldades sentidas no preenchimento do referido instrumento.

O tempo médio de preenchimento do questionário foi de 46 minutos e não surgiram dúvidas relativamente a qualquer questão ou item dos diferentes inventários. Assim, optou-se somente por melhorar a parte gráfica, tendo-se mantido a mesma formulação das questões.

### 1.3 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ANÁLISE DE DADOS

A autorização da realização deste Estudo obedeceu a todos os requisitos exigidos pela Unidade de Inovação e Desenvolvimento e Centro de Ensaios Clínicos do CHUC, tendo obtido parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde e autorização da sua realização pelo Conselho de Administração desta Organização.

O pedido de colaboração no estudo foi iniciado através da Direção de Enfermagem que contactou de forma oficial todos os Enfermeiros Gestores do CHUC, informando-os da realização do estudo e pedindo a sua colaboração no mesmo. Posteriormente com início a 15 de novembro de 2012, foram contactados de forma pessoal pelo investigador todos os Enfermeiros Gestores do CHUC. Neste contacto pretendeu-se, para além do pedido de colaboração no estudo, esclarecer os Enfermeiros Gestores do tema da investigação, dos objetivos do estudo, das etapas do estudo, da apresentação do Questionário I e dos esclarecimentos necessários para o seu preenchimento. Foi disponibilizado o contacto pessoal do investigador para esclarecimentos de dúvidas que pudessem surgir no desenvolvimento do estudo. Durante este período fomos contactados telefonicamente por cinco Enfermeiros Gestores que nos colocaram dúvidas relacionadas com as escalas de frequência e Intensidade do Inventário de Stresse Profissional, nomeadamente o significado da escala de *Likert* da frequência de “0 a 9+”.

Juntamente com o Questionário I foi entregue a cada Enfermeiro Gestor um envelope devidamente preenchido com o endereço do Investigador para que este pudesse ser enviado pelo correio interno do CHUC.

Tendo em atenção o contexto da realização do estudo e o seu desenvolvimento em várias etapas foi dado a cada Enfermeiro Gestor, neste primeiro contacto, um pequeno envelope fechado com um número (distribuído de forma aleatória) que cada participante no estudo deveria colocar nos diferentes Instrumentos de Recolha de Dados que lhe fossem distribuídos nas diferentes fases desta investigação. Com este número pretendia-se manter o anonimato do participante e dar continuidade à investigação numa fase posterior podendo, sem identificar o Enfermeiro Gestor, relacionar dados.

Foi estabelecido com os Enfermeiros Gestores que o espaço temporal de envio do Questionário I seria de quinze dias após o nosso contacto pessoal. Desta forma estabelecemos que o prazo de recolha de questionários terminaria no dia 31 de dezembro de 2012. Importa salientar que estes contactos com os Enfermeiros Gestores foram realizados no nosso tempo pessoal (o que prolongou o espaço temporal da recolha de dados) e que todos os custos deste estudo recaíram sobre o investigador.

No tratamento estatístico dos dados utilizamos o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 18.0. Procedemos à análise descritiva dos dados pela distribuição de frequência bem como às medidas de tendência central e dispersão: média, percentagem e desvio padrão. Recorremos também à correlação entre as variáveis utilizando o coeficiente de *correlação r de Pearson*. Para a sua interpretação seguimos o parecer de Pestana e Gageiro (2000, p.146) que sugerem “que  $r$  menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,3 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta”.

Deste tratamento surgem os dados do nosso estudo que apresentamos e discutimos nos subcapítulos seguintes.

## 2 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo segue a estrutura do Questionário I que serviu como instrumento único na recolha de dados.

- Dados socioprofissionais

Dos 74 Enfermeiros Gestores que integraram este estudo 67,10% são do sexo feminino e 32,90 % do sexo masculino. Tal facto não nos surpreende tendo em conta que os dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros em 31 de dezembro de 2014 nos indicam que, em Portugal, a profissão de Enfermagem é maioritariamente feminina (81,82%).

Relativamente à variável “viver só” ou “viver acompanhado” obtivemos como resultados que 11,50% dos Enfermeiros Gestores vivem só e 88,50% vivem acompanhados.

A maioria dos Enfermeiros Gestores encontra-se no grupo etário “50 a 59 anos” correspondendo a 70,30% da amostra. Pela análise da Tabela 4, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo grupo etário”, verificámos ainda a não existência de Enfermeiros gestores com idade inferior a 40 anos.

*Tabela 4 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo Grupo etário*

| Grupo etário | n  | %     |
|--------------|----|-------|
| 40-49 Anos   | 21 | 28,40 |
| 50-59 Anos   | 52 | 70,30 |
| ≥60 Anos     | 1  | 1,40  |

Dois dos aspetos que considerámos fundamentais na caracterização socioprofissional dos Enfermeiros Gestores que participaram neste Estudo foram: tempo de exercício profissional e tempo na categoria/cargo/função (anos). Dos dados que a Tabela 5, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo de exercício profissional e tempo na categoria/cargo/função”, nos fornece verificámos que a maioria dos Enfermeiros Gestores (55,40%) possuem mais de 30 anos de exercício profissional e 45,90% destes Enfermeiros Gestores têm entre 10 e 19 anos de tempo de exercício profissional na categoria/cargo/função.

*Tabela 5 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo de exercício profissional e na categoria/cargo/função*

| Tempo           | Exercício profissional |       | Categoria/cargo/função |       |
|-----------------|------------------------|-------|------------------------|-------|
|                 | n                      | %     | n                      | %     |
| ≤ 9 Anos        | 0                      | 0     | 30                     | 40,50 |
| 10 -19 Anos     | 1                      | 1,40  | 34                     | 45,90 |
| 20-29 Anos      | 28                     | 37,80 | 5                      | 6,80  |
| ≥30 Anos        | 41                     | 55,40 | 1                      | 1,40  |
| Não responderam | 4                      | 5,40  | 4                      | 5,40  |

Quanto à dimensão das Equipas de Enfermagem que estes Enfermeiros gerem apurámos que a maioria das Equipas possuem mais de 20 Enfermeiros, 37,80% no grupo “20 a 29 Enfermeiros” e 31,10% no grupo “≥ 30 Enfermeiros” conforme nos indica a Tabela 6 “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelas dimensões das Equipas de Enfermagem que gerem”.

*Tabela 6 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelas dimensões das Equipas de Enfermagem que gerem*

| Dimensão Equipa Enfermagem | n  | %     |
|----------------------------|----|-------|
| ≤ 9 Enfermeiros            | 8  | 10,80 |
| 10-19 Enfermeiros          | 15 | 20,30 |
| 20 a 29 Enfermeiros        | 28 | 37,80 |
| ≥ 30 Enfermeiros           | 23 | 31,10 |

As variáveis “Formação em Gestão” e “Formação em IE” são por nós consideradas como sendo variáveis imprescindíveis na caracterização socioprofissional dos Enfermeiros Gestores que participaram neste Estudo e permitem-nos obter dados que consideramos relevantes no desenvolvimento do Estudo III desta investigação.

Através da análise da Tabela 7, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores por possuírem ou não possuírem formação em IE e Gestão” verificámos que 87,70% dos Enfermeiros Gestores possuem formação em Gestão em contraste com os 89,00% dos Enfermeiros Gestores que não possuem formação em IE.

*Tabela 7 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores por possuírem ou não possuírem formação em IE e Gestão*

| Formação      | Sim |       | Não |       |
|---------------|-----|-------|-----|-------|
|               | n   | %     | n   | %     |
| <b>Gestão</b> | 64  | 87,70 | 9   | 12,30 |
| <b>IE</b>     | 8   | 11    | 65  | 89    |

Relativamente aos contextos em que realizaram formação em Gestão e em IE existe uma diversidade de respostas que agrupámos, de acordo com o seu conteúdo, em diferentes categorias.

No que diz respeito à formação em gestão, obtivemos 5 categorias: Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem (CASE); Curso de Estudos Superiores Especializados (CESE); Mestrado em Gestão e Economia da Saúde; Mestrado em Enfermagem; Pós-graduação em “Gestão de Serviços de Saúde”.

Ao analisarmos a Tabela 8, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram” verificámos que a sua maioria (28,10%) obteve a formação em gestão na frequência dos Cursos de Especialização em Enfermagem, seguindo-se os CASE e a Pós-graduação “Gestão de Serviços de Saúde” com

igual percentagem (23,40%), posteriormente e por ordem decrescente surgem o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, CESE e Mestrado em Enfermagem. Destacamos ainda que esta formação foi adquirida, na sua maioria, entre os anos 1990 e 2000.

*Tabela 8 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram*

| <b>Formação em Gestão</b>                     | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------|----------|----------|
| CASE                                          | 15       | 23,40    |
| CESE                                          | 6        | 9,40     |
| Mestrado em Gestão e Economia da Saúde        | 9        | 14,10    |
| Mestrado em Enfermagem                        | 1        | 1,60     |
| Pós - graduação “Gestão de Serviços de Saúde” | 15       | 23,40    |
| Curso de Especialização em Enfermagem         | 18       | 28,10    |
| Total                                         | 64       | 100,00   |

De igual modo, no que diz respeito à formação em IE, obtivemos 5 categorias: Autoformação; Seminários; Mestrado em Gestão e Economia da Saúde; Mestrado em Enfermagem; Pós-graduação “Gestão de Recursos humanos”. No âmbito académico, salienta-se a aquisição de formação em IE pelos Enfermeiros Gestores no Mestrado em Gestão e Economia da Saúde (37,5%), seguindo-se o Mestrado em Enfermagem e a Pós graduação em “Gestão de Recursos humanos” (12,5% cada), conforme se confirma na análise da Tabela 9, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE pelo tipo de formação que realizaram”.

*Tabela 9 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE pelo tipo de formação que realizaram*

| <b>Formação IE</b>                           | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------------------|----------|----------|
| Autoformação                                 | 2        | 25,00    |
| Seminários                                   | 1        | 12,50    |
| Mestrado em gestão e economia da saúde       | 3        | 37,50    |
| Mestrado em enfermagem                       | 1        | 12,50    |
| Pós - graduação “Gestão de Recursos Humanos” | 1        | 12,50    |
| Total                                        | 8        | 100,00   |

# • TMMS

A TMMS utilizada como instrumento único na avaliação da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC ao longo desta investigação permitiu-nos obter resultados que passamos a apresentar.

Numa perspetiva global a Tabela 10, “Resultados da aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC” pretende mostrar os valores obtidos em cada subescala (Atenção, Clareza e Reparação) e a IE global na amostra deste Estudo. A subescala “Atenção” apresentou uma maior oscilação nos resultados, tendo um valor mínimo de 1,88 e um valor máximo de 4,75 e um dp de 0,65. As subescalas Clareza e Reparação apresentam ambas valores máximos de 5,0 e com valores mínimos de 2,50 e 2,88 respetivamente. Os valores relativamente à IE obtidos apresentam um mínimo de 2,75, um máximo de 4,50, com um valor médio de 3,79 e um dp 0,387.

*Tabela 10 - Resultados da aplicação do TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC*

|           | Mínimo | Máximo | Media | dp   |
|-----------|--------|--------|-------|------|
| Atenção   | 1,88   | 4,75   | 3,67  | 0,65 |
| Clareza   | 2,50   | 5,00   | 3,97  | 0,50 |
| Reparação | 2,88   | 5,00   | 4,22  | 0,52 |
| IE        | 2,75   | 4,50   | 3,79  | 0,38 |

Procedeu-se à análise de consistência interna da TMMS através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Foram incluídos todos os itens referentes a cada uma das dimensões definidas. O valor alfa da escala global TMMS obtido foi 0,847, não beneficiando com a retirada de nenhum item e permitindo a sua utilização na continuação do estudo.

Pela análise da Tabela 11, “Resultados da aplicação do TMMS conforme o sexo dos Enfermeiros Gestores” salienta-se que os valores obtidos (mínimos e máximos) nas subescalas Atenção e Clareza pelos Enfermeiros Gestores do sexo masculino são ligeiramente superiores aos obtidos pelas Enfermeiras Gestoras. Na subescala Reparação, os valores obtidos pelas Enfermeiras Gestoras são superiores aos obtidos pelos Enfermeiros Gestores. O valor médio obtido pelos Enfermeiros Gestores do sexo masculino na escala IE é superior ao valor médio obtido pelo sexo feminino.

*Tabela 11 - Resultados da aplicação do TMMS conforme o sexo dos Enfermeiros Gestores*

| IE        | Masculino |      |       |      | Feminino |      |       |      |
|-----------|-----------|------|-------|------|----------|------|-------|------|
|           | Min       | Max  | Media | dp   | Min      | Max  | Media | dp   |
| Atenção   | 2,88      | 4,75 | 3,91  | 0,58 | 1,88     | 4,63 | 3,54  | 0,68 |
| Clareza   | 3,00      | 4,88 | 3,97  | 0,51 | 2,50     | 5,00 | 3,95  | 0,51 |
| Reparação | 2,88      | 4,88 | 4,10  | 0,64 | 3,00     | 5,00 | 4,26  | 0,48 |
| IE        | 3,17      | 4,50 | 3,85  | 0,40 | 2,75     | 4,46 | 3,75  | 0,38 |

Com o intuito de avaliar se o tempo na categoria/cargo/função interfere na IE percebida pelos Enfermeiros Gestores optámos por agrupar os Enfermeiros Gestores em dois grupos: “até 9 Anos na função”; “ $\geq 10$  Anos na função”. Na Tabela 12, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo na categoria/cargo/função” observámos que 56,80% dos Enfermeiros Gestores possuem mais de 9 anos na categoria/cargo/função e 43,20% possuem até 9 anos na função.

*Tabela 12 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo tempo na Categoria/cargo/função (agrupados)*

| Tempo na categoria/cargo/função | n  | %     |
|---------------------------------|----|-------|
| Até 9 anos                      | 32 | 43,20 |
| $\geq 10$ Anos                  | 42 | 56,80 |

Ao analisarmos os resultados obtidos na TMMS tendo em consideração o tempo na função agrupado nestes dois grupos, Tabela 13, verificámos existir um maior valor médio da IE percebida nos Enfermeiros Gestores do CHUC com mais de 10 anos na função (3,84), o que também se verifica nos valores médios das três subescalas.

*Tabela 13 - Resultados da aplicação do TMMS distribuídos pelo tempo na categoria/cargo/função*

| IE        | $\leq 9$ Anos (n=32) |      |       |      | $\geq 10$ Anos (n=42) |      |       |      |
|-----------|----------------------|------|-------|------|-----------------------|------|-------|------|
|           | Min                  | Max  | Media | dp   | Min                   | Max  | Media | dp   |
| Atenção   | 2,25                 | 4,50 | 3,59  | 0,59 | 2,50                  | 4,75 | 3,75  | 0,65 |
| Clareza   | 3,00                 | 5,00 | 3,92  | 0,50 | 2,50                  | 4,88 | 4,01  | 0,52 |
| Reparação | 2,88                 | 5,00 | 4,18  | 0,62 | 3,00                  | 5,00 | 4,28  | 0,43 |
| IE        | 2,75                 | 4,50 | 3,73  | 0,39 | 2,88                  | 4,42 | 3,84  | 0,38 |



Os resultados que a Tabela 14, “Valores da TMMS de acordo com o facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em Gestão” nos fornece dizem respeito aos valores obtidos na aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores relacionados com o facto de possuírem ou não possuírem formação em Gestão. A análise das diferenças fazem-se numa perspetiva unicamente dos valores médios uma vez que a diferença no tamanho das amostras não permite adequada comparação. Neste prisma, verifica-se que o valor médio da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores não aumentou pelo facto destes possuírem formação em Gestão verificando-se, pelo contrário, uma diminuição no valor médio da subescala Atenção (3,65) e na subescala Reparação (4,18). A subescala Clareza apresentou uma ligeira subida no valor médio (3,99).

*Tabela 14 - Valores da TMMS de acordo com o facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em Gestão*

| IE               | Sim (n=65) |      |       |       | Não (n=9) |      |       |       |
|------------------|------------|------|-------|-------|-----------|------|-------|-------|
|                  | Min        | Max  | Media | dp    | Min       | Max  | Media | dp    |
| <b>Atenção</b>   | 1,88       | 4,75 | 3,65  | 0,65  | 3,00      | 4,63 | 3,86  | 0,64  |
| <b>Clareza</b>   | 2,50       | 5,00 | 3,99  | 0,50  | 3,13      | 4,50 | 3,88  | 0,56  |
| <b>Reparação</b> | 2,88       | 5,00 | 4,18  | 0,542 | 3,63      | 5,00 | 4,40  | 0,408 |
| <b>IE</b>        | 2,75       | 4,50 | 3,78  | 0,386 | 3,50      | 4,46 | 3,89  | 0,416 |

Por último, ao analisarmos a Tabela 15, “Valores da TMMS relativamente ao facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE” verificámos que os valores médios nas subescalas Atenção e Clareza são ligeiramente superiores nos Enfermeiros Gestores que realizaram formação em IE (3,75 e 4,03 respetivamente), mas na subescala Reparação existe uma ligeira diminuição do valor médio (4,18). Na escala global de IE, o valor médio nos Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE é ligeiramente inferior ao valor médio obtido nos Enfermeiros Gestores que não possuem formação em IE (3,77/3,80). Salientamos que a análise das diferenças se fazem numa perspetiva unicamente dos valores médios, uma vez que a diferença no tamanho das subamostras não permite a realização de testes de inferência.

*Tabela 15 - Valores da TMMS relativamente ao facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE*

| IE        | Sim (n=8) |      |       |      | Não (n=66) |      |       |      |
|-----------|-----------|------|-------|------|------------|------|-------|------|
|           | Min       | Max  | Media | dp   | Min        | Max  | Media | dp   |
| Atenção   | 2,25      | 4,63 | 3,75  | 0,79 | 1,88       | 4,75 | 3,67  | 0,64 |
| Clareza   | 3,13      | 4,75 | 4,03  | 0,58 | 2,50       | 5,00 | 3,97  | 0,49 |
| Reparação | 3,00      | 4,88 | 4,18  | 0,71 | 2,88       | 5,00 | 4,23  | 0,51 |
| IE        | 2,75      | 4,25 | 3,77  | 0,54 | 2,88       | 4,50 | 3,80  | 0,37 |

- IQVT (importância/frequência)

A leitura do Quadro 7 “Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT”, permite constatar que as médias obtidas na “QVT/Importância” são mais elevadas que as médias obtidas na “QVT/Frequência”. A média mais elevada na “QVT/Importância” corresponde à dimensão “Equilíbrio, trabalho/família” com 5,41 e a mais baixa corresponde à dimensão “Carreira, promoção e reconhecimento” com 5,20. Na “QVT/Frequência” a média mais elevada corresponde à dimensão “Caraterísticas do trabalho/emprego e formação” com 4,53 e a média mais baixa corresponde à dimensão “Condições de trabalho” com 3,72, seguindo-se a dimensão “Relações sociais e justiça no trabalho” com 3,73.

Pela análise de amplitude verifica-se que na “QVT/Importância” os valores tendem a aproximar-se mais dos valores máximos e o desvio padrão mantém valores aproximados. Na “QVT/Frequência” os valores tendem a distribuir-se entre os extremos, verificando-se um aumento dos valores apresentados no desvio padrão. No total da escala a “QVT/Importância” apresenta uma menor amplitude de valores, uma média mais elevada e um desvio padrão mais baixo do que a “QVT/Frequência”.

Quadro 7 - Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT

| Dimensões da QVT                              | Importância |        |       |               | Frequência |        |       |               |
|-----------------------------------------------|-------------|--------|-------|---------------|------------|--------|-------|---------------|
|                                               | Mínimo      | Máximo | Média | Desvio padrão | Mínimo     | Máximo | Média | Desvio padrão |
| Caraterísticas do trabalho/emprego e formação | 3,80        | 6,00   | 5,40  | 0,51          | 2,20       | 5,80   | 4,53  | 0,79          |
| Carreira, promoção e reconhecimento           | 3,80        | 6,00   | 5,20  | 0,57          | 2,00       | 5,70   | 4,19  | 0,88          |
| Relações sociais e justiça no Trabalho        | 3,90        | 6,00   | 5,38  | 0,55          | 1,80       | 5,60   | 3,73  | 0,87          |
| Equilíbrio trabalho/família                   | 3,70        | 6,00   | 5,41  | 0,55          | 2,40       | 5,60   | 4,38  | 0,78          |
| Trabalho e lazer                              | 3,30        | 6,00   | 5,39  | 0,59          | 2,00       | 5,90   | 4,17  | 0,83          |
| Condições de Trabalho                         | 3,60        | 6,00   | 5,40  | 0,59          | 1,10       | 6,00   | 3,72  | 1,09          |
| Total da escala                               | 3,87        | 6,00   | 5,37  | 0,52          | 2,50       | 5,22   | 4,14  | 0,68          |

A análise dos alfa de Cronbach das escalas “QVT/Importância” e “QVT/Frequência”, Quadro 8, permite constatar que quer para a importância quer para a frequência se obtiveram resultados bastante satisfatórios, não beneficiando com a retirada de itens e que suportam estas escalas do ponto de vista de consistência interna, permitindo a sua utilização na continuação desta investigação.

Quadro 8 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas

*QVT-importância e QVT-frequência*

| Escala          | Alfa de Cronbach |
|-----------------|------------------|
| QVT-importância | 0,973            |
| QVT-frequência  | 0,956            |

Ao analisarmos o Quadro 9 “Médias e desvio padrão da QVT obtidas relativamente ao sexo, tempo na função, formação em Gestão e formação em IE” verificámos que as médias obtidas nas Escalas “QVT/Importância” e “QVT/Frequência” são semelhantes em ambos os sexos, não se verificando também alterações significativas nas diferentes dimensões. Analogamente, os valores médios obtidos em relação ao tempo na função nas duas escalas e

nas diferentes dimensões em relação à QVT não apresentam variações que justifiquem a nossa análise. Relativamente à formação em gestão verifica-se que os Enfermeiros Gestores que não possuem esta formação apresentam valores médios mais elevados em todas as dimensões da “QVT/Importância” do que aqueles que possuem formação em gestão. Na “QVT total/Importância” o desvio padrão também diminui nos Enfermeiros Gestores que não possuem formação em gestão. Por último, os Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE apresentam valores médios mais elevados na “QVT/Importância” relativamente aos que não possuem esta formação, verificando-se este aumento em todas as dimensões da QVT.

*Quadro 9 - Médias e desvio padrão da QVT obtidas relativamente ao sexo, tempo na função, formação em Gestão e formação em IE*

| QVT                                                         | Sexo         |              | Tempo na função |              | Formação em Gestão |              | Formação em IE |              |
|-------------------------------------------------------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|--------------------|--------------|----------------|--------------|
|                                                             | Feminino     | Masculino    | Até 9 Anos      | ≥10 Anos     | Sim                | Não          | Sim            | Não          |
| Caraterísticas do trabalho/emprego e formação - Importância | 5,42<br>0,47 | 5,34<br>0,59 | 5,40<br>0,48    | 5,37<br>0,55 | 5,37<br>0,53       | 5,63<br>0,37 | 5,47<br>0,38   | 5,39<br>0,53 |
| Caraterísticas do trabalho/emprego e formação - Frequência  | 4,46<br>0,84 | 4,66<br>0,76 | 4,58<br>0,68    | 4,49<br>0,90 | 4,51<br>0,79       | 4,71<br>0,87 | 4,36<br>0,70   | 4,54<br>0,81 |
| Carreira, promoção e reconhecimento - Importância           | 5,18<br>0,55 | 5,26<br>0,56 | 5,24<br>0,47    | 5,16<br>0,64 | 5,16<br>0,56       | 5,58<br>0,54 | 5,45<br>0,33   | 5,18<br>0,58 |
| Carreira, promoção e reconhecimento - Frequência            | 4,16<br>0,88 | 4,27<br>0,87 | 4,18<br>0,86    | 4,19<br>0,93 | 4,16<br>0,80       | 4,36<br>0,87 | 4,21<br>1,13   | 4,19<br>0,86 |
| Relações sociais e justiça no Trabalho - Importância        | 5,39<br>0,54 | 5,36<br>0,56 | 5,40<br>0,50    | 5,36<br>0,60 | 5,33<br>0,55       | 5,75<br>0,28 | 5,48<br>0,50   | 5,37<br>0,56 |
| Relações sociais e justiça no Trabalho - Frequência         | 3,65<br>0,84 | 3,94<br>0,98 | 3,64<br>0,90    | 3,78<br>0,87 | 3,71<br>0,87       | 3,85<br>1,01 | 3,78<br>0,99   | 3,73<br>0,87 |
| Equilíbrio trabalho/família - Importância                   | 5,44<br>0,55 | 5,34<br>0,52 | 5,39<br>0,49    | 5,40<br>0,60 | 5,37<br>0,55       | 5,73<br>0,42 | 5,60<br>0,36   | 5,40<br>0,56 |
| Equilíbrio trabalho/família - Frequência                    | 4,37<br>0,78 | 4,45<br>0,78 | 4,33<br>0,82    | 4,44<br>0,76 | 4,35<br>0,76       | 4,63<br>0,90 | 4,81<br>0,58   | 4,33<br>0,79 |
| Trabalho e lazer - Importância                              | 5,40<br>0,60 | 5,38<br>0,55 | 5,39<br>0,51    | 5,39<br>0,67 | 5,33<br>0,60       | 5,75<br>0,34 | 5,46<br>0,45   | 5,38<br>0,61 |
| Trabalho e lazer - Frequência                               | 4,20<br>0,76 | 4,19<br>0,93 | 4,18<br>0,83    | 4,23<br>0,82 | 4,14<br>0,84       | 4,43<br>0,83 | 4,55<br>0,20   | 4,12<br>0,88 |
| Condições de Trabalho - Importância                         | 5,41<br>0,61 | 5,35<br>0,51 | 5,43<br>0,54    | 5,37<br>0,65 | 5,36<br>0,60       | 5,67<br>0,47 | 5,41<br>0,42   | 5,40<br>0,61 |
| Condições de Trabalho - Frequência                          | 3,68<br>1,19 | 3,77<br>0,97 | 3,71<br>1,05    | 3,73<br>1,16 | 3,73<br>1,09       | 3,60<br>1,23 | 4,26<br>0,68   | 3,65<br>1,13 |
| Total Importância                                           | 5,40<br>0,51 | 5,33<br>0,51 | 5,43<br>0,40    | 5,31<br>0,61 | 5,32<br>0,52       | 5,72<br>0,34 | 5,49<br>0,39   | 5,36<br>0,53 |
| Total Frequência                                            | 5,15<br>0,66 | 4,18<br>0,74 | 4,14<br>0,73    | 4,15<br>0,66 | 4,13<br>0,68       | 4,21<br>0,81 | 4,18<br>0,66   | 4,14<br>0,69 |

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a “QVT/Importância” verificámos pela análise do Quadro 10, “Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT/Importância” que a dimensão “Atenção” da IE se relaciona significativamente com a importância atribuída pelos Enfermeiros Gestores na QVT nas seguintes dimensões: “Caraterísticas trabalho emprego e formação” ( $r=0,243; p=0,046$ ); “Relações sociais e Justiça no trabalho” ( $r=0,258; p=0,028$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,272; p=0,022$ ) e na “QVT/Importância” ( $r=0,270; p=0,035$ ). Encontrámos ainda relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Reparação” da IE e as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação” ( $r=0,318; p=0,009$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,274; p=0,021$ ); “Trabalho e lazer” ( $r=0,287; p=0,017$ ) “Condições de trabalho” ( $r=0,286; p=0,016$ ) e na “QVT/Importância” ( $r=0,304; p=0,017$ ).

Confirmámos ainda haver uma relação estatisticamente significativa entre a “IE total” e as dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r=0,243; p=0,048$ ); “Relações sociais e justiça no Trabalho” ( $p=0,008$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,333; p=0,006$ ); “Trabalho e lazer” ( $r=0,261; p=0,035$ ); “Condições de trabalho” ( $r=0,292; p=0,016$ ) e na “QVT/Importância” ( $r=0,347; p=0,008$ ).

Quadro 10 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT - Importância

| Inteligência Emocional |   | Carat. Trabalho Emprego Formação | Carreira, promoção e reconhecimento | Relações sociais e justiça no Trabalho | Equilíbrio trabalho/família | Trabalho e lazer | Condições de Trabalho | QVT Import. Total |
|------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| Atenção                | r | 0,243                            | 0,213                               | 0,258                                  | 0,272                       | 0,190            | 0,210                 | 0,270             |
|                        | p | 0,046                            | 0,075                               | 0,028                                  | 0,022                       | 0,116            | 0,079                 | 0,035             |
| Clareza                | r | 0,200                            | 0,080                               | 0,201                                  | 0,071                       | 0,127            | 0,184                 | 0,184             |
|                        | p | 0,104                            | 0,509                               | 0,090                                  | 0,097                       | 0,564            | 0,293                 | 0,160             |
| Reparação              | r | 0,318                            | 0,184                               | 0,169                                  | 0,274                       | 0,287            | 0,286                 | 0,304             |
|                        | p | 0,009                            | 0,128                               | 0,155                                  | 0,021                       | 0,017            | 0,016                 | 0,017             |
| IE total               | r | 0,350                            | 0,243                               | 0,316                                  | 0,333                       | 0,261            | 0,292                 | 0,347             |
|                        | p | 0,005                            | 0,048                               | 0,008                                  | 0,006                       | 0,035            | 0,016                 | 0,008             |

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a “QVT/Frequência”, através da análise do Quadro 11 “Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT/Frequência” que a dimensão “Atenção” da IE se relaciona significativamente com a “QVT/Frequência dos Enfermeiros Gestores nas seguintes

dimensões: “Caraterísticas trabalho emprego e formação” ( $r=0,340;p=0,006$ ); “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r=0,304;p=0,013$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,245;p=0,042$ ); “Condições de trabalho” ( $r=0,315;p=0,008$ ) e na “QVT/Frequência total” ( $r=0,296;p=0,025$ ). Encontrámos ainda relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Reparação” da IE e as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação” ( $r=0,389;p=0,002$ ); “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r=0,324;p=0,007$ ); “Relações sociais e justiça no Trabalho” ( $r=0,277;p=0,020$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,307;p=0,010$ ) e na “QVT/Frequência” ( $r=0,334;p=0,011$ ).

Confirmámos também a existência de relação estatisticamente significativa entre a IE total e as dimensões: “Caraterísticas. Trabalho, Emprego e Formação” ( $r=0,425;p=0,001$ ); “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r=0,347;p=0,005$ ); “Relações sociais e justiça no Trabalho” ( $r=0,321;p=0,008$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,303;p=0,014$ ); “Trabalho e lazer” ( $r=0,274;p=0,026$ ); “Condições de trabalho” ( $r=0,258;p=0,037$ ) e na “QVT/Frequência” ( $r=0,390;p=0,004$ ).

Quadro 11 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT-frequência

| Inteligência Emocional |   | Carat. Trabalho Emprego Formação | Carreira, promoção e reconhecimento | Relações sociais e justiça no Trabalho | Equilíbrio trabalho/família | Trabalho e lazer | Condições de Trabalho | QVT Frequência Total |
|------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| Atenção                | r | 0,340                            | 0,304                               | 0,203                                  | 0,245                       | 0,170            | 0,315                 | 0,296                |
|                        | p | 0,006                            | 0,013                               | 0,089                                  | 0,042                       | 0,159            | 0,008                 | 0,025                |
| Clareza                | r | 0,134                            | 0,086                               | 0,137                                  | 0,096                       | 0,130            | 0,086                 | 0,164                |
|                        | p | 0,299                            | 0,493                               | 0,258                                  | 0,437                       | 0,289            | 0,486                 | 0,227                |
| Reparação              | r | 0,389                            | 0,324                               | 0,277                                  | 0,307                       | 0,210            | 0,120                 | 0,334                |
|                        | p | 0,002                            | 0,007                               | 0,020                                  | 0,010                       | 0,083            | 0,326                 | 0,011                |
| IE total               | r | 0,425                            | 0,347                               | 0,321                                  | 0,303                       | 0,274            | 0,258                 | 0,390                |
|                        | p | 0,001                            | 0,005                               | 0,008                                  | 0,014                       | 0,026            | 0,037                 | 0,004                |

- ISP (frequência/intensidade)

A aplicação do Inventário de Stresse Profissional aos Enfermeiros Gestores permitiu-nos a obtenção de resultados relativamente à subescala ISP - Frequência, à subescala ISP - intensidade e ao ISP - Índice total.

Pela análise do Quadro 12 “Amplitude, média e desvio padrão do Stresse Profissional” verificamos que relativamente ao “ISP/Frequência” obtivemos 1,23 como valor mínimo, 7,90

como valor máximo, um valor médio de 4,35 e um desvio padrão de 1,45. No que concerne ao “ISP/Intensidade” obtivemos um valor mínimo de 1,87, um valor máximo de 7,87 e uma média de 4,22 com um desvio padrão de 1,40.

Por último e relativamente ao “ISP/Índice total” o valor mínimo obtido foi 2,30, o valor máximo foi 62,17, com uma média de 19,66 e um desvio padrão de 12,30.

*Quadro 12 - Amplitude, média e desvio padrão do Stresse Profissional*

| Stresse Profissional | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|----------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Frequência           | 1,23   | 7,90   | 4,35  | 1,45          |
| Intensidade          | 1,87   | 7,87   | 4,22  | 1,40          |
| Índice Total         | 2,30   | 62,17  | 19,66 | 12,30         |

Ao analisarmos o Quadro 13 “Amplitude, média e desvio padrão do ISP relativamente ao sexo, tempo na função, formação em gestão e formação em IE” verificámos que relativamente ao “sexo” as amplitudes obtidas nas escalas ISP/F, ISP/I e ISP/Índice total são superiores no sexo masculino às obtidas no sexo feminino. As médias também apresentam valores superiores no sexo masculino, respetivamente: 4,43; 4,49 e 22,55. Verifica-se ainda que nas três escalas o desvio padrão é superior no sexo masculino, respetivamente: 1,27/1,75; 1,16/1,74; 9,52/15,76.

Os dados obtidos na aplicação do ISP mostram-nos que existem diferenças significativas nas amplitudes das subescalas em relação ao tempo na função. O subgrupo “ $\geq 10$  anos” apresenta valores mínimos inferiores ao subgrupo “até 9 anos” e valores máximos superiores. No entanto os valores médios e os desvios padrão são semelhantes em ambos os subgrupos.

Ao analisarmos o Quadro 13 tendo como enfoque a “Formação em Gestão”, verificamos que as amplitudes de valores obtidos nas três subescalas são superiores no grupo que possui formação em gestão, em detrimento do grupo que não possui esta formação. Os valores médios são mais altos no primeiro grupo (ISP/F - 4,35; ISP/I - 4,23 e ISP/IT - 19,83). Já relativamente ao desvio padrão, o grupo que possui formação em gestão apresenta um valor mais elevado na subescala ISP/F (1,487) mas o grupo que não possui formação em gestão apresenta desvios padrão mais elevados nas subescalas ISP/I e ISP/IT respetivamente 1,64 e 14,04.

Tendo em consideração os “Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE” verificámos existirem nas três subescalas maiores amplitudes de valores no grupo que não possui formação em IE. As médias obtidas nas subescalas ISP/F, ISP/I e ISP/IT são



superiores no grupo de “Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE” respectivamente: 4,84; 5,26; 25,74. Neste grupo de Enfermeiros Gestores, os valores do desvio padrão é inferior nas três subescalas (0,85/1,50; 0,82/1,41; 5,33/12,70).

*Quadro 13 - Amplitude, média e desvio padrão do ISP relativamente ao sexo, tempo na função, formação em gestão e formação em IE*

| ISP          |        | Sexo   |         | Tempo na função |          | Formação em Gestão |       | Formação em IE |       |
|--------------|--------|--------|---------|-----------------|----------|--------------------|-------|----------------|-------|
|              |        | Femin. | Mascul. | Até 9 Anos      | ≥10 Anos | Sim                | Não   | Sim            | Não   |
| Frequência   | Mínimo | 1,83   | 1,23    | 1,83            | 1,23     | 1,23               | 2,67  | 3,40           | 1,23  |
|              | Máximo | 6,27   | 7,90    | 6,83            | 7,90     | 7,90               | 6,27  | 6,03           | 7,90  |
|              | Média  | 4,28   | 4,43    | 4,34            | 4,33     | 4,35               | 4,32  | 4,84           | 4,29  |
|              | dp     | 1,27   | 1,75    | 1,46            | 1,49     | 1,48               | 1,26  | 0,85           | 1,50  |
| Intensidade  | Mínimo | 2,03   | 1,87    | 2,03            | 1,87     | 1,87               | 2,60  | 4,40           | 1,87  |
|              | Máximo | 6,70   | 7,87    | 6,97            | 7,87     | 7,87               | 6,70  | 6,60           | 7,87  |
|              | Média  | 3,98   | 4,49    | 4,16            | 4,15     | 4,23               | 4,03  | 5,26           | 4,10  |
|              | dp     | 1,16   | 1,74    | 1,41            | 1,43     | 1,40               | 1,64  | 0,82           | 1,41  |
| Índice Total | Mínimo | 4,26   | 2,30    | 3,90            | 2,30     | 2,30               | 7,29  | 21,69          | 2,30  |
|              | Máximo | 42,01  | 62,17   | 47,61           | 62,17    | 62,17              | 42,01 | 34,55          | 62,17 |
|              | Média  | 17,68  | 22,55   | 19,67           | 19,37    | 19,83              | 17,87 | 25,74          | 18,96 |
|              | dp     | 9,52   | 15,76   | 11,20           | 13,46    | 12,26              | 14,04 | 5,33           | 12,70 |

A análise dos alfa de Cronbach das escalas “ISP/Intensidade” e “ISP/Frequência” apresentados no Quadro 14 permite constatar que quer para a intensidade quer para a frequência se obtiveram resultados de alfa de Cronbach que suportam estas escalas do ponto de vista de consistência interna, não beneficiando com a retirada de nenhum item, o que permite a sua utilização na continuação desta investigação.

*Quadro 14 - Consistência interna (alfa de Cronbach) das escalas ISP-intensidade e ISP-frequência*

| Escala          | Alfa de Cronbach |
|-----------------|------------------|
| ISP-intensidade | 0,931            |
| ISP-frequência  | 0,899            |

Ao analisarmos o Quadro 15, “Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e ISP” verificarmos que nenhuma correlação é significativa entre a IE nas suas

dimensões (atenção, clareza e reparação) e IE total com as subescalas do ISP (ISP/F, ISP/I e ISP/IT). Ainda assim é interessante verificarmos os valores negativos existentes, o que nos leva a deduzir que valores mais elevados na dimensão “Clareza” traduzem valores mais baixos no ISP/I e ISP/IT. Igualmente, em relação à dimensão “Reparação” verifica-se que a obtenção de valores mais elevados levam à obtenção de valores mais baixos nas subescalas ISP/F, ISP/I e ISP/IT, o mesmo se verificando com a IE total.

