



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**  
Escola Superior de Saúde

# **Determinantes da Competência Emocional de Profissionais em Saúde na abordagem ao Doente Crítico.**

Pedro Alexandre da Rosa Rodrigues

**Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde Bragança para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Orientador(a):**

Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

Bragança, 16 Junho de 2017



# **Determinantes da Competência Emocional de Profissionais em Saúde na abordagem ao Doente Crítico.**

Pedro Alexandre da Rosa Rodrigues

**Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde Bragança para a  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Orientador(a):**

Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

Bragança, 16 de Junho de 2017



“Desejo expor esta dificuldade, tão frequente nas ciências humanas, onde se fala de um objeto como se ele existisse fora de nós, sujeitos”

*(Edgar Morin)*

**Dedicatória:**

Aos meus pais, meu apoio incondicional, que no seu dia-a-dia aceitam pacientemente as minhas escolhas e as minhas ausências, sem questionar, sem julgar e recebendo-me diariamente com um sorriso nos lábios, com um brilho no olhar e com um amor, um amor daquele... verdadeiro.

## **Agradecimentos:**

Aos meus pais, por tudo.

À Antónia João Russo Rodrigues pelo apoio, por acreditar, pelos silêncios e pelas palavras e sobretudo pela amizade transversal ao tempo e ao espaço.

À Cláudia Patrícia Pires Almeida, porque mesmo à distância caminha ao meu lado.

À Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco, por ser uma verdadeira artesã de conhecimentos, guiando-me através de letras, palavras, páginas, conceitos, ideias e teorias como uma bússola na minha aprendizagem.

A todos os profissionais de saúde que de livre vontade participaram nesta aprendizagem.

## RESUMO

A bibliografia emergente defende a Competência Emocional (CE) como determinante da qualidade e gestão pessoal no trabalho dos profissionais de saúde. Alves (2012) defende que a CE assume um papel de destaque no contexto hospitalar, potenciando um trabalho mais flexível entre as equipas multidisciplinares.

O objetivo deste trabalho consiste em estudar os determinantes da CE em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico. Estudo quantitativo, de carácter descritivo-exploratório e correlacional, com elaboração de Análise Fatorial de Componentes Principais, da qual resultou a extração de 20 fatores correspondentes às 5 capacidades de CE.

Foi realizada análise correlacional da CE para o estudo da relação entre a Competência Emocional e as suas Capacidades, a Auto-motivação ( $X=5.11$ ;  $s=0.67$ ) resultou ser a capacidade que estabelece maior valor de correlação ( $r=0.812$ ).

Em relação aos determinantes da CE, verificou-se que todas as capacidades são preditivas da CE, a Automotivação é a capacidade que mais fortemente contribui para a CE da amostra, é por si só responsável por 65% do valor preditivo da CE, contrapondo com a Gestão de Emoções que se apresenta como a capacidade com menor representatividade no valor preditivo da Competência Emocional.

**Palavras-Chave:** Competências Emocionais; Doente Crítico; Profissionais de Saúde.

## **ABSTRACT**

The emerging literature defends Emotional Competence (EC) as a determinant of quality and personal management in the work of health professionals. Alves (2012) argues that the EC assumes a prominent role in the hospital context, promoting a more flexible work among the multidisciplinary teams.

The objective of this investigation is to study the determinants of Emotional Competence in health professionals in the critical patient approach. Quantitative study, descriptive-exploratory and correlational, with elaboration of Factorial Analysis of Principal Components, which resulted in the extraction of 20 factors corresponding to the 5 EC capabilities.

A correlational EC analysis was performed to study the relationship between the Emotional Competence and its Capabilities, Self-motivation ( $\bar{X}=5.11$ ;  $s=0.67$ ) proved to be the ability to establish the strongest correlation ( $r=0.812$ ).

Regarding EC determinants, it was found that all capacities are predictive of the EC, Self-motivation is the capacity that most strongly contributes to the EC of the sample, is in itself responsible for 65% of the EC predictive value, countering with The Emotion Management that presents itself as the capacity with less representation in the predictive value of Emotional Competence.

**Keywords:** Emotional Competences; Critical patient; Health professionals.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

$\alpha$  – alfa

AFCP – Análise Fatorial em Componentes Principais

CE – Competência Emocional

DC – Doente Crítico

EE – Educação Emocional

EVCE – Escala Veiga de Competência Emocional

Freq. – Frequência

IE – Inteligência Emocional

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

KMO – *Kaiser-Meyer-Olkin*

OE – Ordem dos Enfermeiros

QE – Coeficiente de Inteligência Emocional

QI – Coeficiente de Inteligência

r – Coeficiente de correlação de Pearson

s – Desvio Padrão

Sat. – Saturação

SNA – Sistema Nervoso Autonomo

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

X - Média

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUÇÃO.....   | 17 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....                                   | 21 |
| 1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL.....   | 23 |
| 1.1. Emoção e Sentimento – definição e diferenciação .....              | 23 |
| Emoção - Um breve apontamento da Neurofisiologia e das Teorias .....    | 25 |
| 1.2. Inteligência Emocional versus Competência Emocional .....          | 29 |
| 1.3. Capacidades da Competência Emocional .....                         | 31 |
| 2. DOENTE CRÍTICO.....  | 35 |
| 2.1. Abordagem ao Doente Crítico .....                                  | 35 |
| 3. COMPETÊNCIA EMOCIONAL – PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....                  | 39 |
| PARTE II – ESTUDO EMPIRICO .....  | 43 |
| 4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....                                    | 45 |
| 4.1. Objetivos do Estudo.....   | 45 |
| 4.2. Questões fundamentadoras da Investigação .....                     | 46 |
| 4.3. Tipo de estudo .....   | 47 |
| 4.4. Amostra.....   | 48 |
| 4.5. Recolha de Dados.....  | 49 |
| 4.6. Instrumento de Recolha de Dados .....                              | 49 |
| 4.7. Variáveis em Estudo.....   | 51 |
| 4.8. Procedimentos de aplicação do Instrumento de Recolha de Dados..... | 53 |
| 4.9. Método de Tratamento Estatístico e de Análise de Dados .....       | 53 |
| 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....                                     | 56 |
| 4.1.Caraterização da Amostra .....                                      | 57 |

|  |    |
|--|----|
| 4.2. Perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico.....                              | 64 |
| 4.2.1 – Análise Fatorial da Competência Emocional .....  | 66 |
| Autoconsciência.....   | 67 |
| Gestão de Emoções .....  | 68 |
| Auto-motivação .....   | 71 |
| Empatia.....   | 72 |
| Gestão de Emoções em Grupo .....   | 74 |
| 4.3. Relação entre a profissão, a Competência Emocional e as capacidades da Competência Emocional.....                           | 75 |
| 4.4. Correlação entre tempo de exercício profissional e CE e capacidades da CE.....  | 76 |
| 4.5. Diferença de médias e respetiva significância entre formação específica para a abordagem ao DC e as capacidades da CE ..... | 77 |
| 4.6. Correlação entre tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral e a Competência Emocional e capacidades da CE .....  | 78 |
| 4.7. Correlação entre tempo de exercício profissional no contato com o DC e a Competência Emocional e capacidades da CE .....    | 79 |
| 4.7. Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico. ....                       | 79 |
| 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....  | 81 |
| · Diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores.....           | 84 |
| 7. CONCLUSÕES .....  | 88 |
| Problemáticas e Constrangimentos .....   | 92 |
| Proposta de Projeto e Intervenção nos Profissionais em Saúde no contexto do Doente Crítico.....                                  | 93 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 96 |

**Anexo I** – Instrumento de Recolha de Dados (inclui a EVCE)

**Anexo II** – Organização dos dados da análise fatorial – Níveis de saturação; coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach; desvio padrão; variância; KMO da CE e suas capacidades

**Anexo III** – Regulamentos das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação crítica

**Anexo IV** – Relatório de obtenção dos fatores para Análise de Componentes Principais

**Anexo V** – Projeto Futuro

**Anexo VI** – Regressão linear múltipla *Stepwise* para as variáveis sociodemográficas da amostra

## ÍNDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Figura 1:</b> Representação esquemática da emoção  | 25 |
| <b>Figura 2:</b> Competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica | 37 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| <b>Gráfico 1</b> – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) das emoções/sentimentos selecionados pela amostra quando pensam no seu local de trabalho..... | 62 |
| <b>Gráfico 2</b> – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) para a variável “tenho consciência dos sentimentos que me invadem...” .....                   | 63 |