*Quadro 15 - Correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e ISP*

| Inteligência Emocional |   | ISP Frequência | ISP Intensidade | ISP Índice Total |
|------------------------|---|----------------|-----------------|------------------|
| Atenção                | r | 0,054          | 0,056           | 0,066            |
|                        | p | 0,669          | 0,678           | 0,627            |
| Clareza                | r | 0,007          | -0,125          | -0,095           |
|                        | p | 0,959          | 0,354           | 0,487            |
| Reparação              | r | -0,044         | -0,152          | -0,0119          |
|                        | p | 0,730          | 0,249           | 0,372            |
| IE total               | r | -0,009         | -0,121          | -0,088           |
|                        | p | 0,942          | 0,374           | 0,523            |

### 3 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O estudo que apresentámos contou com a participação de 74 Enfermeiros Gestores do Cento Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, inseridos numa população de 102 Enfermeiros Gestores. Segundo a Ordem dos Enfermeiros portugueses, em finais de dezembro de 2014 existiam em Portugal 1239 Enfermeiros Gestores, o que evidencia a necessidade da realização deste tipo de investigação.

Na análise que realizámos relativamente aos dados socioprofissionais, verificámos que relativamente ao “sexo” dos Enfermeiros Gestores que participaram neste estudo, 67,10% são do sexo feminino e 32,90% do sexo masculino, facto que não nos surpreende ao verificarmos igualmente que nos dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros 81,80% dos Enfermeiros portugueses são do sexo feminino e 18,20% são do sexo masculino.

Também verificámos que 88,50% dos Enfermeiros Gestores vivem “acompanhados” em oposição a 11,50% dos Enfermeiros Gestores que vivem “sós”.

Na nossa investigação 70,30% dos Enfermeiros Gestores pertencem ao grupo etário dos “50-59 Anos”, não sendo absolutamente sobreponível aos dados da Ordem dos Enfermeiros onde só 12,15 % dos Enfermeiros pertencem a este grupo etário. Tal situação é compreensível, uma vez que para ser Enfermeiro Gestor é necessário possuir a licenciatura em Enfermagem, acrescido do curso de especialização em Enfermagem e normalmente acrescido de competências adquiridas em gestão.

Ainda pela análise dos dados socioprofissionais da nossa amostra constatámos que a maioria dos Enfermeiros Gestores (55,40%) possuem mais de 30 anos de exercício profissional, mas já relativamente ao tempo na categoria/cargo/função 40,50% dos Enfermeiros Gestores têm “≤ 9 anos” e 59,50% possuem entre “10 a 19 Anos” (45,90%). O grupo etário dos Enfermeiros Gestores e o seu elevado tempo de exercício profissional prende-se, na nossa opinião, com a estruturação da Carreira de Enfermagem até setembro de 2009 por níveis e categorias, de acordo com o Decreto-Lei nº 412/98, de 30 de dezembro e a dificuldade das organizações de saúde em colocarem em prática o decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro que estabelece somente duas categorias na Carreira de Enfermagem: a categoria de Enfermeiro e a categoria de Enfermeiro Principal, onde se insere o Enfermeiro Gestor.

Apurámos que as Equipas de Enfermagem geridas por estes Enfermeiros Gestores são maioritariamente Equipas com mais de 20 Enfermeiros (68,90%). Este facto deve-se à estrutura das Unidades de Cuidados do CHUC, à tentativa de uniformização da lotação destas Unidades (especialmente no Polo HUC) e à utilização pela Direção de Enfermagem da Circular Normativa 1/2006 do Ministério da Saúde para as dotações seguras das Equipas de Enfermagem, tendo por base a lotação de serviços, a taxa de ocupação e o número de horas de cuidados de enfermagem necessários por dia e os dias de internamento/ano.

Realçamos o facto de 87,70% dos Enfermeiros Gestores possuírem formação em Gestão. Conforme expusemos anteriormente, desde Florence Nightingale, a partir de meados do século XIX, tem-se vindo a demonstrar a necessidade da Enfermagem assumir um papel preponderante na gestão das Organizações de Saúde. Em Portugal, no ano de 1901, surge em Lisboa o primeiro Curso completo de Enfermagem que para além do curso ordinário de Enfermagem acumulava a formação em Economia Hospitalar, Escrituração de Enfermaria e regime de Serviços e Doentes Hospitalares.

A necessidade sentida pelos Enfermeiros de conhecimentos em gestão para o seu desempenho profissional, a evolução da Carreira de Enfermagem, a sua estruturação por níveis e categorias e a forma como atingiam estas categorias (concursos públicos a nível nacional)

levaram os Enfermeiros a uma procura incessante de formação em gestão. Ao analisarmos o modo como os Enfermeiros Gestores adquiriram esta formação, os dados que obtivemos permitem-nos referir que foi obtida de forma voluntária e tendo como princípio a necessidade sentida na obtenção de conhecimentos em gestão (salienta-se o CASE, o Mestrado em “Gestão de Serviços de Saúde”, a Pós-graduação em “Gestão de Serviços de Saúde” e os cursos de Especialização em Enfermagem). Salientamos que 23,40% dos Enfermeiros Gestores adquiriram esta formação no CASE, desenvolvidos na década de 90, aspeto relevante tendo em consideração a idade dos Enfermeiros Gestores, o tempo de exercício profissional e o tempo na categoria/cargo/função.

Também em relação à IE verificámos que só 11% dos Enfermeiros Gestores possuem esta formação. Maioritariamente obtiveram-na durante a frequência do Mestrado em “Gestão e Economia da Saúde” e/ou autoformação. Este aspeto preocupa-nos se pensarmos na importância da IE na Enfermagem e na Gestão em Enfermagem, conforme é expresso por McQueen (2004) no estudo *“Emotional intelligence in nursing work”*, de análise de literatura, quando refere que a enfermagem atual exige que os profissionais possuam e desenvolvam habilidades em IE de modo a satisfazer as necessidades dos clientes, de negociarem e obterem cooperação dos restantes elementos da Equipa multidisciplinar. Na opinião desta autora, é fundamental que na sua formação o enfermeiro tome conhecimento da importância e significado da IE na Enfermagem. A ligação entre a inteligência emocional e o desempenho profissional do Enfermeiro torna-se uma área de investigação interessante, onde os potenciais benefícios serão a satisfação do cliente e o envolvimento profissional do Enfermeiro. Apesar de só recentemente o conceito de IE ter aparecido na literatura de enfermagem, o seu valor começa agora a ser reconhecido nos cuidados de saúde, sugerindo-se as vantagens em associar a IE a este tipo de trabalho, o qual exige uma componente emocional aos seus profissionais.

Também Bellack (1999) no seu artigo *“Emotional intelligence: a missing ingredient”* refere que o significado das emoções no trabalho de enfermagem começa a ser progressivamente valorizado, pois embora a enfermagem envolva competências técnicas e cognitivas, aumenta o reconhecimento de que são as competências intra e interpessoais que melhor respondem às complexas exigências dos modernos sistemas de saúde. Pensamos ser pertinente referir que num estudo desenvolvido por Dias (2005) com o título de “Liderança em Enfermagem”, onde aborda o estilo de liderança que permite ao Enfermeiro Gestor otimizar o desempenho, concluiu que o Enfermeiro Gestor que mantém uma elevada consideração pelos

sentimentos e emoções dos enfermeiros, revela ser o mais facilitador da interação do grupo para atingir os objetivos da Unidade de Cuidados.

Relativamente à IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC os valores médios obtidos nas diferentes dimensões e na IE total, através da aplicação da Trait Meta-Mood Scale evidenciam resultados muito positivos, com médias que variam entre 3,67 e 4,22 nas subescalas “Atenção”, “Clareza” e “Reparação” e de 3.79 na escala IE total. Relembramos que os valores que estas escalas permitem obter se encontram numa amplitude de 1,00 e 5,00. Desconhecemos estudos que nos permitam comparar estes valores médios obtidos, no âmbito da profissão de Enfermagem, e com a utilização da TMMS. No entanto, um estudo realizado por Torres (2007) relativamente à IE percebida em praticantes de desporto permitiu-lhe obter valores nas três subescalas compreendidos entre 3,28 e 3,74 o que nos leva a concluir que a nossa amostra de Enfermeiros Gestores apresenta resultados próximos de outros profissionais em que foi investigada a IE percebida.

Por seu lado Queirós (2005) na “Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale” refere que os resultados do teste para amostras independentes demonstraram que existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudantes universitários e o grupo de idosos na subescala de Clareza. Os resultados mostraram que o grupo de universitários obteve níveis mais baixos que os sujeitos com mais de 65 anos. Nas “variáveis critério” não houve diferenças entre a amostra de universitários e de idosos. Também avaliou se as subescalas da TMMS diferiam com respeito ao sexo para cada uma das amostras. O teste t para amostras independentes demonstrou existirem diferenças significativas entre homens e mulheres universitários na subescala de Reparação. Os resultados mostram que os homens obtiveram pontuações mais altas em Reparação que as mulheres. Os resultados do teste t para amostras independentes demonstraram que também existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres idosos na subescala de Reparação. Os resultados revelam novamente que os homens obtiveram pontuações mais altas na subescala “Reparação” do que as mulheres.

No nosso estudo, os resultados obtidos através da aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores e a sua relação com o sexo dos mesmos permitiu-nos verificar que os homens apresentam uma média de IE total superior à das mulheres, o mesmo acontecendo nas subescalas “Atenção” e “Clareza”. No entanto, e contrariamente aos resultados obtidos por Queirós (2005), na subescala “Reparação” as mulheres apresentam uma média superior aos

homens Significa isto que os Enfermeiros, participantes no nosso estudo, acreditam prestar mais atenção aos seus sentimentos e compreender melhor as suas emoções do que as Enfermeiras.

Gartzia et al (2012) num estudo que realizaram sobre a IE e o género concluíram que relativamente à IE avaliada com base em instrumentos de auto percepção e, na impossibilidade de controlar a variável “expressividade da sexualidade”, não obtiveram dados que permitam concluir diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da IE entre homens e mulheres.

Berrocal e Extremera (2003) realizaram um estudo em adolescentes para avaliar a influência do sexo na IE. Este estudo revelou que as adolescentes tendem a focar-se mais nas suas emoções e sentimentos do que os adolescentes. Por outro lado os adolescentes possuem uma maior capacidade para regular os seus estados emocionais negativos possuindo uma melhor saúde mental do que as adolescentes. Também Berrocal (2004) realizou estudos empíricos de forma a avaliar as diferenças na IE entre os sexos, nas diferentes fases de desenvolvimento. Nestes estudos, as mulheres obtiveram pontuações mais elevadas no mal-estar pessoal e na “atenção às emoções e aos sentimentos” do que os homens, verificando-se uma maior propensão para distúrbios de ansiedade e uma pior saúde mental. O mesmo se verifica no estudo realizado por Pérez e Castejón (2005) em estudantes universitários, onde se encontram diferenças significativas nas três dimensões. As mulheres apresentam melhores resultados na dimensão “Atenção” e os homens apresentam melhores resultados na dimensão “Clareza” e “Reparação”. Na opinião destes investigadores podemos ser levados a concluir que as mulheres apresentam, de forma generalizada uma maior atenção aos sentimentos, o que é de extrema importância quando estas diferenças se verificam e são analisadas no ambiente de trabalho.

Pela análise dos resultados obtidos pela TMMS nas duas categorias agrupadas do tempo de exercício profissional na categoria/cargo/função verificámos que nas três dimensões da IE e na “IE total” os Enfermeiros Gestores com “ $\geq 10$  anos na função” apresentam médias mais elevadas.

No estudo realizado por Alves, Ribeiro e Campos (2012) “A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares”, não se verificou correlação entre o tempo na função de gestão e a sua capacidade de IE, contudo, verificaram a existência de diferença estatisticamente significativa, nas capacidades de IE nas diferentes categorias profissionais de Enfermagem. Nesta perspetiva e tendo em consideração a anterior Carreira de Enfermagem e as suas diferentes categorias verificamos que a progressão do Enfermeiro se realizava por

patamares que tinham em consideração o tempo de exercício profissional e a formação profissional adquirida. Assim, os resultados por nós obtidos vão ao encontro dos resultados obtidos por Alves, Ribeiro e Campos (2012).

No entanto, segundo Diogo (2006), o enfermeiro vai desenvolvendo modos de lidar com a experiência emocional no decurso da sua experiência profissional. A própria maturidade constrói-se com a formação específica, experiência e com as vivências que vão servindo de referência a situações posteriores. Nesta amostra, poderá dizer-se que a maturidade, aferida pelo avançar da idade e por experiências mais longas de vida (pessoal e profissional), determina o desenvolvimento das capacidades da IE (nomeadamente da empatia e da gestão de relacionamentos em grupos), contribuindo para que os Enfermeiros Gestores ultrapassem as dificuldades provenientes do seu trabalho.

Vilela (2006) no estudo que realizou “Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida” verificou que na amostra do estudo a idade influencia oito fatores e duas capacidades da IE (empatia e gestão de relacionamentos em grupos), o que pode ser explicado com a ajuda de Goleman (2000) ao referir que ao contrário do QI, que pouco muda após a adolescência, a IE é assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, à medida que aprendemos com as nossas experiências. Este autor utiliza a palavra “maturidade” para definir este crescimento da IE.

Os valores médios obtidos nas subescalas “Atenção” e “Reparação” bem como na IE total são mais baixos nos Enfermeiros Gestores com formação em Gestão do que os que não possuem esta formação, somente a subescala “Clareza” possui um valor médio mais alto nestes Enfermeiros. Tal facto permite-nos deferir que a formação em gestão realizada por estes Enfermeiros Gestores não contemplava ainda nos seus planos curriculares formação em IE. É pertinente referir que a maioria da formação realizada pelos Enfermeiros Gestores foi na sua maioria, de acordo com os dados que recolhemos, realizada no início da década de 90, altura em que a IE ainda não se tinha afirmado perante o QI.

Estes resultados, relativamente ao facto de possuírem ou não possuírem formação e o seu impacto na IE, vêm ao encontro dos resultados obtidos por Costa e Faria (2009) na investigação “A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE)”, onde se obtiveram correlações positivas entre competência emocional e satisfação profissional, maior competência emocional dos enfermeiros com maior experiência profissional e que a frequência de formação contínua não promoveu diferenças nesta competência.

No estudo “Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados”, desenvolvido por Furukawa e Cunha (2011), concluiu-se que 69,2% dos Enfermeiros Gestores vieram de faculdades privadas, possuíam mais de 10 anos de formação e na sua maioria (92,3%) a pós-graduação na área de gestão em saúde. As competências identificadas e mais relevantes na perspectiva dos seus superiores hierárquicos foram a liderança, e o enfoque no cliente e no trabalho em equipa. Este estudo também evidenciou semelhanças no perfil e nas competências dos Enfermeiros Gestores dos hospitais acreditados compatíveis com as expectativas dos seus superiores hierárquicos, que colaboraram na seleção para o cargo e na avaliação do seu desempenho profissional, apontando uma direção aos enfermeiros que desejam seguir e desenvolver a carreira de gestão em Enfermagem ou que desejam mudar essa realidade exposta. Na perspectiva destas autoras, as instituições de ensino deverão utilizar este estudo no desenvolvimento de competências em gestão dos enfermeiros, compatíveis com as exigências do mercado de trabalho, assim como cooperar com as organizações de saúde na procura e desenvolvimento de Enfermeiros Gestores que contribuam para melhorar a qualidade dos serviços prestados aos clientes. Torna-se ainda oportuno, na opinião destas investigadoras, relembrar às organizações de saúde que cada uma deve orientar as competências dos seus Enfermeiros Gestores de acordo com as competências e estratégias organizacionais, refletindo a sua integração nos processos de gestão de recursos humanos no desenvolvimento profissional e proporcionando o crescimento de ambos: organização e colaboradores.

Perante os valores médios obtidos pela TMMS relativamente ao facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE verificámos que os valores médios nas subescalas “Atenção” e “Clareza” são ligeiramente superiores nos Enfermeiros Gestores que realizaram esta formação mas na subescala Reparação existe uma ligeira diminuição do valor médio. Na escala global de IE, o valor médio nos Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE é ligeiramente inferior ao valor médio obtido nos Enfermeiros Gestores que não possuem esta formação. Salientamos que a análise das diferenças se fazem numa perspectiva unicamente dos valores médios uma vez que a diferença no tamanho das subamostras não permite a realização de testes de inferência. McMullen (2003) no seu artigo “*Emotional intelligence*” refere que a inteligência cognitiva, por si só, oferece pouca preparação para lidarmos com as emoções no desempenho das nossas funções. Este artigo, do britânico *Medical Journal* cuja abordagem é dirigida aos médicos, parece ser relevante para os enfermeiros, devido à relação existente entre o enfermeiro e o cliente. Ainda segundo este autor, a IE pode ser desenvolvida através da tomada de consciência desta necessidade e do reforço de comportamentos e controle



das emoções. Este processo pode ser incrementado por iniciativa do próprio indivíduo utilizando meios de fácil acesso tais como a reflexão sobre os seus próprios comportamentos, a troca de opiniões com grupos direcionados para esta temática e a leitura.

Adem (2013) realizou o estudo “Inteligência emocional nos Enfermeiros” numa amostra de Enfermeiros de uma instituição de saúde e concluiu que o género e a categoria profissional influenciam significativamente a empatia, correlacionando-se de forma negativa, o tempo no atual serviço apresenta-se como único preditor válido. A gestão de emoções é influenciada pelo tipo de vínculo contratual e pela ocupação profissional fora da instituição. Concluíram ainda que o desenvolvimento da IE permite aos enfermeiros uma melhor adaptação às mudanças e particularidades e, de igual modo, a adequação de respostas face aos fenómenos emocionais. Os aspetos pessoais e profissionais influenciam a capacidade de lidar com os próprios sentimentos, de os controlar e de compreender as emoções nos outros.

No âmbito da QVT, os Enfermeiros Gestores do nosso estudo apresentam médias mais elevadas na “QVT/Importância” do que na “QVT/Frequência”. A média mais elevada na “QVT/Importância” corresponde à dimensão “Equilíbrio, trabalho/família” e a mais baixa corresponde à dimensão “Carreira, promoção e reconhecimento”. Na “QVT/Frequência” a média mais elevada corresponde à dimensão “Caraterísticas do trabalho/emprego e formação” e a média mais baixa corresponde à dimensão “Condições de trabalho” e à dimensão “Relações sociais e justiça no trabalho”. Na “QVT/Importância” os valores obtidos tendem a aproximar dos valores máximos enquanto na “QVT/Frequência” os valores tendem a distribuir-se entre os extremos.

Na “QVT/Importância e QVT/Frequência” verificámos que o sexo não interfere nos valores médios obtidos, assim como o tempo na função. Relativamente à formação em gestão, verificámos que os Enfermeiros Gestores que não possuem esta formação apresentam valores médios em todas as dimensões da “QVT/Importância” mais elevados do que aqueles que possuem formação em gestão. Por último os Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE apresentam valores médios mais elevados na “QVT/Importância” relativamente aos que não possuem esta formação, verificando-se este aumento em todas as dimensões da QVT.

Gonzaga e Monteiro (2011) concluíram no estudo “Inteligência emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros” que o bem-estar subjetivo das pessoas é cada vez mais valorizado e existe cada vez mais a tendência para valorizar as emoções mais positivas, como alegria e curiosidade e diminuir a importância do ceticismo e o isolamento. Este estudo permitiu ainda concluir que as mulheres gestoras valorizam menos a sua qualidade de vida que os homens

gestores. Na amostra deste estudo as mulheres mostram-se mais percetíveis a sentimentos negativos (culpa, medo, raiva, tristeza) do que os homens, o que aponta maiores desafios e dificuldades vivenciados. Estas gestoras sentem-se mais insatisfeitas com a sua saúde e bem-estar do que os gestores homens, necessitando de maior apoio e intervenção na sua saúde. Verificaram ainda estas investigadoras que a percepção emocional dos gestores que participaram no estudo se relaciona com a sua Qualidade de Vida, indicando a importância das emoções positivas no bem-estar integral dos indivíduos. Por último, os gestores mais jovens possuem maior percepção de emoções negativas do que os gestores mais velhos, podendo mesmo serem mais sensíveis a elas.

No estudo sobre a qualidade de vida dos enfermeiros realizado por Fernandes et al (2010) os enfermeiros que possuíam especialização e realizavam formação com o objetivo de atualização de conhecimentos valorizavam mais o seu estado de saúde e apresentavam uma melhor Qualidade de Vida. Apesar destes enfermeiros terem apresentado uma Qualidade de Vida satisfatória, os investigadores observaram algumas condicionantes relativamente às variáveis sociodemográficas estado civil e estado de saúde que influenciam de forma negativa a Qualidade de Vida nos níveis de bem-estar psicológico, de independência, seguidos pelos domínios físico, relações sociais e ambiente. Na opinião destes investigadores, estes dados revelam a necessidade da definição de políticas públicas voltadas para a saúde ocupacional e para a QVT. Salientam ainda que a avaliação da Qualidade de Vida dos enfermeiros fornece contributos para melhorar o método de trabalho em saúde, a prática clínica, a relação enfermeiro/cliente e para orientar a redefinição de políticas públicas específicas para estes profissionais, no desempenho das suas funções. A melhoria das condições de vida e de trabalho dos Enfermeiros pode trazer mais-valias na saúde de quem cuida e de quem é cuidado.

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a “QVT/Importância” verificámos que a dimensão “Atenção” da IE se relaciona significativamente com a importância atribuída pelos Enfermeiros Gestores na QVT nas seguintes dimensões: “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Relações sociais e Justiça no trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família” e na “QVT/Importância”. Encontrámos ainda relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Reparação” da IE e as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Equilíbrio trabalho/família”, “Trabalho e lazer”, “Condições de trabalho” e na “QVT/Importância”.

Confirmámos também que a IE total influencia significativamente as dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família”, “Trabalho e lazer”, “Condições de trabalho” e “QVT/Importância”.

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a “QVT/Frequência” verificámos que a dimensão “Atenção” da IE se relaciona significativamente com a “QVT/Frequência” dos Enfermeiros Gestores nas seguintes dimensões: “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Equilíbrio trabalho/família”, “Condições de trabalho” e na “QVT/Frequência total”. Verificamos que a dimensão “Reparação” da IE influencia as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família” e na “QVT/Frequência”.

No estudo “A inteligência emocional em professores de educação especial da região de Viseu”, Campos e Martins (2012) referem que os principais resultados obtidos revelam que a IE dos participantes se situa maioritariamente em níveis de vulnerabilidade e a necessitar de atenção. Verificaram ainda que varia negativamente com as ocorrências de vida e a saúde em geral e positivamente com a QV, satisfação de vida, quociente de relacionamento e desempenho.

Também confirmámos a existência de relação estatisticamente significativa entre a IE total e as dimensões: “Caraterísticas. Trabalho, Emprego e Formação”, “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família”, “Trabalho e lazer”, “Condições de trabalho” e na “QVT/Frequência”.

No estudo “O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar” Mercadier (2004) concluiu, relativamente ao estado civil que os enfermeiros casados ou em união de facto apresentam níveis superiores de satisfação com a vida, comparativamente aos solteiros e aos divorciados. De acordo com o autor, os enfermeiros veem a sua vida afetiva como um suporte que lhes permite ultrapassar as dificuldades provenientes da vida profissional, referindo igualmente as atividades de lazer. A família é vista por eles como uma fonte de suporte emocional e de conforto, levando -os a experienciarem mais sentimentos positivos do que negativos.

Montes-Berges e Augusto (2007) no estudo *“Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students”* verificaram existir relação entre a IE percebida pelos estudantes de enfermagem e as estratégias

de *coping* e a sua saúde mental. Além disso concluíram que havia correlação entre a dimensão “Atenção” e a procura de apoio social e estratégias de *coping*. A dimensão emocional “Clareza” foi negativamente associada aos aspetos cognitivos/comportamentais. Assim, os estudantes de enfermagem com valores mais elevados na dimensão “Clareza” identificaram de forma mais clara as emoções, especialmente perante situações de stresse e utilizam menos tempo para avaliarem as suas reações emocionais, investindo de forma correta nos recursos cognitivos que lhes permitam alcançar estratégias adaptativas.

Estes dados coincidem com os dados obtidos por Gohm (2003) no estudo “*Mood regulation and emotional intelligence: Individual differences*”, no qual concluiu que as pessoas que apresentaram níveis moderados da dimensão “Atenção” também apresentavam uma melhor regulação das suas emoções e utilizavam-nas de forma mais eficiente. Ao mesmo tempo a dimensão “Clareza” apresentou uma associação, estatisticamente significativa, com o suporte social percebido de forma objetiva e subjetiva. Na perspetiva desta investigadora o suporte social assume especial importância em situações de stresse, pois poderá ser considerado como estratégias de *coping*.

Na opinião de Montes-Berges e Augusto (2007), e em forma de conclusão do estudo “*Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students*”, seria muito importante para a Enfermagem, profissionais e estudantes, o desenvolvimento de habilidades que permitam aumentar o suporte social, pois este está fortemente relacionado com a saúde mental e o stresse profissional. Estas investigadoras verificaram que a dimensão “Regulação” também se encontra estatisticamente relacionada com o suporte social e a saúde mental. Sendo a regulação emocional definida como a capacidade que uma pessoa tem de interromper os seus estados emocionais negativos e prolongar os estados emocionais positivos, uma regulação emocional elevada proporciona um maior suporte social melhorando a saúde mental da pessoa.

Numa amostra constituída por 473 adultos empregados, com pelo menos seis meses de experiência profissional, Vargas (2010) através do estudo “Qualidade de Vida no trabalho e stresse profissional”, verificou que os resultados obtidos demonstraram que o aumento da frequência das dimensões da QVT contribuiu para a redução do stresse profissional, uma vez que apresentaram uma correlação negativa e significativa entre si. Encontrou também diferenças entre sexos na QVT relativamente à progressão na carreira, remuneração e reconhecimento, sugerindo um desfavorecimento das mulheres a este nível e realçando a necessidade de se tentar suprimir estas discrepâncias. Quanto ao stresse profissional, parecem

existir diferenças significativas entre os sexos em relação à percepção de ocorrência de acontecimentos específicos causadores de stresse, evidenciando que é uma variável importante a considerar em intervenções que visem a sua prevenção e redução.

Relativamente ao stresse profissional, a aplicação do Inventário de Stresse Profissional aos Enfermeiros Gestores permitiu-nos a obtenção de resultados relativamente à subescala ISP/Frequência, à subescala ISP/Intensidade e ao ISP/Índice total. Verificámos que relativamente ao ISP/Frequência obtivemos um valor médio de 4,35, no ISP/Intensidade obtivemos um valor médio de 4,22 e por último relativamente ao ISP/Índice total obtivemos uma média de 19,66.

Um estudo que envolveu 22000 trabalhadores de cento e trinta profissões distintas concluiu que, entre as vinte e sete profissões identificadas como sendo aquelas que estavam mais associadas ao stresse, sete pertenciam ao setor da saúde (McIntyre, 1994). Também de acordo com o *Health and Safety Executive* do Reino Unido de 2003, os médicos e os enfermeiros estão incluídos nas sete profissões mais geradoras de estados de stresse. O stresse profissional relacionado com o trabalho parece poder ser influenciado pela personalidade do indivíduo e também por outros fatores individuais ou comuns a um determinado grupo de indivíduos que afetam a avaliação de um acontecimento como gerador de stresse. Na mesma sequência, a estratégia de *coping*, ou seja os recursos que percebemos possuir para lidar com determinada circunstância externa, parece ser decisiva na percepção da situação como indutora de estados de stresse.

Os valores médios nas diferentes escalas de Stresse Profissional (Frequência/intensidade/índice total) são superiores nos Enfermeiros Gestores do sexo masculino do que os obtidos no sexo feminino. A amplitude dos resultados também é superior nos enfermeiros gestores do sexo masculino do que nos Enfermeiros gestores do sexo feminino o que nos permite concluir que os Enfermeiros Gestores experienciam picos de intensidade de stresse profissional de forma mais instável do que as Enfermeiras Gestoras.

Numa pesquisa realizada com trabalhadores duma universidade pública, por Areias e Guimarães (2004) concluíram que os trabalhadores do sexo feminino apresentam maior número de fatores psicossociais de risco de stresse profissional e social bem como alterações do seu estado de saúde e maior risco de doença física e/ou mental que os trabalhadores do sexo masculino.

Num estudo realizado por Silva e Yamada, em 2008, sobre o Stresse Profissional em trabalhadores de um hospital, verificou-se que a necessidade que as mulheres têm de trabalhar

fora de casa e o desejo de cuidar dos seus filhos e da sua casa provocam nestas paradoxos e conflitos, sendo a carga total de trabalho, remunerado e não remunerado, superior às dos homens. As relações no trabalho, consideradas como uma variável importante na saúde mental dos trabalhadores, envolvem o apoio social dos colegas, dos seus colaboradores e dos superiores hierárquicos. A competitividade e a falta de confiança nas relações levam o ser humano, no caso da população deste estudo, principalmente as mulheres, a uma superficialidade no relacionamento interpessoal, prejudicando a qualidade e quantidade do trabalho.

Para além destes estudos, Gonzales e Beck (2002) numa investigação que denominaram de “O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem” e onde a população em estudo era composta por enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalhavam em hospitais e unidades básicas de saúde constataram que 57,5% dos trabalhadores chegam cansados, ansiosos, angustiados e com elevados níveis de stresse ao local de trabalho. De acordo com estes autores, os auxiliares de enfermagem referem como motivos de “sofrimento” no local de trabalho a falta de colaboração dos colegas da sua equipa e a desvalorização profissional. Os enfermeiros referem, como motivos de “sofrimento”, a falta e recursos humanos para a prestação de cuidados e a falta de conhecimento ou tempo para reconhecer as melhores opções profissionais, gerando um desgaste psíquico e um sofrimento moral.

Os dados obtidos na aplicação do ISP mostram-nos que existem diferenças significativas nas amplitudes das subescalas em relação ao tempo na função. O subgrupo “ $\geq 10$  Anos” apresenta valores mínimos inferiores ao subgrupo “até 9 anos” e valores máximos superiores.

Relativamente à “Formação em Gestão”, verificámos que as amplitudes de valores obtidos nas três subescalas são superiores no grupo que possui formação em gestão ao grupo que não possui esta formação. Os valores médios são mais altos no primeiro grupo. Já o grupo que possui formação em gestão apresenta um valor mais elevado na subescala ISP/F, mas o grupo que não possui formação em gestão apresenta desvios padrão mais elevados nas subescalas ISP/I e ISP/IT.

Tendo em consideração o facto dos Enfermeiros Gestores possuírem ou não possuírem formação em IE verificámos existirem, nas três subescalas, maiores vastidões de valores no grupo que não possuem formação em IE. As médias obtidas nas subescalas ISP/F, ISP/I e ISP/IT são superiores no grupo de Enfermeiros Gestores que possui formação em IE

Ao analisarmos a correlação entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e ISP verificámos que nenhuma correlação é significativa entre a IE nas suas dimensões (atenção, clareza e reparação) e a IE total com as subescalas do ISP. Ainda assim é pertinente salientarmos

os valores negativos existentes, o que nos leva a deduzir que valores mais elevados na dimensão “Clareza” traduzem valores mais baixos no ISP/I e no ISP/IT. Igualmente, em relação à dimensão “Reparação”, verifica-se que a obtenção de valores mais elevados levam à obtenção de valores mais baixos nas subescalas ISP/F, ISP/I e ISP/IT, o mesmo se verificando com a IE total.

De igual modo Moniz, Primi e Miguel (2007) no estudo “Investigação da inteligência emocional como fator de controlo do stresse em guardas municipais”, não encontraram relação entre inteligência emocional global e stresse. Em vez disso constataram que o stresse está associado a uma configuração específica de habilidades altas e baixas. O alto nível de stresse parece estar relacionado com a capacidade de associar o sentido de cada emoção a outras sensações de outras modalidades sensoriais e também à sensibilidade do sentido emocional nas relações sociais. O baixo nível de stresse, por sua vez, está associado à capacidade de perceber emoções em faces e imagens e ao conhecimento emocional. De modo geral, parece que os indivíduos com maiores níveis de stresse são, na opinião destes autores, mais suscetíveis de experimentarem emoções com menos interferência do raciocínio.

Ogińska-Bulik (2005) realizou uma investigação que denominou de “*Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers*”. Nesta investigação, os resultados indicaram uma relação significativamente negativa entre inteligência emocional e o stresse percebido no local de trabalho. Quanto maior o nível de IE percebida menor será o stresse experienciado. Tendo em consideração os fatores relacionados com o stresse profissional verificaram que a um maior nível de inteligência emocional se encontra associada uma menor sensação de falta de controlo e segurança. No entanto, os coeficientes de correlação obtidos foram baixos, o que indica que a relação entre a inteligência emocional e o stresse profissional é fraca. Os funcionários apresentam um maior nível EI percebida, um menor nível de stresse profissional, sofrendo menos consequências negativas para a saúde. Neste estudo, os autores, concluíram ainda que indivíduos com maior nível de IE possuem a capacidade de reconhecer e expressar as suas emoções, bem como a capacidade de geri-las e controlá-las. Estes indivíduos controlam melhor o stresse e sofrem menos os seus efeitos adversos.

De igual forma, Pau *et. al* (2004) concluíram através do estudo “*Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates – a qualitative study*” que os indivíduos com maiores níveis de IE estão mais orientados para refletir sobre o contexto de trabalho, a sua forma de estar, a gestão do seu tempo social e do seu tempo organizacional. Os indivíduos com

níveis de IE mais baixos são mais propensos a serem envolvidos por comportamentos de risco e prejudiciais à saúde. Na perspectiva destes autores a capacidade dos trabalhadores gerirem eficazmente as suas emoções nos locais de trabalho aumenta o seu bem-estar psicológico e diminui o seu nível de stresse profissional.

Na investigação realizada por Limonero et al (2004) *“Influencia de la inteligencia emocional percebida en el estrés laboral de enfermería”*, os resultados obtidos no seu global evidenciam a necessidade de implementar estratégias de redução do stresse nos locais de trabalho que têm de estar relacionadas com as diferentes dimensões da IE percebida, como por exemplo, potenciar o uso de técnicas de regulação e compreensão de emoções e reestruturar a forma como são percebidos os fatores stressantes. Também demonstraram necessidade de realizar mudanças estruturais e organizacionais no âmbito do trabalho que facilitem o trabalho, dos profissionais de saúde com um menor desgaste emocional e um melhor bem-estar pessoal.

#### **4 - CONCLUSÕES DO ESTUDO**

Neste estudo, relativamente aos dados socioprofissionais dos Enfermeiros Gestores, concluímos que a sua maioria pertence ao sexo feminino, encontra-se num grupo etário com mais de 50 anos, possuem mais de 30 anos de serviço e mais de 10 anos no exercício de funções de gestão.

De um modo geral, os Enfermeiros Gestores possuem formação em gestão adquirida nos Cursos de Administração dos Serviços de Enfermagem, no Mestrado de “Gestão dos Serviços de Saúde” e na Pós-graduação em “Gestão de Serviços de Saúde”. Relativamente à formação em IE verificou-se que a maioria dos Enfermeiros Gestores não possuíam esta formação e os que a possuíam adquiriram-na por autoformação ou no Mestrado em “Gestão dos Serviços de Saúde”.

Os Enfermeiros Gestores possuem valores médios de IE percebida elevados, quer na escala total quer nas três subescalas da IE. Os do sexo masculino apresentam valores de IE percebida mais elevados que os Enfermeiros Gestores do sexo feminino evidenciando também esta diferença nas subescalas “Clareza” e “Atenção”. As Enfermeiras Gestoras apresentam valores mais altos do que os Enfermeiros Gestores na subescala “Reparação”.

Verificámos que quanto maior é o tempo na categoria/cargo/função, maior a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores. No entanto, a formação em gestão realizada pelos Enfermeiros



Gestores influencia negativamente a sua IE percebida, isto é, o facto destes terem realizado formação em Gestão não é sinónimo de possuírem uma maior IE percebida.

Os Enfermeiros Gestores que possuem formação em IE têm as dimensões “Atenção” e “Clareza” da IE mais desenvolvidas do que aqueles que não possuem esta formação.

A QVT dos Enfermeiros Gestores, avaliada pelo IQVT/IF, permitiu-nos concluir que os Enfermeiros Gestores apresentam valores mais altos na QVT/Importância do que na QVT/Frequência.

Relativamente à QVT/Importância, os Enfermeiros Gestores atribuem maior valor à dimensão “Equilíbrio trabalho/família” e atribuem menor valor à dimensão “Carreira, promoção e reconhecimento”.

Na QVT/Frequência, os Enfermeiros Gestores valorizam mais a dimensão “Caraterísticas do trabalho/emprego e formação” e valorizam menos a dimensão “Condições de trabalho” da QVT.

A aplicação do IQVT/IF aos Enfermeiros Gestores veio mostrar-nos que estes atribuem grande importância à sua QVT e dentro desta valorizam, especialmente, o equilíbrio entre o trabalho e a sua família. Relativamente à frequência com que os acontecimentos relacionados com a QVT se verificam, os Enfermeiros Gestores referem que as caraterísticas do trabalho/emprego e a formação assumem um maior contributo para a QVT e que as condições do trabalho são aquelas que menos contribuem para a sua QVT.

Relativamente à formação em gestão, concluímos que os Enfermeiros Gestores que não possuem esta formação apresentam uma QVT/Importância superior aqueles que possuem esta formação. Contrariamente, relativamente à formação em IE, os Enfermeiros Gestores que a possuem apresentam uma maior QVT/Importância do que aqueles que a não possuem.

Concluímos que existe uma associação, embora baixa, entre a IE percebida dos Enfermeiros Gestores e a sua QVT/Importância e a QVT/Frequência, isto é, os Enfermeiros Gestores com maior IE percebida apresentam uma maior QVT.

A aplicação do ISP aos Enfermeiros Gestores permitiu-nos concluir que os Enfermeiros Gestores do sexo masculino apresentam níveis de stresse mais elevados do que os Enfermeiros Gestores do sexo feminino.

A realização de formação em gestão pelos Enfermeiros Gestores não lhes permitiu a diminuição do seu nível de Stresse Profissional. Este facto é compreensível se associarmos a formação em gestão a um conjunto de competências desenvolvidas pelos Enfermeiros Gestores na área da gestão, que os leva a percecionar o desempenho das suas funções de forma mais

abrangente e a tornarem-se mais exigentes consigo próprios no desempenho das suas funções, logo, a vivenciarem elevados níveis de Stresse Profissional.

A formação em IE realizada pelos Enfermeiros Gestores não alterou o seu nível de Stresse Profissional. Este aspeto é compreensível se tivermos em consideração que esta formação foi realizada maioritariamente através de autoformação, o que não facultou a aquisição de capacidades e o desenvolvimento de competências em IE pelos Enfermeiros Gestores que pudessem ser utilizadas na diminuição do seu Stresse Profissional.

Não existe neste estudo uma associação estatisticamente significativa entre a IE e o Stresse Profissional dos Enfermeiros Gestores. No entanto, verificámos que os Enfermeiros Gestores que mostraram um maior desenvolvimento das dimensões “Clareza” e “Reparação” da IE percebida vivenciam níveis mais baixos de Stresse Profissional.

Por último, verificámos que o nível de Stresse Profissional vivenciado pelos Enfermeiros Gestores diminui quando a sua IE total percebida aumenta.

## **CAPITULO VIII: PROGRAMA DE FORMAÇÃO “INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM”**

---

### **ESTUDO III**

Um programa de formação é um instrumento de gestão dos Recursos Humanos. Inclui várias ações que visam desenvolver competências nos colaboradores e que permitem à organização atingir os seus objetivos e estabelecer outros mais ambiciosos. Relativamente aos colaboradores, um programa de formação poderá ser encarado como uma oportunidade para cimentar conhecimentos, desenvolver competências e progredir na carreira profissional.

Neste estudo, que intitulamos de Estudo III da nossa investigação, pretendemos desenvolver um programa de formação para os Enfermeiros Gestores do CHUC, que denominámos de “IE em Gestores de Enfermagem”, com a finalidade de desenvolver competências e habilidades em IE nos Enfermeiros Gestores do CHUC, que lhes permitam melhorar a Qualidade de Vida no Trabalho, diminuir o Stresse Profissional e melhorar a relação com os elementos das equipas de Enfermagem que gerem.

Atendendo a que este Estudo tem um desenvolvimento diferente dos restantes estudos desta investigação, optámos por estruturar este capítulo da seguinte forma: 1) Enquadramento teórico e objetivos; 2) Etapas de elaboração do programa de formação (Levantamento das necessidades formativas, conteúdo do programa de formação; planeamento e conceção das sessões de formação; descrição das sessões formativas); 3) Avaliação do programa de formação (Enquadramento e metodologia, apresentação de resultados, discussão de resultados); 4) Síntese conclusiva.

### **1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO E OBJETIVOS**

Desde a década de 70 que profissionais de diferentes áreas realçaram a necessidade de atuar através de programas de intervenção, com o objetivo de facilitar e promover o desenvolvimento integral dos sujeitos ao longo da sua vida. Nesse sentido, procura-se, cada vez mais, realizar ações sistemáticas e planificadas que ativem o desenvolvimento psicológico e melhorem a saúde e o bem-estar de uma determinada população. Tal efeito é conseguido quando um participante num programa de formação adquire informações pertinentes sobre um assunto específico, quando exercita determinadas competências e quando implementa

comportamentos adequados a um desempenho pessoal, social e profissional bem-sucedido. Partindo de uma determinada situação, um programa de intervenção procura satisfazer um conjunto de necessidades e desenvolve as competências exigidas para uma mudança positiva. Por isso, uma intervenção por programas exige um conjunto de ações e de recursos que sejam desenhados, aplicados e avaliados organizadamente, numa determinada realidade social e seguindo uma sequência de etapas próprias (Viguer, 2004).

A relevância da intervenção por programas deriva das vantagens proporcionadas pelos seguintes motivos: centra-se nas necessidades de um grupo; estrutura-se com base em objetivos ao longo de um espaço temporal e permite um seguimento e avaliação do que foi realizado; possibilita a participação ativa dos sujeitos; otimiza os recursos humanos e materiais disponíveis; requer a realização de atividades significativas para os destinatários; e necessita da colaboração de vários profissionais, organismos e entidades na identificação das necessidades, na sua implementação e avaliação (Rojo, 2002).

Existem vários elementos a ter em consideração na planificação de uma intervenção por programas, designadamente o conceito de intervenção e de programa, as suas características básicas, alguns modelos de intervenção por programas e as respetivas etapas de desenho e avaliação, e por último, a relevância, as vantagens e os obstáculos deste tipo de intervenção.

Uma intervenção é, de acordo com Viguer (2004), definida como a introdução de um elemento externo numa determinada situação, a partir de uma abordagem científica, com a intenção de modificá-la ou de interferir no funcionamento de um processo ou sistema, tendo em vista uma direção específica. Esta definição comporta várias categorias: uma situação de partida, uma mudança a verificar e um processo de intervenção.

Um programa pode ser definido como uma “intervenção intencional e sistemática, resultante da identificação das necessidades de uma determinada população ou grupo, dirigida para alguns objetivos, fundamentada em posicionamentos teóricos que dão consistência e rigor à ação, e desenhada para satisfazer as necessidades dos destinatários” (Jardim & Pereira, 2006, p.56).

De acordo com Carneiro et al (2010), numa perspetiva individual/organizacional, o capital humano é representado por um conjunto de fatores que trazem valor acrescentado para as organizações. Alguns investigadores explicam essa representação a partir da criatividade, da postura e da flexibilidade intelectual, no contexto da educação/formação, como sendo três dos agentes predominantes que formam o capital humano:

✓ Criatividade que, ao gerar capital intelectual, assegura o aumento gradual da competitividade nas organizações, já que a criatividade permite abrir novas soluções e ampliar e conjugar novos conhecimentos (Sequeira, 2007);

✓ Postura, que corresponde às condutas e aos valores das pessoas nas organizações. Configura um vasto leque de realizações que poderão passar por motivações que podem ir do desejo de aprender mais e portanto investirem em aprendizagem (educação/formação ao longo da vida) até construírem padrões de comportamento que tenham como objetivo acrescentar sucesso às organizações (Baron & Armstrong, 2007);

✓ Flexibilidade intelectual, que é um recurso com capacidade para converter teoria em prática, difícil de imitar, quando não impossível, e com elevada importância para a criação de valor (Cabrita, 2009).

Neste contexto, Spencer e Spencer (1993) analisaram a competência como uma característica intrínseca ao indivíduo que apresenta uma relação de casualidade com critérios de referência efetiva e superior performance, numa dada atividade ou situação. Também Sveiby (1997) veio sugerir o termo competência com o objetivo de simplificar a noção de conhecimento aplicado ao trabalho nas organizações uma vez que a competência de um indivíduo é a melhor forma de descrever o conhecimento individual no contexto organizacional.

O desenvolvimento de competências, na opinião Levy-Leboyer (2003), não é somente determinado pelo processo de educação formal, mas também pelas experiências vividas, isto é, o indivíduo nunca deixa de aprender ao longo da sua vida e, portanto, todas as experiências são suscetíveis de se tornarem situações de aprendizagem relativamente a aspetos profissionais, familiares e sociais.

Nesta perspetiva, os gestores procuram recursos e novidades com o objetivo de tornar possível o alcance dos objetivos organizacionais. Colaboradores mais capacitados, satisfeitos e envolvidos no seu trabalho são também aqueles que têm maior compromisso afetivo com a organização, o que pode significar um aumento da produtividade, a diminuição de taxas de absentismo e *turnover*.

Importa relembrar aqui as duas competências em que Goleman (1995) divide a IE:

- Competências pessoais

Qualidades que a pessoa demonstra ao gerir-se a si própria na orientação da sua vida pessoal e especialmente no controlo das suas ações. A competência pessoal estabelece os alicerces para as interações com outros, quer no ambiente de trabalho, quer no ambiente social.

- Competências de gestão

Qualidades que as pessoas manifestam nos relacionamentos. Atendendo a que grande parte do trabalho do gestor é realizada com e por meio de outras pessoas, a habilidade de interpretar o outro, de captar as suas emoções e discernir as suas opiniões pode simplesmente ser a diferença entre o sucesso e o insucesso.

Os gestores necessitam de reconhecer como o seu comportamento influencia o dos outros. Indivíduos com alta IE são hábeis persuasores e motivadores, porque conseguem entender os sinais dos outros e ajustar as suas próprias palavras e comportamentos adequadamente. Apesar do sucesso na vida pessoal, profissional e organizacional ser demasiado complexo para depender unicamente do fator emocional, sabe-se hoje que uma pessoa emocionalmente competente tem maior potencialidade para ultrapassar problemas e gerir a sua vida de uma forma mais segura e produtiva (Goleman, 2003). Este autor, assumindo que as capacidades da IE são inatas e cruciais para melhorar o desempenho profissional, difunde a ideia de que a IE pode ser em grande parte aprendida e continuar a ser desenvolvida no percurso da nossa vida, com as experiências que acumulamos. As nossas competências em relação à IE crescem continuamente.

A formação e a educação emocional dos enfermeiros é uma forma de promover um bom clima de trabalho e, por sua vez, melhorar a qualidade dos cuidados que prestam aos seus clientes. É nesta necessidade de melhorar a relação entre os colaboradores que a formação se torna um elemento essencial para desenvolvimento da IE.

A relevância da formação em competências começou a ter expressão através de diversas instituições internacionais importantes como a OCDE, a OIT e a UE. Constata-se, de acordo com Garcia (2003), um claro interesse a nível internacional naquilo que se convencionou denominar focagem nas competências. As competências socioemocionais são atualmente consideradas cruciais para um desempenho eficiente na maioria das atividades. Assim, de acordo com Cherniss (2000), através de programas de formação orientados para o desenvolvimento das competências socioemocionais poder-se-á promover o desenvolvimento pessoal dos membros de uma organização.

A IE também pode ser alcançada por meio de treino. Num primeiro momento, é importante reconhecer a necessidade de desenvolvimento, o que muitas vezes se torna difícil pela dificuldade em admitir que existem dificuldades. Para além disto, é necessário identificar exatamente o que se quer alcançar. Ao realizar esse tipo de exercício analítico por algum tempo, o indivíduo poderá substituir os hábitos que deseja eliminar por outros que se tornam

automáticos. O conhecimento da IE, assim como dos seus princípios, surge assim como uma mais-valia para qualquer Enfermeiro Gestor que pretenda melhorar significativamente a *performance* profissional e interpessoal. Deste modo, torna-se fundamental a integração de programas de formação em IE nos Enfermeiros Gestores, contribuindo assim para o desenvolvimento das equipas e para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem que são prestados ao cliente e à família.

Com o desenvolvimento deste Estudo, baseado no programa de formação “IE em Gestores de Enfermagem”, pretendemos alcançar os seguintes objetivos:

- ✓ Transmitir aos Enfermeiros Gestores do CHUC a importância das emoções nas organizações e na gestão de equipas;
- ✓ Capacitar os Enfermeiros Gestores do CHUC de competências para identificar as principais características da IE;
- ✓ Proporcionar aos Enfermeiros Gestores do CHUC um processo de desenvolvimento da sua IE, conhecendo os seus pontos fortes e maximizando-os no seu dia a dia profissional;
- ✓ Motivar os Enfermeiros Gestores do CHUC a utilizar os conhecimentos adquiridos em IE na gestão das suas Equipas tornando-as mais colaborativas;
- ✓ Melhorar a relação dos Enfermeiros Gestores com os Enfermeiros das Equipas que gerem.

Pretendendo alcançar os objetivos que formulámos, tivemos necessidade de percorrer várias etapas na elaboração deste programa de formação que apresentaremos no subcapítulo seguinte.

## **2 - ANÁLISE E DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS EM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

Este programa de formação foi elaborado tendo por base o Modelo de Viguer (2004), que define quatro fases no desenvolvimento de programas de formação:

- ✓ Fase de análise e de diagnóstico: análise da realidade e avaliação das necessidades; síntese dos dados do diagnóstico; processos, aptidões e/ou comportamentos a tratar; tomada de decisão;
- ✓ Fase de desenho e de planificação: desenho do programa; especificação dos objetivos; metodologia a empregar; desenho da avaliação e seguimento; planificação do programa;

- ✓ Fase de intervenção e seguimento: aplicação do programa; seguimento dos resultados; adaptação do programa; duração do programa; controlo dos resultados obtidos;
- ✓ Fase de avaliação: validação do programa; seguimento da manutenção dos resultados; generalização dos resultados; possíveis novas aplicações.

Neste contexto, organizámos este subcapítulo em quatro partes: levantamento das necessidades formativas, conteúdo do programa de formação, planeamento e conceção das sessões e descrição das sessões de formação.

As necessidades de formação podem ser consideradas como uma estratégia de planificação capaz de produzir objetivos e fornecer informação útil para decidir sobre os conteúdos e as atividades de formação. Assim, a análise de necessidades de formação desempenha uma função social que, em nome da eficácia e da racionalidade de processos, procura adequar a formação às necessidades socialmente detetadas (Rodrigues & Esteves, 1993).

Deste modo, “as necessidades de formação são o ponto de partida e o ponto de chegada de uma política de formação que se pode designar contínua” (Rodrigues, 2006, p.121). Isto significa que a análise de necessidades pode e deve sustentar as decisões de planeamento, permite conhecer o real onde se intervém e assumir em simultâneo, se possível, o papel de estratégia exploratória conducente à conscientização do que faz falta aos intervenientes para atingirem com satisfação as metas que eles próprios definem, enquanto seres pedagógicos e sociais.

Uma das características mais marcantes da análise das necessidades formativas é a ambiguidade que aparenta. Mais do que uma mera constatação de lacunas ou desfasamentos entre o vivido e o desejável, o processo de análise de necessidades exige a tomada de consciência e posteriormente de decisão de inúmeros aspetos que lhe são inerentes: os modelos, as fases (às quais se deve dar especial atenção aquando do ato de diagnóstico de necessidades) e as técnicas e instrumentos, que uma vez bem escolhidos permitir-nos-ão a recolha eficaz de dados relevantes para o estudo.

De acordo com Rodrigues e Esteves (1993), relativamente à metodologia a utilizar na recolha de dados, não existem bons nem maus instrumentos, técnicas ou métodos; tudo depende dos objetivos visados e dos meios disponíveis. Posto isto, a escolha de métodos e procedimentos de análise de necessidades deve ser feita de um modo rigoroso, sério e tendo sempre em consideração os resultados que pretendemos obter.



A avaliação das necessidades formativas teve por base quatro formas diferentes de recolha de dados: o Questionário I, os contactos pessoais e informais que ocorreram aquando da entrega dos referidos questionários, o contacto com os Enfermeiros Gestores na “Sessão Zero” e a “Ficha de avaliação das necessidades formativas” realizada na mesma sessão.

- Dados socioprofissionais

O Questionário I, embora não tenha sido elaborado com o propósito de ser utilizado neste Estudo, forneceu-nos alguns dados socioprofissionais que não podem passar despercebidos na avaliação das necessidades formativas e na elaboração deste programa de formação. Destacamos, neste sentido, o elevado número de Enfermeiros Gestores com Formação em Gestão, 64 Enfermeiros Gestores (87,70%), em oposição ao diminuto número de Enfermeiros Gestores com formação em IE, 8 Enfermeiros Gestores (11,00%). Importa ainda destacar que, destes Enfermeiros Gestores que obtiveram formação em IE, 37,5% obtiveram-na de forma autodidata.

- Contacto Informal com os Enfermeiros Gestores

O Contacto Informal com os Enfermeiros Gestores no momento da visita pessoal realizada no Estudo II foi uma oportunidade relevante na obtenção da informação que possuíam sobre a IE. Verificámos que grande parte dos Enfermeiros Gestores nunca tinham tido contacto com o conceito de IE, outros associavam-no a questões de saúde mental (bem-estar psicológico) e não o relacionavam com a gestão. Por último, alguns Enfermeiros Gestores associavam a IE à Inteligência artificial e, deste modo, à Engenharia Informática. Nestes contactos informais e na continuidade do diálogo com os Enfermeiros Gestores, surgiram algumas questões que nos levaram a valorizar a importância da formação sobre este tema, das quais destacamos: *“Isso é da área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.”*; *“Não percebo como é que isto se relaciona com a Gestão.”*; *“Porquê este tema de Investigação, não existia outro mais importante?”* e *“Neste momento de mudanças organizacionais, não faz sentido falar de emoções na gestão. Nós é que precisamos de ajuda...”*. Esta última afirmação foi determinante para a forma como delineámos o programa de formação e assumiu para nós especial importância, tendo em atenção as mudanças organizacionais que ocorriam no CHUC, no momento desta investigação.

- Sessão Zero

A “Sessão Zero” foi outro momento importante de interação com os Enfermeiros Gestores, desenvolvido com o objetivo principal de levantamento das necessidades formativas através do contacto informal. Da interação com os Enfermeiros Gestores verificámos que começava a fazer sentido, na opinião destes, a formação sobre esta temática. Percecionámos que o grupo de Enfermeiros Gestores presente nesta sessão já tinha realizado pesquisa sobre a IE, no período que decorreu entre o nosso contacto inicial e esta “Sessão Zero”, pois alguns Enfermeiros Gestores começavam a evidenciar conhecimentos sobre o assunto. Na opinião dos mesmos, estes conhecimentos resultaram de pesquisas efetuadas após o nosso contacto. Também verificámos que o grupo manifestava um entusiasmo crescente por ir realizar esta formação.

- Ficha de avaliação das necessidades formativas

A ficha de avaliação das necessidades formativas (FANF) foi um instrumento por nós contruído com a pretensão de obter dados que contribuíssem para a realização e aperfeiçoamento do programa de formação “IE em Gestores de Enfermagem”.

Este instrumento, que se inicia pela referência aos principais lemas de Jack Welch como forma de apelar ao interesse pelo tema “Gestão e Inteligência Emocional”, apresenta três questões que consideramos pertinentes para o aperfeiçoamento do programa:

- a. Indique três caraterísticas pessoais que considere facilitarem e promoverem a satisfação/relação em contexto de trabalho (que possui/ideais);
- b. Indique três caraterísticas do serviço que considera promoverem a relação em contexto de trabalho (existentes/ideais);
- c. Indique três atributos/adjetivos da IE que considere promoverem a relação em contexto de trabalho (existentes/ideais).

A aplicação da FANF efetuou-se na “Sessão Zero” do programa de formação, tendo sido aplicada a todos os formandos, que tiveram um limite máximo de 10 minutos para o seu preenchimento. Solicitou-se ainda que este se realizasse em silêncio e sem troca de opiniões/informações. A aplicação da FANF permitiu-nos obter um conjunto de dados que utilizámos na realização e aperfeiçoamento do programa de formação.

Os Enfermeiros Gestores que colaboraram no preenchimento da FANF foram 96, correspondendo ao número total de Enfermeiros Gestores presentes na “Sessão Zero” e confirmado pelo registo de presença nesta mesma sessão.

Os dados que obtivemos e que apresentamos em forma de quadro seguem a orientação das três perguntas que compunham a FANF, de acordo com o solicitado (do mais importante para o menos importante) e tendo em consideração o número de não respondentes (NR) por cada item.

Relativamente à primeira questão “Indique três características pessoais que considera facilitarem e promoverem a satisfação/relação em contexto de trabalho (que possui/ideais)”, verificámos, pela análise do Quadro 16, “Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 1 da FANF”, que todos os respondentes responderam à parte da questão “que possuem”, mas só 38 responderam à parte da questão “ideais”. Os Enfermeiros Gestores consideram-se bons comunicadores, valorizando a relação interpessoal e preocupando-se com formas de estar dentro da Equipa e da organização; salientam o rigor na forma de gestão, a comunicação e a empatia. Dos Enfermeiros Gestores que responderam à parte das características ideais, verificámos que surgem maioritariamente aspetos relacionados com a comunicação, liderança, assertividade, empatia, e não menos importante, a abertura à mudança.

*Quadro 16 - Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 1 da FANF*

| Que possui (NR=0)                                                                                                                                                                          | Ideais (NR=58)                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação; Capacidade de escuta; Partilha de ideias, ...;</li> <li>• Empatia, Honestidade;</li> <li>• Relação interpessoal;</li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação;</li> <li>• Liderança;</li> <li>• Frontalidade;</li> </ul>                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito; Coerência; Imparcialidade;</li> <li>• Empatia; Bom relacionamento;</li> <li>• Comunicação, Honestidade, Rigor, Frontalidade;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respeito; Honestidade, Coerência; Comunicação; Liderança;</li> <li>• Assertividade;</li> <li>• Bom relacionamento;</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidade; Adaptabilidade; Abertura;</li> <li>• Ouvir;</li> <li>• Comunicação; Partilha;</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abertura à mudança;</li> <li>• Assertividade;</li> <li>• Honestidade; Empatia;</li> </ul>                                     |

Quanto à Questão 2 “Indique três características do serviço que considera promoverem a relação em contexto de trabalho (existentes/ideais)”, ao analisarmos o Quadro 17, “Resposta dos Enfermeiros Gestores à Questão 2 da FANF”, verificámos que o número de não

respondentes aumentou significativamente quer em relação às características existentes do serviço, quer relativamente às características ideais. Nas características existentes, os Enfermeiros Gestores focam os aspetos relacionados com os recursos humanos, a comunicação e relacionamento interpessoal. Do ponto de vista das características ideais, salientam aspetos relacionados com a comunicação, a cultura do serviço e da organização, as relações interpessoais e o trabalho em equipa, e aspetos que consideramos de especial relevo, tendo presente o contexto social e organizacional, como a motivação, o reconhecimento e a abertura à mudança.

*Quadro 17 - Resposta dos Enfermeiros Gestores à Questão 2 da FANF*

| Existentes (NR=7)                                                                                                                                             | Ideais (NR=84)                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos Humanos; Organização;</li> <li>• Comunicação; Interajuda;</li> <li>• Bom ambiente;</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Espírito de equipa; Tolerância; Equipa unida; Cultura do grupo;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Organização;</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interajuda; Abertura à mudança;</li> <li>• Comunicação; Boas relações;</li> <li>• Estrutura; Motivação;</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa relação;</li> <li>• Motivação; Abertura à mudança;</li> <li>• Reconhecimento;</li> </ul>                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa (espírito de equipa/ trabalho em equipa);</li> <li>• Relações interpessoais;</li> <li>• Motivação;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relações interpessoais;</li> <li>• Equipa;</li> <li>• Comunicação;</li> </ul>                                              |

Por último e, relativamente à Questão 3 “Indique três atributos/adjetivos da IE que considera promoverem a relação em contexto de trabalho (existentes/ideais)”, ao analisar o Quadro 18, “Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 3 da FANF” apurámos que o número de não respondentes aumentou consideravelmente em ambos os aspetos (existentes e ideais). No entanto, salientamos que o conteúdo das respostas obtidas, quer relativamente aos atributos/adjetivos existentes, quer aos ideais, se aproximam daquilo que se considera ser a utilização da IE em gestão na perspetiva de Enfermagem. Surgem, pela primeira vez, respostas com referência à gestão de emoções, respeito mútuo, compreensão, flexibilidade e aceitação das características pessoais. Concomitantemente, nas respostas aos atributos/adjetivos considerados ideais nesta questão, do pequeno número de respostas que obtivemos, destacam-se a liderança, a assertividade, o ser positivo e a compreensão/coerência e honestidade.

Quadro 18 - Respostas dos Enfermeiros Gestores à Questão 3 da FANF

| Existentes (NR=15)                                                                                                                                                                                                                                                        | Ideais (NR=90)                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança;</li> <li>• Gestão de emoções;</li> <li>• Empatia; Comunicação;</li> </ul>                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança;</li> <li>• Assertividade;</li> <li>• Resiliência;</li> </ul>                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assertividade;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Respeito;</li> </ul>                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empatia;</li> <li>• Ser positivo;</li> <li>• Motivação; Assertividade; Decisões;</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão; Abertura à diferença;</li> </ul> <p>Aceitação das características pessoais;<br/>Flexibilidade; ...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação;</li> <li>• Comunicação; Liderança; Coerência;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivação;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Compreensão; Coerência; Honestidade;</li> </ul> |

Pela análise dos resultados obtidos através da FANF, podemos verificar que os Enfermeiros Gestores responderam, de forma mais objetiva e em maior número, a aspetos relacionados com as suas características pessoais e/ou existentes no seu serviço. Nas respostas aos aspetos que considerariam ideais, verificou-se a maior dificuldade em responder. O número de respostas obtidas diminuiu e o conteúdo das respostas foi mais vago e menos objetivo.

Relativamente aos dados obtidos na Questão 3, salientamos o facto de diminuir o número de respostas obtidas, no entanto verifica-se uma maior objetividade nas mesmas e, pela análise do conteúdo, denota-se que quem respondeu evidenciava já algum conhecimento relativamente à IE.

Pensamos ser correto concluir, pela análise destes dados, que a formação em IE é necessária, pelo que se deve partir de aspetos fundamentais como o seu conceito e a sua utilização na gestão de recursos humanos nos serviços e na organização, pois é uma ferramenta do Enfermeiro Gestor que serve para motivar os seus colaboradores e envolvê-los na concretização dos objetivos da organização. Serve igualmente para melhorar a QVT do Enfermeiro Gestor e de toda a sua Equipa; diminuir o stresse profissional do Enfermeiro Gestor e dos seus colaboradores; desenvolver habilidades e competências emocionais nas Equipas, diminuindo os conflitos, melhorando a comunicação e tornando-as mais colaborativas.

### 3 - PLANIFICAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

O programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” foi estruturado tendo em consideração as necessidades sentidas pelo investigador como Enfermeiro Gestor, uma exaustiva pesquisa bibliográfica sobre o tema IE, a identificação das necessidades de formação em IE pelos Enfermeiros Gestores do CHUC e os objetivos que pretendíamos atingir com este estudo.

Este programa pretendeu dar resposta às necessidades formativas identificadas no subcapítulo anterior, motivo pelo qual o organizámos em quatro módulos: 1) Inteligência e Inteligência Emocional; 2) A importância da IE no contexto organizacional; 3) Capacidades da IE e inteligência social de uma equipa; 4) Gerir a Equipa emocionalmente inteligente.

Cada módulo do programa de formação apresenta um conjunto de conteúdos que pretendem ir ao encontro das expectativas dos formandos e das suas necessidades formativas, desenvolvendo-lhes competências que lhes permitam aperfeiçoar a sua forma de gestão de modo a melhorar a sua QVT, diminuir o stress profissional e melhorar a relação com os seus colaboradores. Na elaboração do programa de formação pretendeu-se que os conteúdos se encontrassem interligados entre si, partindo de aspetos gerais para aspetos mais específicos e que de uma fase mais teórica se percorresse uma fase teórico-prática atingindo por último uma fase prática, tendo sempre em consideração os aspetos ligados à profissão de Enfermagem, o papel do Enfermeiro Gestor e a cultura organizacional do CHUC.

Este programa de formação teve um total de 21 horas, distribuídas de forma diferente pelos quatro módulos, de acordo com os conteúdos de cada módulo e a importância que lhe atribuímos. Assim, o Módulo I foi desenvolvido em 6 horas, o módulo II em 4 horas, o Módulo III em 8 horas e o Módulo IV em 3 horas.

Participaram no desenvolvimento deste programa de formação quatro formadores convidados e o investigador. Os formadores foram convidados a participar neste programa de formação pelas competências e experiências que possuem na formação em Gestão e IE, por serem reconhecidos a nível do país como referência na “Gestão em Saúde” e por manterem laços profissionais com a Organização. Cada formador tem diferentes percursos profissionais, estando os formadores convidados ligados a diferentes Instituições do Ensino Superior. Os conteúdos programáticos desenvolvidos por cada formador estiveram de acordo com a sua experiência profissional. Salientamos que a participação dos formadores convidados no desenvolvimento do programa de formação foi voluntária e sem qualquer tipo de remuneração.

Para finalizar este subcapítulo apresentamos os conteúdos abordados em cada módulo deste programa de formação.

#### Módulo I - Inteligência e Inteligência Emocional

- Elementos fundamentais da IE (autoconsciência, autocontrole, consciência social, relacionamento interpessoal);
- Reconhecer as emoções;
- Gerir as emoções (“a gramática emocional”);

#### Módulo II - A importância da Inteligência Emocional no contexto organizacional

- O gestor emocionalmente inteligente;
- A importância da IE no sucesso pessoal e profissional;
- A criatividade na capacidade de comunicar, o conhecimento do outro;

#### Módulo III - Capacidades da Inteligência Emocional e social de uma equipa

- Identidade, motivação, consciência emocional, comunicação, tolerância ao stress, resolução de conflitos, atitude positiva;
- A IE e a qualidade de vida no trabalho;

#### Módulo IV - Gerir a Equipa emocionalmente inteligente

- Da IE da Equipa à inteligência colaborativa

Posteriormente à definição do programa de formação “IE em Gestores de Enfermagem”, iniciámos o processo de operacionalização e autorização por parte dos Órgãos Dirigentes do CHUC, tendo como objetivo final a sua implementação.

Após a apresentação do programa de formação à Direção de Enfermagem do CHUC, optou o Sr. Enfermeiro Diretor por integrá-lo no Plano Estratégico da Direção de Enfermagem do CHUC, na Área Gestão da Estratégia e no programa “Capacitar os Enfermeiros Gestores para a liderança e conceção dos cuidados”.

A integração deste programa de formação no Plano Estratégico da Direção de Enfermagem do CHUC permitiu que este tivesse um maior impacto junto dos Enfermeiros Gestores e de toda a Organização. Apesar do apoio logístico dado pelo Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional (SFAP) do CHUC todos os custos inerentes a este Programa de Formação recaíram sobre o Investigador.

Com o apoio do SFAP foi formalizado todo o processo conducente à concretização do curso “IE em Gestores de Enfermagem”, nomeadamente o espaço para a realização da formação (Auditório do Centro de Congressos dos HUC), o planeamento das datas para a realização do curso, a sua divulgação e a certificação do mesmo.

A divulgação do curso foi realizada através do meio oficial de informação do Conselho de Administração do CHUC (Anexo N), através do SFAP e através de mensagem eletrónica enviada pelo Enfermeiro Diretor a todos os Enfermeiros Gestores. Nesta mensagem, Enfermeiro Diretor divulgou o curso “IE em Gestores de Enfermagem” e salientou a importância da sua frequência por todos os Enfermeiros Gestores.

De acordo com o tipo de programa que pretendíamos desenvolver, optámos por organizar quatro cursos. Inicialmente definimos que cada curso não deveria ter mais de 20 formandos, de forma a permitir uma maior interação do grupo, um maior desenvolvimento do grupo e uma maior articulação formando/formando e formando/formador.

Tendo em atenção a carga horária do curso e a disponibilidade das salas para a sua realização, bem como a disponibilidade dos formadores, organizámos cada curso em 10 sessões formativas: nove sessões de 2 horas e a última sessão de 3 horas.

Relativamente aos conteúdos que se pretendiam transmitir por sessão e a forma como se pretendiam transmitir (sessões teóricas e sessões práticas), estruturámos os cursos de modo a permitir que em determinadas sessões estivessem presentes todos os formandos e noutras estivessem grupos mais restritos (que passamos a denominar de grande grupo e subgrupo, respetivamente).

A divulgação do curso “IE em Gestores de Enfermagem” ocorreu no início de fevereiro de 2013 e o prazo de inscrição terminou a 28 do mesmo mês. Foram apresentadas as várias datas disponíveis por curso e cada interessado em frequentá-lo deveria escolher a que mais se adaptasse à sua disponibilidade pessoal e profissional. No final deste período de inscrição, deparámo-nos com um número de inscritos superiores ao esperado, o que fez com que tivéssemos necessidade de aumentar o número de formando por curso. Assim, o primeiro curso teve 26 formandos, o segundo teve 22 formandos, o terceiro teve 20 formandos (inscreveram-se 22 Enfermeiros Gestores, mas dois não frequentaram o curso) e o quarto curso teve 26 formandos. Como podemos verificar, houve 94 Enfermeiros Gestores do CHUC que frequentaram os cursos “IE em Gestores de Enfermagem”, de um universo (nesta data) de 102 Enfermeiro Gestores. O programa de formação decorreu entre o dia 6 de março e o dia 2 de maio de 2013.



### 3.1 - DESCRIÇÃO DAS SESSÕES FORMATIVAS

No desenvolvimento deste programa de formação houve, como já foi explicado anteriormente, a intervenção em grupo. Esta nossa opção teve por base a definição de grupo como um “conjunto dinâmico constituído por um número reduzido de pessoas que se sentem mutuamente interdependentes na criação de uma plataforma relacional e nos objetivos a atingir” (Jardim, 2003, p.46). No grupo, o desenvolvimento pessoal, social e profissional processa-se através da interação entre indivíduos. O grupo é considerado o espaço privilegiado de aprendizagem, de formação e de treino. A intervenção em grupo tem apresentado vantagens significativas em relação a outras modalidades, como por exemplo o atendimento individual, “uma vez que a participação grupal leva a experiências profundas de autoconhecimento, conhecimento do outro e interação” (Carvalho, 1995, p.81). Esses benefícios advêm do facto do grupo facultar o envolvimento de todas as dimensões humanas, como pensamentos e opiniões, emoções e desejos, passado e futuro, vida familiar e profissional.

Na nossa intervenção, perante os diferentes grupos que integraram o programa de formação, tivemos presente a opinião de Roger (1986) acerca da evolução grupal que inclui quinze fases que se entrecruzam como uma “rica e variada tapeçaria, diferindo de grupo para grupo, embora com certas espécies de tendências evidentes na maior parte destes encontros intensivos e com certas estruturas que tendem a preceder outras” (p. 28). Na perspetiva deste autor, as fases que se encontram presentes no desenvolvimento dos grupos em programas de formação são:

- ✓ Hesitação – período inicial de confusão, de silêncio embaraçoso e de comunicação superficial;
- ✓ Resistência à expressão ou exploração pessoais – é mostrado somente o “eu” exterior;
- ✓ Descrição de sentimentos passados – exteriores ao grupo, no tempo e no espaço;
- ✓ Expressão de sentimentos negativos – a primeira expressão de sentimentos atuais, normalmente dá-se sob a forma de crítica ou irritação em relação a outros membros ou em relação ao líder);
- ✓ Expressão e exploração de material com significado pessoal – habitualmente, processa-se sob a forma de desabafos de problemas pessoais e corresponde ao surgir da confiança no grupo;

- ✓ Expressão de sentimentos interpessoais imediatos no grupo – tanto positivos como negativos;
- ✓ Desenvolvimento de uma capacidade terapêutica no grupo – certos membros ativam a sua capacidade natural e espontânea para tratar o sofrimento dos outros;
- ✓ Aceitação do “eu” e começo da mudança – a aceitação das qualidades e limites pessoais dá início à mudança pretendida;
- ✓ O “estalar das fachadas” – o grupo aumenta o grau de exigência de sinceridade entre os seus membros;
- ✓ O indivíduo é objeto de “feedback” por parte dos outros (são recebidos vários dados sobre o modo como a pessoa é vista pelos outros);
- ✓ Confrontação – o “feedback” torna-se tão profundo e intenso que é chamado de confronto com o outro em pé de igualdade;
- ✓ Relação de ajuda fora das sessões de grupo – a experiência de auxílio proporcionado e recebido dentro do grupo é transferida para outros contextos da vida dos participantes;
- ✓ O encontro básico – consiste no contacto íntimo e direto entre os indivíduos do grupo, que pode ser denominado de empatia;
- ✓ Expressão de sentimentos positivos e intimidade – é o resultado da aceitação das pessoas;
- ✓ Mudanças de comportamento no grupo – após a experiência grupal, muitas alterações são verificadas na vida dos participantes (Rogers, 1986).

Também de acordo com Jardim e Pereira (2006), numa intervenção em grupo por programas há que identificar as técnicas a aplicar. Com a intenção de implementar o desenvolvimento de competências, mais do que meditar sobre esses conceitos ou comportamentos, é importante:

- ✓ Descrever a competência, o que permite à pessoa criar uma imagem mental do conceito em causa e assimilar mais facilmente os seus componentes principais;
- ✓ Exemplificar e demonstrar a competência, uma vez que esta precisa de ser vista e escutada, de modo a serem criadas as predisposições pessoais para uma adesão plena às atitudes e comportamentos que se deseja promover;
- ✓ Perceber os benefícios, as vantagens e as mais-valias que justificam a aprendizagem de uma competência;

- ✓ Experimentar, praticar e treinar a competência através de dinâmicas, de jogos interativos e do preenchimento das fichas;
- ✓ Enquadrar no modo pessoal de pensar as características intrínsecas de determinada competência, de tal forma que ela passe a fazer parte integrante da sua estrutura mental;
- ✓ Expressar no quotidiano (através de palavras, gestos, atitudes e comportamentos) as competências apreendidas ao longo de um programa de intervenção (Jardim & Pereira, 2006).

Perante o exposto e no caso da nossa investigação em que o objetivo a atingir implica o modo como a pessoa desenvolve as suas competências em IE, se relaciona consigo mesma e com os outros a nível da gestão, o programa foi desenhado como sendo uma intervenção em grupo e desenvolveu-se nas sessões formativas seguintes:

### **3.1.1 - Sessão zero**

Este primeiro encontro com os Enfermeiros Gestores do CHUC serviu para estabelecer um primeiro contacto e permitiu-nos identificar as expectativas destes em relação aos cursos.

A aplicação da FANF foi o momento crucial desta sessão. Verificámos, através da observação e da interação com os Enfermeiros Gestores, as dificuldades sentidas no seu preenchimento. Esta interação possibilitou também a recolha de dados, o que permitiu aos formadores selecionar os conteúdos mais pertinentes, de acordo com as expectativas dos formandos, aperfeiçoar o programa de formação e optar pelas dinâmicas a utilizar nas várias sessões.

Foi realçada a informação de que a presença dos formandos deveria ser voluntária e assídua, de modo a que as sessões decorressem da melhor forma e atingíssemos, em conjunto, os objetivos a que nos propúnhamos.

### **3.1.2 - Primeira Sessão**

No momento em que se inicia a primeira sessão, emerge um dos momentos mais delicados da formação, que consiste na apresentação do programa e das pessoas. Com efeito, os participantes encontram-se pela primeira vez enquanto grupo que terá de trabalhar conjuntamente durante um certo período de tempo. A apresentação deverá permitir que cada um obtenha respostas às questões fundamentais: “Quem somos?”, “Porque estamos aqui?”, “O

que vamos fazer juntos?”, “Como iremos proceder?”, “Como avaliaremos a ação?” (De Ketele et al., 1994).

Nesta sessão, para além da apresentação da temática que originou este programa de formação, foram apresentados os formadores convidados, os objetivos do curso, o planeamento do curso, a dinâmica a utilizar nas várias sessões do curso e o contexto de investigação em que está inserido este programa. Numa segunda fase da sessão optou-se por introduzir o tema “IE”, contextualizando a sua importância nas organizações e na gestão de Recursos Humanos.

No final desta sessão formativa optou-se por enviar através de correio eletrónico vários textos científicos que, de acordo com os formadores, fundamentariam as várias sessões formativas.

### 3.1.3 - Sessões intermédias

Considerámos como sessões intermédias aquelas que se encontram entre a primeira sessão e aquela que considerámos ser a última sessão. Iremos assim focar-nos em três tipos de sessões tendo em conta a forma como foram desenvolvidas: teóricas, interação dinâmica e *role-playing*.