## ÍNDICE DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 1</b> – Apresentação comparativa do número de itens, fatores e do $\alpha$ de Cronbach em diferentes estudos.....  | 41 |
| <b>Quadro 2</b> – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis “sexo” e “idade” .....  | 57 |
| <b>Quadro 3</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável da amostra “estado civil” .....   | 57 |
| <b>Quadro 4</b> – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “profissão” e “habilitações literárias” .....  | 58 |
| <b>Quadro 5</b> – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC” ..... | 59 |
| <b>Quadro 6</b> – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo de exercício profissional” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC” .....                       | 60 |
| <b>Quadro 7</b> – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo de exercício profissional no contato com o DC” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC” .....   | 61 |
| <b>Quadro 8</b> – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) perante a percepção de satisfação da amostra acerca do seu local de trabalho/funções.....   | 64 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 9</b> – Apresentação da análise descritiva das dimensões da Competência Emocional e das capacidades de CE – EVCE.....   | 65 |
| <b>Quadro 10</b> – Apresentação da análise correlacional entre as cinco Capacidades da CE e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) e nível de significância ( $p$ )..... | 65 |
| <b>Quadro 11</b> – AFCP da subescala Autoconsciência com média, desvio padrão e $\alpha$ de Cronbach.....   | 67 |
| <b>Quadro 12</b> – AFCP da subescala Gestão de Emoções com média, desvio padrão e $\alpha$ de Cronbach.....   | 69 |
| <b>Quadro 13</b> – AFCP da subescala Auto-motivação com média, desvio padrão e $\alpha$ de Cronbach.....  | 71 |
| <b>Quadro 14</b> – AFCP da subescala Empatia com média, desvio padrão e $\alpha$ de Cronbach.....   | 73 |
| <b>Quadro 15</b> – AFCP da subescala Gestão de Emoções em Grupo com média, desvio padrão e $\alpha$ de Cronbach.....  | 74 |
| <b>Quadro 16</b> – Apresentação comparativa da distribuição de valores de itens e valores de índices de fiabilidade e grau de consistência interna ( $\alpha$ de Cronbach) nos diferentes estudos.....  | 85 |
| <b>Quadro 17</b> – Apresentação da análise comparativa entre a frequência temporal da CE das Capacidades da CE nos autores Veiga-Branco (2005); Agostinho (2008); Lopes (2013) e presente estudo.....   | 87 |

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1** – Apresentação dos valores de média (X); desvio padrão (s); *p-value* para o estudo da relação entre a profissão e as capacidades da CE.....76

**Tabela 2** – Apresentação dos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis “*tempo de exercício profissional*” e a Competência Emocional e as capacidades da CE.....76

**Tabela 3** – Apresentação da distribuição os valores de média (X); desvio padrão (s) e *p-value* para o estudo da relação entre a variável “*Formação específica para a abordagem ao doente crítico*” e a Competência Emocional e Capacidades da CE.....77

**Tabela 4** – Apresentação da distribuição os valores de média (X); desvio padrão (s) e *p-value* para o estudo da relação entre a variável “*Formação específica para a abordagem ao doente crítico*” e o fator 4, fator18, fator20.....78

**Tabela 5** - Apresentação do coeficiente de correlação de *Pearson* para a variável “*Tempo médio de contacto com o DC*” e a Competência Emocional e as capacidades da CE.....78

**Tabela 6** – Apresentação do coeficiente de correlação de *Pearson* para a variável “*Tempo de exercício profissional em contacto com o DC*”, a CE e as capacidades da CE.....79

**Tabela 7** – Análise de Regressão *Stewise* para a variável dependente CE: valores de predição ( $r^2$  ajustado); graus de liberdade (gl); F estatístico; Coeficiente de determinação ( $\beta$ ); e níveis de significância.....80

## INTRODUÇÃO

*O facto, (...) talvez o mais revelador, é que consciência e emoção não são separáveis. ... o que em geral ocorre é que, quando a consciência está comprometida, o mesmo se dá com a emoção. Com efeito, a conexão entre emoção e consciência, de um lado, e entre ambas e o corpo, de outro, é um tema importante (...).*

Damásio, 2000, p.49

As Emoções são indissociáveis da conceção de Humanidade, constituem um conceito complexo e de difícil definição. Contudo são inatas ao Ser Humano, que as utiliza naturalmente como ferramenta no seu dia-a-dia, como forma de sobrevivência e de vivência, construindo os alicerces basilares para se relacionar com os outros e com ele próprio. Resgatam-se aqui as palavras de Damásio, (2010) para melhor situar o conceito, e a perspetiva que nesta pesquisa se pretende assumir:

*«...as instruções genéticas levaram à criação de dispositivos capazes de executar aquilo que, em organismos complexos como nós, viria a florescer sob a forma de emoções, no sentido mais amplo do termo.» (p.34)*

Assim, é uma capacidade geneticamente adquirida pelo humano, a utilização das Emoções com decodificador das suas próprias pulsões, conhecendo-se e reconhecendo-se, protegendo-se e aventurando-se, construindo e destruindo pontes com os outros e com o meio que o rodeia, no sentido da sua adaptação e interação. Num outro momento desta obra, o autor, defende mais precisamente que:

*«... o aspeto que define os nossos sentimentos emocionais é a análise consciente dos estados corporais modificados pelas emoções, e é por esse motivo que os sentimentos podem servir de barómetros da gestão da vida.» (p. 42).*

Esta relação entre emoção e sentimento, importa de sobremaneira ao contexto de estudo aqui desenvolvido, já que, e como se verá, o molde comportamental que o individuo, muitas vezes utiliza, para se integrar e inserir no contexto que o envolve, depende da maneira como emocionalmente o percebe e isto inclui o local onde

desenvolve a sua atividade profissional, bem como as situações que tem que enfrentar para cumprir objetivos, definir estratégias e sentir-se realizado.

Por todos estes pressupostos, reconhecer e gerir as emoções assume particular relevância num contexto laboral onde o profissional é obrigado a lidar com a condição humana, essa capacidade assume protagonismo quando a condição humana se encontra em elevado risco de se extinguir. Esta mobilização de energia, esta turbulência não corresponde senão à organização do humano no seu percurso adaptativo, facto de relevância em profissionais em ambientes perturbadores, em que frequentemente desenham e reorganizam os seus mapas mentais de acordo com os sentimentos emocionais sentidos no corpo, ou a partir dele, seja consciente ou inconscientemente. A este propósito, Damásio (2010), prioriza que:

*«...Os mapas cerebrais não são estáticos (...) são voláteis, mudando constantemente de forma a refletir as alterações que têm lugar nos neurónios que os alimentam, os quais por sua vez refletem as mudanças no interior do nosso corpo e no mundo que nos rodeia. As alterações nos mapas cerebrais também refletem o facto de nós próprios nos encontrarmos em movimento constante (...) o nosso próprio corpo altera-se com emoções diferentes, a que se seguem diversos sentimentos. (...) Os correspondentes mapas cerebrais mudam em consonância.» (p. 48).*

Ora esta mobilização, que não corresponde senão à nossa neuroplasticidade, necessita ser gerida, regulada, no sentido dos objetivos pessoais e ou profissionais, pelo que faz todo o sentido de perspetivar as Emoções e a Competência Emocional (CE), associadas à razão, pelo que são reconhecidas como sendo engrenagem para a ação, e para uma ação em eficácia e eficiência. Mesmo Goleman (2009) defende que as emoções são impulsos para agir, cada qual representa uma diferente predisposição para enfrentar a vida, perspetiva que aqui se considera uma mais-valia.

Entender e valorizar as competências que condicionam o comportamento, reflete responsabilidade na compreensão do desempenho profissional permitindo cuidar em risco de vida, de uma forma adaptada e individualizada o doente crítico. Compreender quais os determinantes da CE perante uma situação tão difícil como a

que os profissionais de saúde vivenciam quando cuidam de doentes em estado crítico reveste-se de elevada importância porque as Emoções, segundo Mora (2008), “*cumprem e assumem várias funções*”, entre as quais: afastam de estímulos nocivos e aproximam de estímulos recompensadores que mantêm sobrevivência; fazem com que as respostas do organismo perante os acontecimentos sejam polivalentes e flexíveis; permitem a ativação de múltiplos sistemas cerebrais e a ativação de muitos sistemas do organismo (cardiovascular, respiratório, etc.) perante um estímulo; promovem a curiosidade e o interesse pela descoberta; servem como linguagem para que os indivíduos comuniquem de forma rápida e efetiva; servem para armazenar e evocar memórias de uma maneira mais efetiva e por último as emoções e os sentimentos têm um papel importante no processo de racionalização (Bisquerra 2012, p.17-18).

Lopes (2013) comprovou que os profissionais de saúde tendem a apresentar um nível de CE tanto mais desenvolvido, quanto mais exigente é o seu campo de trabalho. Partindo deste pressuposto, perceber qual seria o perfil de CE esperável em cuidadores que lidam diariamente com doentes em risco de vida, reveste-se de suma importância.

O objetivo geral deste trabalho consiste em:

- Estudar os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico.