- Sessões teóricas

Das 10 sessões em que se encontrava dividido cada curso, considerámos existirem três sessões que avaliámos como teóricas. Estas sessões ocorreram em contexto de grande grupo e faziam parte do que considerámos essencial no desenvolvimento do programa de formação. Pretendeu-se com estas sessões dar igual oportunidade de transmissão de conhecimentos teóricos elementares em IE a todos os Enfermeiros Gestores que frequentaram estes cursos. O método utilizado foi o expositivo, com abertura para que os formandos pudessem interagir entre si e com os formadores.

- Sessões de interação dinâmica

O método da animação pressupõe uma visão otimista da pessoa, entendida como um ser cheio de possibilidades, com muitos valores e com diversos talentos. A consideração pela dignidade da natureza humana suscita comportamentos caracterizados pela confiança nas potencialidades do ser humano. Segundo este princípio, é a partir da escuta empática das necessidades dos destinatários de uma intervenção que são definidas as propostas de

formação. Os mecanismos de aprendizagem subjacentes às dinâmicas devem ser conhecidos e seguidos criteriosamente pelos formadores, que deverão estar conscientes destes mecanismos, destacando a percepção das próprias emoções, a expressão direta dos sentimentos, a sinceridade, o *feedback* e a proximidade (Jardim, 2003). Podemos afirmar que de entre todas as variáveis relacionadas com o desenvolvimento das competências, a mais importante é a atitude dos participantes: aqueles que esperam realizar uma aprendizagem progressiva são os que obtêm maior proveito da experiência; pelo contrário, aqueles que pensam que não vão mudar nada e aqueles que julgam que vão aprender tudo e depressa correm o sério risco de realizar uma experiência frustrante através das dinâmicas de grupo.

O emprego das dinâmicas na animação surgiu com a necessidade profunda da pessoa se encontrar consigo mesma, com os outros e com os valores; através delas fomos, de forma progressiva, fundamentando a ideia de que, nesse confronto, o grupo representa um contexto psicossocial rico em estímulos e possibilidades, pois estas dinâmicas criam um contexto formativo adequado ao crescimento, à maturação e à aprendizagem, através das quais podem ser atingidos muitos dos objetivos formativos.

Uma vez que envolvem a pessoa do ponto de vista emotivo, cognitivo e existencial, as dinâmicas tornaram-se um dos meios privilegiados para a reflexão e para a ação ao nível formativo. Vopel (1994) apresenta vários motivos para o uso das dinâmicas na formação, nomeadamente porque permitem a participação ativa e equilibrada, o *feedback* construtivo, a interação e a coesão de grupo. Verificámos, no entanto, que no desenvolvimento destas sessões os formandos só usufruíram de todas as potencialidades das dinâmicas quando dentro do grupo existia um clima emotivo-afetivo agradável e um conjunto de regras específicas.

- Sessões de *role-playing*

Algumas sessões tiveram momentos marcantes no desenvolvimento deste programa de formação, através da utilização da técnica de *role-playing*. Esta técnica, frequentemente utilizada no desenvolvimento de competências, é usada pelos formadores de forma que os participantes possam colocar em prática uma determinada competência, sob a forma de ensaio e mediante a supervisão do formador. O objetivo deste treino de competências é substituir modos de responder não adequados por outros mais funcionais (López & Población, 2000).

Estas sessões foram desenvolvidas tendo em atenção os seguintes passos: apresentação do modelo, comentário à atuação do modelo, realização do *role-playing* pelos formandos, *feedback* dos outros participantes e do formador e, por último, repetição do *role-playing*. É de referir que esta estratégia pode servir tanto para adquirir novos comportamentos, como para melhorar determinados desempenhos.

Salientamos que o “reforço” do grupo tem grande influência sobre a modificação de comportamentos. A sua eficácia depende, em grande parte, do tempo que medeia entre a execução de um comportamento e a realização do *feedback*; por isso, este deve ser proporcionado imediatamente após a execução de determinado comportamento. Mas também para que seja possível a manutenção da competência treinada, no início, o reforço deverá ser dado de modo contínuo e imediato; em seguida, passará a ser contínuo e demorado; e mais tarde, o reforço será intermitente, ou seja, expresso somente de vez em quando, assemelhando-se cada vez mais ao que sucede nas situações quotidianas.

### 3.1.4 - Última sessão formativa

Esta sessão formativa, que decorreu com todos os formandos dos quatro cursos de formação, teve uma duração de 3 horas e desenvolveu-se em dois tempos diferentes.

No primeiro tempo, o formador convidado desenvolveu uma conferência subordinada ao tema “Gerir a Equipa emocionalmente inteligente: da IE da equipa à inteligência colaborativa”. Pretendeu interligar todos os assuntos explorados neste programa de formação, demonstrando o quanto é importante os gestores serem emocionalmente inteligentes, capacitarem as suas Equipas de IE e conseguirem direcioná-las de modo a serem mais colaborativas e produtivas.

No segundo tempo, e na presença de todos os formadores, realizou-se a avaliação dos cursos de formação.

Nesta fase do programa de formação, “avaliação”, o formador assume um papel marcadamente ativo, no sentido de coordenar as seguintes tarefas: guiar a reflexão (cada formando deve ter a oportunidade de refletir sobre o que foi vivenciado, pelo que o formador lança um conjunto de perguntas a que cada um deverá responder); motivar a comunicação sobre a experiência (o formador convida os formandos a partilharem as suas experiências); ajudar a compreender a experiência (algumas situações mais problemáticas exigem uma especial atenção do formador, apesar de considerarmos que nestas situações interessa sobretudo ajudar na partilha de experiências e não tanto fornecer interpretações dos sentimentos, das atitudes ou

dos comportamentos verificados); e, por último, relacionar a experiência com a vida quotidiana (a aprendizagem proporcionada pela dinâmica deve ser transferida para a vida dos participantes, tanto no âmbito pessoal, como social e, neste caso em particular, profissional).

O formador que coordenou este processo de avaliação esteve presente em todas as sessões formativas e, tendo a perceção de como estas tinham decorrido, preocupou-se em saber quais os aspetos menos positivos da formação, os aspetos a realçar pela positiva e as sugestões para melhorar outros processos formativos.

Durante todas as sessões formativas foi propósito de todos os formadores darem oportunidade aos formandos de se sentirem com espaço suficiente, de modo a experienciarem a sua liberdade. Por isso, optou-se pelas atividades em que o formando podia participar livremente, não havendo condicionamentos pessoais ou ambientais. Em todas as interações propostas predominaram sempre dois critérios: 1) escolhas livres, onde cada um é livre de escolher qual a forma de responder aos desafios do grupo, não sendo nada imposto como obrigação, o que implica que, se alguém não quer falar ou realizar uma ação, tem todo o direito a agir desse modo e todos os membros do grupo devem respeitar essa atitude; 2) resultados diversificados, isto é, no grupo todos realizam as mesmas ações, mas os resultados conseguidos são sempre diferentes, uma vez que cada um tem histórias de vida, ideias e convicções pessoais distintas.

#### **4 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM”**

A avaliação é considerada como parte integrante do próprio processo de intervenção, isto é, está presente durante todos os momentos do desenvolvimento de um programa. Além disso, é ela que vai permitir a tomada de decisões e a projeção de juízos de valor. Com base nos resultados obtidos a partir da avaliação é que, maioritariamente, os gestores da formação podem decidir de um modo fundamentado sobre a pertinência, a utilidade e a validade dessa mesma formação.

Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004, p.35) definem a avaliação como “identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defendíveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objetivo avaliado em relação a esses critérios”.

Os programas de formação deverão ser adequados aos objetivos, aos contextos e deverão prender-se com os três momentos em que se realiza a formação: os antecedentes, os processos e os resultados. Segundo Álvarez Rojo (2002, p.195), um antecedente é qualquer condição com existência prévia ao ensino-aprendizagem que pode estar relacionada com os resultados previstos; os processos correspondem a qualquer forma de interação que se estabelece durante a intervenção, que pode ser entre pessoas, ou entre estas e os “materiais”; e os resultados referem-se a qualquer consequência ou impacto produzido pelo programa.

Para um correto controlo do que acontece durante a aplicação de um programa de formação e para que se tenham dados objetivos que justifiquem alterações em aplicações posteriores do mesmo programa, é fundamental controlar o seu cumprimento (Jardim, 2003); para isso, há que verificar e registar o grau de consecução obtido em cada um dos indicadores de monitorização, que apresentamos de seguida e que se encontram distribuídos em quatro dimensões:

- ✓ Recursos humanos: presença dos destinatários e formandos, realização das tarefas planeadas, atuação do formador ao longo do programa;
- ✓ Recursos materiais: disponibilidade dos locais, cumprimento dos horários, presença dos materiais nos lugares e tempos previstos;
- ✓ Atividades: execução efetiva das atividades previstas, modificações introduzidas pelos formadores e suas razões, atividades que não funcionaram bem e porquê;
- ✓ Eficácia: resultados parciais conseguidos em cada momento da sessão, pontos menos positivos e fortes das sessões em relação aos resultados obtidos, proposta de modificações a introduzir no programa.

Pelo exposto, e para que um programa de formação atinja os objetivos para os quais foi delineado, torna-se imprescindível assegurar que estão disponíveis os meios necessários para cada sessão de formação, que o programa é aplicado de acordo com a sua planificação e que todos os destinatários do programa beneficiam com a sua implementação e desenvolvimento.

A avaliação final do programa de formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” realizada pelos Enfermeiros Gestores que nela participaram pretendeu recolher dados sobre a opinião dos formandos relativamente à forma como decorreu o programa de formação e as suas sugestões para a sua melhoria e futuras utilizações.

Tendo presente a temática deste estudo e o que se pretende atingir “Capacitar os Enfermeiros Gestores do CHUC com competências em IE”, a forma como recolhemos os dados e os tratámos, consideramos ser um estudo de natureza descritiva, quantitativa e qualitativa.



#### 4.1 - AMOSTRA

Como referimos anteriormente, existiam no CHUC 102 Enfermeiros Gestores no momento do início do programa formativo (março de 2013). Houve 96 inscrições divididas pelos diferentes cursos, tendo todos os inscritos comparecido na sessão que denominámos de “Sessão zero”. No entanto só 94 Enfermeiros Gestores frequentaram os cursos com a assiduidade considerada pelo SFAP compatível com a certificação. Assim, neste estudo, decidimos que a nossa amostra era constituída pelos 94 Enfermeiros Gestores do CHUC que frequentaram os cursos “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

#### 4.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Tendo presente a forma como nos propusemos avaliar este programa de formação, na perspectiva dos formandos (Enfermeiros Gestores) utilizámos como instrumento de recolha de dados um questionário que denominamos como Questionário de avaliação do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. Este questionário é constituído por duas partes. Na primeira parte utilizamos uma escala de Likert de 1 a 5, onde 1 corresponde a nenhum(a), (...) e 5 a muitíssimo(a). Esta escala tem treze itens: 1- Interesse pela temática “inteligência emocional”; 2- Pertinência dos objetivos da formação; 3- Interesse dos temas tratados; 4- Adequação da metodologia de abordagem dos temas; 5- Adequação do material didático (diapositivos, documentos, ...); 6- Utilidade de conhecimentos adquiridos; 7- Interesse prático da formação; 8- Relação dos conteúdos abordados com a duração da formação; 9- Adequação da duração total da formação; 10- Adequação do horário da formação; 11- Adequação das condições da sala da formação; 12- Qualificação dos formadores; 13- Valor global da formação. Na segunda parte do Questionário, formulámos três questões abertas: “O que mais lhe agradou na formação?”; “O que menos lhe agradou na formação?” e, por último, “Considerações/comentários”.

### 4.3 - PROCEDIMENTO DA RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A avaliação do programa de formação pelos formandos foi realizada na última sessão de formação, no dia 2 de maio de 2013, no segundo tempo formativo, após a conferência “Gerir a Equipa emocionalmente inteligente: da IE da equipa à inteligência colaborativa”.

Nesta sessão foi solicitado aos formandos que preenchessem, em 15 minutos, o “Questionário de avaliação do Programa de Formação”. Este questionário descrito anteriormente foi entregue a todos os formandos, tendo o seu preenchimento sido voluntário, o que permitiu o anonimato. Para além das questões direcionadas para determinados temas, este questionário possuía uma parte para considerações finais e/ou comentários. A opinião (expressa em texto livre, comentário/considerações finais) foi analisada com base nos seguintes critérios: leitura integral de todas as expressões dos Enfermeiros Gestores; categorização das unidades de registo com a concordância de duas das formadoras; a unidade de contexto foi o parágrafo/excerto de parágrafo, tendo em conta a unidade de registo definida; os parágrafos/excerto de parágrafos utilizados como exemplos, correspondem às expressões dos Enfermeiros Gestores e não se codificaram nem ordenaram. Algumas unidades de registo ilustram-se recorrendo à frequência como regra de enumeração, através da contagem do número de vezes que a unidade de registo surgiu nas expressões dos Enfermeiros Gestores.

### 4.4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta sessão encontravam-se todos os Enfermeiros Gestores que participaram neste programa de formação, conforme pudemos verificar pelo registo de assiduidade.

Nesta avaliação foi utilizado o “Questionário de avaliação do Programa de Formação” descrito anteriormente. O número de respondentes foi muito inferior ao número de formandos presentes (n=43) devido, na nossa perspetiva, à sessão ter uma duração superior às outras (3 horas) e os formandos terem tido a oportunidade de saírem após o término da conferência. Salientamos que os dados recolhidos foram fornecidos de forma voluntária e sob anonimato.

Os dados que apresentamos são resultantes da aplicação deste Questionário, têm por base as questões que o constituem e seguem a sua sequência neste instrumento de recolha de dados.

Na Tabela 16, “Opinião dos formandos sobre o programa de formação «IE em Gestores de Enfermagem»”, apresentamos os dados resultantes da primeira parte do Questionário de avaliação da formação (13 itens avaliados através de uma escala de *Likert*). Verificámos através

da análise desta tabela que os itens que atingiram valores médios mais baixos foram “Adequação da duração total da formação” (2,84) e “Adequação da metodologia de abordagem dos temas” (2,91). Por outro lado, existem quatro itens que consideramos terem atingido valores médios altos: “Interesse prático da formação” (3,60), “Pertinência dos objetivos da formação” (3,63), “Qualificação dos formadores” (3,88) e “Interesse pela temática” (4,26). Este último item é o único que apresenta um mínimo de 2 e o desvio padrão mais baixo (0,65).

*Tabela 16 - Opinião dos formandos sobre o programa de formação “IE em Gestores de Enfermagem”*

| Item                                                      | n  | Min | Max | Média | dp   |
|-----------------------------------------------------------|----|-----|-----|-------|------|
| Interesse pela temática “IE”                              | 43 | 2   | 5   | 4,26  | 0,65 |
| Pertinência dos objetivos da formação                     | 43 | 1   | 5   | 3,63  | 1,00 |
| Interesse dos temas tratados                              | 42 | 1   | 5   | 3,55  | 1,04 |
| Adequação da metodologia de abordagem dos temas           | 43 | 1   | 4   | 2,91  | 0,86 |
| Adequação do material didático                            | 43 | 1   | 4   | 3,07  | 0,79 |
| Utilidade dos conhecimentos adquiridos                    | 42 | 1   | 5   | 3,67  | 1,07 |
| Interesse prático da formação                             | 42 | 1   | 5   | 3,60  | 1,10 |
| Relação dos conteúdos abordados com a duração da formação | 40 | 1   | 4   | 3,05  | 0,87 |
| Adequação da duração total da formação                    | 43 | 1   | 4   | 2,84  | 0,89 |
| Adequação do horário da formação                          | 41 | 1   | 5   | 3,05  | 1,16 |
| Adequação das condições da sala de formação               | 43 | 1   | 5   | 3,12  | 1,09 |
| Qualificação dos formadores                               | 43 | 1   | 5   | 3,88  | 0,87 |
| Valor global da formação                                  | 43 | 1   | 5   | 3,44  | 0,93 |

Perante os dados apresentados consideramos oportuno realizar o estudo correlacional entre o item “Interesse pela temática” e os restantes itens. Os resultados obtidos com nível de significância são apresentados na Tabela 17, “Resultados da correlação de Pearson entre o item «Interesse pela temática» e os restantes itens na amostra global (n=43)”. Pela análise da tabela verificámos que os formandos que referiam maior interesse pela temática valorizaram mais a pertinência dos objetivos ( $r=0,401$ ,  $p=0,008$ ). Do mesmo modo, quem demonstrou maior interesse pela temática demonstrou maior interesse pelos temas tratados ( $r=0,412$ ,  $p=0,007$ ) e, por último, quem apresentou maior interesse pela temática reconheceu maior utilidade aos conhecimentos adquiridos ( $r=0,398$ ,  $p=0,009$ ).

*Tabela 17 - Resultados da correlação de Pearson entre o item "Interesse pela temática" e os restantes itens na amostra global (n=43)*

| Item                                                      | r      | p     |
|-----------------------------------------------------------|--------|-------|
| Pertinência dos objetivos da formação                     | 0,401  | 0,008 |
| Interesse dos temas tratados                              | 0,412  | 0,007 |
| Adequação da metodologia de abordagem dos temas           | 0,084  | 0,591 |
| Adequação do material didático                            | 0,192  | 0,218 |
| Utilidade dos conhecimentos adquiridos                    | 0,398  | 0,009 |
| Interesse prático da formação                             | 0,170  | 0,282 |
| Relação dos conteúdos abordados com a duração da formação | 0,066  | 0,688 |
| Adequação da duração total da formação                    | 0,072  | 0,646 |
| Adequação do horário da formação                          | -0,016 | 0,922 |
| Adequação das condições da sala de formação               | -0,042 | 0,788 |
| Qualificação dos formadores                               | 0,094  | 0,549 |
| Valor global da formação                                  | 0,238  | 0,124 |

Relativamente à segunda questão “O que mais lhe agradou na formação?” obtivemos 31 respostas que incidem essencialmente sobre a importância da temática, a dinâmica de grupo, a qualidade dos formadores e o interesse prático da formação e que ilustramos no Quadro 19. Verifica-se que a maioria dos formandos apresenta como aspetos positivos a temática e a forma como foram desenvolvidos e apresentados os conteúdos, valorizando a pertinência dos conteúdos na sua vida profissional, a dinâmica utilizada nas diferentes sessões e a qualidade dos formadores, assim como a forma como expuseram os temas.

Quadro 19 - Respostas à questão "O que mais lhe agradou na formação"

| CATEGORIAS                           | RESPOSTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TEMÁTICA</b>                      | “O interesse da temática”; “A abordagem do tema e as implicações na tomada de decisão (...)”; “A reflexão sobre a temática (...)”; “Relembrar alguns conteúdos teóricos”; “O tema é de extrema importância, principalmente no contexto atual em que vivemos um período de mudança e desmotivação (...)”; “Os temas abordados e a forma clara como foram expostos”; “O alerta para a temática, que é de extrema importância”; “Sistematização de conceitos”; “A pertinência do tema (...) e o que posso levar de imediato para a minha Equipe”.                                                                                                                                           |
| <b>INTERESSE PRÁTICO DA FORMAÇÃO</b> | “(…) Novos conhecimentos, complementados com exercícios práticos da nossa vida quotidiana”; “Reflexão produzida (...)”; “O enquadramento teórico e a sua importância no desempenho”; “A importância do tema e a sua utilização na prática diária”; “A importância da temática, deve ser extensível a todas as Equipas”; “Aumento da capacidade para perceber assuntos relacionados com a IE. Análise reflexiva sobre o desempenho do gestor no contexto de trabalho”; “(…) a importância do tema na gestão operacional de Enfermagem”; “A objetividade da formação e o seu interesse prático”; “Atualização de conhecimentos adquiridos anteriormente e o seu interesse na vida diária”. |
| <b>DINÂMICA DAS SESSÕES</b>          | “Os exemplos práticos desenvolvidos durante as sessões”; “As sessões práticas em grupos mais pequenos”; “As sessões práticas”; “As sessões com os grupos mais pequenos”; “Os objetivos estratégicos que nortearam a formação”; “A forma prática como a maioria dos temas foi apresentado”; “Formação objetiva e com interesse prático”; “A forma prática como toda a formação foi apresentada”; “As sessões de role-playing”.                                                                                                                                                                                                                                                            |

De igual forma apresentamos as respostas à terceira questão “O que menos lhe agradou na formação?”. Obtivemos 36 respostas que agrupámos em quatro categorias: condições materiais, conteúdos programáticos, dinâmica das sessões e formandos. Salienta-se pela análise do Quadro 20, “Respostas à questão: O que menos lhe agradou na formação?”, que os formandos manifestaram o seu desagrado relativamente à distribuição da carga horária dos cursos e à forma como foram distribuídas as horas pelos diferentes conteúdos programáticos, recaindo também algumas respostas a esta questão em aspetos relacionados com a dinâmica utilizada em algumas sessões, as condições físicas em que se realizaram as sessões e o elevado número de formandos, especialmente nas sessões realizadas para o grupo constituído por todos os formandos.

Quadro 20 - Respostas à questão "O que menos lhe agradou na formação?"

| CATEGORIAS                                            | RESPOSTAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E PLANEAMENTO DO CURSO</b> | “A esquematização do curso”; O tempo dispensado na primeira sessão”; “Não existir um fio condutor nas primeiras sessões”; “Repetição de alguns temas”; “Carga horária desajustada”; “O horário das sessões”, “Diversidade de dias”; “Muitos conceitos”; “As primeiras sessões”; “Número de dias e número de horas, horário das sessões”; “ (...) Houve sessões meramente expositivas”; “Faltou um fio condutor nas sessões”.                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>DINÂMICA DAS SESSÕES</b>                           | “Pouca valorização da condição dos formandos e da sua prática”; “Curso muito teórico (...) ”; “Formação demasiado teórica”; “A realização de exercícios práticos foi dificultada pela dimensão do grupo (...) ”; “Os exemplos utilizados não se reportam à gestão em Enfermagem”; “Algumas sessões teóricas e repetidas”.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CONDIÇÕES MATERIAIS</b>                            | “Duração temporal do curso muito grande, horário das sessões”; “Horário e condições acústicas”; “Fracionamento da formação por muitos dias”; “A distribuição da formação por muitas tardes, muito cansativa (...), o grupo de formandos muito grande”; “Sala muito quente e abafada”; “Grupo demasiado grande e espaço demasiado fechado”; “Prolongamento do curso por muito tempo” (3); “A dimensão do grupo de formandos dificultou a formação (interação formador/formando). Horário da formação arrastado, em demasia no horizonte temporal”; “Deveria existir maior concentração, num dia, de horas de formação de forma a reduzir o horizonte temporal”; |
| <b>FORMANDOS</b>                                      | “Excessivo número de pessoas no grupo”; “A formação em massa diminui a oportunidade de partilha”; “Grupo muito numeroso”; “O facto de ter colegas que mostraram pouco interesse pelo curso”; “Grupo muito grande (...) não possibilitou a exposição de sentimentos no grupo”; “Formação alargada a todos os grupos” (2); “A aplicabilidade na organização é diminuta em virtude do modelo da organização ainda estar muito centrado em valores não incorporativos da IE, que se traduz em ferramentas que o Enfermeiro Gestor tem de utilizar mas que não são promotoras do desenvolvimento de Equipas emocionalmente inteligentes”                            |

Analogamente proporcionámos aos formandos a oportunidade de deixarem algumas considerações/comentários. Obtivemos deste modo 15 considerações/comentários, que apresentamos no Quadro 21, verificando-se o relacionamento direto com as respostas às questões anteriormente apresentadas, das quais salientamos: a importância da temática para os restantes grupos profissionais da organização, menos dias de formação e maior concentração de horas de formação por dia, redução do número de formandos por sessão.

Quadro 21 - Considerações/comentários

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CONSIDERAÇÕES<br>/<br>COMENTÁRIOS | “Este tipo de curso tem maior importância para as pessoas e organização se forem realizados com menos formandos por sala mas com os mesmos formadores”; “Menos dias de formação, grupos mais pequenos, mais exercícios práticos”; “Agrupar a formação em três dias completos”; “Ouvir os Enfermeiros Gestores sobre o seu contexto. Permitir o <i>feedback</i> mais vezes. Adequar estrutura organizacional ao contexto formativo”; “Proporcionar a todos os enfermeiros da organização esta formação”; “Nas próximas formações seria importante uma parceria com organizações/associações de Enfermagem, nomeadamente a associação de gestores de Enfermagem de forma a valorizar o exercício e o conhecimento dos Enfermeiros na Gestão”; “Diminuição dos grupos” (6); “Concentração das sessões em menos dias” (2); “Utilizar metodologia mais prática: <i>role playing</i> , filmes, etc.”. |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 5 - SÍNTESE CONCLUSIVA

A avaliação da implementação do Programa de Formação foi sendo realizada por nós e pelos formadores, no final de cada sessão formativa, e com abordagens informais a três níveis: 1) Enfermeiros Gestores (formandos); 2) Assessorias da Direção de Enfermagem para a Gestão dos desenvolvimentos profissionais e Gestão da Estratégia; 3) Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do CHUC. É importante salientar que em todas as sessões formativas que se realizaram estiveram sempre presentes os Assessores da Direção de Enfermagem do CHUC e uma Enfermeira representante do SFAP.

Sem qualquer dúvida o primeiro curso foi o que nos forneceu mais dados, que permitiram melhorar alguns aspetos nos cursos seguintes. Os formandos salientaram a necessidade de aumentar as sessões práticas e de melhorar as dinâmicas das sessões, existindo espaços mais abertos ao debate e uma maior utilização do *role-playing*. Os assessores da Direção de Enfermagem referiram, para além dos aspetos focados pelos Enfermeiros Gestores, que sentiam a necessidade da adaptação de alguns conteúdos do Programa de Formação à realidade da Organização e ao seu contexto de mudança, o que permitiria aos formandos serem mais diretivos, terem maior abertura, utilizando situações práticas e decorrentes do seu dia a dia profissional para exemplificarem conteúdos do programa e a sua utilização na gestão de recursos humanos. Os representantes do SFAP foram melhorando ao longo das várias sessões as condições logísticas dos cursos, nomeadamente a adequação de horários de algumas sessões, bem como a adequação das salas às sessões, proporcionando melhores condições aos formandos e formadores durante as mesmas.

No decorrer das várias sessões verificou-se que as sugestões de alterações ao programa de formação e à sua implementação diminuíram substancialmente em função das melhorias e adaptações introduzidas.

No último dia de formação e após a última sessão formativa, reunimos todos os formadores para avaliarmos (nesta perspetiva) a forma como decorreu todo o Programa de Formação. A opinião dos formadores foi muito positiva, tendo os mesmos salientado o envolvimento da Direção de Enfermagem e do SFAP para adequar as condições dos espaços físico e temporal aos cursos e o envolvimento dos formandos no processo ensino/aprendizagem. Valorizaram os conhecimentos que os Enfermeiros Gestores possuíam em gestão, especialmente em Gestão de Recursos Humanos, quer no que diz respeito à comunicação dentro das Equipas, quer à liderança, dando ênfase ao papel do Enfermeiro Gestor dentro da Organização.

Os formadores referiram terem tido uma experiência muito gratificante, emergindo oportunidades de investigação na área da saúde, em especial na Gestão em Enfermagem

Durante as várias sessões formativas obtiveram-se várias opiniões dos formandos relativamente à forma como as sessões estavam a decorrer, tendo estas sido valorizadas e utilizadas na melhoria das dinâmicas das sessões nos vários cursos.

Relativamente aos formandos, verificámos que os que possuíam interesse por esta temática consideraram pertinentes os objetivos da formação e mostraram interesse nos temas tratados, tendo realçado a utilidade dos conhecimentos adquiridos.

Resultante da avaliação do Programa de Formação que realizámos, sugerimos que nas próximas realizações do mesmo se diminua o número de dias de formação, mantendo, no entanto, a mesma carga horária e os mesmos conteúdos programáticos. O número de formandos por sessão deverá ser inferior, permitindo uma melhor interação formando/formando e formando/formador. Nas sessões formativas deverão ser utilizadas dinâmicas de grupo, com recurso a *role-playing*, espelhando no contexto formativo a prática profissional. Por último, importa referir que as salas utilizadas nas sessões deverão possuir condições ambientais adequadas e permitir a disposição do grupo no espaço, de modo a melhorar a sua interação.



## **CAPITULO IX: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM” NA IE PERCEBIDA PELOS ENFERMEIROS GESTORES DO CHUC, NA IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E NA RELAÇÃO COM OS ENFERMEIROS DAS EQUIPAS QUE GEREM.**

---

### **ESTUDO IV**

Este estudo, que denominámos como Estudo IV, é o último desta investigação. No entanto, tendo em consideração os dados que nos fornece, assume especial relevância. Os resultados obtidos confirmarão ou não toda a linha de pensamento que orientou esta investigação. Pretendemos, pois, confirmar se a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” realizada aos Enfermeiros Gestores do CHUC produziu mudanças a vários níveis: alteração da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores, importância que atribuem à Qualidade de Vida no Trabalho e a sua relação com os Enfermeiros que constituem as suas Equipas.

A estruturação deste capítulo teve como linha orientadora a estrutura do Capítulo VII, onde apresentámos o Estudo II, desenvolvendo-se nos subcapítulos: 1) Enquadramento e metodologia; 2) Resultados; 3) Discussão dos resultados; 4) Conclusões do Estudo.

### **1 - ENQUADRAMENTO E METODOLOGIA**

Se o QI é importante, a IE é o verdadeiro cerne da organização, ou seja, utilizar a IE eficazmente é o próximo passo evolutivo nas organizações (Hughes & Terrell, 2009). “Quando emocionalmente perturbadas, as pessoas não se lembram, não aprendem, nem tomam decisões com clareza” (Goleman, 1995, p. 163). Sobre isto, Soto (2002) salienta que se nos controlarmos emocionalmente, poderemos provocar mudanças transcendentais no nosso dia a dia, viver e fazer deliberadamente com que as nossas emoções trabalhem em nosso benefício, de tal forma que melhoraremos nossa qualidade de vida.

Ao contrário do QI, a IE pode melhorar ao longo da nossa vida, dependendo de nós e da nossa vontade de investirmos no seu desenvolvimento. Não obstante, convém sublinhar que, contrariamente às habilidades puramente cognitivas, aumentar e aperfeiçoar as nossas

habilidades emocionais requer disponibilidade e aceitação para reorganizar os nossos hábitos pessoais, os nossos sentimentos e a nossa forma de pensar e agir (Roque et al, 2006).

No contexto organizacional, a IE é capaz de prever o bom desempenho no trabalho, bem como nas diversas componentes da vida (Van Rooy & Viswesvaran, 2004), especialmente nas áreas profissionais que envolvem elevados níveis emocionais (Joseph & Newman, 2010). As emoções são atualmente, um elemento contraproducente no sucesso organizacional, tendo em consideração que toda a envolvente contextual e transacional das organizações se encontra enraizada em fatores que imprimem elevadas variações emocionais e comportamentais nos indivíduos que com elas interagem.

Relembramos que a OMS define a qualidade de vida no trabalho como sendo um conjunto de perceções individuais de vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que os indivíduos vivem e em relação às metas, expectativas, padrões e preocupações. Dessa forma, as organizações têm procurado desenvolver ações que tendem a assegurar um ambiente que estimule e apoie o indivíduo e a empresa, consciencializando-o que a sua saúde física e mental influencia de forma significativa o desenvolvimento das suas atividades. Nesta perspetiva, os sentimentos e as relações existentes entre os colaboradores de uma organização ganham especial relevo no ambiente laboral relacionado com as transformações do mundo contemporâneo, obrigando as empresas a repensarem o papel dos seus colaboradores e a importância que lhes atribuem (Morais, 2010).

Atualmente a dinâmica do mercado implica uma contínua mutação nas organizações. Novos concorrentes, novas tecnologias, novos métodos, novas estratégias (decorrentes de uma economia cada vez mais globalizada e direcionada para a competitividade) ditam o ritmo das organizações. Os frequentes processos de reestruturação contínua são exemplos disso e, por conseguinte, os colaboradores que detenham níveis de IE mais elevados estarão mais aptos a serem bem-sucedidos (Van Rooy & Viswesvaran, 2004).

Na opinião de Weisinger (2001), a IE no contexto organizacional tem por objetivo reduzir o stresse, aumentar a satisfação, a eficiência e a competitividade nas organizações através das pessoas que nelas estão inseridas. Ainda, para este autor, a IE gera maior QVT no trabalho aos colaboradores, pelo facto destes controlarem melhor os seus sentimentos, influenciando diretamente o bem-estar no ambiente de trabalho, melhorando a comunicação, reduzindo os conflitos e focando-os nos objetivos da organização onde se encontram inseridos.

Este Estudo, apoiado nos Estudos anteriores desta investigação, foi desenvolvido tendo por base uma das nossas questões de partida:

➤ Será que a participação no Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” pelos Enfermeiros Gestores do CHUC alterou a sua IE percebida, a importância que atribuem à QVT e a relação com os Enfermeiros que constituem as suas Equipas?

Com base nesta questão que surgiu como ponto de partida deste Estudo propusemo-nos a atingir os seguintes objetivos:

- ✓ Avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC após a realização da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”;
- ✓ Determinar o grau de importância atribuída à QVT após a realização da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”;
- ✓ Verificar se a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” modificou o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC;
- ✓ Avaliar se a formação “IE em Gestores de Enfermagem” modificou a relação dos Enfermeiros Gestores do CHUC com os Enfermeiros das Equipas de Enfermagem que gerem.

Tendo como ponto de partida a questão que formulámos e os objetivos que pretendemos alcançar, desenvolvemos este Estudo em duas vertentes. Na primeira, dirigida aos Enfermeiros Gestores do CHUC, tivemos como preocupação central avaliar se o Programa de Formação “IE em Gestores de Enfermagem” alterou a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a importância que atribuem à QVT. Na segunda, dirigida aos Enfermeiros das Equipas que os Enfermeiros Gestores gerem, pretendemos avaliar se a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” influenciou a relação Enfermeiro Gestor/Enfermeiro.

Tendo em consideração a metodologia de investigação utilizada, consideramos este Estudo como sendo um estudo qualitativo, quantitativo, descritivo e correlacional.

## 1.1 - AMOSTRA

Atendendo a que este estudo é qualitativo e correlacional, coloca algumas limitações no âmbito da nossa população e amostra. Relativamente aos Enfermeiros Gestores, definimos como critérios de inclusão: ser Enfermeiro Gestor do CHUC; ter frequentado a formação “IE em Gestores de Enfermagem”; ter participado no Estudo II desta investigação.

Assim, a amostra neste Estudo é constituída por todos os Enfermeiros Gestores que responderam corretamente ao Questionário II. Partindo deste critério, embora tenham respondido a este questionário 52 Enfermeiros Gestores, a nossa amostra é constituída apenas por 49 Enfermeiros Gestores, pois 3 questionários encontravam-se incompletos (um não respondeu ao IQVT/Importância e dois responderam de forma incompleta à TMMS). A codificação correta do instrumento de recolha de dados pelos Enfermeiros Gestores permitiu emergir uma subamostra, dentro desta, constituída por 17 Enfermeiros Gestores do CHUC.

Pensamos ser importante referir que durante o período em que se realizou esta investigação ocorreram várias mudanças estruturais no CHUC, decorrentes do processo de fusão das Instituições que a ele deram origem. Estas mudanças na estrutura organizacional (das quais destacamos o encerramento de algumas Unidades de Cuidados e a fusão de outras com a mesma especialidade médica, a aposentação de alguns Enfermeiros Gestores e a nomeação de outros para o desempenho de funções de gestão)—contribuíram, na nossa opinião, para a diminuição do número de participantes neste Estudo.

Relativamente à segunda vertente do Estudo, dirigido aos Enfermeiros “não Gestores”, a amostra obtida é constituída por 47 Enfermeiros que obedecem aos seguintes critérios: pertencer à Equipa de Enfermagem gerida pelo Enfermeiro Gestor que realizou a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” e colaborar com o Enfermeiro Gestor há, pelo menos, um ano. Estes Enfermeiros participaram de forma voluntária no Estudo e pertencem a Unidades de Cuidados dos diferentes polos do CHUC.

## 1.2 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Na realização deste Estudo utilizámos dois instrumentos de recolha de dados que apresentamos a seguir.

### 1.2.1 - Questionário II

Este instrumento de recolha de dados que denominámos por Questionário II é constituído (à semelhança do Questionário I que utilizámos no Estudo II) por três partes que consideramos fundamentais: Nota introdutória, TMMS e IQVT/I.

- Nota introdutória

Na nota introdutória, para além da apresentação do investigador, informámos os Enfermeiros Gestores do estudo que se pretendia realizar e da fase da Investigação em que nos encontrávamos, solicitámos a colaboração na participação deste estudo e informámos os participantes da forma correta de codificar este Questionário.

- TMMS

A escala TMMS foi por nós validada no Estudo I para os Enfermeiros portugueses, utilizada no Estudo II para avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores do CHUC e é novamente utilizada neste Estudo IV para avaliar o nível de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores após a frequência do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

- IQVT/ Importância

O Inventário de Qualidade de Vida no Trabalho foi parte integrante do Questionário I, utilizado no Estudo II, na sua versão completa: importância e frequência. Neste Estudo iremos utilizar unicamente a subescala “importância”, conforme se verifica na denominação do Estudo.

### 1.2.2 - Questionário III

Este questionário foi elaborado para ser utilizado nos Enfermeiros que integram as Equipas de Enfermagem geridas pelos Enfermeiros Gestores que entraram neste Estudo e

frequentaram o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. A aplicação deste questionário teve como pretensão compreender se os Enfermeiros verificaram alguma alteração na relação do Enfermeiro Gestor com a Equipa de Enfermagem. Assim dele fazem parte duas questões: “Tem conhecimento que o Enfermeiro Gestor do seu serviço tenha frequentado, no último ano, formação em IE?”; “Nos últimos meses notou alguma diferença na forma como o Enfermeiro Gestor do seu serviço se relaciona com a Equipa? Se sim, qual?”.

### 1.3 - PROCEDIMENTO DE RECOLHA E ANÁLISE DE DADOS

A divulgação do início deste Estudo foi realizada, a nosso pedido, pela Direção de Enfermagem do CHUC a todos os Enfermeiros Gestores. Posteriormente, e à semelhança do Estudo II, distribuímos de forma individual e personalizada o Questionário II pelos Enfermeiros Gestores que reuniam critérios para serem incluídos no estudo. Foram esclarecidas dúvidas, explicados os objetivos do Estudo e os procedimentos a seguir na identificação do Questionário com o código que lhe tinha sido atribuído no início da investigação. Juntamente com o Questionário II foi dado a cada Enfermeiro Gestor um envelope endereçado ao investigador, de forma a poder utilizar o correio interno do CHUC na devolução do Questionário preenchido.