Os objetivos específicos desta pesquisa são:

1. Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo;

2. Conhecer o perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao Doente Crítico (DC);

3. Conhecer a relação entre a profissão e a Competência Emocional e capacidades da CE;

4. Analisar a correlação entre *tempo de exercício profissional* e Competência Emocional e capacidades da CE;

5. Analisar a diferença de médias e respetiva significância entre *formação específica para a abordagem ao DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
6. Analisar a correlação entre *tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
7. Analisar a correlação entre *tempo de exercício profissional no contato com o DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
8. Analisar as diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores, em outros grupos profissionais.

O estudo desenvolveu-se em torno de uma estrutura dividida em duas partes.

A primeira parte partiu do conceito de Emoção diferenciando-o do conceito de Sentimento, conceitos diferentes apesar de convergentes. Ainda no caminho das Emoções definiu-se Inteligência Emocional (IE) e Competência Emocional e consequentemente foram expostas as capacidades da CE. Foi nesta parte do estudo que se apresentou o Doente Crítico (DC), descrevendo como este tipo de doente se define no contexto de saúde e qual a abordagem necessária para fazer face ao desafio que constitui este tipo de doente. Para finalizar o enquadramento teórico surge um capítulo conciliador daquilo que foi dito anteriormente, enfatizando a importância da Competência Emocional nos profissionais de saúde, tendo como base uma estrutura bibliográfica consistente e atual.

A segunda parte é constituída pela pesquisa empírica, onde se referiram os procedimentos metodológicos, nomeadamente a tipologia do estudo, os objetivos e questões fundamentadoras da investigação, os métodos e análise estatística, a amostra, o instrumento de recolha de dados e respetiva operacionalização, a apresentação dos resultados e a sua discussão. Os objetivos serviram como base ao *rationale* metodológico e foram o tecido para dar forma às questões que fundamentaram a investigação.

Este trabalho termina com a proposta de projetos futuros e com as conclusões que se obtiveram ao longo do percurso desta pesquisa.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## 1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL

A exploração do conceito de Competência Emocional facultará, com toda a certeza, um conjunto de pistas que permitirão intuir o perfil da CE do profissional de saúde perante um doente crítico. Uma vez que o domínio da Competência Emocional potencia uma melhor adaptação ao contexto e favorece um enfrentamento às circunstâncias de vida com maior probabilidade de êxito (Bisquerra e Escoda, 2007).

Tendo em conta o objetivo do estudo entende-se Competência Emocional (CE) (Goleman, 1995, 2003, 2005; Saarni, 1999, 2002; Bisquerra, 2003; Veiga-Branco 2004, 2005, 2007) como sendo um conjunto de capacidades que expressam habilidades que o sujeito possui para se conhecer em si mesmo, para gerir e conhecer nos outros fenómenos emocionais e para se motivar perante situações que se revelem problemáticas, constrangedoras e geradoras de conflito intrínseco ou extrínseco.

A compreensão e o desenvolvimento da temática Competência Emocional, não prescinde da apreensão acerca da diferença entre alguns conceitos que frequentemente se confundem devido à sua convergência. Torna-se necessário diferenciar “Emoção” de “Sentimento”, bem como IE de CE.

### **1.1. Emoção e Sentimento – definição e diferenciação**

Estes dois termos são, frequentemente, utilizados atribuindo-lhe o mesmo significado. O senso comum não distingue estes dois conceitos, contudo “Emoção” e “Sentimento” são duas terminologias diferentes, com diferentes significações a nível biológico, psicológico, social e cultural.

Enquanto o fenómeno emoção, decorre de forma absolutamente rápida, reativa, padronizada, geneticamente programada, é quase sempre inconsciente, usa vias subcorticais, e independe portanto da componente sociocultural como ocorrência de resposta a um estímulo, o sentimento tem nesta componente efeitos moderadores importantes. Para Damásio (2005) as Emoções e os Sentimentos são sensores para o encontro, ou ausência dele, entre a natureza e as circunstâncias.

*«Com o propósito de investigar esses fenômenos, separo três estágios de processamento que fazem parte de um continuum: um estado de emoção, que pode ser desencadeado e executado inconscientemente; um estado de sentimento, que pode ser representado inconscientemente, e um estado de sentimento tornado consciente, isto é, que é conhecido pelo organismo que está tendo emoção e sentimento».*

*(Damásio, 2000, p75)*

*Motere* é o termo em latim que dá origem á palavra “Emoção”, significando *mover para*, sugerindo, tal como reitera Goleman (2009), que a tendência para agir está em todas as emoções.

Existe, desde a antiguidade, o interesse pela dimensão humana da Emoção. Podemos, ao longo do tempo, encontrar vários autores que se debruçaram sobre este conceito, com o intuito de lhe atribuir um significado.

Belzung (2010,p.17) cita um conjunto de autores, através dos quais apresenta várias definições para a palavra “Emoção”, como as seguintes:

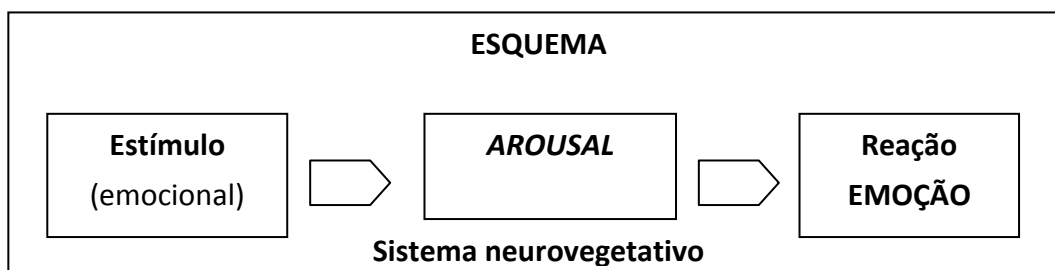
- ***“A emoção é a nossa percepção das alterações que ocorrem no nosso corpo.”***  
(James, 1884);
- ***“Uma emoção é um padrão de reação hereditária que implica modificações profundas de um conjunto dos mecanismos corporais, e em particular dos sistemas visceral e glandular”*** (Watson, 1924);
- *“A emoção não é um tipo de resposta, mas sim um estado de força comparável em certos aspetos a um instinto”* (Skinner, 1938)<sup>1</sup>;
- *“O sentimento emocional guia o nosso comportamento em função de dois princípios básicos: a autoconservação e a conservação da espécie”* (Mclean, 1963);
- ***“A emoção é uma perturbação complexa que comporta três componentes principais: o afeto subjetivo, as modificações fisiológicas associadas a formas de mobilização para ação adaptativa específica da espécie e a***

---

<sup>1</sup> Burrhus Frederic Skinner (1904-1990), comportamentalista da educação (propositor do *behaviorismo radical*) - atualmente sabe-se que é uma afirmação falsa, a emoção é uma resposta geneticamente programada independente do controle do sujeito.

**tendência para a ação que tem simultaneamente um aspeto instrumental e expressivo” (Lazarus, 1975).**

As Emoções desempenham um papel fulcral no equilíbrio e na saúde dos seres humanos, segundo Damásio (2004) fazem parte da sua regulação homeostática. Tal como afirma este autor, as Emoções, apesar de antigas no processo evolutivo, são um componente de nível superior no panorama dos mecanismos da regulação vital, manifestando uma dupla função biológica. A primeira função consiste na produção de uma reação específica para um estímulo (ou situação indutora). A segunda função biológica da emoção consta na regulação do estado interno do organismo, de tal modo que este possa estar preparado para essa reação específica.



**Figura 1** – Representação esquemática da emoção

É provável que a Emoção ajude a Razão, especialmente no que respeita a assuntos pessoais e sociais que envolvem risco e conflito (Damásio, 2004).

### Emoção - Um breve apontamento da Neurofisiologia e das Teorias

No sentido de poder abordar a questão do fenómeno emocional faz sentido apresentar duas abordagens clássicas da emoção e uma abordagem contemporânea, para explicar as inter-relações entre os aspetos cognitivos, emocionais e os processos somáticos.

#### **William James**

James (1842-1910) e Lange propuseram uma relação entre experiências emocionais e processos corporais e argumentaram que a experiência emocional surgia da perceção das mudanças no corpo. Definiram a emoção como uma sequência de eventos que começa com a ocorrência de um estímulo e termina com um sentimento, ou seja, uma experiência emocional consciente.