No início do Estudo, estabelecemos um horizonte temporal para a receção dos questionários, 15 de novembro de 2013 a 15 de dezembro de 2013, que foi comunicado aos Enfermeiros Gestores. Tendo em consideração que no final deste período só tinham respondido 37 Enfermeiros Gestores, foi reiterado, através da Direção de Enfermagem do CHUC, o pedido de colaboração no Estudo e estabelecido prolongamento do prazo até final de dezembro de 2013, o que permitiu obter um maior número de Questionários.

Em janeiro de 2014 aplicámos o Questionário III aos Enfermeiros que trabalhavam nas Equipas geridas pelos Enfermeiros Gestores que realizaram a formação “Inteligência Emocional para Gestores de Enfermagem” no CHUC. Seleccionámos uma Unidade de Cuidados de cada polo do CHUC, de forma aleatória (sorteio de serviços por polo do CHUC) e distribuímos estes Questionários pelas seis Equipas de Enfermagem seleccionadas. Na distribuição deste questionário pelos vários elementos da Equipa, optámos por um Enfermeiro pertencente à equipa, não gestor, que se responsabilizou pela receção dos questionários preenchidos e pela sua devolução. Foram distribuídos um total de 155 questionários (número total de Enfermeiros que constituíam as seis Equipas) e optou-se por terminar o prazo de recolha de dados a 15 de fevereiro de 2014.

Após a recolha dos dados, procedemos à sua análise descritiva com base na distribuição de frequência bem como às medidas de tendência central e dispersão: média, percentagem e desvio padrão. No tratamento estatístico dos dados utilizámos o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Deste tratamento surgem os dados do Estudo IV que apresentamos e discutimos nos subcapítulos seguintes.

## 2 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste Estudo utilizamos na obtenção dos resultados dois instrumentos de recolha de dados: Questionário II e Questionário III. Assim os resultados serão apresentados por duas fases. Na primeira fase apresentaremos os dados resultantes do Questionário II. Na segunda fase apresentaremos os resultados obtidos no Questionário III.

- Resultados obtidos no Questionário II

Relativamente ao Questionário II, obtivemos 49 questionários preenchidos de forma correta. No entanto, e por motivos que desconhecemos, a codificação deste questionário só foi realizada em 17 questionários. Atendendo a este facto, decidimos pela apresentação dos resultados obtidos em duas partes. Na primeira apresentaremos os resultados obtidos na amostra total. Na segunda parte apresentaremos os dados obtidos na subamostra que emergiu através da codificação dos questionários e que nos permite comparar os resultados deste Estudo com os resultados obtidos no Estudo II.

De igual modo, relativamente ao Questionário III, obtivemos 47 questionários preenchidos e a apresentação dos resultados obtidos surgirá no seguimento dos resultados que emergiram da aplicação do Questionário II.

Ao analisarmos o Questionário II e a sua estrutura, facilmente depreendemos que o seu total preenchimento sem a sua codificação não nos permite obter os dados socioprofissionais dos Enfermeiro Gestores. Os resultados que obtivemos na amostra total deste Estudo referem-se à IE percebida pelos Enfermeiros Gestores seis meses após a frequência do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” e à importância que atribuem à QVT.

Numa perspetiva global, a Tabela 18, “Aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC que realizaram a formação «Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem»”, pretende mostrar os valores obtidos em cada subescala (Atenção, Clareza e Reparação) e na

escala IE total. O número de respondentes foi, como referimos anteriormente, de 49 Enfermeiros Gestores. A subescala “Reparação” apresentou uma maior amplitude nos resultados, tendo um valor mínimo de 2,13, um valor máximo de 5,00 e um desvio padrão de 0,55. A média nesta subescala foi de 4,19, tendo sido a mais elevada das três subescalas. As subescalas “Atenção” e “Clareza” apresentam ambas valores máximos de 4,75 e valores mínimos de 2,63 e 3,00 respetivamente. Os valores obtidos relativamente à IE global apresentam um mínimo de 3,08, um máximo de 4,63, um valor médio de 3,97 e um desvio padrão de 0,36.

*Tabela 18 - Aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC que realizaram a formação "IE em gestores de Enfermagem"*

|           | Mínimo | Máximo | Média | dp   |
|-----------|--------|--------|-------|------|
| Atenção   | 2,63   | 4,75   | 3,77  | 0,54 |
| Clareza   | 3,00   | 4,75   | 3,96  | 0,38 |
| Reparação | 2,13   | 5,00   | 4,19  | 0,55 |

A partir dos dados obtidos pelo IQVT/Importância e ao analisarmos o Quadro 22, “Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT/Importância”, constatámos que os valores mínimos e os valores máximos obtidos em todas as dimensões são iguais (4,00 e 6,00 respetivamente). A dimensão “Equilíbrio trabalho/família” foi a que atingiu a média mais elevada (5,53) e o desvio padrão de 0,42. A dimensão “Carreira, promoção e reconhecimento” apresentou a média mais baixa de todas as dimensões da QVT (5,21) e um desvio padrão de 0,48. Ao analisarmos a amplitude em todas as dimensões verificámos uma tendência para os resultados se aproximarem do ponto mais alto. Pela análise do total da escala constatámos a existência de um valor mínimo de 4,00, um valor máximo de 5,95, uma média de 5,34 e um desvio padrão de 0,40.



Quadro 22 - Médias, desvio padrão e amplitude do IQVT - Importância

| Dimensões da QVT                              | Importância |        |       |      |
|-----------------------------------------------|-------------|--------|-------|------|
|                                               | Mínimo      | Máximo | Média | dp   |
| Caraterísticas do trabalho/emprego e formação | 4,00        | 6,00   | 5,45  | 0,39 |
| Carreira, promoção e reconhecimento           | 4,00        | 6,00   | 5,21  | 0,48 |
| Relações sociais e justiça no Trabalho        | 4,00        | 6,00   | 5,30  | 0,50 |
| Equilíbrio trabalho/família                   | 4,00        | 6,00   | 5,53  | 0,42 |
| Trabalho e lazer                              | 4,00        | 6,00   | 5,33  | 0,47 |
| Condições de Trabalho                         | 4,00        | 6,00   | 5,26  | 0,60 |
| Total da escala                               | 4,00        | 5,95   | 5,34  | 0,40 |

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT/Importância verificámos pela análise do Quadro 23, “Correlação IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT/Importância”, que a dimensão “Atenção” da IE influencia a importância atribuída à QVT pelos Enfermeiros Gestores nas seguintes dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r=0,299$ ;  $p=0,037$ ) e “Relações sociais e Justiça no trabalho” ( $r=0,324$ ;  $p=0,026$ ). Encontrámos ainda relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Clareza” da IE e as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação” ( $r=0,350$ ;  $p=0,015$ ); “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r= 0,443$ ;  $p=0,001$ ); “Relações sociais e justiça no Trabalho” ( $r=0,363$ ;  $p=0,012$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,310$ ;  $p=0,036$ ).

Relativamente à dimensão “Reparação” verificámos também, valores estatisticamente significativos nas dimensões: “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,363$ ;  $p=0,027$ ); “trabalho e lazer” ( $r=0,405$ ;  $p=0,005$ ) e “Condições de trabalho” ( $r=0,300$ ;  $p=0,041$ ).

Confirmámos ainda a existência de relação estatisticamente significativa entre a IE total e as dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento” ( $r= 0,433$ ;  $p=0,002$ ); “Relações sociais e justiça no Trabalho” ( $r=0,68$ ;  $p=0,011$ ); “Equilíbrio trabalho/família” ( $r=0,389$ ;  $p=0,008$ ) e “Trabalho e lazer” ( $r=0,363$ ;  $p=0,012$ ).

*Quadro 23 - Correlação IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT - importância*

| Inteligência Emocional |   | Carat. Trabalho Emprego Formação | Carreira, promoção e reconhecimento | Relações sociais e justiça no Trabalho | Equilíbrio trabalho/família | Trabalho e lazer | Condições de Trabalho |
|------------------------|---|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------|
| Atenção                | r | 0,146                            | 0,299                               | 0,324                                  | 0,268                       | 0,154            | -0,045                |
|                        | p | 0,323                            | 0,037                               | 0,026                                  | 0,072                       | 0,300            | 0,762                 |
| Clareza                | r | 0,350                            | 0,443                               | 0,363                                  | 0,310                       | 0,224            | 0,185                 |
|                        | p | 0,015                            | 0,001                               | 0,012                                  | 0,036                       | 0,130            | 0,213                 |
| Reparação              | r | 0,144                            | 0,262                               | 0,158                                  | 0,326                       | 0,405            | 0,300                 |
|                        | p | 0,329                            | 0,069                               | 0,290                                  | 0,027                       | 0,005            | 0,041                 |
| IE total               | r | 0,265                            | 0,433                               | 0,368                                  | 0,389                       | 0,363            | 0,198                 |
|                        | p | 0,068                            | 0,002                               | 0,011                                  | 0,008                       | 0,012            | 0,182                 |

Resultante da codificação correta do Questionário II, surge uma subamostra com 17 Enfermeiros Gestores, correspondente a 34,69% da amostra deste Estudo.

Os dados socioprofissionais que caracterizam esta subamostra serão apresentados seguindo a metodologia utilizada no Estudo II.

Relativamente ao sexo, verificámos que 76,50% dos Enfermeiros Gestores são do sexo feminino e 23,50% do sexo masculino. Destes Enfermeiros Gestores 12,50% vivem só e 87,50% vivem acompanhados.

Ao analisarmos a Tabela 19, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo grupo etário” apurámos que só surgem dois grupos etários e que 70,60% dos Enfermeiros Gestores se encontram no grupo etário “50 a 59 Anos” e 29,40% no grupo etário dos “40 a 49 Anos”.

*Tabela 19 - Distribuição dos Enfermeiros gestores pelo grupo etário*

| Grupo etário | n  | %     |
|--------------|----|-------|
| 40-49 Anos   | 5  | 29,40 |
| 50-59 Anos   | 12 | 70,60 |

Na análise que fizemos referente ao tempo de exercício profissional, concluímos que 50,0% dos Enfermeiros Gestores possuem entre “20 a 29 Anos” e os outros 50,0% possuem “30 ou mais Anos”. Ainda quanto ao tempo de exercício profissional na categoria/cargo/função encontrámos igualmente dois grupos: 50,0% dos Enfermeiros Gestores têm “até 9 Anos” e 50% possuem entre “10 a 19 Anos”.

Os Enfermeiros Gestores encontram-se a gerir Equipas de Enfermagem, na sua maioria, com mais de 20 elementos (70,60%), destacando-se que 41,20% se encontram no grupo “20 a

29 Enfermeiros” e 29,40% no grupo “ $\geq$  30 Enfermeiros”, Tabela 20, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pela dimensão das Equipas que gerem”.

*Tabela 20 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pela dimensão das Equipas que gerem*

| Dimensão da Equipa Enfermagem | n | %     |
|-------------------------------|---|-------|
| $\leq$ 9 Enfermeiros          | 2 | 11,80 |
| 10-19 Enfermeiros             | 3 | 17,60 |
| 20-29 Enfermeiros             | 7 | 41,20 |
| $\geq$ 30 Enfermeiros         | 5 | 29,40 |

Nesta fase do Estudo, todos os Enfermeiros Gestores frequentaram o Programa de Formação “IE em Gestores de Enfermagem”. No entanto pensámos ser pertinente determinar se já tinham realizado anteriormente formação nesta área e em Gestão. Pela análise da Tabela 21, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo facto de possuírem/não possuírem formação em Gestão e IE”, verificámos que 88,20% dos Enfermeiros Gestores possuíam formação em Gestão mas 94,10% dos Enfermeiros Gestores nunca tinham realizado formação em IE.

*Tabela 21 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores pelo facto de possuírem/não possuírem formação em Gestão e IE*

| Formação      | Sim |       | Não |       |
|---------------|-----|-------|-----|-------|
|               | n   | %     | n   | %     |
| <b>Gestão</b> | 15  | 88,20 | 2   | 11,80 |
| <b>IE</b>     | 1   | 5,90  | 16  | 94,10 |

O contexto em que os Enfermeiros Gestores obtiveram formação em Gestão é variável e foi agrupado em 5 grupos: CASE, CESE, Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Mestrado em Enfermagem e Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde. A Tabela 22, “Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram”, mostra-nos que 33,30% dos Enfermeiros Gestores adquiriram essa formação na frequência dos CASE e 26,70% na frequência dos CESE. Assume ainda relevo os que obtiveram essa formação na Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde (20,00%). Relativamente à formação em IE, o único Enfermeiro Gestor que possuía formação obteve-a no Mestrado em Enfermagem.

Tabela 22 - Distribuição dos Enfermeiros Gestores que possuem formação em Gestão pelo tipo de formação que realizaram

| Formação em Gestão                          | n  | %      |
|---------------------------------------------|----|--------|
| CASE                                        | 5  | 33,30  |
| CESE                                        | 4  | 26,70  |
| Mestrado em Gestão e Economia da Saúde      | 2  | 13,30  |
| Mestrado em Enfermagem                      | 1  | 6,70   |
| Pós-graduação “Gestão de Serviços de Saúde” | 3  | 20,00  |
| Total                                       | 15 | 100,00 |

Pela análise do Quadro 24, “Comparação das médias e desvio padrão resultantes da aplicação da TMMS antes e após a realização do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, verificámos que em todas as subescalas se verificou um aumento dos valores médios, tendo este sido mais evidente na subescala “Atenção”, onde o valor médio obtido antes da formação era 3,58 e o valor médio obtido após a formação foi 4,00. Verificou-se ainda que a média de IE percebida pelos Enfermeiros Gestores antes da formação era 3,94 passando a 4,15 após a realização da formação.

Quadro 24 - Comparação das médias e desvio padrão resultantes da aplicação da TMMS antes e após a realização do programa de formação “IE em gestores de Enfermagem”

| Inteligência Emocional | Antes Formação |      | Após Formação |      |
|------------------------|----------------|------|---------------|------|
|                        | Média          | dp   | Média         | dp   |
| Atenção                | 3,58           | 0,62 | 4,00          | 0,51 |
| Clareza                | 3,97           | 0,58 | 4,16          | 0,35 |
| Reparação              | 4,27           | 0,47 | 4,30          | 0,72 |
| IE total               | 3,94           | 0,39 | 4,15          | 0,40 |

Para avaliar se o Programa de Formação permitiu alterar a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores recorreu-se ao test t - *Student* para amostras emparelhadas. Observou-se, conforme o Quadro 25, que apenas em relação à dimensão “Atenção” a diferença é estatisticamente significativa, ao nível de 0,05 ( $t=-2,745$ ;  $p=0,014$ ). Nas restantes dimensões e na IE global as diferenças existentes não se revelaram estatisticamente significativas.

Quadro 25 - Aplicação do teste *t* - Student relativamente à IE percebida pelos Enfermeiros Gestores antes e após realização do Programa de Formação

| Pares                            | Média | dp   | t      | gl | p     |
|----------------------------------|-------|------|--------|----|-------|
| Atenção<br>Antes/após formação   | -0,41 | 0,62 | -2,745 | 16 | 0,014 |
| Clareza<br>Antes/após formação   | -0,19 | 0,58 | -1,348 | 16 | 0,196 |
| Reparação<br>Antes/após formação | -0,03 | 0,55 | -0,272 | 16 | 0,789 |
| IE<br>Antes/após formação        | -0,21 | 0,44 | -1,980 | 16 | 0,065 |

Ao analisarmos o Quadro 26, “Comparação das médias e desvio padrão do IQVT/Importância antes e após a realização do programa de formação «IE em gestores de Enfermagem»”, verificamos que o valor médio da QVT/Importância antes da realização do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” era 5,30, com um desvio padrão de 0,26. Após a realização do programa de formação, verificamos que o valor médio obtido pela aplicação da escala QVT/Importância é de 5,44 com um desvio padrão de 0,27.

Quadro 26 - Comparação das médias e desvio padrão do IQVT/importância antes e após a realização do programa de formação “IE em gestores de Enfermagem”

| QVT            | Média | dp   |
|----------------|-------|------|
| Antes Formação | 5,30  | 0,26 |
| Após Formação  | 5,44  | 0,27 |

- Resultados obtidos no Questionário III

Conforme referimos anteriormente, a aplicação do Questionário III teve como objetivo avaliar se os Enfermeiros verificaram alguma alteração na relação dos Enfermeiros Gestores com os vários elementos das Equipas de Enfermagem. Responderam a este questionário 47 Enfermeiros não Gestores dos 155 que foram convidados a participar, correspondendo a 30,30% da população alvo.

Relativamente à questão “Tem conhecimento que o Enfermeiro Gestor do seu serviço tenha frequentado, no último ano, formação em IE?”, verificámos que 68,10% dos Enfermeiros tinham conhecimento da realização da formação em IE pelo Enfermeiro Gestor, contrariamente aos 31,90% que não possuíam essa informação.

À questão “Nos últimos meses notou alguma diferença na forma como o Enfermeiro Gestor do seu serviço se relaciona com a Equipa?”, 59,60% dos Enfermeiros responderam que notaram diferença no relacionamento do Enfermeiro Gestor com os elementos da Equipa de Enfermagem e 40,40% não notaram diferenças neste relacionamento.

Os Enfermeiros que responderam que tinham notado diferenças no relacionamento do Enfermeiro Gestor com a Equipa foram convidados a especificá-las. As respostas obtidas encontram-se no Quadro 27, “Diferenças no relacionamento do Enfermeiro Gestor com a Equipa distribuídas pelo número de vezes que se repetem”, agrupadas pelo número de vezes que se repetiram (n). Salienta-se o facto de os Enfermeiros Gestores estarem “Mais presentes/maior proximidade com a equipa” e “mais atentos aos sentimentos/dificuldades e pormenores” e, na opinião destes Enfermeiros, “Mais calmos”.

*Quadro 27 - Diferenças no relacionamento do Enfermeiro Gestor com a Equipa distribuídas pelo número de vezes que se repetem*

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| n=6                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |
| “Mais presente”; “Maior proximidade com a Equipa”                                                                                                                                           |                                                                                                                             |
| n=5                                                                                                                                                                                         | n=4                                                                                                                         |
| “Mais atento aos nossos sentimentos/dificuldades/pormenores”; “Mais comunicativo”                                                                                                           | “Calmo/mais calmo”; “Maior simpatia”; “Menos autoritário”                                                                   |
| n=3                                                                                                                                                                                         | n=2                                                                                                                         |
| “Maior honestidade”; “Mais emotivo”; “Menos agressivo”                                                                                                                                      | “Espírito mais aberto”; “Maior tranquilidade”; “Mais tolerante”; “Melhor liderança”; “Ouve mais a Equipa”; “Menos punitivo” |
| n=1                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                             |
| “Maior reforço pela positiva”; “Mais amigo da Equipa”; “Maior assertividade”; “Mais expressivo”; “Maior colaboração”; “Menos Explosivo”; “mais inteligente emocionalmente”; “Mais exigente” |                                                                                                                             |

### 3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que obtivemos na amostra total deste Estudo referem-se à IE percebida pelos Enfermeiros Gestores seis meses após a frequência do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, à importância que atribuem à QVT e ao impacto da formação na relação com os Enfermeiros das suas Equipas.

Os resultados obtidos neste estudo referem-se a uma amostra de 49 Enfermeiros Gestores e uma subamostra de 17 Enfermeiros Gestores que codificaram corretamente o Questionário II. Conforme referimos anteriormente, na apresentação de resultados, a estrutura do Questionário II em caso de não codificação, não nos permite obter os dados socioprofissionais. No entanto, pensamos que para este estudo, tal facto não é importante, tendo em atenção que a nossa população se manteve e os participantes foram os Enfermeiros Gestores que participaram nos estudos anteriores. Salientamos que este questionário, como já foi explicado, foi aplicado seis meses após a frequência do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

Numa perspetiva global, os valores obtidos pela aplicação da TMMS aos Enfermeiros Gestores do CHUC não apresentaram alterações significativas dos seus valores médios relativamente aos valores obtidos no Estudo II. Salientamos, no entanto, que a subescala “Reparação” apresentou uma maior amplitude nos resultados comparativamente aos resultados do Estudo II e que a sua média baixou ligeiramente. Por seu lado, os valores médios das subescalas “Atenção” e “Clareza” apresentaram ténues subidas relativamente aos valores médios obtidos no Estudo II. O valor médio da IE percebida aumentou relativamente à primeira aplicação da TMMS, a amplitude dos seus valores diminuiu assim como o desvio padrão, o que nos leva a considerar uma melhor perceção das emoções e da sua gestão por parte dos enfermeiros Gestores.

No seu estudo “Inteligência Emocional dos Gestores de Pequenas e Médias Empresas”, Júnior et al (2011) constataram que a maioria dos gestores tem menos facilidade em se compreender e mais facilidade na compreensão dos outros. As habilidades intrapessoais mostram o conhecimento que cada um tem sobre si mesmo. Quando sabe identificar essas emoções, o líder pode direcioná-las para um melhor aproveitamento do seu trabalho. As habilidades interpessoais já mostram a capacidade que este tem de se relacionar bem com os outros, ou seja, o líder precisa de entender estas habilidades interpessoais para saber lidar, compreender, resolver conflitos e evitá-los.

No estudo de Junqueira, Couto e Pereira (2012) “A importância da Inteligência Emocional na atuação de um líder” ao questionarem os gestores se quando são alvos de raiva de outra pessoa, se conseguem permanecer calmos, 40% dos entrevistados responderam que constantemente conseguem, 48% que eventualmente e 12% que dificilmente se mantêm calmos. Realmente é difícil para o ser humano controlar-se nestes momentos, mas um gestor/líder deve redobrar os seus esforços neste sentido, pois deve estar preparado para

enfrentar os problemas inerentes à função e ter energia para enfrentar as pressões que emergem constantemente na sua função de gestor.

No estudo de Goleman, Boyatzis e McKee (2001) “*Primal Leadership: The Hidden Driver of Great Performance*”, os autores referem que o processo de desenvolvimento da IE nos gestores passa pela aquisição da habilidade de permanecer calmos, mesmo em situações de crise e/ou conflito e recuperarem de erros ou falsas percepções das suas emoções. Salientam ainda que o desenvolvimento da capacidade de reparação de estados emocionais negativos leva os gestores a terem uma atitude menos autoritária com os seus colaboradores, a serem mais resistentes ao stress e a surpreenderem os seus colegas pelos aspetos positivos.

Segundo Vergara (2003), para realizar uma boa liderança, o gestor deve possuir humildade, paixão e inteligência emocional de modo a formar um ambiente de trabalho movimentado pela ética, integridade, confiança, respeito mútuo, transparência e proatividade. Só dessa forma conseguirá um desenvolvimento contínuo dos seus colaboradores, ajudando as pessoas a identificar com clareza os objetivos pretendidos, motivando para que cada membro da equipa dê sempre o melhor de si, superando o esperado.

De acordo com Cury (2008) nunca seremos gestores plenos da emoção. Caso alcançássemos tal nível de controlo, as consequências seriam devastadoras, pois não precisaríamos de ninguém e realizaríamos os nossos prazeres e satisfações isoladamente, não nos relacionaríamos ou conviveríamos. Em contraposição, se não nos preocupássemos com este processo de gestão da emoção, as consequências seriam igualmente inquietantes. Há pessoas que deixam soltas as emoções como se não fossem capazes de controlá-las, submetendo-se a alterações de humor. Modificar a emoção não depende somente da vontade própria, mas exige um choque de gestão.

Segundo Robbins (2005, p.97) os gestores não podem controlar as emoções dos seus colegas e dos subordinados, pois estas seriam partes integrantes da natureza humana. Ele salienta que os gestores cometem um erro ao ignorar elementos emocionais do comportamento organizacional ou mesmo ao avaliar o comportamento das pessoas como se fosse puramente racional, afinal é impossível separar o lado racional e o emocional no quotidiano, já que o segundo, em geral, afetar o primeiro.

Na opinião de Palmer et al (2001) e resultante da investigação “*Emotional intelligence and effective leadership*”, a IE tem-se tornado cada vez mais popular como forma de identificar potenciais líderes eficazes e como uma ferramenta para desenvolver estilo de lideranças eficazes. Estes autores ao desenvolverem este trabalho pretendiam investigar a relação entre a



IE é uma liderança eficaz. A IE foi avaliada, através da TMMS, em 43 gestores. Foram identificados como líderes eficazes aqueles que mostraram um estilo de liderança transformacional. Verificaram ainda que a IE se correlaciona com os vários componentes de liderança transformacional sugerindo que pode ser um componente importante da liderança efetiva. Em particular a IE pode, na opinião destes autores, explicar como os líderes se podem tornar eficazes, motivando os seus colaboradores e aumentando a sua satisfação.

A partir dos dados obtidos pelo IQVT/Importância, verificámos que a dimensão “Equilíbrio trabalho/família” foi a que atingiu a média mais elevada, por outro lado a dimensão “Carreira, promoção e reconhecimento” apresentou a média mais baixa de todas as dimensões da QVT. Parece-nos oportuno lembrarmos aqui as palavras de Chiavenato (2005, p.60):

*“A motivação não é uma qualidade individual, nem uma característica do trabalho, não existe indivíduos que estejam sempre motivados, nem tarefas igualmente motivadoras para todos. Na realidade a motivação é bem mais que um processo estático, trata-se de um processo que é ao mesmo tempo função dos indivíduos e das atividades específicas que eles desenvolvem. É por isso que a força, a direção e a própria existência da motivação estarão estreitamente ligados à maneira pessoal pela qual cada um percebe, compreende e avalia sua própria ação no trabalho”*

Ainda num estudo realizado, no âmbito académico, por André (2012) “Relação entre a qualidade de vida no trabalho e o compromisso organizacional afetivo: um estudo de caso aplicado numa multinacional da indústria alimentar” os resultados obtidos permitiram verificar a existência de uma relação positiva e significativa entre a QVT e o Compromisso Organizacional Afetivo. As dimensões da QVT relacionam-se positivamente com o Compromisso Organizacional Afetivo e vão ao encontro do que foi demonstrado por Huang et al. (2007), isto é, que uma elevada QVT está positivamente relacionada com o Compromisso Organizacional Afetivo.

Neste estudo verificámos ainda que a média da escala total da QVT/Importância é de 5,34, numa escala com o valor máximo de 6,0. Este valor é ligeiramente inferior ao valor médio de 5,48 obtido por Costa (2013) no estudo “A influência dos horários de trabalho (horário normal e horário por turnos) na qualidade de vida no trabalho e engagement profissional” numa amostra constituída por 207 trabalhadores de três áreas de atividade distintas: Indústria têxtil, Serviços e Construção Civil. Não tendo valores médios obtidos com este instrumento de recolha de dados na profissão de Enfermagem, nem a nível de gestores, ficámos surpreendidos com o facto deste valor médio obtido ser inferior ao de trabalhadores que trabalham por turnos.

Ainda relativamente aos valores médios obtidos no Estudo II através do IQVT/Importância verificámos que se houve uma pequena descida, isto é, passou de um valor médio no total da de 5,37 no IQVT/I para um valor de 5,34.

No estudo correlacional entre a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores e a QVT/Importância verificámos que a dimensão “Atenção” da IE influencia a importância atribuída pelos Enfermeiros Gestores na QVT às seguintes dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento” e “Relações sociais e Justiça no trabalho”. No estudo II, a dimensão “Atenção” da IE percebida influenciava as dimensões: “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Relações sociais e justiça no Trabalho” e “Equilíbrio trabalho/família”. Salienta-se, assim, a relação entre a dimensão “Atenção” da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores com a QVT/I, nos dois estudos e com um espaço temporal de aproximadamente um ano relativamente à dimensão “Relações sociais e Justiça no trabalho”.

Encontramos ainda relação estatisticamente significativa entre a dimensão “Clareza” da IE e as dimensões “Caraterísticas trabalho emprego e formação”, “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família”. Consideramos ser importante referir que a dimensão “Clareza” da IE percebida pelos Enfermeiros Gestores no Estudo II não se correlacionava de modo estatisticamente significativo com qualquer dimensão da QVT/I. Em nosso entender, a forma como os Enfermeiros Gestores percecionam e compreendem as suas emoções faz com que atribuam importância às diferentes dimensões da QVT.

Relativamente à dimensão “Reparação” da IE, verificámos uma correlação estatisticamente significativa nas dimensões: “Equilíbrio trabalho/família”, “Trabalho e lazer” e “Condições de trabalho”. Para além destas dimensões do IQVT/Importância, no Estudo II, verificámos que existia uma correlação positiva com a dimensão “Caraterísticas trabalho, emprego e formação” que atualmente não existe. Associámos este facto ao processo de mudança que existia no CHUC no momento desta investigação e aquando do Estudo II os Enfermeiros Gestores se encontrarem pouco recetivos à fusão das diferentes instituições e percecionarem tal facto como uma ameaça ao seu local de trabalho e à sua estabilidade profissional.

Confirmámos ainda a existência de relação estatisticamente significativa entre a IE total e as dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família” e “Trabalho e lazer”. A relação existente entre a IE total com estas quatro dimensões da QVT repete-se nos Estudos II e Estudo IV.

Resultante da correta codificação do Questionário II pelos Enfermeiros Gestores que participaram neste Estudo surge uma subamostra com 17 Enfermeiros Gestores, correspondente a 34,69% da amostra total e que nos permite identificar as características socioprofissionais dos Enfermeiros Gestores e comparar resultados obtidos nos dois Estudos: o Estudo II realizado antes da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” e o Estudo IV (do qual estamos a discutir os resultados) realizado após a formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

Relativamente ao sexo verificámos que maioritariamente os Enfermeiros Gestores são do sexo feminino e uma minoria do sexo masculino. A maioria dos Enfermeiros Gestores vivem acompanhados.

Os Enfermeiros Gestores desta subamostra só se distribuem por dois grupos etários, convergindo as suas idades para o grupo etário “50 a 59 Anos”. Não existe nenhum Enfermeiro gestor com idade inferior a 40 anos.

Na análise que fizemos referente ao tempo de exercício profissional concluímos que todos os Enfermeiros Gestores possuem mais de 20 anos de exercício profissional e que metade dos Enfermeiros Gestores têm mais de 30 anos de exercício profissional.

Cerca de 50% dos Enfermeiros Gestores estão há mais de dez anos a exercer funções de gestão. As Equipas de Enfermagem geridas por estes Enfermeiros Gestores têm na sua maioria mais de 20 elementos de Enfermagem.

Nesta fase do Estudo todos os Enfermeiros Gestores frequentaram o Programa de Formação “IE em Gestores de Enfermagem” e somente um Enfermeiro Gestor tinha realizado anteriormente, formação em IE. Já relativamente à formação em Gestão se verificou o inverso, só dois enfermeiros Gestores não possuíam formação nesta área.

O contexto em que os Enfermeiros Gestores obtiveram formação em Gestão é variável e foi agrupado, por ordem decrescente, nos seguintes cursos: CASE, CESE, Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Mestrado em Enfermagem.

Verificámos, pela análise dos dados socioprofissionais dos Enfermeiros Gestores que esta subamostra é, neste aspeto, muito semelhante à amostra dos Enfermeiros Gestores do Estudo II, o que nos permite comparar, com maior segurança, os resultados obtidos.

Pretendemos com este Estudo verificar se o programa de formação frequentado pelos Enfermeiros Gestores do CHUC “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” teria tido impacto na sua IE percebida.

Nos resultados obtidos pela aplicação da TMMS nesta subamostra verificámos que em todas as subescalas se verificou um aumento dos valores médios, tendo este sido mais evidente na subescala “Atenção”. Evidenciou-se ainda o aumento da média de IE total percebida pelos Enfermeiros Gestores após a realização do programa de formação.

No estudo realizado por Pacheco e Duran (2007) *“Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios”*, numa amostra de 371 estudantes universitários de Andaluzia, estes verificaram que na dimensão “Atenção” da IE percebida os valores médios mais elevados, obtidos pela aplicação da TMMS, correlacionam-se com níveis mais baixos de egoísmo, maior desempenho e eficácia profissional e maior envolvimento no desempenho das suas tarefas.

De acordo com o Weisinger (2001), a ausência de inteligência emocional prejudica o progresso e o sucesso do indivíduo dentro da empresa e, por outro lado, o seu uso pode levar a resultados produtivos, tanto para o indivíduo quanto para a organização. É exatamente isto que Cury (2008) afirma quando diz que o sucesso de uma pessoa depende da sua inteligência emocional.

Quanto ao reconhecimento das emoções dos outros, ou seja, a empatia, a habilidade de reconhecer o que os outros sentem, é fundamental nos diferentes momentos das nossas vidas. Este reconhecimento das emoções dos outros faz parte das nossas competências emocionais e da nossa autoconsciência, pois só somos capazes de reconhecer as emoções dos outros se formos capazes de reconhecer as nossas próprias emoções. Devemos ter sempre presente o axioma da comunicação “É impossível não comunicar”. Assim, os Enfermeiros Gestores devem estar atentos à sua forma de estar, de interagir e comunicar com os elementos das suas Equipas. As pessoas com maior empatia são mais sensíveis a esses sinais que indicam as necessidades dos outros, são estas que se tornam mais aptas para as profissões que envolvam contato e negociação com outras pessoas a diferentes níveis, tais como a gestão.

Utilizámos o teste t - Student para amostras emparelhadas para avaliar se o Programa de Formação permitiu alterar a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores. Somente em relação à dimensão “Atenção” da IE percebida a diferença é estatisticamente significativa.

Jordan, et al (2002) no desenvolvimento do estudo *“Workgroup emotional intelligence Scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus”* verificaram que relativamente a equipas de trabalho, os baixos valores de IE percebida correspondiam a baixo desempenho da equipa, um menor envolvimento dos seus membros e maior dificuldade

em atingir os resultados. Opostamente as equipas que possuíam elementos com um nível de IE percebida mais alto alcançavam mais facilmente os resultados e mostravam-se mais envolvidos no desenvolvimento do trabalho grupal. Este estudo realizado em diferentes grupos com níveis de IE diferentes, veio permitir que os autores concluíssem que à medida que o nível de IE aumentava nos grupos, aumentava também os resultados atingidos e o envolvimento dos vários elementos dos grupos na concretização dos objetivos.

A aplicação do IQVT/Importância nesta subamostra permitiu confirmar um aumento na média, após a frequência do programa de formação pelos enfermeiros Gestores, superior à média obtida na amostra deste estudo e à média obtida na mesma escala no Estudo II.

Podemos afirmar, com base em Weisinger (2001), que a IE no contexto organizacional tem por objetivo reduzir o stresse, aumentando a satisfação, a eficiência e a competitividade nas organizações por meio das pessoas que nelas estão inseridas. A IE gera maior qualidade de vida aos trabalhadores, que começam a controlar melhor os seus sentimentos, proporcionando um aumento do bem-estar no ambiente de trabalho, uma melhor comunicação e interação entre diferentes grupos profissionais, a reduzirem conflitos e a focarem-se mais nos objetivos das Organizações.

Valle (2006), no estudo “. Inteligência emocional no trabalho: um estudo exploratório”, afirma que as capacidades em gestão demonstraram ser mais importantes do que todos os outros fatores combinados para o sucesso das empresas e gestores de sucesso. Estes evidenciam uma maior capacidade para interagir com as pessoas do que os outros. Ainda na perspetiva desta autora os gestores com habilidades na comunicação e interação com os outros possuem maior nível de inteligência emocional e, conseqüentemente, maiores possibilidades de alcançarem o seu sucesso próprio e das organizações.

Na opinião de Robbins (2005), os gestores não podem controlar as emoções dos seus colegas e dos seus colaboradores, pois as emoções são partes integrantes da natureza humana. Salienta ainda que os gestores falham quando tentam ignorar os aspetos emocionais do comportamento organizacional e avaliam o comportamento dos seus colaboradores como se estes fossem seres puramente racionais. Para este autor é impossível separar o lado racional do lado emocional no nosso dia a dia, já que é impossível que o segundo não afete o primeiro.

A utilização do Questionário III permitiu-nos determinar, na perspetiva dos Enfermeiros, se os Enfermeiros Gestores que participaram nesta investigação modificaram a sua forma de estar e de se relacionar com os elementos das suas Equipas.

Relativamente à questão “Tem conhecimento que o Enfermeiro Gestor do seu serviço tenha frequentado, no último ano, formação em IE?”, verificámos que a maioria dos Enfermeiros tinha conhecimento da realização da formação em IE pelo Enfermeiro Gestor.

Cerca de 60% dos Enfermeiros notaram diferenças na forma como o Enfermeiro Gestor do seu serviço se relacionava com a Equipa. Como principais diferenças notadas no relacionamento estes destacam o facto de os Enfermeiros Gestores estarem “Mais presentes/maior proximidade com a equipa”, “Mais atentos aos sentimentos/dificuldades e pormenores”, “Mais calmos”, “Mais simpáticos” e “Menos autoritários”.

Pela análise do conteúdo das respostas obtidas pela aplicação do Questionário III e relativamente à relação que os Enfermeiros Gestores mantinham com os Enfermeiros das suas Equipas verificámos que os aspetos notados na mudança se relacionam essencialmente com características da competência interpessoal do Enfermeiro Gestor, maior afetividade na relação, maior valorização das emoções na equipa e melhoria da comunicação.

Munari et al (2003) no estudo “Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem” referem que o Enfermeiro Gestor no seu desempenho diário defronta-se com a falta de confiança que o ser humano tem no outro, a dificuldade em dar e receber feedback, a insegurança e a falta de empatia, o que leva a relações superficiais, sem afeto, com impacto pouco positivo na comunicação com os seus pares. Nesse sentido, o desenvolvimento da competência interpessoal pode ajudar a compreender e lidar com estas questões, já que permite ao Enfermeiro gestor ampliar a sua perceção sobre as pessoas. Esse processo necessita de treino e persistência levando a um crescimento pessoal e profissional. O desenvolvimento da competência interpessoal, propriamente dita, engloba habilidades como a flexibilidade, a criatividade, o *feedback* e permite desenvolver o relacionamento na dimensão emocional e afetiva. Ainda para estes autores, a IE deveria ser conhecida por todos os gestores já que é considerada um fator primordial no sucesso do indivíduo como pessoa, do indivíduo como profissional e no sucesso da Organização. Os gestores deverão estar emocionalmente preparados para conduzirem as suas equipas, evitando conflitos e criando um ambiente de trabalho saudável, onde há confiança e respeito mútuo.

Também Munari e Queiroz-Bezerra (2004) nos referem que o aperfeiçoamento da competência interpessoal dos Enfermeiros Gestores facilita as relações no seu dia a dia no contexto institucional, tornando as suas atitudes mais profissionais e as dificuldades mais viáveis de serem resolvidas. Deste modo, é possível uma maior interação, cooperação e produtividade nas equipas, onde todos respeitam a atuação do outro sem perder o foco, que

neste caso é a satisfação do cliente e a melhoria da qualidade de cuidados. Assim, estas autoras consideram que o desenvolvimento da competência interpessoal pode ser uma ferramenta poderosa na transformação da forma de estar do gestor, pois permite a formação de um líder que consiga avaliar e dimensionar os problemas de modo global, construindo relações significativas que permitam exercer o seu papel de gestor com segurança e transparência.