James associa excitações emocionais aos instintos. De acordo com a teoria de James-Lange, as diferentes emoções causam sentimentos diferentes de outros estados mentais porque elas estão envolvidas com respostas corporais que originam sensações internas e diferentes emoções causam sentimentos diferentes porque elas são acompanhadas por diferentes respostas corporais e sensações (LeDoux, 1996). Por exemplo, numa situação de perigo, durante o ato de fugir, o corpo passa por alterações fisiológicas: aumento da pressão sanguínea e da frequência cardíaca, dilatação das pupilas, transpiração das palmas das mãos, contração muscular. Outros tipos de situações emocionais resultarão em diferentes respostas corporais. Em cada caso, as respostas retornam ao cérebro na forma de sensações corporais e o único padrão de *feedback* sensorial dá a cada emoção uma qualidade única. O medo causa sensação diferente da raiva e do amor porque tem diferentes sinais fisiológicos.

Damásio (1996) aponta algumas limitações sobre a perspectiva de James. Segundo ele, o principal problema não é tanto o fato de ele reduzir a emoção a um processo que envolve o corpo, mas o fato de ele ter atribuído pouca ou nenhuma importância ao processo de avaliação mental da situação que provoca a emoção. Outra questão problemática foi o fato de James não ter estipulado um mecanismo alternativo ou suplementar para criar o sentimento correspondente a um corpo excitado pela emoção. Na perspectiva jamesiana, o corpo encontra-se sempre interposto no processo. Além disso, James pouco ou nada tem a dizer sobre as possíveis funções da emoção na cognição e no comportamento.

Em suma, James postulou a existência de um mecanismo básico em que determinados estímulos no meio ambiente excitam, por meio de um mecanismo inflexível e congênito, um padrão específico de reação do corpo. Porém, no caso de seres humanos, que são essencialmente seres sociais, sabe-se que há emoções que são desencadeadas por um processo mental de avaliação que é voluntário e não automático (Damásio, 1996).

### **Walter Cannon**

A teoria de James-Lange dominou a psicologia da emoção até ser questionada na década de 1920 por Walter Cannon (1871-1945), um notável fisiologista que pesquisava as respostas corporais que ocorriam nos estados de fome e emoções

intensas. A pesquisa de Cannon o levou a propor o conceito de uma “*reação de emergência*”, uma resposta fisiológica específica do corpo que acompanha qualquer estado no qual a energia precise ser empregada (LeDoux, 1996). Cannon acreditava que as respostas corporais que compõem a reação de emergência eram mediadas pelo sistema nervoso simpático, uma divisão do sistema nervoso autônomo (SNA). O SNA é composto por uma rede de células e fibras neurais localizadas no corpo que controlam a atividade dos órgãos internos e das glândulas em resposta a comandos do cérebro. Os sinais corporais característicos da excitação emocional – como corações batendo e palmas suando – eram considerados como o resultado da ativação da divisão simpática do SNA, que se acreditava agir de uma maneira uniforme, independente de como ou porque haviam sido ativados. Dada esta suposta singularidade do mecanismo da resposta simpática, Cannon propôs que as respostas fisiológicas que acompanham diferentes emoções deveriam ser independentes do estado emocional particular que é experimentado. Como um resultado, James não poderia estar certo sobre porque diferentes emoções causam sensações diferentes, considerando que todas as emoções, de acordo com Cannon, têm a mesma manifestação no SNA. Cannon também notou que as respostas do SNA são muito lentas para contribuir para os sentimentos – o sujeito já **sente** a emoção no momento as respostas ocorrem. A resposta para o enigma da emoção, de acordo com Cannon, se encontra completamente no cérebro e não requer que o cérebro “leia” as respostas corporais, como James havia dito (LeDoux, 1996).

### **António Damásio**

Damásio fundamentou o seu estudo das emoções com testes neuropsicológicos laboratoriais e observação clínica de pacientes neurológicos com lesão em diferentes regiões no lobo frontal, que o levou a formular a Hipótese do Marcador-Somático, propondo uma inter-relação entre processos cognitivos e emocionais.

Damásio (1996) compreende a emoção como combinação de um processo mental de avaliação (simples ou complexo) com respostas dispositivas a esse processo, em sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neurotransmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais.

Em outras palavras, a emoção é simplesmente um conjunto de mudanças no estado corporal associado a imagens mentais específicas (pensamentos) que ativaram sistemas específicos no cérebro.

Damásio distingue emoções primárias e secundárias:

1. Primárias - consideradas inatas, pré-organizadas e não específicas, ou seja, que podem ser causadas por um grande número de seres, objetos e circunstâncias (ex.: medo, raiva, amor).
2. Secundárias - provêm de representações dispositivas adquiridas e não inatas, que incorporam a experiência única do indivíduo ao longo da vida.

As emoções primárias dependem da rede de circuitos do sistema límbico, especialmente da amígdala e do cíngulo, enquanto as secundárias envolvem processamentos nos córtices frontais, embora os estímulos possam ainda atuar diretamente no sistema límbico.

Na experiência da emoção, o corpo passa por mudanças significativas e é levado a um novo estado. O processo inicia-se com uma avaliação cognitiva do acontecimento, que invoca imagens cerebrais verbais e não-verbais. Num nível não consciente, redes no córtex pré-frontal reagem automática e involuntariamente aos sinais resultantes do processamento de tais imagens. Essa resposta pré-frontal provém de representações dispositivas que incorporam informações relativas à forma como determinados tipos de situações têm sido habitualmente combinados com certas respostas emocionais na experiência do indivíduo (Damásio, 1996).

O Sentimento distingue-se da Emoção no *“sentido em que ele designa mais particularmente a componente subjetiva, sentida, da emoção e não se refere às componentes comportamentais e fisiológicas”* (Belzung 2010, p.18). Para alguns autores, como por exemplo, o neurologista António Damásio<sup>2</sup> citado por Belzung (2010, p.18), um Sentimento é a *“percepção de um estado do corpo assim como a percepção de pensamentos revelando a inscrição corporal e cognitiva dos Sentimentos”*. A distinção entre Emoção e Sentimento permite perceber, de forma mais direcionada, o papel da Emoção enquanto substrato para o enraizamento da Competência Emocional.

---

<sup>2</sup> Damásio, A. (2003), *Spinoza avait raison*. Edição francesa Odile Jacob, Paris, p.90

As Emoções fazem parte daquilo que define os seres humanos, estando presentes em todas as dimensões que envolvem e constituem o indivíduo, são lhe inerentes como a pele ou a respiração. Damásio (2004) defende que sem 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, atentam às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as próprias emoções e governam as suas vidas pela procura da emoção.

### **1.2. *Inteligência Emocional versus Competência Emocional***

O conceito de Inteligência Emocional foi definido originalmente por Salovey e Mayer (1990) como uma habilidade mental, mais especificamente como uma subforma de inteligência social, redefinido pelos mesmos autores em 1997 (Mayer & Salovey, 1997), e assumidamente mantido em 2004, (Mayer, Salovey & Caruso, 2004), como [...] *“a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual”* (p. 15).

Quando os autores Mayer e Salovey (1990) fizeram emergir o seu constructo de Inteligência Emocional, tiveram o cuidado de lhe atribuir um conjunto de capacidades/habilidades que caracterizariam este tipo de inteligência. Contudo, houve autores que preferiram abordar uma vertente mais operacionalizável da Inteligência Emocional, como por exemplo Goleman (1998) encarando-a sob a dimensão de Competências Emocionais.

Goleman, Boyatzis e Rhee (2000), consideram um indivíduo emocionalmente inteligente quando revela CE em momentos e de modo apropriado. Veiga-Branco (2005), seguindo a mesma linha de pensamento considera que a Competência Emocional só pode ser apreciada quando refletida nos comportamentos atitudes do indivíduo.

O conceito “Competência” é complexo e de difícil definição, o mesmo acontece com o conceito de Competência Emocional. Bisquerra (2007) confirma esta

afirmação dizendo que delimitação do constructo de CE aparece como tema de debate no qual ainda não existe consenso entre os especialistas.

O desenvolvimento de Competência Emocional deriva do constructo de Inteligência Emocional é um constructo amplo que inclui diversos processos e provoca toda uma variedade de consequências (Bisquerra 2003,2007). Define, assim, este conceito como um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais. Para Bisquerra e Pérez (2007) a competência é um conceito que interliga os conhecimentos “saberes”, habilidades “saber-fazer” e atitudes e condutas “saber estar” e “saber ser”. Bisquerra (2004) afirma que a competência é um constructo complexo, que apresenta características de globalidade, de interação e de evolução. Todas estas definições apontam para a forte ligação que deve existir entre a teoria (saberes, conhecimentos) e a prática (habilidades para fazer, comportamentos), bem como a capacidade reflexiva para adequar o comportamento aos diferentes contextos. Com base nestas premissas, a Competência Emocional pode ser globalmente entendida como expressão da Inteligência Emocional (Costa, 2014), já que representa a habilidade/capacidade de gerir sentimentos e emoções num plano pessoal e relacional. Esta pesquisa assume o conceito definido por Veiga-Branco (2005, p.171). Veiga-Branco (2000a, 2000b, 2004) estuda Competência Emocional, no contexto de professores e necessidades do processo ensino-aprendizagem, e inicia os trabalhos, a partir do conceito modificado de I.E. (Goleman 1999, p.341), a expressão *competência emocional* inclui tanto competências sociais como emocionais, esclarecendo que «*uma competência emocional é uma capacidade apreendida, (...) que resulta num desempenho extraordinário no trabalho*» (1999: 33). Veiga-Branco (2005, p.171) distingue o conceito de CE do de IE, defendendo que:

*«A CE existe, quando alguém atinge um nível desejado de realização, e diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores.» (p.171)*

Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores.