#### **4 - CONCLUSÕES**

A concretização deste estudo permitiu-nos concluir que os Enfermeiros Gestores, seis meses após terem frequentado o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, apresentavam um nível de IE percebida superior ao que possuíam antes da formação, o que demonstra a importância e mais-valia do referido programa no desenvolvimento da sua IE.

Corroborámos que a IE percebida pelos Enfermeiros Gestores influencia a importância que atribuem à QVT nas dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família” e “Trabalho e lazer”.

A dimensão “Atenção” da IE percebida, ou seja, o modo como os Enfermeiros Gestores acreditam prestar atenção aos seus sentimentos, influencia a importância atribuída pelos Enfermeiros Gestores à QVT nas dimensões “Carreira, promoção e reconhecimento” e “Relações sociais e Justiça no trabalho”.

A dimensão “Clareza” da IE percebida, a forma como os Enfermeiros Gestores compreendem as suas emoções influencia a importância que atribuem às características do trabalho, do emprego e da formação, à carreira, à promoção e reconhecimento, às relações sociais e sentimentos de justiça no trabalho e ao equilíbrio que conseguem manter entre o trabalho e a família.

A dimensão “Reparação” da IE percebida, a capacidade que os enfermeiros gestores têm de acreditar na sua capacidade para interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos, influencia a importância que atribuem ao equilíbrio que conseguem manter entre o trabalho e a família, o trabalho e o lazer e as condições de trabalho.

Relativamente ao impacto do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” concluímos que este interferiu positivamente na dimensão “Atenção” da IE, isto é, os Enfermeiros Gestores que frequentaram a formação desenvolveram a capacidade de estarem atentos às suas próprias emoções e às emoções dos outros.

Relativamente ao impacto da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na relação dos Enfermeiros Gestores com os Enfermeiros das suas Equipas concluímos que houve alteração na relação. Estas alterações relacionam-se com o desenvolvimento da competência interpessoal do Enfermeiro Gestor, que revela maior manifestação das emoções perante a Equipa e uma valorização das emoções dos outros, uma maior afetividade na relação e uma melhoria da comunicação Enfermeiro Gestor/Enfermeiro.

Com este estudo concluímos, em forma de síntese, que o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” permitiu aos Enfermeiros Gestores desenvolverem a sua IE percebida, especialmente na dimensão “Atenção”, atribuírem maior importância à Qualidade de Vida no Trabalho e melhorarem a relação com os Enfermeiros das Equipas que gerem.



## CAPITULO X - CONCLUSÃO

---

Ao longo desta investigação foi nosso propósito desenvolvermos estratégias que nos permitissem alcançar os objetivos que inicialmente traçamos e obter respostas às questões que formulamos sobre a temática “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”.

Embora o desenvolvimento de um trabalho desta índole tenha de ser contínuo e não possa ser realizado por etapas totalmente distintas, a estrutura que demos a esta tese foi por capítulos, interligados entre si, com diferentes temáticas mas todas, na nossa perspetiva, necessárias para chegarmos ao capítulo atual.

Percebe-se na leitura desta tese que os primeiros quatro capítulos foram dedicados a uma revisão teórica para enquadramento conceptual do tema.

No primeiro capítulo abordámos os aspetos relacionados com a Inteligência Emocional. Perante a quase inexistência de trabalhos de investigação sobre a Inteligência Emocional a nível nacional, e muito menos relacionados com a gestão de pessoas, necessitámos de pesquisar e fundamentar este estudo com aspetos de contextualização da Inteligência Emocional, da sua importância na vida pessoal e profissional das pessoas, das habilidades e das competências que através dela adquirimos e que podemos desenvolver, da forma como podemos mensurar a Inteligência Emocional percebida, a sua utilização na Gestão, na Gestão em Saúde e especialmente na Gestão em Enfermagem.

Concluimos, pela pesquisa bibliográfica realizada acerca da Inteligência Emocional, que quando as organizações a valorizam e promovem o seu desenvolvimento, geram reflexão e comportamentos nos seus colaboradores que lhes permitem identificar as suas emoções e as dos outros, clarificá-las e recuperar de estados emocionais menos positivos, transformando-os em positivos, o que lhes permite recuperar o bem-estar pessoal e profissional e promover o envolvimento na organização em que estão inseridos.

O capítulo II é dedicado à Qualidade de Vida no Trabalho. Este enquadramento da Qualidade de Vida no Trabalho pretendeu conceptualizarmos a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho, a importância que esta assume na vida pessoal e profissional das pessoas, dando-se especial ênfase aos Enfermeiros e aos Enfermeiro Gestores (população da nossa investigação).

No desenvolvimento desta pesquisa bibliográfica constatámos que a Qualidade de Vida e a Qualidade de Vida no Trabalho são indissociáveis. A Qualidade de Vida no Trabalho de Enfermagem assume especial importância nas Organizações de Saúde, não só pelos aspetos

relacionados com a Qualidade de Vida dos Enfermeiros, mas também pela qualidade dos cuidados que estes prestam aos clientes. A gestão em Enfermagem e o papel desempenhado pelo Enfermeiro Gestor é desta forma essencial para melhorar o desempenho dos enfermeiros, modificar comportamentos e melhorar a conceção e a prestação dos cuidados de enfermagem aos clientes. A literatura evidencia que, apesar da prática comum de promoção dos enfermeiros com formação em gestão para Enfermeiros Gestores, persiste a necessidade de se prepararem estes enfermeiros para o desempenho adequado do seu papel de líder.

O desempenho do Enfermeiro Gestor condiciona o ambiente de trabalho, o desenvolvimento da sua Equipa, o envolvimento e comprometimento dos colaboradores com a organização, a satisfação profissional dos colaboradores e, conseqüentemente, a sua Qualidade de Vida no Trabalho. Se o desempenho do Enfermeiro Gestor influencia a Qualidade de Vida dos seus colaboradores também ele é confrontado com aspetos que influenciam a sua Qualidade de Vida no Trabalho. Neste contexto, a capacitação e desenvolvimento de competências em Inteligência Emocional nos Enfermeiros Gestores permite-lhes a melhoria da sua Qualidade de Vida no Trabalho e da Qualidade de Vida no Trabalho dos seus colaboradores. Valorizar a Inteligência Emocional nas organizações é um meio profícuo de fazer com que a qualidade de vida seja percebida de maneira plena, atingindo assim os objetivos organizacionais.

No seguimento da abordagem que realizámos relativamente à Inteligência Emocional e à Qualidade de Vida no Trabalho sentimos necessidade de pesquisar sobre Stresse Profissional em Enfermagem e muito concretamente em Enfermeiros Gestores.

A sensação subjetiva de sobrecarga de trabalho e de falta de tempo para prestar os cuidados de enfermagem aos clientes são, entre outros, fatores indutores de stresse profissional em Enfermagem. Se para os enfermeiros prestadores de cuidados os fatores indutores de stresse profissional estão relacionados com o cuidar e com aspetos a ele vinculados (envolvimento emocional com o doente e a família, o sofrimento e a morte, entre outros) para o Enfermeiro Gestor, além destes fatores indutores de stresse profissional, surgem fatores mais específicos relacionados com a sua função de gestão nomeadamente a gestão de pessoas e o alcance das metas organizacionais.

Independentemente dos resultados concretos de diferentes estudos, verifica-se que os estados de stresse profissional, especificamente nos enfermeiros, estão relacionados com aspetos da Organização de Saúde, da Unidade de Cuidados, das funções desempenhadas e da resposta de cada profissional aos diferentes fatores indutores de stresse profissional. Nesta perspetiva, o Enfermeiro Gestor deverá possuir conhecimentos e habilidades que lhe permitam

reduzir o nível de stresse que vivencia no seu local de trabalho. Definitivamente o saber controlar as suas emoções é fundamental para preservar o seu bem-estar emocional no local de trabalho, na família e na sociedade. A pesquisa bibliográfica que realizámos nesta investigação permitiu-nos concluir que a Inteligência Emocional dos indivíduos assume especial importância no controlo do seu stresse profissional pois pessoas com maior Inteligência Emocional estão mais capacitadas para compreender e avaliar os seus estados emocionais, saber como e quando expressar os seus sentimentos e regular os seus estados de humor.

Considerámos pertinente, de acordo com a temática desta investigação, refletirmos sobre a Gestão em Enfermagem e o papel do Enfermeiro Gestor numa organização de saúde.

Em qualquer área ou nível de gestão, as responsabilidades do gestor são muitas e diversificadas. Ao Enfermeiro Gestor é exigido um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O Enfermeiro Gestor deverá ser o motor do desenvolvimento profissional da sua equipa, promovendo a construção de ambientes favoráveis à prática clínica e à qualidade do serviço prestado ao cidadão. Deve ser o Gestor das pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais.

A capacitação dos Enfermeiros Gestores em Inteligência Emocional é fundamental para a gestão eficaz em Enfermagem, nomeadamente na gestão de pessoas e na diminuição de conflitos nas equipas. Quando o conflito surge dentro de uma Equipa e o gestor possui um nível de Inteligência Emocional elevado, utiliza-o para criar oportunidades de aprendizagem, desenvolver habilidades interpessoais, envolver os colaboradores e desenvolver a sua Equipa.

A revisão bibliográfica efetuada nestes quatro capítulos permitiu-nos uma maior perceção da relevância da Inteligência Emocional na gestão, especialmente na gestão em Enfermagem, tendo contribuído para uma melhor delimitação desta investigação, bem como para a formulação das questões de investigação e definição dos objetivos. Este enquadramento foi baseado em conceitos inerentes à Inteligência Emocional, seguindo o modelo de inteligência de Goleman (1995) e as suas competências pessoais e de gestão.

Para além desta revisão teórica, para enquadramento conceptual do tema, esta investigação contou com o desenvolvimento de quatro estudos.

Com o primeiro estudo validámos a versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale para os Enfermeiros portugueses, com o intuito de a podermos utilizar nos estudos subsequentes.

A Trait Meta-Mood Scale é um instrumento de medida da inteligência emocional percebida, definida como a habilidade individual para entender, clarificar e regular emoções. Na sua validação procedeu-se à determinação do valor de medida de adequabilidade (KMO) e dos valores de esfericidade de Bartlett. Com o objetivo de determinar a estrutura das dimensões subjacentes à escala TMMS os dados foram submetidos à análise fatorial, usando o método de componentes principais com rotação varimax. Perante os dados obtidos na validação da versão portuguesa modificada da Trait Meta - Mood Scale para os enfermeiros portugueses consideramos que esta é um instrumento com validade e fiabilidade para ser utilizado em estudos posteriores na área da investigação em Enfermagem, especialmente em temas de investigação relacionados com a Inteligência Emocional.

O Estudo II possibilitou avaliar a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores, a sua Qualidade de Vida no Trabalho e o Stresse Profissional. O desenvolvimento deste estudo permitiu ainda relacionar o nível de Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores com a sua Qualidade de Vida no Trabalho e o Stresse Profissional.

A maioria dos Enfermeiros Gestores que participaram neste estudo pertencem ao sexo feminino, possuem mais de 50 anos de idade, possuem mais de 30 anos de serviço e mais de 10 anos no exercício de funções de gestão.

Na generalidade, os Enfermeiros Gestores possuem formação em gestão, adquirida em diferentes percursos académicos, mas relativamente à formação em Inteligência Emocional a sua maioria não possui esta formação. Os Enfermeiros Gestores que possuem formação em Inteligência Emocional adquiriram-na em contexto de autoformação.

Este estudo permitiu concluir que os Enfermeiros Gestores possuem valores médios de Inteligência Emocional percebida elevados, tanto na escala total da TMMS como nas suas três subescalas (Atenção, Clareza e Reparação). Os Enfermeiros Gestores do sexo masculino apresentam valores de Inteligência Emocional percebida mais elevados que os Enfermeiros Gestores do sexo feminino, evidenciando também esta diferença nas subescalas “Clareza” e “Atenção”. Já relativamente à subescala “Reparação”, os Enfermeiros Gestores do sexo feminino apresentam valores mais altos do que os Enfermeiros Gestores do sexo masculino. A experiência adquirida ao longo dos anos na categoria/cargo/função influencia a IE percebida

pelos Enfermeiros Gestores, isto é os Enfermeiros Gestores que possuem mais anos na função de gestão possuem também uma Inteligência Emocional percebida mais elevada.

Os Enfermeiros Gestores que realizaram formação em gestão não evidenciam maior Inteligência Emocional percebida. No entanto verifica-se uma menor oscilação dos resultados nas diferentes escalas da TMMS, o que é um indicativo de que estes Enfermeiros Gestores apresentam uma maior estabilidade e um maior controlo das suas emoções. A formação em Inteligência Emocional realizada pelos Enfermeiros Gestores permitiu que estes desenvolvessem a sua Inteligência Emocional relativamente às dimensões “Atenção” e “Clareza”.

Quanto à Qualidade de Vida no Trabalho os Enfermeiros Gestores apresentam valores mais elevados na QVT/Importância do que na QVT/Frequência. Dentro da QVT/Importância valorizam aspetos relacionados com o trabalho, a família e o equilíbrio trabalho/família, contrariamente os aspetos relacionados com a carreira, a promoção e o reconhecimento profissional são os menos valorizados.

Na QVT/Frequência, os Enfermeiros Gestores valorizam mais os aspetos relacionados com as características do trabalho, a estabilidade profissional e as oportunidades de formação e desenvolvimento de competências. Os aspetos relacionados com as condições de trabalho são aqueles que os Enfermeiros Gestores menos valorizam na QVT/Frequência.

Os Enfermeiros Gestores que realizaram formação em Inteligência Emocional atribuem uma maior importância à Qualidade de Vida no Trabalho. Confirmámos a existência de uma associação, embora baixa, entre a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores e a sua Qualidade de Vida no Trabalho, isto é, os Enfermeiros Gestores com maior Inteligência Emocional percebida apresentam maior Qualidade de Vida no Trabalho.

Os Enfermeiros Gestores do sexo masculino apresentam níveis de stresse mais elevados do que os Enfermeiros Gestores do sexo feminino. Não se verificou uma associação, estatisticamente significativa, entre a Inteligência Emocional e o Stresse Profissional dos Enfermeiros Gestores. No entanto evidenciou-se que os Enfermeiros Gestores que mostraram um maior desenvolvimento das dimensões “Clareza” e “Reparação” da Inteligência Emocional percebida vivenciam níveis mais baixos de Stresse Profissional. O nível de stresse experienciado pelos Enfermeiros Gestores diminui quando estes possuem uma maior Inteligência Emocional percebida.

No Estudo III desenvolvemos um Programa de Formação dirigido aos Enfermeiros Gestores que denominámos de “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. Após o

levantamento das necessidades formativas em Inteligência Emocional dos Enfermeiros Gestores, estruturámos o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, desenvolvemo-lo e realizámos a sua avaliação na perspetiva dos formandos (Enfermeiros Gestores), na perspetiva dos Formadores e na perspetiva da Direção de Enfermagem do CHUC e do Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Perante os dados obtidos na avaliação do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Enfermeiros Gestores” é notório que os Enfermeiros Gestores manifestam interesse pela temática, pelos conteúdos do Programa de Formação e pela importância que lhe atribuem no seu desempenho profissional. Salientaram a importância de serem desenvolvidas mais sessões práticas, manifestando um maior interesse por sessões de *rolle playing*. Referiram a necessidade de adequação de espaços para o desenvolvimento da formação, a adequação de carga horária aos conteúdos, a concentração de mais de uma sessão por dia de formação e a diminuição de formandos por sessão.

Os Enfermeiros Gestores sugeriram que este Programa de Formação fosse desenvolvido para todos os Enfermeiros da Organização e que se estendesse aos Gestores e Administradores das diferentes áreas profissionais.

Finalmente o Estudo IV avaliou o impacto da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na sua Inteligência Emocional percebida, na importância atribuída à Qualidade de Vida no Trabalho e na relação com os Enfermeiros das suas Equipas.

Este estudo permitiu-nos demonstrar que os Enfermeiros Gestores, seis meses após terem frequentado o Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, apresentavam um nível de Inteligência Emocional percebida superior ao que possuíam antes da formação.

Resultou ainda deste estudo a possibilidade de afirmarmos que a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores influencia a importância que estes atribuem à Qualidade de Vida no Trabalho nas dimensões: “Carreira, promoção e reconhecimento”, “Relações sociais e justiça no Trabalho”, “Equilíbrio trabalho/família” e “Trabalho e lazer”.

A dimensão “Atenção” da Inteligência Emocional percebida influencia a importância atribuída pelos Enfermeiros Gestores à Qualidade de Vida no Trabalho nas dimensões “Carreira, promoção e reconhecimento” e “Relações sociais e Justiça no trabalho”. A dimensão “Clareza” influencia a importância que atribuem às características trabalho, do emprego e da formação, à carreira, à promoção e reconhecimento, às relações sociais e sentimentos de justiça no trabalho e ao equilíbrio que conseguem manter entre o trabalho e a família. A dimensão

“Reparação” influencia a importância que atribuem ao equilíbrio que conseguem manter entre o trabalho e a família, o trabalho e o lazer e as condições de trabalho.

Verificou-se um impacto positivo do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na dimensão “Atenção” da Inteligência Emocional, isto é, os Enfermeiros Gestores que frequentaram a formação desenvolveram a capacidade de estarem mais atentos às suas próprias emoções e às emoções dos outros.

Relativamente ao impacto da formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” na relação dos Enfermeiros Gestores com os Enfermeiros das suas Equipas concluímos que houve alterações que se devem ao desenvolvimento da competência interpessoal dos Enfermeiros Gestores, nomeadamente uma maior manifestação das emoções perante a Equipa, uma maior valorização das emoções dos outros, uma maior afetividade na relação e uma melhoria da comunicação Enfermeiro Gestor/Enfermeiro.

O desenvolvimento desta investigação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” permitiu-nos concluir que a Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores influencia a importância atribuída à Qualidade de Vida no Trabalho, ou seja, a uma maior Inteligência Emocional percebida pelo enfermeiro Gestor corresponde uma maior importância atribuída à Qualidade de Vida no Trabalho. De igual modo, verificámos que os Enfermeiros Gestores que possuíam uma maior Inteligência Emocional percebida apresentavam níveis de Stresse Profissional mais baixos.

Concluimos ainda que os Enfermeiros Gestores apresentam necessidade de formação em Inteligência Emocional, manifestam interesse por esta temática e atribuem-lhe importância no desempenho das suas funções de gestão.

Seis meses após o desenvolvimento do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, verificámos um aumento da Inteligência Emocional percebida pelos Enfermeiros Gestores, especialmente na dimensão “Atenção”. Para além dos Enfermeiros Gestores apresentarem uma maior Inteligência Emocional percebida atribuem ainda maior importância à Qualidade de Vida no Trabalho.

Os Enfermeiros das Equipas dos Enfermeiros Gestores que participaram nesta investigação contataram existir diferenças, após o desenvolvimento do programa de formação, na forma como o Enfermeiro Gestor se relaciona com eles, nomeadamente na comunicação, na interação com a Equipa, na expressão de emoções e na valorização das emoções da Equipa.

Neste sentido consideramos que a realização de Programas de Formação em Inteligência Emocional se torna fundamental no desenvolvimento da Inteligência Emocional dos

Enfermeiros Gestores e na melhoria da sua Qualidade de Vida no Trabalho. Estes Programas de Formação não se deverão confinar somente ao momento formativo mas deverão manter uma continuidade permitindo um aperfeiçoamento, uma troca de experiências, momentos de discussão e utilização de técnicas de *rolle playing* e *bio feedback*.

Esta investigação permitiu evidenciar que a Inteligência Emocional pode ser aprendida e desenvolvida através de programas de formação o que, na nossa perspetiva, evidencia a necessidade de integração de formação em Inteligência Emocional nos planos curriculares dos cursos de formação em Gestão, nos programas de formação em serviço e nas formações desenvolvidas a nível organizacional.

No decorrer desta investigação surgiram algumas limitações nos diferentes estudos, algumas já identificadas ao longo deste documento e outras que nos levam a acautelar a interpretação e possível generalização dos resultados obtidos nesta investigação e que passamos a enumerar:

- ✓ O desenvolvimento da investigação numa única organização de saúde, não permitindo uma maior dimensão da amostra e a obtenção de resultados em diferentes culturas organizacionais e formas de gestão.

- ✓ A inexistência de estudos sobre a Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem, principalmente a nível do nosso país, o que dificultou o aperfeiçoamento do projeto de investigação e a discussão dos resultados obtidos.

- ✓ A coincidência do momento temporal em que se realizou esta investigação com o processo de mudança em que se encontrava a organização decorrente da fusão das instituições que deram origem ao CHUC.

- ✓ A instabilidade emocional em que se encontravam alguns Enfermeiros Gestores relacionada com a conjuntura sociopolítica, as mudanças organizacionais, o processo de fusão de algumas Unidades de Cuidados e o “medo”, muitas vezes infundado, de perda de poder dentro da organização.

- ✓ A utilização de instrumentos de autopreenchimento e a impossibilidade de controlo dos problemas advindos dos efeitos de desajustabilidade social que poderão ter dado um viés positivo às respostas dadas.



Apesar destas limitações ocorreram também pontos fortes no desenvolvimento da nossa investigação, dos quais gostaríamos de salientar:

- ✓ O apoio da Direção de Enfermagem durante o desenvolvimento desta investigação em toda a logística que a envolveu;
- ✓ A inserção do Programa de Formação no Plano Estratégico da Direção de Enfermagem com o objetivo de capacitar os Enfermeiros Gestores do CHUC em conhecimentos que lhes permitam aumentar a Inteligência Emocional;
- ✓ O interesse manifestado pelos Enfermeiros Gestores na frequência do Programa de Formação e o envolvimento que mostraram durante o seu desenvolvimento;
- ✓ A validação da TMMS para os Enfermeiros portugueses, permitindo a realização de investigações futuras sobre a Inteligência Emocional em Enfermagem, quer no âmbito assistencial quer no âmbito da gestão.
- ✓ A possibilidade deste estudo ser replicado em gestores de Enfermagem em diferentes instituições, em colaboradores não gestores e em gestores de outras áreas disciplinares inseridos em instituições de saúde ou em instituições de outro âmbito.

Consideramos esta investigação inovadora, pois contribuiu para enriquecer o conhecimento dos enfermeiros na área da gestão, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento da Inteligência Emocional, através de programas de formação e sua utilização na gestão de recursos humanos. Salientamos que também permitiu desenvolver um Programa de Formação em Inteligência Emocional, que poderá ser aperfeiçoado e utilizado pelos Enfermeiros, permitindo aos Enfermeiros Gestores melhorar a sua Qualidade de Vida no trabalho, diminuir o nível de Stresse Profissional e melhorar a relação que possuem com os Enfermeiros das suas Equipas.

Estamos cientes que esta investigação não permitiu a obtenção de respostas concretas relativamente a algumas questões de investigação formuladas e que orientaram os diferentes estudos. Contudo os resultados obtidos permitem aumentar a nossa inquietação perante a temática da Inteligência Emocional, o seu desenvolvimento através de programas de formação e a sua utilização na Gestão.

Pela importância que atribuímos à Inteligência Emocional dentro das organizações de saúde e nos diferentes contextos profissionais julgamos ser importante a continuidade deste estudo num âmbito mais alargado, ou seja, desenvolvido a nível nacional, nas diferentes organizações de saúde e nos diferentes modelos de gestão.

O desenvolvimento da Inteligência Emocional através de Programas de Formação será outra linha de investigação a seguir, tendo em consideração a importância da Inteligência Emocional na prestação de cuidados de Enfermagem, na gestão em Enfermagem e no desenvolvimento de Equipas emocionalmente inteligentes.

Por último, consideramos como prioritária a inclusão de formação em Inteligência Emocional nos Cursos Superiores de Enfermagem, a avaliação do impacto desta formação no contexto da prática clínica em Enfermagem e o desenvolvimento de instrumentos que permitam o recrutamento de enfermeiros emocionalmente inteligentes para as organizações de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Adem, E. S. (2013). Inteligência emocional nos enfermeiros. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu.
- Aguiar, A. B. A., Costa, R. S. B., & Weirich, C. F. (2005). Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7 (3), 319-327. Retrieved from [http://www.fen.ufg.br/revista7revista73/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista7revista73/original_09.htm).
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2008). Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nursing Management*, 16 (5), 565–577. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00893.x.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), 363–382. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01087.x.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios.
- Alvarez, B. R. (1996). Qualidade de vida relacionada à saúde de trabalhadores. Tese de Mestrado. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Alves, E. F. (2010). Qualidade de vida no trabalho: indicadores e instrumentos de medidas. *Diálogos & Saberes*, 6 (1), 77-87.
- Alves, J. A. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Referência*, 3 (7), 33-42. doi 10.12707/RIII1199.
- André, S. C. M. M. (2013). Relação entre a qualidade de vida no trabalho e o compromisso organizacional afetivo: Um estudo de caso aplicado numa Multinacional da Indústria Alimentar. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Social e das Organizações. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Anselmi, M. L., Duarte, G. G., & Angerami, E. L. S. (2001). Employment survival of nursing workers in a public hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (4), 13-18.
- Antunes, C. (1997). A Inteligência Emocional na Construção do Novo Eu. Petrópolis: Vozes.
- Antunes, C. (1998). As inteligências múltiplas e seus estímulos Campinas: Papirus.
- Areias, J. A. (2010). A Inteligência emocional na formação em Gestão da Saúde-Estudo de Caso e Proposta de modelo de avaliação. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Areias, M. E. Q., & Guimarães, L. A. M. (2004). Género e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. *Psicologia em Estudo*, 9 (2), 255-62.
- Armstrong, T. (2001). Inteligências múltiplas na sala de aula. Porto Alegre: Artmed.

- Ashkanasy, N. M., & Daus, C. (2001). Emotion in the Workplace: The New Challenge for Managers. *Academy of Management Executive*, 16 (1), 76-86.
- Atwater, L. E., & Yammarino, F. J. (1992). Does self-other agreement on leadership perceptions moderate the validity of leadership and performance predictions? *Personnel Psychology*, 45, 141-164.
- Bachman, J., et al. (2000). Emotional intelligence. *International Journal of Selection and Assessment*, 8 (3), 176-182.
- Baille, L. (1996). A phenomenological study of the nature of empathy. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (6), 1300-1308. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb01038.x.
- Bakker, A. B., Albrecht, S. L. & Leiter, M. P. (2011). Key Questions Regarding Work Engagement in European Journal of Work and Organizational Psychology (EJWOP). *Psychology Press*, 20 (1), 4-28.
- Bakker, A., et al. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10 (2), 170-180. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>.
- Bardin, L. (2009) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Baron, A., & Armstrong, M. (2007). *Gestão do Capital Humano: Gerar valor acrescentado através das pessoas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Bar-On, R. (1997). The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence. Toronto (Canada): Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barreira, L. N. (2014). *Inteligência emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto da oncologia*. Tese de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde no Curso de Gestão de Unidades de Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Barros, M. V. G., & Santos, S. G. (2005). A atividade física como fator de qualidade de vida e saúde do trabalhador. Retrieved from. <http://www.profala.com/artfisio68.htm>.
- Beck, C. L. C. (2001). *O Sofrimento do trabalhador: da banalização a resignificação ética na organização da enfermagem*. Dissertação de Enfermagem. Florianópolis. UFSC.
- Bé gat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurse's satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurse's experiences of well-being-a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13. 221-230.
- Bellack, J. P. (1999). Emotional intelligence: A missing ingredient. *Journal of Nursing Education*, 38, 3-4.

- Bertelli, S. B. (2004). Gestão de pessoas em administração hospitalar. Rio de Janeiro: Qualytimark.
- Bianchi, E. R. F. (2000). Enfermeiro hospitalar e o stress. *Enfermagem*, 34 (4), 390-394.
- Bicho, L., & Pereira, S. (2007). Stress Ocupacional. Dissertação de Mestrado. Departamento de Engenharia Civil. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Bisquerra, A. R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. Madrid: Síntesis.
- Borges, L., & Albuquerque, F. (2004). Socialização organizacional. In J. Zanelli, J. Borges Andrade, & A. Bastos (Orgs.). *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 331- 356). Porto Alegre: Artmed.
- Boyatzis, R. (2006). Using tipping points of emotional intelligence and cognitive competencies to predict financial performance of leaders. *Psicothema*, 18, 124-131.
- Boyatzis, R. E. (2002). Unleashing the power of self-directed learning. In Ronald R. Sims. *Changing the Way We Manage Change* (pp.13 30). Quorum Books.
- Boyatzis, R., Goleman, D., & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory (ECI). In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School and in the Workplace* (pp. 343-362). São Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (10), 1-12.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003a). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (9), 1147-1158.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. In G. Geher (Ed.). *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). New York: Nova Science Publishers.
- Branco, A. (2004). Auto Motivação. Coimbra: Quarteto.
- Branco, M. A. V. (2004). Competência Emocional: Um estudo com professores. Coimbra: Quarteto.
- Brannick, M., et al. (2009). Comparison of trait and ability measures of emotional intelligence in medical students. *Medical Education*, 43 (11) 1062-1068.
- Bryman, A., & Cramer, D. (1992). Análise de dados em ciências sociais. Oeiras: Celta Editora.
- Button, L. A. (2008). Effect of social support and coping strategies on the relationship between health care-related occupational stress and health. *Journal of Research in Nursing*, 13 (6), 498-524. doi: 10.1177/1744987107087390.

- Cabral, J. (2011). Vinculação, Desenvolvimento Psicossocial e Adaptação à Universidade: Dinâmicas de Regulação Emocional e Coping. Tese de Doutorado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Cabrita, M. (2009). Capital Intelectual e Desempenho Organizacional. Lisboa: Lidel.
- Caçote, C. M. (2013). Vulnerabilidade ao Stresse Profissional e Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo empírico numa amostra de cuidadores/as formais de pessoas portadoras de deficiência. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, 321-324.
- Campbell, L., Campbell, B., & Dickinson, D. (2000). Ensino e aprendizagem por meio das inteligências múltiplas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Campos, S., & Martins, R. (2012). A Inteligência Emocional em Professores de Educação Especial da Região de Viseu. *Millenium*, 43, 7-28.
- Carandina, D. M. (2003). Qualidade de vida no trabalho: construção de um instrumento de medida para enfermeiras. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP.
- Carapinheiro, G. (1998). Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carlson, D. E. (1995). Counseling and Self-Esteem. EUA: Thomas Nelson Incorporated.
- Carneiro, R., et al. (2010). Dispositivo de antecipação de necessidades de competências e de capital humano em Portugal. Lisboa: Cogitum.
- Caruso, D. (2007). MSCEIT feedback guide & script for EI skills group certified professionals: Version 2.2. New York: EI Skills.
- Caruso, D. R., & Salovey, P. (2007). Liderança com inteligência emocional: Liderando e administrando com competencia e eficácia. São Paulo: M. Books do Brasil Editora Lda.
- Carvalho, R. (1995). Expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem face aos professores enfermeiros: contributo para o conhecimento das expectativas dos estudantes do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo. Trabalho apresentado no âmbito do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo.
- Carvalho, M. M. M. Y. (1995). Orientação Profissional em Grupo: Teoria e Técnica. Campinas: Editorial Psy.
- Cavassani, A. P., et al. (2006). Qualidade de vida no trabalho: fatores que influenciam as Organizações. XIII SIMPEP, Bauru. São Paulo. Retrieved from <http://www.simpep.feb.unesp.br>.
- Ceitil, M. (2006). Gestão e Desenvolvimento de Competências. Lisboa: Edições Silabo.

- Chambel, M. J., & Curral, L. (2008). *Psicologia Organizacional*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Chan, C. K., So, W. K., & Fong, D. Y. (2009). Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. *Journal of Professional Nursing*, 25, 307-313.
- Chan, M. F., et al. (2011). Exploring the psychological health related profile of nursing students in Singapore: a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3553-3560.
- Cherniss, C. (2002). Competência social e emocional no local de trabalho. In: Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (Orgs.). *Manual de Inteligência Emocional*. (pp. 315-328). Porto Alegre: Artmed.
- Chiavenato, I. (2008). Recursos humanos: O capital humano das organizações. São Paulo: Atlas.
- Chora, M. A. C. (2007). O contexto da satisfação laboral nos profissionais de enfermagem. *Enfermagem e Sociedade*, 2, 34-38.
- Clarke, N. (2007). Can we develop emotional intelligence in managers? In: Proceedings of the Eighth University Forum for Human Resource Development Conference, Oxford.
- Clarke, N. (2010). The impact of a training programme designed to target the emotional intelligence abilities of project managers. *International Journal of Project Management*, 28 (5), 461-468.
- Codier, E., Kamikawa, C., & Kooker, B. (2011). The Impact of Emotional Intelligence Development on Nurse Managers. *Nursing Administration Quarterly*, 35 (3), 187-288.
- Colell Brunet, R. (2004). Implicación de la inteligencia emocional en profesionales de cuidados paliativos. *Libro de Ponencias. Sevilla: Unidad de Coordinación Y Desarrollo de La Investigación En Enfermería*, 8, 56-59.
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conte, A. L. (2003). Qualidade de Vida no Trabalho: funcionários com qualidade de vida no trabalho são mais felizes e produzem mais. *Revista FAE Business*, 7, 32-34.
- Conte, A. L., & Durski, G. R. (2002). Qualidade e gestão empresarial/Fae Business Scholl. Curitiba: Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus. *Coleção Gestão Empresarial*, 2, 51-60.
- Cook, S. H. (1999). The self in self-awareness. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1292-1299.
- Cooper, C. L., & Davidson, M. (1988). Les origins du stress en milieu professionnel. In R. Kalimo, M. A. El-Batawi & C. L. Cooper (Eds). *Les facteurs psychosociaux en milieu de travail et leurs rapports à la santé*. Genève: Organization Mondial de la Santé.

- Correia, A. A., & Branco, A. V. (2012). Efeitos da formação em educação emocional nas competências emocionais de professores. In *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação* (pp.1-16). Oliveira de Azeméis.
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009). A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE). In Alfonso Barca Lozano, Manuel Peralbo Uzquiano, Leandro Almeida, Bento Duarte Silva, *X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia: programa, resumos e actas* (pp.4016-4029). Braga: Universidade do Minho.
- Costa, E. (2005). Um olhar sobre a saúde dos estudantes do ensino superior. Lisboa: Instituto Piaget.
- Costa, T. C. (2013). A influência dos horários de trabalho (horário normal e horário por turnos) na qualidade de vida no trabalho e engagement profissional. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.22/3217>.
- Coutinho, C. P. (2014). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina.
- Cox, T., & Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work stress: theory and practice. In Taylor & Francis (Eds). *Evaluation of Human Work: A Practical Ergonomics Methodology* (pp. 553–555). London.
- Craig, B. S., & Hannum, K. M. (2006) Experimental and quasi-experimental evaluations. In: Hannum, K., Martineau, J. W., Reinelt C (Eds). *The Handbook of Leadership Development Evaluation*. (pp.19-47). San Francisco: Jossey-Bass.
- Crozara, G. (2010). Florence Nightingale: Precedências profissionais. Retrieved from <http://www.webartigos.com/articles/32492/1/FlorenceNightingale>. Precedencias-profissionais.
- Cummings, G. G., et al. (2008). Factors contributing to nursing leadership: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13 (4), 240–248. doi: 10.1258/jhsrp.2008.007154.
- Cunha, I. C. K. O., & Ximenes Neto, F. R. G. (2006). Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 15 (3), 479-482. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000300013&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300013&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-07072006000300013.
- Cunha, M. P., & Rego, A. (2002). Liderança Emocional Elettrizante. <http://www.amba.pt/>.
- Cury, A. (2006). Inteligência Multifocal: Análise da Construção dos Pensamentos e da Formação de Pensadores. São Paulo: Cultrix.
- Cury, A. (2008). O código da inteligência: a formação de mentes brilhantes e a busca pela excelência emocional e profissional. Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil/Ediouro.



- Da Silva Britto, E., & Pimenta Carvalho, A. M. (2004). Stress, Coping (enfrentamento) e saúde geral dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva e problemas renais. *Enfermeria Global*, 4, 1-10. Retrieved from [https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23991/3/Stress,%20coping%20\(enfrentamento\)%20e%20sa%C3%BAde%20geral%20dos.pdf](https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23991/3/Stress,%20coping%20(enfrentamento)%20e%20sa%C3%BAde%20geral%20dos.pdf).
- Damásio, A. (1995). O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (1999). The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. New York: Harcourt Brace
- Damásio, A. (2000). O Erro de Descartes-Emoção, Razão e Cérebro Humano. Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2003). Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, K., & Newstrom, J. W. (2004). Comportamento Humano no Trabalho: Uma abordagem organizacional. São Paulo: Pioneira.
- Davis, K., & Newstrom, J. W. (2004). Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional. São Paulo: Pioneira.
- Day, A. L., & Carroll, S. A. (2004). Using an ability-based measure of emotional intelligence to predict individual performance, group performance, and group citizenship behaviours. *Personality and Individual Differences*, 36(6):1443-1458. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00240-X.
- Deckman, L. R., et al. (2013). Competência gerencial na enfermagem: uma revisão integrativa. *Gestão e Saúde*, 4 (2), 389-400.
- Dec. Lei n.º 247/2009 de 22 de Setembro.
- Dec. Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro.
- Dec. Lei nº 104/1998 de 21 de Abril.
- Dec. Lei nº 191/1996 de 4 de Setembro.
- Dec. Lei nº 248/2009 de 22 de Setembro.
- Dec. Lei nº 412/1998 de 30 de Dezembro.
- Dec. Lei nº 437/1991 de 8 de Novembro.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). Psicologia das relações interpessoais: Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes.
- Delbrouck, M. (2006). Síndrome de Exaustão (Burnout). Lisboa: Climepsi.
- Dias, C. (2005). Liderança em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, 46-52.