Nos seus estudos, que revelam um modelo misto de Competência Emocional, Veiga-Branco (2005) assume que devem ser consideradas as variáveis de unicidade, que dizem apenas respeito a cada sujeito, como indivíduo, tal como as memórias emocionais e percepções, que servem de leme valorativo emocional, à exibição de um comportamento de resposta a nível cognitivo (ou não), com diferentes níveis de consciência, no momento ou após, inseridas no seu contexto. Para compreensão desta percepção multifatorial, que o ramo fenoménico da emoção (Marques-Teixeira, 2003) envolve, a autora integra a noção de Interacionismo simbólico de Blumer (1982), para clarificar como se podem construir diferentemente simbolismos únicos, das suas experiências emocionais, conscientes ou não. Este pormenor concetual, esclarece a natureza subjetiva e por isso, até pouco normativa, do perfil de Competência Emocional.

### **1.3. Capacidades da Competência Emocional**

Este subcapítulo debruçar-se-á sobre as habilidades/capacidades da Competência Emocional. A recente bibliografia apresenta uma relação entre Inteligência Emocional, Competência Emocional e Saúde (Veiga Branco, 2004, 2007, 2008, 2011, 2012; Salovey & Sluyter, 1999; Goleman, 1995,1999, 2003, 2005; Godinho, 2006; Bisquerra, 2002; Nascimento,2006).

Veiga-Branco (2004) partindo do constructo de Goleman (1995, 1999) apresenta cinco capacidades que definem a CE: *Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupos*, sendo as três primeiras competências intrapessoais e as restantes competências interpessoais ou sociais.

Este trabalho seguirá a linha de pensamento dos autores anteriormente citados no que respeita à abordagem de diferentes habilidades que definem e/ou constituem a Competência Emocional.

### **Autoconsciência**

Autoconsciência é definida por como sendo a *“capacidade de reconhecer um sentimento in loco, tendo a percepção do que acontece no seu corpo e o que está a sentir”* (Goleman, 2004). Esta consciencialização desencadeia uma mudança da atividade mental, facilitando o controlo quando somos inundados por sentimentos, passando de um estado de *“ser apanhado de surpresa”* pela emoção e *“poder perder o controlo”*, para um estado consciente do que estamos a vivenciar e poder saber decidir como atuar. Para conseguir a capacidade de identificar as alterações neurofisiológicas exatas, definir emoções, poder fazer apreciações e nomeá-las é deter em si o primado do Coeficiente de Inteligência Emocional (QE) e o que fundamenta a maioria das capacidades emocionais (Veiga-Branco, 2004).

Veiga-Branco (2005) define Autoconsciência como sendo a capacidade do indivíduo em conseguir uma alta percepção de si, relativamente às emoções que sente: *“ diz respeito à brevidade e especificação geográfica corpórea, de identificar e localizar onde o acontecer das emoções é sentido.”*

### **Gestão de Emoções**

A Gestão de Emoções consiste na capacidade de gerir de forma consciente as nossas emoções e do seu reflexo em nós. Só depois de adquirida e trabalhada esta capacidade pessoal será possível exercê-la nas nossas relações interpessoais em todos os contextos diários. Goleman (2003) defende que as pessoas que não conseguem gerir as emoções de forma eficiente travam uma luta constante com sentimentos de angústia, enquanto as pessoas que possuem esta capacidade desenvolvida recuperam mais facilmente das adversidades que a vida lhes apresenta.

Segundo Veiga-Branco (2004,a) as pessoas que se sentem invulneráveis tornam-se implacáveis nas percepções dos estímulos e nos comportamentos. Segundo a mesma autora é possível aprender a ocupar esse espaço emocional negativo por sentimentos mais agradáveis.

*“O desejo físico e a luta podem ser substituídos por atitudes neocorticais civilizadas de sedução ou ironia. Poderemos tranquilizarmo-nos, afastar a ansiedade, a tristeza e irritabilidade e anular ou diminuir as consequências”* (Veiga-Branco, 2004).

Desta forma torna-se necessário que os profissionais de saúde tomem consciência das suas próprias emoções e da forma como estas os afetam, conseguindo assim posteriormente fazer a sua gestão.

### **Automotivação**

A Automotivação (Goleman, 1995; Veiga-Branco, 2004) ou Motivação (Goleman, 1999) consiste em utilizar a energia transportada pelas emoções em função do objetivo do próprio indivíduo, para se transformar num ser mais eficiente e para fazer face às adversidades da vida. Goleman (2003) define um conjunto de elementos necessários para se experienciar a Automotivação como o controlo do impulso e adiar a recompensa, a ansiedade, o otimismo e a esperança. O controlo do impulso pode ser treinado nas situações em que o indivíduo é exposto ao objeto/situação que anseia, mas escolhe o adiar a recompensa pelo facto de, conscientemente, estar a pensar em benefícios a longo prazo ao invés do prazer imediato (Martineaud e Engelhart, 2002) referido por Agostinho (2010). É este autocontrolo emocional que permite ao sujeito ser mais produtivo e capaz, que ajuda a compreender o fenómeno da auto-organização: cada ser humano se transforma e se realiza em potência (Veiga-Branco, 2004).

### **Empatia**

Empatia significa habilidade de conhecer e reconhecer, compreender, saber “observar” e “ouvir” o outro, através de canais verbais e não-verbais, como o tom de voz, as expressões faciais, os gestos. Esta habilidade obriga a que o indivíduo tenha desenvolvido em si as capacidades de autoconsciência e gestão das suas próprias emoções, desta forma, é-lhe permitido identificar no outro o que já conhece em si. Goleman (2003) defende que quanto mais autoconsciente for o indivíduo, melhor leitor será dos sinais subtis dos outros – estabelecendo com eles um laço ténue mas inquebrável de emoção, a empatia. Esta ideia é defendida por Lazure (1994), segundo o qual a empatia é a capacidade que nos permite conhecer o outro e transmitir-lhe o que conhecemos. Veiga-Branco (2004) corrobora esta ideia defendendo a empatia como a capacidade que nos permite entrar em sintonia com o outro, emergindo da perceção das suas próprias emoções.

Nas relações terapêuticas, a empatia é crucial: permite ouvir ativamente, sentir profundamente e compreender verdadeiramente.

### **Gestão de Emoções em Grupo**

Esta capacidade é definida pela habilidade emocional de reconhecer os sentimentos nos outros conseguindo agir de forma a influenciá-los, é a habilidade que traduz a aptidão para gerir as emoções plurais do grupo (Veiga-Branco, 2004). Esta autora defende que a Gestão de Emoção em Grupo representa uma aptidão emocional que se desencadeia em cascata: reconhecer os sentimentos/emoções da outra pessoa e agir de maneira a influenciar esses sentimentos. Necessita, por isso, mais uma vez, de um desenvolvimento prévio das capacidades de autoconsciência e empatia (Goleman 2003; Veiga-Branco 2004a).

Este talento é fundamental em áreas de trabalho interativas, como no caso das Comunidades de Saúde e Terapêuticas (Veiga-Branco, 2004).

Estas capacidades manifestam-se de forma diferente, de pessoa para pessoa. Como afirma Veiga-Branco (2004) diferem em frequência, profundidade e adequação, pelo que uns poderão algumas delas e outros não. Motivo pelo qual podem ser estudadas e tratadas separadamente, embora existam pontos convergentes entre elas.

## **2. DOENTE CRÍTICO**

O doente crítico é um doente com necessidades específicas devido à gravidade do seu estado clínico, portanto o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde deverão ser capazes de dar resposta ao desafio que este tipo de doente constitui. Vila e Rossi (2002) defendem que o doente internado na unidade de cuidados intensivos [doente crítico], necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para problemas fisiopatológicos, mas também para questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligados à doença física.

Segundo as Recomendações de Transporte de Doentes Críticos (2008), define-se como doente crítico aquele em que, por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica.

Com base na definição de doente crítico, conclui-se que este tipo de doentes necessitam de ter ao seu dispor recursos materiais e humanos que consigam dar resposta às suas exigências.

### **2.1. Abordagem ao Doente Crítico**

Quando se fala em Doente Crítico (DC) esquecem-se as “doenças”, fala-se de um ser humano em desequilíbrio, de tal forma que a sua vida caminha lado a lado com a sua morte numa coreografia que inclui não só o doente mas também todos os profissionais que lutam incessantemente para que a balança penda para o lado da vida. Nesta situação o profissional de saúde direciona todas as suas capacidades, comportamentos e competências para resgatar, estabilizar e equilibrar um “corpo” e poder assim manter a pessoa em todas as suas vertentes.

Perante o Doente Crítico, o profissional de saúde tem que se revestir de todo um conjunto de capacidades, que definirão a sua competência – física, técnica, profissional, social, psicológica e emocional.

Tal como descreve a Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em

Situação Crítica (2010), os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de uma forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. A forma de cuidar descrita pelo regulamento anteriormente enunciado, é transversal a todos os profissionais de saúde que estão perante o doente crítico, pois o objetivo máximo é estabilizar, equilibrar e recuperar o doente.

Segundo o artigo 2.º do Regulamento n.º 124/2011 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica)<sup>3</sup> o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.

O artigo 4.º do regulamento anteriormente referido define as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica:

- a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Cada competência prevista é apresentada com descritivo representado na seguinte figura e por unidades de competência e critérios de avaliação (apresentadas em ANEXO III).

---

<sup>3</sup> *Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011*

|  |
|--|
| <p style="text-align: center;"><b>Competência</b></p> <p><b>K1.</b> Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.</p> <p style="text-align: center;"><b>Descritivo</b></p> <p>Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e ou falência orgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.</p> <p style="text-align: center;"><b>Competência</b></p> <p><b>K2.</b> Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi -vítima, da conceção à ação.</p> <p style="text-align: center;"><b>Descritivo</b></p> <p>Intervém na conceção dos planos institucionais e na liderança da resposta a situações de catástrofe e multi -vítima. Ante a complexidade decorrente da existência de múltiplas vítimas em simultâneo em situação crítica e ou risco de falência orgânica, gere equipas, de forma sistematizada, no sentido da eficácia e eficiência da resposta pronta.</p> <p style="text-align: center;"><b>Competência</b></p> <p><b>K3.</b> Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.</p> <p style="text-align: center;"><b>Descritivo</b></p> <p>Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção.</p> |
|--|

**Figura 2:** Competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

Atendendo às diversas situações e problemáticas de saúde, que cada vez mais aumentam em número, gravidade e complexidade e, por outro lado, tendo em conta o nível de exigência, cada vez maior, dos padrões de qualidade nos cuidados de saúde prestados, o enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, bem como os restantes profissionais de saúde que diariamente enfrentam situações que envolvem o doente crítico, assumem-se como uma mais-valia para a implementação de cuidados especializados de qualidade do Sistema Nacional de Saúde Português.

O Regulamento n.º 361/2015 (Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica)<sup>4</sup> defende que *“os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica são reconhecidos como elementos chave na resposta à necessidade de cuidados seguros das pessoas em situação crítica”*.

As competências e respetivos descritores, que aqui foram apresentados para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Críticas, servem para descrever, na perfeição, quais as competências, capacidades e habilidades esperadas dos restantes profissionais de saúde.

---

<sup>4</sup> *Diário da República, 2.ª série — N.º 123 — 26 de junho de 2015*

### 3. COMPETÊNCIA EMOCIONAL – PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os decisores dos contextos laborais começam, atualmente, a perceber a importância da Competência Emocional para o desempenho dos profissionais. De alguma forma, sempre se percebeu que profissionais emocionalmente estáveis, motivados, socialmente integrados e capazes de estabelecer boas relações com os outros, eram melhores trabalhadores, contudo as competências técnicas eram protagonistas no momento de investir na formação. Hoje em dia, começa a surgir o interesse pela formação na área da Inteligência/Competência Emocional, porque já se iniciou a consciencialização da relevância que este incremento formativo tem para o sucesso na gestão de conflitos, *stress* e até bem-estar dos profissionais.

De uma maneira geral, os modelos que descrevem competências profissionais apresentam dois focos. O primeiro recai sobre as competências profissionais básicas a qualquer atividade, facilmente transferíveis de um contexto para outro. O segundo refere-se às competências socio-emocionais, que se situam no domínio de processos afetivo-emocionais, pessoais e interpessoais (Gondim *et al*, 2014).

A Competência Emocional (CE) considerada como uma competência básica para a vida (Bisquerra, 2003) assume um papel de destaque no contexto hospitalar, potenciando um trabalho mais flexível entre as equipas multidisciplinares constituídas por profissionais de saúde (Alves 2012, p.34). Goleman (2009), defende que *“é impossível separar a racionalidade, das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do seu controlo”*. Esta convergência entre razão e emoção torna-se, assim, um elemento importante na otimização dos níveis de desempenho profissional (Alves, 2012). Para Rosenstein e Stark (2015), o contexto atual de saúde é complexo, sendo mais importante do que nunca, melhorar a colaboração, comunicação, coordenação e as relações no cuidar entre todos os elementos da equipa de prestação de cuidados de saúde, num esforço para alcançar os melhores resultados. Estas autoras defendem que a formação em Inteligência Emocional (IE) é uma porta de entrada para uma melhor compreensão, motivação e assertividade que beneficia todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados.

Pandey e Singh (2015) afirmam que o desenvolvimento emocional é necessário na prestação de cuidados de serviços de saúde eficaz, eficiente e bem-sucedido.

Hernández-Vargas e Dickinson-Bannack (2014) revelam que a Medicina tem focado a educação na formação em diferentes habilidades, capacidades e competências com foco no desenvolvimento do lado clínico de medicina. A avaliação do coeficiente de inteligência (QI) é usado como o único ponto de referência para avaliar a inteligência dos alunos, no entanto, já foi demonstrado que o coeficiente de inteligência emocional (QE) também é um parâmetro útil e necessário, especialmente nas áreas de saúde, porque mede a capacidade do indivíduo de perceber, compreender e controlar seus próprios estados de espírito e pessoas ao seu redor.

Entender e valorizar os processos, nomeadamente a(s) Competência(s) Emocional(ais), que condicionam o comportamento reflete uma atitude de responsabilidade na compreensão do desempenho profissional, o que permitirá prestar cuidados de uma forma integral e adaptada a cada doente, enquanto doente com necessidades muito específicas, tal como acontece com os doentes críticos.

Ao considerar a CE como uma habilidade nuclear nos profissionais de saúde, pretende-se verificar a importância das CE como competências profissionais daqueles que cuidam de doentes críticos, corroborando o que afirma Aveleira (2013), em que profissionais com elevados níveis de competência emocional possuem maior capacidade para compreender os comportamentos das outras pessoas e os seus sentimentos.

Veiga-Branco (2004), Veiga-Branco (2005), Vilela (2006), Agostinho (2008), Mendonça (2008), Costa, A. (2009), Alves *et al* (2012), Lopes (2013) e Costa, V. (2015) debruçaram-se relativamente à importância da CE para diferentes tipos de profissões, nomeadamente em profissões da área da saúde. Para Agostinho (2008, p.171) *“foi possível verificar a importância das emoções e, em especial, da Inteligência Emocional na construção de uma praxis desenvolvimentista para o tecido humano de enfermagem”*. Alves (2012, p.41), através dos resultados do seu estudo, evoca a

necessidade de colocar as entidades formativas no desenvolvimento e fundamentação da pertinência de preparação dos aspetos formativos emocionais.

Lopes (2013) estudou a CE nos enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Agostinho (2008), Vilela (2006), Gregório (2008) e Costa, A. (2009) estudaram CE em enfermeiros, Alves (2012) estudou a inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares, Veiga-Branco (2005) em professores e Costa, V. (2014) em políticos.

Todos os estudos acima mencionados englobaram um procedimento fundamental: a análise dos Fatores Principais. Os autores destes estudos utilizaram EVCE, através da qual extraíram fatores para cada uma das capacidades da CE. O quadro seguinte revela a comparação do número de fatores extraídos pelos autores e do  $\alpha$  de Cronbach dos estudos com EVCE. Posteriormente será realizada a comparação destes estudos com o presente estudo e respetiva discussão de resultados.