- Dias, S., & Queirós, C. (2011). Burnout e engagement em enfermeiros portugueses. In. Núcleo de investigação em Saúde e Qualidade de Vida. *Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir* (pp. 300-308). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, (32), 4-21. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942010000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000200002&lng=pt&tlng=pt).
- Dinis, A., Gouveia, J. P., & Xavier, A. (2011). Estudo das Características Psicométricas da Versão Portuguesa da Escala de Expressividade Emocional. *Psychologica-Avaliação Psicológica em Contexto Clínico*, 54, 111-138.
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau.
- Donnelly, J. H., Gibson, J. L. & Ivancevich, J. M. (2000). Administração: Princípios de Gestão Empresarial. Alfragide: McGraw-Hill.
- Elam, C. I. (2000). Use of emotional intelligence as one measure of medical school applicants noncognitive characteristics. *Academic Medicine*, 75 (5), 445-446.
- Elizur, D., & Shye, S. (1990). Quality of Work Life and its Relation to Quality of Life. *Applied Psychology*, 39 (3), 275-291.
- Espiney, L. (2004). Implementação do processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por área de conhecimento-Enfermagem. Retrieved from <http://www.fap.pt/>
- Esquivel, G. (2011). The Dynamics of Income Inequality. In Mexico since NAFTA. *Economia*, 12 (1), 155-179.
- Evans, D., & Allen, H. (2002). Emotional Intelligence: Its role in training. *Nursing Times*, 98 (27), 41-42.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: Hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97-116.
- Fachada, O. (2014). Liderança. A Prática da Liderança. A Liderança na Prática. Lisboa: Edições Silabo.
- Feather, R. (2009). Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter? *Journal of Nursing Management*, 17 (3). 376-382. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00931.x.
- Feldman, L. B., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Identification of result evaluation criteria for nursing service in hospital accreditation programs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (4), 540-545.
- Fernandes, E. C. (1996). Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade.

- Fernandes, J. (1998). A Construção do Currículo em Enfermagem-Conceções Educacionais e Pedagógicas: Da Normatividade à Autonomia. *Referência*, 0, 33-39.
- Fernandes, J. S., Iwamoto, H. H., & Tavares, D. M. D. S. (2010). Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto Contexto Enfermagem*, 19 (3), 434-442.
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). Emotional intelligence and emotional reactivity and recovery in laboratory context. *Psicothema*, 18, 72-78.
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Ferreira, M. M. F. (2005). Empenhamento Organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão. Tese de Doutorado em Ciência Empresariais Área de Organização e Políticas Empresariais. Universidade do Minho.
- Ferreira, M. M. F. (2012). Gestão em Enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem.
- Ferreira, M. M. F., & Silva, I. C. (2013). Empenhamento organizacional de enfermeiros e relação com a chefia, *Revista de Enfermagem*, 2 (21), 156-161.
- Filho, H. C., Faria, P. L., & Graça, L. (2009). Emoção, Coaching e Liderança na Gestão em Saúde: Texto Introdutório ao Módulo. Universidade Nova de Lisboa.
- Fiorelli, J. O. (2000). Psicologia para Administradores: Integrando teoria e prática. São Paulo: Atlas.
- Flynn, N., (2002). Public Sector Management. Londres: Prentice Hall.
- Formiga, J. M. M., & Germano, R. M. (2005). Por dentro da história: o ensino de Administração em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (2), 222-226.
- Fortin, M. (2003). O processo de investigação, da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fowlie, J., & Wood, M. (2009). The emotional impact of leaders' behaviours. *Journal of European Industrial Training*, 33 (6), 559-572.
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11 (2), 91-98.
- Fritzen, S. J. (2002). Relações Humanas Interpessoais: nas convivências grupais e comunitárias. Petrópolis: Vozes.
- Furukawa, P. O., & Cunha, I. C. K. O. (2011). Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), 106-114.
- García, M. (2003). Entrenamiento en competencias (Treino de competências). *Encuentros en Psicología Social*, 1 (3), 27-32.

- Gardner, H. (1995). *Inteligências múltiplas: A teoria na prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gardner, H. (2000). *Inteligência: um conceito reformulado*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gardner, L. J., & Stough, C. (2002). Examining the relationship between leadership and emotional intelligence in senior level managers. *Leadership & Organization Development Journal*, 23 (2), 68-78.
- Gardner, L. J., & Stough, C. (2003). Exploration of the relationship between Workplace, emotional intelligence, occupational stress and employee health. *Australian Journal of Psychology*, 55, 181-195.
- Gartzia, L., et al. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28 (2), 567-575. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.2.124111>.
- Geher, G. (2004). *Measuring Emotional Intelligence: Common Ground And Controversy*. New York: Nova Science Publishers.
- George, M. (2000). Emotions and leadership. The role of Emotional Intelligence. *Human Relations*, 53 (8), 1027-1044.
- Germano, R. M. (2003). O ensino de enfermagem em tempos de mudança. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (4), 365-368.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease: Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26 (1), 56-69.
- Gohm, C. L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84 (3), 594-607. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.3.594>.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why can it matter more than IQ?* Nova Iorque: Bantam.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (1998). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (1998). What makes a leader? In D Goleman, *Best of Harvard Business Review*, (pp.1-11). Retrieved from [http://c.ymcdn.com/sites/aect.site-ym.com/resource/dynamic/forums/20130118\\_183018\\_26306.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/aect.site-ym.com/resource/dynamic/forums/20130118_183018_26306.pdf).
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.

- Goleman, D. (2001a). Emotional Intelligence: Issues in paradigm building. In C. Cherniss, & D. Goleman (Eds.), *The Emotionally Intelligent Workplace*, (13-26). San Francisco: Jossey-Bass.
- Goleman, D. (2001b). Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (2002a). Inteligência Emocional. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2002b). The New Leaders: Transforming the Art of Leadership in to the Science of Results. London: Time Warner.
- Goleman, D. (2003). Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e os outros. Rio de Janeiro: Campus.
- Goleman, D. (2005). Trabalhar com Inteligência Emocional. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2007). A inteligência emocional: a teoria revolucionaria que define o que é ser inteligente. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (2009). Inteligência Emocional. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & Mckee, A. (2001). Primal Leadership The Hidden Driver of Great Performance. Harvard Business School.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & Mckee, A. (2002a). O poder da Inteligência Emocional: primal leadership: a experiência de liderar com sensibilidade e eficácia. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & Mckee, A. (2002b). Os Novos Líderes: A Inteligência Emocional nas Organizações. Lisboa: Gradiva.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & Mckee, A. (2003). Os novos líderes. Lisboa: Gravidia.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & Mckee, A. (2007). Os Novos Líderes: A Inteligência Emocional nas Organizações. Lisboa: Gradiva.
- Gondim, S., & Siqueira, M. (2004). Emoções e afeto no trabalho. In J. C. Zanelli, J. Borges Andrade & A. V. B. Bastos (Orgs.), *Psicologia, organizações e trabalho no Brasil* (pp. 207-236). Porto Alegre: Artmed.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligência emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26 (2), 183-205.
- Gonzaga, A. R., & Monteiro, J. K. (2011). Inteligência emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 10 (2), 117-127. Retrieved from [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712011000200003&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200003&lng=pt&tlng=pt).

- Gonzales, R. M. B., & Beck, C. L. C. (2002). O sofrimento e o prazer no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 11 (1), 169-86.
- González, J., et al. (2014). Analysis of burnout's levels in athletes in function of emotional intelligence perceived: role moderator of personality. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14 (3), 39-48.
- Gowing, M. K. (2001). Measurement of individual emotional competence. In C. Cherniss, & D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace: How to select for, measure, and improve emotional intelligence in individuals, groups, and organizations* (pp. 83–131). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Gramigna, M. R. M. (1995). Jogos de empresa e técnicas vivenciais. São Paulo: Makron Books.
- Graziani, P. (2005). Ansiedade e perturbações da ansiedade. Lisboa: Climepsi.
- Grazziano, E. S. (2008). Estratégia para redução do stress e burnout entre enfermeiros hospitalares. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-14052009-101907/>.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (2), 151-164.
- Groves, K. S., McEnrue, M. P., & Shen, W. (2008). Developing and measuring the emotional intelligence of leaders. *Journal of Management Development*, 27 (2), 225-250. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1108/02621710810849353>.
- Guebur, A. Z., Poletto, C. A., & Vieira, D. M. S. (2007). Inteligência emocional no trabalho. *Revista Intersaberes*, 3, 71-96.
- Guilford, J. P. (1967). The nature of human intelligence. New York: McGraw-Hill.
- Haddad, M. C. L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Núcleo de estudos em saúde coletiva/Nesco. Retrieved from <http://www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v1n2/doc/artigos2/QUALIDADE.htm>.
- Henriques, P. A. (2006). A gestão do desenvolvimento dos recursos humanos nas organizações: uma abordagem à gestão emocional nas organizações. Tese de Doutorado em Gestão. Universidade Técnica de Lisboa.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1986). Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional. São Paulo: EPU.
- Hill, M., & Hill, A. (2005). Investigação por questionário. Lisboa: Silabo.
- Huang, T-C., Lawler, J., & Lei, C-Y (2007). The effects of quality of work life on commitment and turnover intention. *Social Behavior and Personality*, 35 (6), 735-750.

- Hughes, M., & Terrell, J. B. (2009). A Inteligência Emocional de uma equipa. Compreendendo e desenvolvendo os comportamentos de sucesso. Montijo: SmartBook.
- International Council of Nurses (2007). ICN on Occupational Stress and the treat to worker health. Geneva: Switzerland.
- Jardim, J. (2003). O Método da Animação: Manual Para o Formador. Porto:AVE.
- Jardim, J., & Pereira, A. (2006). Competências Pessoais e Sociais: Guia Prático para a Mudança Positiva. Porto: Asa.
- Jezewska, M., Leszczyńska, I., & Jaremin, B. (2006). Work-related stress at sea self estimation by maritime students and officers. *Int Marit Health*, 57, 66-75.
- Jordan, P. J. (2002). Workgroup emotional intelligence Scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human Resource Management Review*, 12 (2), 195-214. doi: 10.1016/S1053-4822(2)00046-3.
- Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54-78.
- Judkins, S., & Rind, R. (2005). Hardiness, job satisfaction and stress among home health nurses. *Home Health Care Management Practice*, 17 (2), 113-118. doi: 10.1177/1084822304270020.
- Junqueira, F. C., Couto, E. S. A., & Pereira, M. K. S. (2011). A importância da inteligência emocional na atuação de um líder. VIII Simpósio de Gestão em Tecnologia. Retrieved from <http://www.aedb.br/seget/artigos11/38814405.pdf>.
- Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences*, 37 (1), 129-145.
- Kamoche, K. (2001). Understanding Human Resource Management. Buckingham: Open University Press.
- Kanter, R. (1993). Men and Woman of the Corporation. New York: Basic Books.
- Ketele, J. M., et al. (1994). Guia do formador. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kompier, M., & Levi, L. (1995). O Stress no trabalho: causas, efeitos e prevenção. Luxemburgo: Fundação Europeia para a Melhoria das Comunidades Europeias.
- Kreitner, R., & Kinicki, A. (2004). Organizational behavior. New York: Mcgraw-Hill.
- Kunsch, M. M. K. (2006). Planejamento e gestão estratégica de relações públicas nas organizações contemporâneas. *Anàlisi*, 34, 125-139.
- Labrador, F. (1992). O Stress-Novas técnicas para o seu controlo. Bragança: Edições Temas da Atualidade.

- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nursing and Health Sciences*, 3 (3), 161–172. doi: 10.1046/j.1442-2018.2001.00086.x.
- Landa, J. M. A., et al. (2008). The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 888–901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.03.005.
- Landa, J. M. F., et al. (2009). Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students self-concept. *Nurse Education Today*, 29, 801-808. doi: 10.1016/j.nedt.2009.04.004.
- Latorre, A., Del Rincon, D. & Arnal, J. (1996). Bases metodológicas de la investigación educativa. Barcelona: Hurtado Ediciones.
- Lautert, L., Chaves, E. H. B., & Moura, G. M. S. S. (1999). O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. *Revista Panamericana Salud Publica*, 6 (6), 415-425.
- Lecointre, M. R. (2007). Emoção e Cognição: uma abordagem científica das emoções. *Filosofia e História da Biologia*, 2, 337-349.
- Leite, E. S., & Uva, A. S. (2007). Stress relacionado com o trabalho. *Saúde e Trabalho*, 6, 25-42.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2003). Work Organization and Stress: Protecting Workers' Health. Geneva: WHO.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotion: A functional view. In P. Ekman & R. J. Davidson (Eds). *The nature of emotion. Fundamental questions*. (123-126). New York: Oxford University Press.
- Levy-Leboyer, C. (1996). La gestion des compétences. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Levy-Leboyer, C. (2003). Gestión de la competencias. Barcelona: Ediciones Gestión.
- Lim, D. H., & Morris, M. L. (2006). Influence of trainee characteristics, instructional satisfaction, and organizational climate on perceived learning and training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 17 (1), 85-115.
- Lima, M. C. (2004). Monografia: A engenharia da produção. São Paulo: Saraiva.
- Limonero, J. et al. (2004). Influência de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10 (1), 29-41.
- Lipp, M. E. N. (2000). Manual do inventário de sintomas de stress para adultos (ISSL). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N. (2002). O Stress do Professor. São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. N., & Guevara, A. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress (ISS). *Estudos de Psicologia*, 11 (3). 43-49.



- Lipp, M. N., & Malagris, L. M. (1998). Manejo do Estresse In Range, B. (Org). *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*. São Paulo: Psy.
- López, E., & Población, P. (2000). Introducción al Role-playing Pedagógico. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Loureiro, H., et al. (2008). Burnout no trabalho. *Referência*, 7 (2), 33-41.
- Lucas, H. M. O. (2012). Stress Organizacional e factores de proteção: o caso da inteligência emocional e capital psicológico. Tese de Doutorado. Universidade de Extremadura. Badajoz.
- Lucas, V., Laschinger, H. K., & Wong, C. A. (2008). The impact of emotional intelligent leadership on staff nurse empowerment: the moderating effect of span of control. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 964–973. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00856.x.
- Luft, L. (2004). Perdas e ganhos. Rio de Janeiro: Record.
- Lyons, J. B., & Schneider, T. R. (2005). The influence of emotional intelligence on performance. *Personality and Individual Differences*, 39 (4), 693-703.
- MacDonald, M. (2003). Seeing the cage: Stigma and its potential to inform the concept of a difficult patient. *Clinical Nurse Specialist*, 17 (6), 305-310.
- Machado, L. (2005). Superinteligência. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Machado, M. S. (1994). Gestor ou líder: o que marca a diferença? *IAPMEI: Pequena e Média Empresa*, 13, 37-40.
- MacKintosh, C. (2007). Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (6), 982-990.
- Marques, G. (2005). Satisfação profissional dos enfermeiros do IPO do Porto. Dissertação de Mestrado. Viseu: Universidade Católica Portuguesa.
- Martel, J. P., & Dupuis, G. (2006). Quality of Work Life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measurement instrument. *Social Indicators Research*, 77, 333-368.
- Martins, A. P. (2007). Qualidade de Vida no Trabalho: Estudo da Relação da Qualidade de Vida no Trabalho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica com a Cultura Organizacional e o Estilo de Liderança, numa Organização de Saúde. Dissertação de Mestrado. ISCTE. Lisboa.
- Martins, M. M. (2002). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos. Dissertação no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis Retrieved from [http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao\\_marilu.pdf](http://www.nucidh.ufsc.br/teses/dissertacao_marilu.pdf).
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. (1996). Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto: CA: Consulting Psychologists Press.

- Matos, M. C. P. (2010). Qualidade de vida no trabalho: O sentimento do medo como fator de estresse em ambientes organizacionais do segmento portuário. XIII SEMEAD Seminários de administração. Retrieved from <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/13semead/resultado/trabalhosPDF/1021.pdf>.
- Matos, M. H. V. G. (2013). O papel das lideranças institucionais na motivação, satisfação e desenvolvimento pessoal dos colaboradores das CCAM - uma abordagem comparativa. Tese de Doutorado em Ciências Empresariais: Universidade do Minho.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). Emotional intelligence: science and myth. Cambridge, Massachusetts: The Massachusetts Institute of Technology Press.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). Qué es la inteligencia emocional? In J. M. M., Navas, & P. F., Berrocal. (Coord.). *Manual de inteligência emocional* (pp. 25-45). Madrid: Anaya. (Originalmente publicado em 1997).
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theorym findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2000). Emotional intelligence meets traditional standarts for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., et al. (2001). Emotional intelligence and giftedness. *Roeper Review*, 23, 131-137.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Emotional intelligence as Zeitgeist, as personality and as a mental ability. In R. Bar-On & J. Parker (Ed.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 92-117). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) User's Manual. Toronto: MHS Publishers.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- McGrath, J. E. (1976). Stress and behaviour in organizations. In M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os Profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12 (2-3), 193-200.
- McMullen, B. (2003) Emotional Intelligence. *British Medical Journal*, 326 (7381), S19.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (1), 101-108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.x.

- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633-642.
- Mendes, A. M. (2003). Uma proposta para pesquisa e gestão da qualidade de vida no trabalho: pesquisa sobre subjetividade trabalho e saúde na abordagem psicodinâmica. Universidade de Brasília. Retrieved from <http://www.pol.org.br/>.
- Mercadier, C. (2004). O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: o corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente. Loures: Lusociência.
- Merlevede, P. E., Bridoux, D., & Vandamme, R. (2004). Manual de Inteligência Emocional. São Paulo: Madras.
- Mestre, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (2007). Manual de inteligência emocional. Madrid: Piramide.
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and environmental medicine*, 60 (1), 3-9. doi:10.1136/oem.60.1.3.
- Miguel, A., Rocha, A., & Röhrich, O. (2008). Gestão Emocional de Equipas Em Ambiente de Projecto. Lisboa: FCA - Editora de Informática.
- Minicucci, A. (2001). Relações Humanas: Psicologia das relações interpessoais. São Paulo: Atlas
- Mininel, V. A., et al. (2011). Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (2), 340-347. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-11692011000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-11692011000200016)
- Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 1 de 12 de Janeiro de 2006.
- Mintzberg, H. (2007). Gestores, não MBAs: um olhar crítico sobre a gestão. São Francisco: Publicações Dom Quixote.
- Miranda, E. P. (2006). Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que atuam no centro cirúrgico. Dissertação de Mestrado do Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba-João Pessoa. Retrieved from <http://www.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2006/dissertacaoelzirpontes.pdf>.
- Montes-Berges, B., & Augusto, J. M. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric e Mental Health Nursing*, 14 (2), 163-171.
- Moraes, S. R. D. (2010). A qualidade de vida dos funcionários e a exigência do cumprimento de metas. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Morehouse, M. (2007). An exploration of emotional intelligence across career arenas. *Leadership & Organization Development Journal*, 28 (4), 296-307.

- Moretti, S., & Treichel, A. (2003). Qualidade de Vida no Trabalho e Auto Realização Humana. *Revista Leonardo pós-Órgão de Divulgação Científica e Cultural do ICPG*, 1 (3), 73-80.
- Morillo Pozo, M. (2012). Diferencias de género en la inteligencia emocional de alumnos/as de primer ciclo de primaria desde la perspectiva de los docentes T.F.G. Iniciación a la Investigación Educativa. Universidad Internacional de La Rioja Facultad de Educación. Retrieved from [http://recursos.cepindalo.es/pluginfile.php/1067/mod\\_resource/content/1/2012\\_11\\_07\\_TFM\\_ESTUDIO\\_DEL\\_TRABAJO.pdf](http://recursos.cepindalo.es/pluginfile.php/1067/mod_resource/content/1/2012_11_07_TFM_ESTUDIO_DEL_TRABAJO.pdf).
- Morrison, J. (2008). The relationship between emotional intelligence competencies and preferred conflict-handling styles. *Journal of Nursing Management*, 16 (8), 974-983.
- Moura e Sá, P. (2007). Teorias Organizacionais. In João Lisboa, et al. *Introdução à Gestão de Organizações* (pp. 49-124). Porto: Vida Económica.
- Munari, D. B., et al. (2003) Características da competência interpessoal do enfermeiro: estudo com graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (5), 484-487.
- Munari, D., B., & Bezerra, A., L, Q. (2004) Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (4), 484- 486.
- Muniz, M., Primi, R., & Koich, M. F. (2007). Investigação da inteligência emocional como fator de controle do stresse em guardas municipais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 9 (1), 27-41.
- Myers, L. L., & Tucker, M. L. (2005). Incorporating the Theory of Emotional Intelligence in to a Business Communication Class. *Business Communication Quarterly*, 68(1), 44-51. doi: 10.1177/1080569904273753.
- Nadler, D. A., & Lawler, E. E. (1983). Quality of Work Life: Perspectives and Directions. *Organizational Dynamics*, 11, 20-30.
- Nagyova, I. et al. (2000). General Health Questionnaire-28: Psychometric evaluation of the Slovak version. *Studia Psychologica*, 42 (4), 351-361.
- Nelis, D., et al. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47 (1), 36-41.
- Neta, N. F. A., García, E. G., & Gargallo, I. S. (2008). A inteligência emocional no âmbito académico: Uma aproximação teórica e empírica. *Psicologia Argumento*, 26 (52), 11-22.
- Nunes, M. C. D. (2006). Percepção na Mudança e Satisfação Profissional nos Enfermeiros do Concelho de Coimbra. *Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*, 36, 26-30.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ogińska-Bulik, N. (2005). 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*, 18 (2), 167-175.

- Ohlson, S. M., & Anderson, M.A. (2015). Ability emotional intelligence of nurse managers in the Midwestern United States. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2 (2), 82-88. Retrieved from <http://www.apjon.org/text.asp?2015/2/2/82/155733>.
- Olivi, M. & Oliveira, M. (2003). Educação para saúde em unidade hospitalar: Um espaço profissional do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2 (2), 131-138. Retrieved from <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5534/3517>.
- Ordem dos enfermeiros (2012) Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor.
- Pacheco, N. E., & Durán, A. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Padilha, M. I. C. S., & Souza, L. N. A. (1999). Qualidade de vida: reflexão de enfermeiras. *Texto & contexto enfermagem*, 8 (3), 11-26.
- Paladini, E. P. (1990). Controle de qualidade: uma abordagem abrangente. S. Paulo: Editora Atlas.
- Palmer, B., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Palmer, B., et al. (2000). Emotional intelligence and effective leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 22 (1), 5-10.
- Papeles del psicólogo*, 29 (1), 68-82.
- Páscoa, A. B. A. A. (2012). Qualidade de vida e comportamento emocional em enfermeiros. Tese de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Pau, A., K. et al. (2004). Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates—a qualitative study. *British Dental Journal*, 197 (4), 205-209. doi:10.1038/sj.bdj.4811573.
- Peduzzi, M., & Ciamponi, M. H. T. (2005). Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 143-147.
- Peiró, J. M. S., & Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional.
- Perdomo, C. D. M., Pérez-Olmos, I., & Pinilla, I. M. (2011). Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (1), 49-64.
- Pedreira, A. (1997). A Hora e a Vez da Competência Emocional, Levando Inteligência às Emoções. Salvador: Casa da Qualidade.
- Pereira, R. N., & Bernhardt, A. (2004). A importância da qualidade de vida no trabalho para a empresa do século XXI. *Revista de Divulgação Técnico Científica do ICPG*, 2 (6), 5155.
- Peres A. M. P., & C. M. H. T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto Contexto Enfermagem*, 15 (3), 492-499.

- Pérez, N., & Castejón, J. L. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 13 (1), 119-129.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências sociais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phillips, J. J., & Phillips, P. (2006) Measuring return on investment in leadership development. In Hannum K, Martineau JW, & Reinelt C, (eds), *The Handbook of Leadership Development Evaluation*. (pp.137-167). San Francisco: Jossey-Bass.
- Pilatti, L. A. (2007). Qualidade de Vida e Trabalho: Perspectivas na Sociedade do Conhecimento. In Roberto Vilarta, et al. (Orgs.), *Qualidade de vida e novas tecnologias*. Campinas: IPES.
- Pilatti, L. A. (2012). Qualidade de vida no trabalho e teoria dos dois fatores de Herzberg: possibilidades-limite das organizações. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 4 (1), 18-24. doi: 10.3895/S2175-08582012000100003.
- Pink, D. H. (2010). *A nova inteligência*. Lisboa: Academia do Livro.
- Pinto, A. C. (2001). *Psicologia Geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pinto, A. M., & Chambel, M. J. (2008). Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas. Lisboa: Livros Novo Horizonte.
- Pitta, A. (1994). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Pizzoli, L. M. L. (2005). Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras do Hospital Heliópolis. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002007000300010&script=sci_arttext).
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Preston, P. (2001). Cascading leadership motivates followers. *Healthcare Executive*, 16 (4), 62-63.
- Primi, R., Bueno, J. M. H., & Muniz, M. (2006). Inteligência Emocional: Validade convergente e discriminante do MSCEIT com a BPR-5 e o 16PF. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26 (1), 26-45. doi: org/10.1590/S1414-98932006000100004.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional-Aprenda a ser Feliz*. Porto: Porto Editora.
- Queirós, M. M., et al. (2005). Validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Queirós, P. (2005). Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Coimbra: Formasau.
- Queirós, P. J. (1998). Burnout em enfermeiros, comparação de três grupos. *Revista Sinais Vitais*, 16, 17-21.

- Quoidbach, J., & Hansenne, M. (2009). The Impact of Trait Emotional Intelligence on Nursing Team Performance and Cohesiveness. *Journal of Professional Nursing*, 25 (1), 23-29.
- Rafael, M. (2001). O modelo desenvolvimentista de avaliação e aconselhamento de carreira (CDAC): Preocupações de carreira, crenças de carreira e stress profissional em adultos empregados. Tese de Doutoramento em Psicologia da Orientação Escolar e Profissional. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Rafael, M. (2003). O inventário sobre o stress profissional de Charles D.Spielberger-Alguns dados psicométricos e diferenciais da adaptação portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 37, 143-165.
- Rafael, M. (2009). Qualidade de vida no trabalho um tema essencial da investigação. Comunicação apresentada na conferência “Investigação e intervenção em Recursos Humanos”. Vila do Conde: Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão.
- Rafael, M., & Lima, M. (2007). Bringing again quality of work life to the agenda of career and management development. Preliminary data of a Portuguese study. Comunicação apresentada na IAEVG International Conference *Guidance and Diversity: Research and Applications*. Italia: Universidade de Padova.
- Rafael, M., & Lima, M. (2008). Quality of work life: findings from a Portuguese study. In *Proceedings XXIX International Congress of Psychology*. Berlim.
- Rafael, M., & Lima, M. R. (2007). Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho. Versão experimental. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Rafael, M., & Lima, M. R. (2008). Inventário sobre a Qualidade de Vida no Trabalho (IQVT-I/F). Versão experimental para investigação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Rafael, M., & Lima, M. R. (2008). Qualidade de Vida no Trabalho: um estudo preliminar com adultos trabalhadores. In *Actas da IV Conferência Desenvolvimento Vocacional/I Virtual: Investigação e Ensino*. Braga: Universidade do Minho.
- Raines, M. L. (2000). Ethical decision making in nurses: Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *Jona's Healthcare Law, Ethics, and Regulation*, 2 (1), 29-41.
- Ramos, A. L., et al. (2011). Inteligência Emocional dos Gestores de Pequenas e Médias Empresas. VIII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.
- Ramos, I. C. B. (2007). Medição da Eficácia do Treino de Competências de Inteligência Emocional. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências da Educação. Universidade de Aveiro.
- Ramos, M. (2001). Desafiar o Desafio: Prevenção do Stresse no Trabalho, Lisboa: RH Editora.
- Reeves, A. (2005). Emotional Intelligence: Recognizing and Regulating Emotions. *Official Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 53 (4), 172-176.



- Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligência Emocional: desarrollo y validacion de um instrumento de medida. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39, (1), 1-184.
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência Emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19, 139-167.
- Rego, A., Souto, S. & Cunha, M. P. (2007). Espiritualidade nas organizações, positividade e desempenho. *Comportamento Organizacional e Gestão (ISPA)*, 13, (1), 7-36.
- Rego, C. C., & Rocha, N. M. (2009). Avaliando a educação emocional: subsídios para um repensar da sala de aula. *Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 17 (62), 132-152. doi: org/10.1590/S0104-40362009000100007.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. Porto: Legis Editora.
- Ribeiro, L. F. (1995). Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sociomoral. Lisboa: Educa-Formação, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Ribeiro, T. T., et al. (2011). Qualidade de Vida: do conceito à tomada de decisão ética. In Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida (ED). *Saúde e Qualidade de Vida uma meta a atingir* (pp. 309-319). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Roan, A. M., & Diamond, C. (2003). Starting out: the quality of working life of young workers in the retail and hospitality industries in Australia. *International Journal of Employment Studies*, 11(2), 91-119.
- Robbins, S. P. (1999). Comportamento Organizacional. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Robbins, S. P. (2005) Comportamento organizacional. São Paulo: Peason Prentice Hall.
- Roberts, R. D., Flores-Mendoza, C. E., & Nascimento, E. (2002). Inteligência Emocional: um constructo científico. *Paidéia*, 12 (23), 77-92.
- Rocha, A., Röhrich, O., & Amaral, J. (2009). Inteligência Emocional: a gestão das emoções no ambiente de trabalho. *Dirigir*, 106, 54-59. Retrieved from [http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Dirigir/Documents/2009/DIRIGIR\\_106.pdf](http://www.iefp.pt/iefp/publicacoes/Dirigir/Documents/2009/DIRIGIR_106.pdf)
- Rodrigues Gonzaga, A., & Kieling Monteiro, J. (2011). Inteligência Emocional e qualidade de vida em gestores brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 10 (2), 117-127.
- Rodrigues, A. X. (2005). Dificuldades sentidas pelos enfermeiros que lidam com doentes portadores de cancro. *Nursing*, 198, 30-37.
- Rodrigues, A., & Esteves, M. (1993). Análise de Necessidades na Formação de Professores. Porto: Porto Editora.
- Rodrigues, M A. (2006). Análise de Práticas e de Necessidades de Formação. Ministério da Educação. Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Edições Colibri.



- Rodrigues, M. V. C. (1991). *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Fortaleza: UNIFOR.
- Rodrigues, M. V. C. (1999). *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Rodrigues, P. F., Álvaro, A. L. T. & Rondina, R. (2006) – Sofrimento no trabalho na visão de Dejours. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, 4 (7). Retrieved from <http://www.revista.inf.br/psicologia07/pages/artigos/edic07-anoiv-art03.pdf>
- Roehling, M. V. (2004). Legal Theory: Contemporary Contract Law Perspectives and Insights for Employment Relationship Theory. In Coyle-Shapiro, J., Taylor, M. S. & Tetrick, L. E. (Eds.), *The Employment Relationship: Examining Psychological and Contextual Perspectives* (pp. 65-93). Oxford: Oxford University Press.
- Rogers, C. R. (1986). *Grupos de Encontro*. Lisboa: Moraes Editores.
- Rojo, A. V. (2002). *Diseño y evaluación de programas*. Madrid: EOS.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8 (2), 1-15.
- Rosa, M. C. G. (2013). *Cuidar de enfermeiros: os enfermeiros como beneficiários de cuidados: Stress ocupacional dos enfermeiros numa equipa de tratamento*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal
- Rose, R. C., et al. (2006). An analysis of quality work life (QWL) and career-related variables. *American Journal of Applied Sciences*, 3 (12), 2151-2159.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: Recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, 52, 59-82.
- Ross, R. R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in occupational stress*. London: Thousand Oaks New Delhi Sage Publications.
- Rousseau, D. M. (1998). The 'problem' of the psychological contract considered. *Journal of Organizational Behavior*, 19 (1), 665–671. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(1998)19:1+<665::AID-JOB972>3.0.CO;2-X.
- Ruthes, R. M. (2011). Tendências e perspectivas na gestão de enfermagem. In Balsanelli, A. P., et al., *Competências gerenciais: desafio para o enfermeiro*. São Paulo: Martinari.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., et al. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In Pennebaker, J. W., *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-151). American Psychological Association: Washington.

- Santos, J. L. G., et al (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 257-263.
- Santos, J. M., & Teixeira, Z. (2009). O stress profissional dos enfermeiros. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6, 368-378.
- Santos, R. M. F., et al. (2008). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Referência*, 2 (18), 17-31.
- Santos, T. S., Duarte, M. E., & Subtil, C. L. (2004). A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem: relatório. Retrieved from [http://www.ccisp.pt/documentos/bolonha/ccisp/pareceres/Bolonha\\_Enfermagem\\_25\\_Novembro.doc](http://www.ccisp.pt/documentos/bolonha/ccisp/pareceres/Bolonha_Enfermagem_25_Novembro.doc).
- Sarquis, L. M. M., & Felli, V. E. A. (2009). Os sentimentos vivenciados após exposição ocupacional entre trabalhadores de saúde: fulcro para repensar o trabalho em instituições de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 701-704. Retrieved from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672009000500008&lng=en&nrm=ison](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000500008&lng=en&nrm=ison).
- Schmidt, D. R. C., & Dantas, R. A. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, actuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a óptica da satisfação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (1), 54-60.
- Schueller, S. (2009). Promoting wellness: integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37 (7), 922-937.
- Secker, J., Pidd F., & Parham, A. (1999). Mental health training needs of primary health care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 8 (6), 643-652.
- Selye, H. M. D. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Sequeira, J. (2007). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Edição Monitor.
- Sezões, C. (2012). Liderança. In Neves, A. L., & Costa, R. F. (Eds.). *Gestão de Recursos Humanos de A a Z*. Lisboa: Editora RH.
- Shaffer, M. (1982). *Life after stress*. New York: Plenum Press.
- Silva J. D. I., & Ferreira, M. C. (2007). Escala para avaliação de estressores ambientais no contexto off-shore oil (EACOS). *Avaliação Psicológica*, 6, 139-146.
- Silva, L. G., & Yamada, K. N. (2008). Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7 (1), 098-105. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v7i1.4912.
- Silva, M. J. M. R. (2010). *A inteligência emocional como factor determinante nas relações interpessoais*. Tese de mestrado. Universidade Aberta. Lisboa.
- Silva, V. E. F., & Massarollo, M. C. K. B. (1998) A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. *Mundo Saúde*, 22 (5), 283-286.

- Simpson, R. L., & Keegan, A. J. (2002). How connected are you? Employing emotional intelligence in a high-tech world. *Nursing Administration*, 26 (2), 80-86.
- Skinner, C., & Spurgeon, P. (2005). Valuing empathy and emotional intelligence in Health leadership: a study of empathy, leadership behaviour and outcome effectiveness. *Health Services Management Research*, 18, 1-12. doi: 10.1258/0951484053051924.
- Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. C. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1624-1636.
- Snow, J. (2001). Looking beyond nursing for clues to effective leadership. *Journal of Nursing Administration*, 31 (9), 440-443.
- Soares, M. E. (2012). Liderança. In Neves, A. L., & Costa, R. F. (Eds.), *Gestão de Recursos Humanos de A a Z*. Lisboa: Editora RH.
- Soares, M. I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.
- Soto, E. (2002). *Comportamento Organizacional: o impacto das emoções*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (1993). *Competence at work: models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1999). *Job stress survey. Professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Spree, J. (2009). *Inteligência Emocional: o diferencial nas organizações educacionais competitivas*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Empresas, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa.
- Stein, S. J., et al. (2009). Emotional intelligence of leaders: a profile of top executives. *Leadership & Organization Development Journal*, 30 (1), 87-101.
- Sternberg, R. J. (1985). Implicit theories of intelligence, creativity, and wisdom. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (3), 607-627. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.607>.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52 (10), 1030-1037. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.52.10.1030>.
- Sternberg, R. J. (2000). *Handbook of Intelligence*. New York: Cambridge University Press.
- Stichler, J. F. (2006). Emotional intelligence: a critical leadership quality for the nurse executive. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, 10 (5), 422-425.
- Stratton, T., Saunders, J., & Elam, C. (2008). Changes in medical students' emotional intelligence: an exploratory study. *Teaching and Learning in Medicine*, 20 (3), 279-284.

- Sveiby, K. (1997). *The New Organization Wealth: Managing and Measuring Knowledge Based Assets*. S. Francisco: Berrett-Koehler Publishers.
- Tamayo, A. (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Tapia, M. (2001). Measuring Emotional Intelligence. *Psychological Reports*, 88 (2), 353-364.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet O. (2000) Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures. In Bar-On, R. & Parker, J. D. A. (Eds.), *Handbook of Emotional Intelligence* (pp.301-319). San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Theorell, T. (2006). The empowered organization and personal health. In Arnetz, B.G., & Ekman, R. (Eds.), *Stress in health and disease* (pp.122-140). Germany: Wiley-Blackwell.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Tomei, P. A., & Fortunato, G. (2008). A solidão no poder nas organizações. *Organizações & Sociedade*, 15 (47), 13-31. Retrieved from <http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=488>.
- Torres, M. C. C. (2007). *Inteligência emocional percebida e prática desportiva, estudo comparativo entre adultos praticantes e não praticantes com idade superior a 54 anos*. Dissertação de Mestrado. em Desporto. Universidade do Porto.
- Trentini, C. M. (2004). *Qualidade de vida em idosos*. Tese de doutoramento. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Trevizan, M. A., et al. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 6 (5), 77-82.
- Valle, P. B. (2006). *Inteligência emocional no trabalho: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em administração. Faculdade de Economia e Finanças IBMEC. Rio de Janeiro.
- Van Rooy, D. L., & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95. doi:10.1016/S0001-8791(03)00076-9.
- Vargas, T. I. A. (2010). *Qualidade de vida no trabalho (QVT) e stresse profissional: influência da variável sexo e estudo das relações entre as dimensões da QVT e o stresse profissional*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10451/2443>.
- Vasconcelos, A. (2001). *Qualidade de vida no trabalho: Origem, evolução e perspectivas*. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 8 (1), 24-35.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4) 261-278.

- Vaz Serra, A. (2007). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. V. (2002). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Autor.
- Vaz-Serra, A. (2005). Esquemas mentais e vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 26 (3), 213-226.
- Veiga-Branco, M. A. (2004). Competência emocional em professores. Coimbra: Quarteto.
- Ventura, M. C. A. A., et al. (2009). Qualidade e Auto avaliação no Ensino Superior: validação de escalas de opinião dos estudantes de uma escola superior de Enfermagem. *Revista Referência*, II (10).
- Vergara, S. C. (2003). Gestão de pessoas. São Paulo: Ed. Atlas.
- Vidal, M. (1993). Para conhecer a ética Cristã. São Paulo: Edições Paulinas.
- Viguer, P. (2004). Optimización Evolutiva. Fundamentos del Desarrollo Óptimo. Madrid: Pirámide.
- Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: Validação de um instrumento de medida. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade de Aveiro.
- Vitello-Cicciu, J. M. (2003). Innovative leadership through emotional intelligence. *Nursing Management*, 34 (10), 29-32.
- Von Krosigk, B. (2007). A holistic exploration of leadership development. *South African Journal of Business Management*, 38 (2), 25-30.
- Vopel, K. W. (1994). Manuale per Animatori di Gruppo: Teoria e Prassi dei Giochi di Interazione. Torino: ElleDiCi.
- Walton, R. E. (1973). Quality of working life: what is it? *Slow Management Review*, 15 (1), 11-21.
- Weil, P. (2002). Relações Humanas na família e no trabalho. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Weisinger, H. (2001). Inteligência Emocional no trabalho: como aplicar os conceitos revolucionários da Inteligência Emocional nas suas relações profissionais, reduzindo o estresse, aumentando sua satisfação, eficiência e competitividade. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Whoqol. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment: position paper from the World Health Organization. *Society of Sciences Medical*, (41), 1403-1410.
- Williams, S., Michie, S., & Pattani, S. (1998). Improving the health of the NHS workforce: report of the Partnership on the health of the NHS workforce. London: Nuffield Trust.
- Worthen, B., Sanders, J., & Fitzpatrick, J. (2004). Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente.
- Xin, K. R., & Pelled, L. H. (2002). Supervisor-subordinate conflict and perceptions of leadership behaviour: a field study. *The Leadership Quarterly*, 14 (1), 25-40.