**Quadro 1** – Apresentação comparativa do número de itens, fatores e do  $\alpha$  de Cronbach em diferentes estudos

| Autores             | Autoconsciência |          | Gestão Emoções |          | Automotivação |          | Empatia |          | Gestão Emoções Grupo |          |
|---------------------|-----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------|----------|----------------------|----------|
|                     | Fat.            | $\alpha$ | Fat.           | $\alpha$ | Fat.          | $\alpha$ | Fat.    | $\alpha$ | Fat.                 | $\alpha$ |
| Veiga-Branco (2004) | 4               | 0,81     | 5              | 0,69     | 4             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Veiga-Branco (2005) | 4               | 0,81     | 5              | 0,68     | 4             | 0,85     | 3       | 0,82     | 2                    | 0,84     |
| Vilela (2006)       | 4               | 0,71     | 5              | 0,69     | 3             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Gregório (2008)     | 5               | 0,84     | 5              | 0,70     | 5             | 0,75     | 4       | 0,83     | 3                    | 0,90     |
| Agostinho (2008)    | 4               | 0,71     | 5              | 0,77     | 4             | 0,75     | 3       | 0,84     | 3                    | 0,86     |
| Mendonça (2008)     | 5               | 0,82     |                |          | 4             | 0,86     |         |          |                      |          |
| Costa, A. (2009)    | 4               | 0,71     | 5              | 0,69     | 3             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Alves et al (2012)  | 4               | 0,72     | 5              | 0,74     | 4             | 0,73     | 3       | 0,80     | 3                    | 0,86     |
| Lopes (2013)        | 6               | 0,62     | 4              | 0,71     | 5             | 0,71     | 2       | 0,85     | 3                    | 0,83     |
| Costa, V. (2014)    | 5               | 0,71     | 4              | 0,77     | 5             | 0,75     | 3       | 0,84     | 4                    | 0,84     |

Através dos resultados obtidos no presente estudo ambiciona-se poder considerar a Competência Emocional como um requisito essencial para uma prática mais humanizada, nos contextos profissionais da Saúde, corroborando o que diz Alves (2012, p.34), *“a Inteligência Emocional tem um papel de destaque cada vez maior dentro de um hospital, potenciando um trabalho mais flexível, em equipa”*



## **PARTE II – ESTUDO EMPIRICO**



## 4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é uma ferramenta fulcral para a obtenção e validação de conhecimentos. Segundo Fortin (1999) é um processo que permite resolver problemas associados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual individuo vive. Para Coutinho (2011, p.7), 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 fenómenos sociais”*. Esta autora (2011, p.7), defende que *“é pela investigação que se refletem e problematizam as questões nascidas na prática”*.

O enquadramento teórico apresentado no capítulo anterior permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de base para o desenvolvimento empírico da presente investigação. Após a fundamentação teórica torna-se inexorável abordar a fase metodológica.

Todo o processo de investigação envolve uma fase metodológica que consiste na descrição do conjunto de métodos e técnicas que guiaram a elaboração do processo de investigação (Fortin, 2003). Os métodos de investigação são uma organização mais detalhada e parcial dos desenhos de investigação (Ribeiro, 2010).

Uma vez apresentado o quadro de referência, parte-se para a metodologia de forma a dar seguimento prático ao estudo.

### 4.1. **Objetivos do Estudo**

A orientação do presente estudo, teve na sua génese a curiosidade em perceber quais os determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico. Para dar consecução à finalidade que os conteúdos do estudo expressam, foram definidos como:

- Objetivo geral:
  - ✓ Estudar os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico.

- Objetivos específicos:

- ✓ Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo;
- ✓ Conhecer o perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao Doente Crítico (DC);
- ✓ Conhecer a relação entre *profissão* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Analisar a correlação entre *tempo de exercício profissional* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Analisar a diferença de médias e respetiva significância entre *formação específica para a abordagem ao DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Analisar a correlação entre *tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Analisar a correlação entre *tempo de exercício profissional no contato com o DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Analisar as diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores, em outros grupos profissionais.

#### **4.2. Questões fundamentadoras da Investigação**

Definir a questão de investigação global e as restantes questões fundamentadoras da investigação, figura-se como sendo uma das primeiras e mais importantes fases do processo de investigação. Borg e Gall (1996) defendem que um problema mal formulado conduz ao inevitável fracasso de qualquer estudo ou investigação.

Tendo esta consciência como premissa, foram delineadas as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico?

- ✓ Qual o perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao Doente Crítico (DC)?
- ✓ Qual a relação entre *profissão* e a Competência Emocional e capacidades da CE?
- ✓ Qual correlação entre *tempo de exercício profissional* e Competência Emocional e capacidades da CE?
- ✓ Existe diferença de médias e respetiva significância entre *formação específica para a abordagem ao DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE?
- ✓ Qual a correlação entre *tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral* e a Competência Emocional e capacidades da CE?
- ✓ Qual a correlação entre *tempo de exercício profissional no contato com o DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE?
- ✓ Quais as diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores, em outros grupos profissionais?

Tal como os objetivos do estudo, estas questões de investigação servirão como mapa mental para encontrar resultados e respostas para o que neste estudo se pretende conhecer.

#### **4.3. Tipo de estudo**

Para conseguir dar consecução aos objetivos, levou-se a cabo um estudo de carácter transversal com uma abordagem do tipo quantitativo, exploratório e descritivo, com posterior análise do tipo analítico e correlacional. Para Fortin (1999, p.22) os “*métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação*”, a metodologia escolhida nesta pesquisa possibilitou dar resposta às questões e inquietações do investigador, cumprindo os objetivos do trabalho.

Tal como na definição de Coutinho (2011, p.24), o estudo centrou-se na “*análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação de variáveis comportamentais e/ou sócio-afetivas passíveis de ser medidas, comparadas e/ou*

*relacionadas*". De carácter exploratório na medida em que são ainda poucos os estudos sobre Competência Emocional, mais especificamente, no contexto do doente crítico. Descritivo por descrever e relacionar características e variáveis de uma população e correlacional por determinar a natureza das relações entre as variáveis (Fortin, 2003).

#### **4.4. Amostra**

Sendo *População* o "*conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum*" (Coutinho, 2011, p.85), a população sobre a qual este estudo se debruça, remete para profissionais de saúde desde enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais. A característica em comum que os une e que afunila a temática deste estudo corresponde à vivência destes profissionais perante uma situação de doente crítico.

A amostragem é *não probabilística* ou *intencional*. Neste estudo a amostra assume-se como *criterial*, uma vez que foi selecionado um segmento da população segundo um critério pré-definido (profissionais com vivência de contato com doente crítico Contudo possui características de uma *amostragem por conveniência* já que, inicialmente, foram escolhidos profissionais pertencentes a uma base de dados do investigador. Finalmente a amostra comportou-se como uma *amostragem "bola de neve"* uma vez que se pediu a cada um dos membros que identificassem outros membros da população e partilhassem o IRD.

Tendo em conta que uma amostra é "*um grupo de sujeitos ou objetos selecionados para representar a população inteira de onde provieram*" (Charles,1998 citado por Coutinho,2011, p.85), a amostra do estudo é constituída por um conjunto de 102 profissionais de saúde a exercer a sua profissão em Portugal (Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Assistentes Operacionais), em diferentes unidades hospitalares, centros hospitalares e centros de saúde onde contactam ou contactaram com doentes críticos no contexto do exercício das suas funções profissionais.

#### **4.5. Recolha de Dados**

Com a definição da temática para o trabalho de investigação, surge todo um conjunto de aspetos relacionados com o estudo que temos que considerar. Urge decidir objetivos, questões de investigação e/ou hipóteses, selecionar a amostra e as variáveis. Após a concretização destes passos, surge uma nova etapa que se relaciona com a recolha de dados. Como afirma Coutinho (2011, p.99), *“todo e qualquer plano de investigação, seja ele de cariz quantitativo, qualitativo ou multi-metodológico implica uma recolha de dados”*.

A escolha do instrumento de recolha de dados é fulcral para obtenção de informação pertinente para satisfazer e cumprir o objetivo da investigação. *“Seja qual for o tipo de dados obtidos, é fundamental assegurar a qualidade informativa”* (Coutinho 2011, p.103).

#### **4.6. Instrumento de Recolha de Dados**

O Instrumento de Recolha de Dados (IRD) utilizado foi construído e adaptado para estudar os determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde numa situação específica, que neste trabalho se traduz na abordagem ao doente crítico.

Partindo dos elementos do marco teórico donde emergiu, e tendo como objeto de estudo, a exploração, identificação ou reconhecimento de um perfil de CE, Veiga-Branco (2000, 2005) criou um Instrumento de Análise: a Escala Veiga Branco das capacidades da IE (EVBCIE) posteriormente reformulada, para Escala Veiga de Competência Emocional, EVCE, versão que aqui será utilizada.