- Zakabi, R. (2004). Stress: como viver com ele e usá-lo de modo positivo. *Veja*, 37 (6), 66-75.
- Zee, K. V. D., Thijs, M., & Schakel, L. (2002). The relationship of emotional intelligence with academic intelligence and the Big Five. *European Journal of Personality*, 16 (2), 103-125.

## ANEXOS

---





**ANEXO A – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA IE PERCEBIDA**  
**TRAIT META-MOOD SCALE**

---



**TMMS**

Neste questionário encontrará algumas afirmações sobre as suas emoções e sentimentos. Leia atentamente cada frase e indique, por favor, o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando com X o número que mais se aproxima das suas preferências. Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta.

| 1                   | 2                 | 3                         | 4                 | 5                   |
|---------------------|-------------------|---------------------------|-------------------|---------------------|
| Discordo totalmente | Discordo em parte | Nem concordo nem discordo | Concordo em parte | Concordo plenamente |

|    |                                                                              |   |   |   |   |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1  | Presto muita atenção aos meus sentimentos                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2  | Preocupo-me muito com os meus sentimentos                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3  | Acho que é útil pensar nas minhas emoções                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4  | Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5  | Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6  | Penso constantemente no meu estado de espírito                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7  | Penso muitas vezes nos meus sentimentos                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8  | Presto muita atenção àquilo que sinto                                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9  | Normalmente sei o que estou a sentir                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Consigo dizer sempre o que sinto                                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Às vezes, consigo dizer o que sinto                                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Consigo perceber aquilo que sinto                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude otimista   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Preocupo-me em manter um bom estado de espírito                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Tenho sempre muita energia quando estou feliz                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



## **ANEXO B – QUESTIONÁRIO I**

---



### Questionário

Caro Colega,

Sou Fernando Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e estou a realizar uma investigação sobre “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, no âmbito do Programa de Doutoramento em Gestão e também integrada no projeto “Capacitação dos Enfermeiros Gestores em Inteligência Emocional”, do Plano Estratégico da Direção de Enfermagem, CHUC.

Do presente questionário fazem parte quatro conjuntos de questões: dados socioprofissionais, inteligência emocional, qualidade de vida e stresse no trabalho.

O seu contributo, ao preencher o questionário, ainda que voluntário é imprescindível para a continuidade deste estudo. Ficaria grato se colaborasse, exprimindo a sua opinião. Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Para que o questionário possa ser válido gostaria que tivesse em atenção a resposta a todas as questões.

Estou disponível para qualquer esclarecimento pelo telemóvel: 919252349 ou correio eletrónico [netoteixeirasousa@sapo.pt](mailto:netoteixeirasousa@sapo.pt).

Desde já os meus agradecimentos,  
Fernando Sousa

**Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐

**Vive:** Só ☐ Acompanhado ☐

**Grupo Etário:**

Até 29 anos ☐

30 - 39 anos ☐

40 - 49 anos ☐

50 - 59 anos ☐

≥ 60 anos ☐

**Tempo de Exercício Profissional:**

≤ 9 anos ☐

10 - 19 anos ☐

20 - 29 anos ☐

≥ 30 anos ☐

**Tempo na Categoria/Cargo/Função:**

≤ 9 anos ☐

10 - 19 anos ☐

20 - 29 anos ☐

≥ 30 anos ☐

**Número de elementos de enfermagem que constituem a equipa:**

≤ 9 Enfermeiros ☐

10 - 19 Enfermeiros ☐

20 - 29 Enfermeiros ☐

≥ 30 Enfermeiros ☐

**Realizou formação em “Inteligência Emocional”?**

Sim ☐ Não ☐

Se sim, especifique a formação e data (ano)

---

**Realizou formação em “Gestão”?**

Sim ☐ Não ☐

Se sim, especifique a formação e data (ano)

---

| Indique o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma das afirmações que se seguem: | Discordo Totalmente   | Discordo em Parte     | Nem concordo nem discordo | Concordo em Parte     | Concordo Plenamente   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Penso constantemente no meu estado de espírito.....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.....                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Presto muita atenção àquilo que sinto.....                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Normalmente sei o que estou a sentir.....                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.....                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto.....                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.....                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Consigo dizer sempre o que sinto.....                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.....                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Consigo perceber aquilo que sinto.....                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude otimista.....          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.....                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.....                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.....                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nas seguintes afirmações, assinale **primeiro** o número que melhor descreve o **grau de importância** que tem para a sua Qualidade de Vida no Trabalho, tendo presente a seguinte escala:

|                 |                  |                          |            |                     |                  |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------|---------------------|------------------|
| 1               | 2                | 3                        | 4          | 5                   | 6                |
| Nada importante | Pouco importante | Relativamente importante | Importante | Bastante importante | Muito importante |

**Depois**, para cada afirmação assinale o número que melhor descreve a **frequência com que se verificam** esses acontecimentos no seu local de trabalho. Utilize a seguinte escala:

|                |                 |                         |           |                    |                 |
|----------------|-----------------|-------------------------|-----------|--------------------|-----------------|
| 1              | 2               | 3                       | 4         | 5                  | 6               |
| Nada frequente | Pouco frequente | Relativamente frequente | Frequente | Bastante frequente | Muito frequente |



© TMMS; IQVT-IF, ISP

|    |                                                                               | Grau de importância |   |   |   |   |   | Frequência com que se verifica |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1  | Realizar tarefas diversificadas                                               | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2  | Ser criativo no meu trabalho                                                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3  | Saber que o meu trabalho é um contributo para os resultados a atingir         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4  | Ter autonomia no trabalho                                                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5  | Ter flexibilidade nas tarefas que desempenho                                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6  | Gostar das tarefas e das funções que desempenho                               | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7  | Ter tarefas estimulantes e desafiantes                                        | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8  | Utilizar várias das minhas capacidades no trabalho                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9  | Ter oportunidade de desenvolver competências profissionais                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 | Ter oportunidade de adquirir formação profissional                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 | Ter oportunidade de me desenvolver pessoalmente                               | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 | Ter oportunidade de aplicar a formação que adquiri                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 | Ter oportunidades para mostrar as minhas competências                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 | Fazer reciclagens para me manter atualizado                                   | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 | Desenvolver competências que possa aplicar noutras funções                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 | Ter acesso a novas tecnologias e/ou à inovação tecnológica                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 | Ter reputação profissional                                                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 | Ocupar um lugar de maior responsabilidade                                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 | Consolidar a posição profissional que consegui                                | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 | Ser reconhecido e valorizado pela empresa                                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 | Ser reconhecido e valorizado pelos meus colegas                               | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 | Saber que o meu esforço é reconhecido                                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 | Sentir que a minha chefia valoriza o meu trabalho                             | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24 | Ter regalias e incentivos adicionais além do salário                          | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Ter possibilidade de progredir economicamente na carreira                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Saber que posso ser promovido                                                 | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Ter segurança económica e estabilidade no emprego                             | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Ter uma remuneração adequada                                                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Ter uma boa relação com os colegas                                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Ter uma boa relação com a chefia                                              | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Estar bem integrado no grupo de pessoas com quem trabalho                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Haver boa disposição e humor no ambiente de trabalho                          | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Sentir que os trabalhadores de diferentes idades são respeitados              | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Sentir que há justiça e transparência no acesso à formação profissional       | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Sentir que há justiça e transparência nas oportunidades de promoção           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Sentir que a organização ajuda os trabalhadores a desenvolver o seu potencial | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Ter apoio da minha família para o trabalho que faço                           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Ter disponibilidade para a família                                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Poder trocar de horário com colegas para dar apoio à família                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Não haver interferência do trabalho com a minha vida pessoal                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | Ter um horário de trabalho que permite dar apoio à família                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | Ter oportunidades na empresa para conciliar o trabalho e a família            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | Haver compreensão por parte da empresa em relação aos assuntos familiares     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44 | Haver sensibilidade na empresa para lidar com as necessidades dos filhos      | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | Conseguir equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal                        | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46 | Realizar outras atividades fora do meu horário de trabalho                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47 | Dispor de tempo para a minha vida pessoal                                     | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48 | Ter tempo para estar com os meus amigos                                       | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49 | Ter tempo para atividades de lazer                                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | Ter tempo para praticar uma atividade física                                  | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51 | Ter boas condições físicas no local de trabalho                               | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52 | Ser-me proporcionado um bom seguro de saúde                                   | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53 | Ter acesso a um gabinete de medicina no trabalho                              | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54 | Ter um ambiente físico e espaço de trabalho adequados                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55 | Ter equipamento e material adequado                                           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56 | Ter boas condições de higiene e saúde no trabalho                             | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57 | Existir preocupação com a segurança dos trabalhadores                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1                              | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 58 | Existir um regulamento e normas de segurança e higiene                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59 | Existir preocupação com a prevenção dos acidentes de trabalho             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60 | Ter apoio técnico na aplicação de novos métodos e tecnologias no trabalho | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Assinale na escala que se segue, **na coluna da frequência, o número de dias em que o acontecimento foi vivido nos últimos 6 meses (0 a 9+)** e **na coluna da intensidade a quantidade relativa de stress que lhe está associado (1 a 9)**.

|                                                                              | Frequência |   |   |   |   |   |   |   |   |    |  | Intensidade |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1. Cumprimento de tarefas desagradáveis                                      | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 2. Trabalho para além do horário                                             | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 3. Ausência de oportunidades para a promoção                                 | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 4. Cumprimento de funções novas ou não familiares                            | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 5. Colegas de trabalho que não fazem o seu trabalho                          | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 6. Apoio inadequado por parte dos seus supervisores                          | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 7. Lidar com situações de crise                                              | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 8. Não reconhecimento pelo trabalho de qualidade                             | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 9. Desempenho de tarefas não incluídas nas suas funções                      | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 10. Equipamento inadequado ou de fraca qualidade                             | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 11. Cumprimento de responsabilidades acrescidas                              | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 12. Períodos de inatividade                                                  | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 13. Dificuldades em conseguir o acordo com o supervisor                      | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 14. Sentir atitudes negativas contra a organização                           | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 15. Pessoal insuficiente para cumprir adequadamente uma missão               | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 16. Ter de tomar decisões críticas sob pressão, no momento                   | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 17. Ofensas pessoais do público/colegas                                      | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 18. Falta de participação na política de tomada de decisão                   | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 19. Salário inadequado                                                       | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 20. Competição para a promoção                                               | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 21. Supervisão inadequada ou pobre                                           | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 22. Barulho na área de trabalho                                              | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 23. Interrupções frequentes                                                  | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 24. Frequentes mudanças, desde o enfadonho até às atividades muito exigentes | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 25. Burocracia excessiva                                                     | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 26. Cumprir prazos                                                           | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 27. Tempo pessoal insuficiente (por ex.: para o café, para almoço, etc.)     | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 28. Trabalhar por um colega para o proteger                                  | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 29. Colegas de trabalho pouco motivados                                      | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
| 30. Conflitos com outros serviços                                            | 0          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9+ |  | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |

Este estudo irá ter continuidade conforme informação prévia. No sentido continuar a fazer parte do grupo participante agradeço que coloque no retângulo o número que aleatoriamente lhe foi atribuído e o qual **só o Senhor Enfermeiro conhece**

Grato pela atenção,

*Fernando Sousa*

**ANEXO C – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DO  
INVENTÁRIO QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO**

---



21/08/2015

RE: Pedido de colaboração

**Data:** Qua, 2 Mai 2012 [18:39:42 WEST]  
**De:** Manuel Rafael <mjrafael@fp.ul.pt>  
**Para:** NETOTEIXEIRASOUSA@sapo.pt  
**Assunto:** RE: Pedido de colaboração  
Caro Mestre Fernando Sousa

Agradeço o seu email e o interesse manifestado.

Envio-lhe em anexo dois documentos: 1) um exemplar do questionário e o 2) um texto relativo ao mesmo cuja referência é a seguinte: Rafael, M. (2010). Qualidade de Vida no Trabalho: um tema essencial da investigação e da intervenção em Recursos Humanos. In Ester Vaz, Viviana Meirinhos (Org). Recursos Humanos: das teorias às boas práticas – os artigos de investigação e intervenção (pp. 341-354). Porto: Editorial Novembro.

Faço notar que o questionário deve ser considerado ainda como uma versão para investigação já que necessita ainda de estudos complementares de validação.

Da minha parte não há qualquer obstáculo na sua utilização para fins académicos, já que os mesmos podem inclusive constituir um contributo importante. Gostaria, naturalmente, de posteriormente ter acesso aos resultados obtidos, caso a opção venha de facto a incidir neste questionário.

Esperando ter sido útil, apresento os meus cumprimentos

Manuel Rafael

---

Manuel Rafael  
Professor da Faculdade de Psicologia  
Secção de Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações  
Universidade de Lisboa  
Alameda da Universidade, 1649 - 013 Lisboa  
Portugal  
Tel: +351 21794 36 00  
Fax: +351 21 793 34 08

---

De: NETOTEIXEIRASOUSA@SAPO.PT [NETOTEIXEIRASOUSA@SAPO.PT]  
Enviado: terça-feira, 1 de Maio de 2012 19:46  
Para: Manuel Rafael  
Assunto: Pedido de colaboração

Exma Sr  
Professor Doutor Manuel Rafael

Em primeiro lugar gostaria que me desculpasse o atrevimento de a estar a perturbar com esta mensagem. Sou Fernando António Neto Teixeira de Sousa, mestre em geriatria e gerontologia pela Universidade de Aveiro e Enfermeiro gestor dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Actualmente encontro-me a desenvolver um trabalho de doutoramento em gestão na UTAD: "Inteligência emocional em gestores de Enfermagem". Este projecto pretende relacionar algumas variáveis como por exemplo a influência da IE na qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros gestores. Das pesquisas efectuadas não encontrei até ao momento uma escala de QVT que desse resposta às minhas ambições. Mas finalmente encontrei alguns artigos que me despertaram interesse e que têm como referência a vosso inventário da QVT. Assim esta mensagem tem como objectivo pedir ao sr Professor se me pode ceder o inventário completo e se me autoriza a sua utilização no referido doutoramento. Este estudo realiza-se no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com cerca de 100 Enfermeiros gestores. Ficaria muito agradecido e seria um passo muito importante no desenvolvimento desta investigação!

Aguardo com expectativa a sua resposta

Desde já os meus agradecimentos

## ANEXOS

21/08/2015

RE: Pedido de colaboração

Os melhores cumprimentos

Fernando Sousa

Telem: 967474221/919252349

---

Anexos:



Inv.QualVidTra.Versão\_2008.doc (216 KB)



134\_MRafael\_Qualidade\_de\_vida[1].pdf (351 KB)

**ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES  
FORMATIVAS EM IE NOS ENFERMEIROS GESTORES**

---





## “Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem”

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

*Jack Welch, eleito pela revista fortune como "O Executivo de Século", tem como principais lemas ideias simples: "Não complique as coisas", "Enfrente a realidade", "Não tenha medo de mudanças", ... "Descubra quem tem as melhores ideias e coloque-as em prática". ...*

Partilhando estes lemas, solicitamos-lhe que, de forma rápida, enumere, por grau de importância que lhe atribui (da mais importante para a menos importante):

1. Três características pessoais que considera facilitar e promoverem a satisfação/relação em contexto de trabalho.

| Que possui | Ideais |
|------------|--------|
| 1)         | 1)     |
| 2)         | 2)     |
| 3)         | 3)     |

2. Três características do serviço que considera promoverem a relação em contexto de trabalho

| Existentes | Ideais |
|------------|--------|
| 1)         | 1)     |
| 2)         | 2)     |
| 3)         | 3)     |

3. Três atributos/adjetivos da Inteligência Emocional que considera promoverem a relação em contexto de trabalho

| Existentes | Ideais |
|------------|--------|
| 1)         | 1)     |
| 2)         | 2)     |
| 3)         | 3)     |

Obrigado pela colaboração!  
Março 2013



**ANEXO E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA  
DE FORMAÇÃO “IE EM GESTORES DE ENFERMAGEM”**

---



## Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Exmo. Senhor  
Enfermeiro Gestor

Ficamos gratos se preencher o presente questionário, pois ainda que voluntário é importante para uma análise sobre a formação realizada.

1- Exprima individualmente **a sua opinião**, assinalando a alternativa correspondente com X.

Situe-se numa escala de 1 a 5 correspondendo **1 - Nenhum(a), (...), 5 - Muitíssimo(a)**

|                                                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Interesse pela temática – Inteligência Emocional               |   |   |   |   |   |
| Pertinência dos objetivos da formação                          |   |   |   |   |   |
| Interesse dos temas tratados                                   |   |   |   |   |   |
| Adequação da metodologia de abordagem dos temas                |   |   |   |   |   |
| Adequação do material didático (diapositivos, documentos, ...) |   |   |   |   |   |
| Utilidade dos conhecimentos adquiridos                         |   |   |   |   |   |
| Interesse prático da formação                                  |   |   |   |   |   |
| Relação dos conteúdos abordados com a duração da formação      |   |   |   |   |   |
| Adequação da duração total da formação                         |   |   |   |   |   |
| Adequação do horário da formação                               |   |   |   |   |   |
| Adequação das condições da sala de formação                    |   |   |   |   |   |
| Qualificação dos formadores                                    |   |   |   |   |   |
| Valor global da formação                                       |   |   |   |   |   |

2- O que mais lhe agradou na formação:

---



---



---



---



---

3- O que menos lhe agradou na formação:

---

---

---

---

---

4- Se o desejar, utilize este espaço para deixar algumas considerações/comentários

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração,



2 de Maio de 2013

## **ANEXO F – QUESTIONÁRIO II**

---





### Questionário

Caro Colega,

Sou Fernando Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e estou a realizar uma investigação sobre “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”. No seguimento da sua valiosa participação nas fases anteriores deste estudo, venho agora solicitar o preenchimento do presente questionário.

O seu contributo, é imprescindível para a continuidade deste estudo. Fico muito grato pela colaboração. Para que o questionário possa ser válido é importante que tenha em atenção a resposta a todas as questões. Como se trata de um estudo longitudinal, agradeço que coloque no retângulo o número que aleatoriamente lhe foi atribuído aquando do preenchimento do questionário inicial e o qual só Você conhece,  se não possuir o número deixe o espaço em branco.

Estou disponível para qualquer esclarecimento pelo telemóvel: 919252349 ou email [netoteixeirosousa@sapo.pt](mailto:netoteixeirosousa@sapo.pt).

Desde já os meus agradecimentos,  
Fernando Sousa

| Indique o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma das afirmações que se seguem: | Discordo Totalmente   | Discordo em Parte     | Nem concordo nem Discordo | Concordo em Parte     | Concordo Plenamente   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.....                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.....                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Penso constantemente no meu estado de espírito.....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.....                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Presto muita atenção àquilo que sinto.....                                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Normalmente, sei, o que estou a sentir.....                                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.....                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Quase sempre sei exactamente aquilo que sinto.....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.....        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.....                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Consigo dizer sempre o que sinto.....                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.....                                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Indique o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma das afirmações que se seguem: | Discordo Totalmente   | Discordo em Parte     | Nem concordo nem discordo | Concordo em Parte     | Concordo Plenamente   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 16. Consigo perceber aquilo que sinto.....                                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude optimista.....         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.....                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.....                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.....                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.....                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.....                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.....                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nas seguintes afirmações, assinala o número que melhor descreve o grau de importância que tem para a sua Qualidade de Vida no Trabalho, tendo presente a seguinte escala:

| 1               | 2                | 3                        | 4          | 5                   | 6                |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------|---------------------|------------------|
| Nada importante | Pouco importante | Relativamente importante | Importante | Bastante importante | Muito importante |

|                                                                         | Grau de importância |   |   |   |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|---|---|---|---|---|
|                                                                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 Realizar tarefas diversificadas                                       | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2 Ser criativo no meu trabalho                                          | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3 Saber que o meu trabalho é um contributo para os resultados a atingir | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4 Ter autonomia no trabalho                                             | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5 Ter flexibilidade nas tarefas que desempenho                          | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6 Gostar das tarefas e das funções que desempenho                       | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7 Ter tarefas estimulantes e desafiantes                                | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8 Utilizar várias das minhas capacidades no trabalho                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9 Ter oportunidade de desenvolver competências profissionais            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10 Ter oportunidade de adquirir formação profissional                   | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11 Ter oportunidade de me desenvolver pessoalmente                      | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12 Ter oportunidade de aplicar a formação que adquiri                   | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13 Ter oportunidades para mostrar as minhas competências                | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14 Fazer reciclagens para me manter actualizado                         | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15 Desenvolver competências que possa aplicar noutras funções           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16 Ter acesso a novas tecnologias e/ou à inovação tecnológica           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17 Ter reputação profissional                                           | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18 Ocupar um lugar de maior responsabilidade                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19 Consolidar a posição profissional que consegui                       | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20 Ser reconhecido e valorizado pela empresa                            | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21 Ser reconhecido e valorizado pelos meus colegas                      | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22 Saber que o meu esforço é reconhecido                                | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23 Sentir que a minha chefia valoriza o meu trabalho                    | 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

|    |                                                                               |   |   |   |   |   |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|
| 24 | Ter regalias e incentivos adicionais além do salário                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25 | Ter possibilidade de progredir economicamente na carreira                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26 | Saber que posso ser promovido                                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27 | Ter segurança económica e estabilidade no emprego                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28 | Ter uma remuneração adequada                                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29 | Ter uma boa relação com os colegas                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30 | Ter uma boa relação com a chefia                                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31 | Estar bem integrado no grupo de pessoas com quem trabalho                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32 | Haver boa disposição e humor no ambiente de trabalho                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33 | Sentir que os trabalhadores de diferentes idades são respeitados              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34 | Sentir que há justiça e transparência no acesso à formação profissional       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35 | Sentir que há justiça e transparência nas oportunidades de promoção           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36 | Sentir que a organização ajuda os trabalhadores a desenvolver o seu potencial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37 | Ter apoio da minha família para o trabalho que faço                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38 | Ter disponibilidade para a família                                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39 | Poder trocar de horário com colegas para dar apoio à família                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40 | Não haver interferência do trabalho com a minha vida pessoal                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41 | Ter um horário de trabalho que permite dar apoio à família                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 42 | Ter oportunidades na empresa para conciliar o trabalho e a família            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43 | Haver compreensão por parte da empresa em relação aos assuntos familiares     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44 | Haver sensibilidade na empresa para lidar com as necessidades dos filhos      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45 | Conseguir equilíbrio entre o trabalho e a vida pessoal                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46 | Realizar outras actividades fora do meu horário de trabalho                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47 | Dispor de tempo para a minha vida pessoal                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48 | Ter tempo para estar com os meus amigos                                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49 | Ter tempo para actividades de lazer                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50 | Ter tempo para praticar uma actividade física                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51 | Ter boas condições físicas no local de trabalho                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52 | Ser-me proporcionado um bom seguro de saúde                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53 | Ter acesso a um gabinete de medicina no trabalho                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54 | Ter um ambiente físico e espaço de trabalho adequados                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55 | Ter equipamento e material adequado                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56 | Ter boas condições de higiene e saúde no trabalho                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 57 | Existir preocupação com a segurança dos trabalhadores                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 58 | Existir um regulamento e normas de segurança e higiene                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59 | Existir preocupação com a prevenção dos acidentes de trabalho                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60 | Ter apoio técnico na aplicação de novos métodos e tecnologias no trabalho     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Grato pela atenção,





## **ANEXO G – QUESTIONÁRIO III**

---



**“Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem”**

Caro Colega,

Sou Fernando Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE e estou a realizar uma investigação sobre “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem”, no âmbito do Programa de Doutoramento em Gestão e também integrada no projeto “Capacitação dos Enfermeiros Gestores em Inteligência Emocional”, do Plano Estratégico da Direção de Enfermagem, CHUC.

Assim e para terminar este estudo é importantes as suas respostas às questões que lhe apresentamos. Ficaria grato se colaborasse, exprimindo a sua opinião. Tenha sempre presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más.

**No questionário não deverá introduzir qualquer dado que o identifique ou identifique o seu serviço.**

Estou disponível para qualquer esclarecimento pelo telemóvel: 919252349 ou correio eletrónico [netoteixeirasousa@sapo.pt](mailto:netoteixeirasousa@sapo.pt).

Tem conhecimento que o Enfermeiro gestor do seu serviço tenha frequentado no último ano formação em Inteligência emocional?

Sim ☐ Não ☐

Nos últimos meses notou alguma diferença na forma como o Enfermeiro gestor do seu serviço se relaciona com os elementos da Equipa?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, especifique que diferenças notou:

---

---

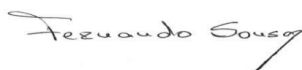
---

---

---

---

Obrigado pelo tempo dispensado e pela sua participação,







**ANEXO H – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A  
REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

---



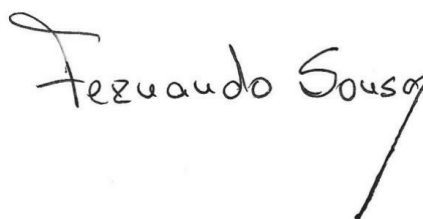
Exmo Senhor  
Enfermeiro Diretor do  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
Sr. Enfermeiro António Marques

Fernando António Neto Teixeira de Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a frequentar o Doutoramento em Gestão, na Universidade de Trás – os - Montes e Alto Douro, vem solicitar a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar a realização do estudo “Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem” no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

O referido estudo é realizado através da aplicação de um Instrumento de recolha de dados, composto por um conjunto de escalas aferidas à população portuguesa (TMMS, IQVT, ISP) e que serão aplicadas aos Enfermeiros gestores de forma voluntária e confidencial, conforme projecto de doutoramento que se anexa a este requerimento.

CHUC, 14 de Maio de 2012

Pede Deferimento  
O Requerente

A handwritten signature in black ink, reading "Fernando Sousa". The signature is written in a cursive style, with the first letter 'F' being large and stylized. The name "Sousa" is written in a more standard cursive script.


**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.**
**Unidade de Inovação e Desenvolvimento  
Centro de Ensaios Clínicos**

C.H.U.C. - Conselho de Administração

*Autorizada*  
 2012.09.12

Exm.º Senhor

Presidente do Conselho de Administração

dos H.U.C.

|                                       |
|---------------------------------------|
| (Dr. José Martins Nunes - Presidente) |
| <i>[Assinatura]</i>                   |
| <i>[Assinatura]</i>                   |
| <i>[Assinatura]</i>                   |

13/08/2012

Ref.ª: CHUC-41-12

A pedido do **Sr. Enf.º Fernando Teixeira de Sousa**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre "INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM", ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 46/2004 de 19 de Agosto e colheu parecer favorável da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

O Director da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

*uu*

(Prof. Doutor Pedro Monteiro)

|                           |           |
|---------------------------|-----------|
| C.H.U.C. - EPE            |           |
| CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO |           |
| Reg. N.º                  | 7006 CA   |
| Origem                    |           |
| Data                      | 11/9/2012 |



**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.**  
*Unidade de Inovação e Desenvolvimento*  
*Centro de Ensaios Clínicos*

**AUTORIZAÇÃO DE PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO**

|      |    |    |
|------|----|----|
| CHUC | 41 | 12 |
|------|----|----|

**NOME DO PROJECTO:**

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM GESTORES DE ENFERMAGEM

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:**

*Enf.º Fernando Teixeira de Sousa*

De acordo com a Legislação em vigor, é autorizada a realização, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

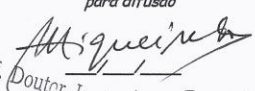
DATA: 12/11/12

Presidente do Conselho de Administração

  
(Dr. José Martins Nunes)

## Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Visto / À U.I.D.  
para difusãoProf.   
Exmo. Senhor:Director Clínico do  
CHUC, E.P.E.Doutor José Pedro Figueiredo  
Director Clínico  
CHUC, E.P.E.

7.12

N/Ref.<sup>a</sup>  
CESOfício Nº  
0117Data  
29.06.2012

ASSUNTO: [CHUC-41-12] - *Estudo Observacional "Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem" aplicação de questionários a enfermeiros* - Fernando António Neto Teixeira de Sousa - Enfermeiro Chefe do Serviço de Cirurgia A dos HUC-CHUC e a frequentar o Doutoramento em Gestão da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (estudo a ser realizado no CHUC).

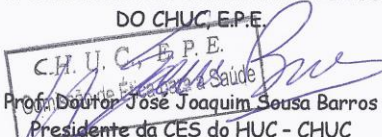
Cumpre-me informar Vossa Ex.<sup>a</sup> que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 29 de Junho de 2012, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

O estudo tem como objectivos: 1 - Relacionar a inteligência emocional dos gestores em enfermagem com a qualidade de vida no trabalho e o stress no trabalho; 2 - Determinar como a formação em IE contribui para uma melhor gestão e uma melhoria da qualidade de vida. A recolha de dados será efectuada através de questionário a apresentar aos Senhores enfermeiros gestores do CHUC, que decidem em total liberdade preencher ou não o referido instrumento de colheita de dados. As questões apresentadas não levantam problemas éticos de relevo, além de que serão tratadas entre colegas e em completa liberdade de responder ou não.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos,

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DO CHUC, E.P.E.

  
CHUC, E.P.E.  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES do HUC - CHUC

A CES do HUC-CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco Enf.<sup>o</sup> Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Dra. Alexandra Vilela; Padre José António Afonso Pais.

A CES do HSC-CHUC: Dra. Cláudia Santos; Dra. Conceição Pascoal; Dra. Ana Maria Martins, Dr. Paulo Figueiredo; Enf.<sup>a</sup> Fernanda Pereira.

A CES do HS-CHUC: Dra. Maria Alice Torcato; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.<sup>o</sup> Fernando Mateus; Dra. Maria Helena Gomes; Dr. José António Pinheiro; Dra. Margarida Cunha Martins

Av. Bissaya Barreto / Pct.<sup>a</sup> Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra  
E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

Tel: 239 400 408

Fax: 239 405 646

**ANEXO I – PEDIDO DE COLABORAÇÃO DO SFAP PARA A  
REALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

---





Exma Senhora  
Diretora do Serviço de Formação do  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
S<sup>ra</sup>. Dr<sup>a</sup> Fernanda Marques

Fernando António Neto Teixeira de Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a frequentar o Doutoramento em Gestão na Universidade de Trás - os - Montes e Alto Douro vem solicitar a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> se digne autorizar e colaborar na realização do Programa de Formação “Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem” direcionado aos Enfermeiros Gestores do CHUC.

O referido Programa de Formação não acresce custos ao SFAP do CHUC, sendo estes da inteira responsabilidade do requerente.

CHUC, 30 de Setembro de 2012

Pede Deferimento

O Requerente

A handwritten signature in blue ink, reading "Fernando António Neto Teixeira de Sousa". The signature is written in a cursive, flowing style.



**ANEXO J – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DIRETORA DA ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM DE COIMBRA PARA A PARTICIPAÇÃO DAS PROFESSORAS  
MANUELA FREDERICO E CANDIDA LOUREIRO NO PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

---



Exma. Senhora

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Sr.ª Professora Maria da Conceição Bento

Sou Fernando António Neto Teixeira de Sousa, Enfermeiro Chefe do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (Serviço de Cirurgia A), a frequentar o Doutoramento em Gestão e a desenvolver a investigação sobre “Inteligência emocional em Gestores de Enfermagem”. Neste enquadramento e em articulação com o Plano Estratégico da Direção de Enfermagem será desenvolvido, no próximo mês de Fevereiro e Março um programa de formação.

Venho solicitar a Vª Exª se digne autorizar a participação das Professoras Manuela Frederico e Cândida Loureiro nesse programa de formação. O tempo de participação será de 4 horas para a Professora Manuela Frederico (prevê-se que seja no dia 4 ou 5 de Março) e de 6 horas para a Professora Candida Loureiro (prevê-se que seja nos dias 25 e 26 de Fevereiro).

Aguarda deferimento

Com os melhores cumprimentos

Fernando Sousa

Enf. Chefe CHUC  
[fernandosousa@huc.min-saude.pt](mailto:fernandosousa@huc.min-saude.pt)  
Telem:925958423



**ANEXO L – PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO PROGRAMA  
DE FORMAÇÃO DA PROFESSORA FERNANDA NOGUEIRA**

---





Exma. Sr<sup>a</sup>

Professora Doutora

Maria Fernanda Nogueira

UTAD

Sou Fernando Sousa, Enfermeiro Gestor do CHUC e encontro-me a frequentar o Doutoramento em Gestão na UTAD com o tema "Inteligencia Emocional em Gestores de Enfermagem". Atualmente tive a autorização para a realização do estudo no CHUC o que para além de uma recolha de informação fará parte um programa de formação em Inteligência Emocional direcionada aos Enfermeiros Gestores. Assim, tendo presente que este tema faz parte de uma área científica a que atribui especial interesse, encontro-me a solicitar à Sr<sup>a</sup> Professora a valiosa colaboração neste programa de formação.

Desde já as minhas desculpas  
Aguardo, com ansiedade, o vosso contacto  
Respeitosos cumprimentos,



Fernando Sousa

15/10/2012



**ANEXO M – PEDIDO DE COLABORAÇÃO NO PROGRAMA  
DE FORMAÇÃO DA PROFESSORA TERESA CARLA TRIGO**

---



Exma. Sr<sup>a</sup>

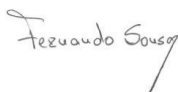
Professora Doutora

Teresa Carla Trigo

FEUC

Sou Fernando Sousa, Enfermeiro Gestor do CHUC e encontro-me a frequentar o Doutoramento em Gestão na UTAD com o tema "Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem". Atualmente tive a autorização para a realização do estudo no CHUC o que para além de uma recolha de informação fará parte um programa de formação em Inteligência Emocional direcionada aos Enfermeiros Gestores. Assim, depois de já ter tido a oportunidade de ouvir algumas das suas comunicações sobre este tema, gostaria de solicitar que nos proporcionasse, a mim e aos meus colegas gestores dos CHUC, uma conferência relacionada com o tema Inteligência Emocional.

Desde já as minhas desculpas  
Aguardo, com ansiedade, o vosso contacto  
Respeitosos cumprimentos,

A handwritten signature in dark ink, reading "Fernando Sousa". The signature is written in a cursive style with a long, sweeping underline.

Fernando Sousa



**ANEXO N – DIVULGAÇÃO DO  
PROGRAMA DE FORMAÇÃO PELO SFAP**

---







HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.  
SERVIÇO DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL



### Curso: “Inteligência emocional em gestores de enfermagem”

- \* Na actualidade os gestores procuram recursos e novidades com o objetivo de tornar possível o alcance das metas organizacionais. Colaboradores mais capacitados, satisfeitos e envolvidos com seu trabalho são também aqueles que têm maior compromisso afetivo com a organização. Para a organização, isto pode significar um aumento da produtividade, a diminuição de taxas de absentismo e turnover. Estudos realizados sobre a inteligência emocional em gestores sugerem que pessoas com alto nível de inteligência emocional são capazes de ter e manter relações mais profundas e constituir uma rede social mais segura, ajudar os elementos do seu grupo, bem como desenvolver uma liderança onde se possa construir uma equipa coesa e uma comunicação mais efetiva com os outros, levando a termo os planos estratégicos empresariais com maior eficiência.
- \* O conhecimento da inteligência emocional assim como dos seus princípios surge assim como uma mais valia para qualquer enfermeiro gestor que pretenda melhorar significativamente a performance profissional e interpessoal. Deste modo, torna-se fundamental o desenvolvimento deste programa formativo contribuindo para o desenvolvimento e motivação das equipas e melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem que prestam ao utente e família.

#### OBJECTIVOS:

- Transmitir aos enfermeiros gestores a importância das emoções nas organizações e na gestão de equipas;
- Capacitar os enfermeiros gestores de competências para identificar as principais características da Inteligência Emocional;
- Proporcionar aos Enfermeiros Gestores um processo de desenvolvimento da sua inteligência emocional, conhecendo os seus pontos fortes e maximizando-os no seu dia-a-dia profissional;
- Planear com os enfermeiros gestores processos de melhoria da inteligência emocional e social nas Equipas de Enfermagem;

#### PROGRAMA:

##### Módulo I - Inteligência e inteligência emocional: 6 H

- \* Elementos fundamentais da inteligência emocional (autoconsciência, autocontrolo, consciência social, relacionamento interpessoal)
- \* Reconhecer as emoções
- \* Gerir as emoções (“a gramática emocional”)

Professora Doutora Teresa Carla – Faculdade de Economia de Coimbra  
Enfermeiro Chefe Fernando Sousa - CHUC





**HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.**  
**SERVIÇO DE FORMAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**



**Módulo II - A importância da inteligência emocional no contexto organizacional: 4 H**

- \* O gestor emocionalmente inteligente
- \* A importância da inteligência emocional no sucesso pessoal e profissional
- \* A criatividade na capacidade de comunicar, o conhecimento do outro

Professora Cândida Loureiro - EsenfC

**Módulo III - Capacidades da inteligência emocional e social de uma equipa: 8 H**

- \* Identidade, motivação, consciência emocional, comunicação, tolerância ao stress, resolução de conflitos, atitude positiva
- \* A inteligência emocional e a qualidade de vida no trabalho

Professora Doutora Teresa Carla (6)

Professora Doutora Manuela Frederico – EsenfC (2)

**Módulo IV - Gerir a Equipa emocionalmente inteligente: 3 H**

- \* Da inteligência emocional da Equipa à inteligência colaborativa

Professora Doutora Fernanda Nogueira – Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP

**Destinatários:** Enfermeiros Supervisores/ Chefes/Responsáveis

**Calendarização**

**Curso 1**

Dias: 6\*, 7, 21, de Março 10, 11, 17, 18, 22, 23 de Abril e 2 de Maio de 2013

**Curso 2**

Dias: 6\*, 13, 21 de Março 10, 11, 17, 18, 22, 26 de Abril e 2 de Maio de 2013

**Curso 3**

Dias: 6\*, 14, 21 de Março 10, 11, 17, 18, 22, 29, de Abril e 2 de Maio de 2013

**Curso 4**

Dias: 6\*, 20, 21 de Março 10, 11, 17, 18, 22, 30 de Abril e 2 de Maio de 2013

**Local:** Centro congressos do pólo HUC (\*anfiteatro 1)

**Horário:** das 14 às 16 horas.

**Inscrições:** Na secretaria do SFAP até dia 28.02.2013



Governo da República  
Portuguesa



UNIÃO EUROPEIA  
Fundo Social Europeu