Tem vindo a produzir estudos de Perfil de Competência Emocional em profissionais de saúde (Veiga-Branco, Afonso & Caetano 2012a; Lopes & Veiga-Branco, 2012a, 2012b; Afonso, Fernandes & Veiga-Branco, 2013), em técnicos de serviço social (Pereira, Caria, & Veiga-Branco, 2015), em educação e decisores políticos (Costa & Veiga-Branco, 2015), em estudantes (Antão & Veiga-Branco, 2012), e diabéticos (Veiga-Branco *et al.* 2015) bem como em relações afetivas (Martins *et al.* 2012). Em termos de resultados, os estudos correlacionais sucessivos, com análise de componentes principais, vêm apresentando que a Competência Emocional como

variável dependente, apresenta alteração substancial relativamente ao modelo teórico proposto a partir do modelo inicial de Goleman; as cinco capacidades de *Autoconsciência*, *Gestão de Emoções*, *Auto-motivação*, *Empatia* e *Gestão de Emoções em Grupo*, podem apresentar-se diferentemente correlacionadas entre si e com a CE, dependendo da área científica ou laboral das amostras.

Assim, foi selecionado este IRD, que é um questionário constituído por duas partes.

A primeira diz respeito à caracterização da amostra, adequando-se à população alvo, constituída por questões fechadas e por algumas questões abertas de resposta curta.

A segunda parte é constituída pela “Escala Veiga de Competência Emocional” (EVCE) (Veiga-Branco, 2011), onde as variáveis atitudinais e comportamentais de cada uma das cinco capacidades da CE foram descodificadas em afirmações, representadas nos 86 itens da escala. A cada item é atribuída uma escala de frequência temporal, tipo lickert (de 1 a 7, sendo que 1 – “nunca”, 2 – “raramente”, 3 – “pouco frequente”, 4 – “por norma”, 5 – “frequente”, 6 – “muito frequente” e 7 – “sempre”), onde os participantes podem escolher, assinalando, a frequência com que vivenciam as situações descritas.

O ponto de corte da EVCE é 4, sendo considerada o nível baixo em Competência Emocional entre 1 e 3.49; o nível moderado entre 3.50 e 5.45 e o nível alto entre 5.46 e 7.

A escala está subdividida nas cinco capacidades ou dimensões da CE:

- . Autoconsciência – 20 itens;
- . Gestão de Emoções – 19 itens;
- . Automotivação – 21 itens;
- . Empatia – 12 itens;
- . Gestão de Emoções em Grupos – 14 itens.

Segundo a autora desta escala (Veiga-Branco, 2004), cada afirmação expressa no IRD, respeita objetivamente e rigorosamente o quadro teórico proposto por Goleman. A autora (2004) defende que a forma de recolha de dados com perguntas

fechadas seguidas de escala de Lickert (1-7) foi escolhida por ter a vantagem de ser mais fácil de responder e porque desta forma, os dados, poderão ser submetidos a tratamentos estatísticos mais rigorosos.

A EVCE é pertinente por cumprir exigências requeridas no estudo:

- i. É portuguesa, evitando problemas de culturalidade;
- ii. A escala já foi adaptada e validada à população (verificou-se a existência de estudos publicados e realizados em território nacional utilizando esta escala: dois em professores (Veiga, 2004a e 2005) e quatro em enfermeiros em âmbito hospitalar (Vilela, 2006; Sobral, 2005; Agostinho, 2008 e Lopes, 2013); em decisores políticos (Costa, 2014) através de Análise Fatorial de Componentes principais;
- iii. Nos sucessivos estudos onde a escala foi utilizada, foram obtidos valores de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) que assumem a validade do IRD;
- iv. A escala é composta por cinco dimensões da Competência Emocional correspondendo cada uma delas a uma das cinco capacidades da CE abordadas no constructo teórico;
- v. Do ponto de vista metodológico, considerou-se que a aplicação desde IRD teria resultados positivos e conclusivos;
- vi. Favorece um tratamento estatístico rigoroso;
- vii. A autora desta escala foi orientadora deste estudo, acompanhando de forma sistemática e sustentada a investigação.

É essencial reforçar, que a apresentação deste IRD é direcionado para a importância das Emoções (traduzidas pela Competência Emocional) num contexto de desempenho profissional (abordagem ao doente crítico por parte dos profissionais de saúde) e pessoal (perceção individual).

#### **4.7. Variáveis em Estudo**

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação (Fortin. 1999). Coutinho (2011, p.67), citando Ary *et al* (1989), define variável como sendo um “*atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo e que pode assumir diferentes valores*”.

As variáveis em estudo assumem diferentes graus de dependência:

a) À variável Competência Emocional atribuir-se o estatuto de **variável dependente** em todo o estudo;

b) As cinco capacidades da Competência Emocional, descritas neste trabalho, adquirem duplo estatuto: **independentes** em relação à Competência Emocional e **dependentes** dos Fatores emergentes da análise fatorial;

c) Os Fatores emergentes na análise fatorial são **variáveis independentes** da Competência Emocional e **variáveis dependentes** dos itens da escala de Competência Emocional;

d) As variáveis de caracterização assumem, em todo o estudo, o papel de **variáveis independentes**.

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas consideradas mais relevantes para proceder à caracterização da amostra: idade; género sexual; estado civil; habilitações literárias; profissão; tempo de exercício profissional, tempo médio de contato com o doente crítico, tempo de exercício profissional no contacto com o doente crítico e serviço/local de trabalho. Para além destas variáveis, foram estudadas as seguintes variáveis de caracterização:

- Áreas científicas de licenciatura, mestrado e doutoramento;
- Tema desenvolvido em tese de mestrado e/ou doutoramento;
- Formação específica para a abordagem ao doente crítico;
- Formação Inteligência Emocional e/ou Educação Emocional e/ou Competência Emocional;
- Sentimentos e emoções quando pensa no seu local de trabalho;
- Grau de satisfação com o seu local de trabalho;
- Perceção pessoal do tipo de sentimentos que invadem o profissional na abordagem ao doente crítico, pela questão: Tenho consciência do tipo de sentimentos que me invadem...
- Tipologia de formação Inteligência Emocional e/ou Educação Emocional e/ou Competência Emocional, pela questão: se sim à questão anterior, defina: número de horas/instituição/formador;
- Nível de satisfação acerca do local de trabalho.

#### **4.8. Procedimentos de aplicação do Instrumento de Recolha de Dados**

A existência das tecnologias de informação e comunicação, bem como das redes sociais, facilitaram o processo de aplicação do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), que por vezes é um processo penoso e gerador de angústia e de *stress* para o investigador.

A aplicação do IRD aconteceu em duas fases distintas:

- i. Realização de um questionário no *Google Drive*, questionário onde se integrou a EVCE, sendo aplicado a 20 elementos como pré-teste (não houve necessidade de alterar o IRD);
- ii. Enviados os IRD via *e-mail* e via Messenger na rede social *Facebook*, sendo, os dados, rececionados de forma anónima para uma base dados on-line criada para o efeito na ferramenta *Google Drive*.

O acesso à base de dados só é possível pelo investigador e a quem este permitir o acesso por questões metodológicas e de orientação científica.

#### **4.9. Método de Tratamento Estatístico e de Análise de Dados**

Os processos metodológicos apresentados neste estudo tiveram como finalidade operacionalizar o desenho do estudo empírico, o que também inclui a análise e tratamento estatístico dos dados.

Finalizada a fase de recolha dos dados, iniciou-se o tratamento da informação obtida, no sentido de tratar e organizar os dados de maneira a permitir a sua análise e compreensão. Como referem Polit e Hungler (1995), sem a estatística, os dados quantitativos colhidos num projeto de pesquisa constituem pouco mais do que uma massa caótica de números. Os procedimentos estatísticos capacitam o investigador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica.

Para além do intuito em organizar os dados, é também do interesse do pesquisador perceber de que forma a informação/dados/variáveis se relacionam entre si. Como afirma Ribeiro (2010, p.123) “o objetivo do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar da existência e da natureza de relações entre variáveis”.

Para o desenho desta investigação, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos. O tratamento estatístico dos dados adquiridos dos 102 questionários, no período de tempo entre 1 de fevereiro de 2017 a 5 de abril de 2017, foi realizado no programa informático *Statistical Package for Social Science (SPSS)* - SPSS 22.0. – obedecendo ao seguinte raciocínio:

- Análise descritiva das variáveis sociodemográficas da amostra através de tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa);

- Para averiguar os determinantes da CE, realizada análise de regressão linear múltipla, método *Stepwise*.

- O estudo da CE obedece a 2 critérios:

- a) Para o estudo do perfil de CE utiliza-se a estatística descritiva sem inversão dos itens da escala;

- b) Para o estudo correlacional das capacidades e CE foi utilizada a metodologia de inversão dos itens tal como aparecem em anexo sinalizados com asterisco (\*).

- Análise Fatorial dos Componentes Principais (ACP) para apresentar o perfil da CE. Este perfil tem como base a estatística descritiva, portanto os itens apresentam-se não invertidos. Relativamente à execução das ACPs, adotou-se o critério de *Kaiser*<sup>5</sup> e foram requisitados a estatística *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e o teste *Bartlett's Test of Sphericity*. Os valores da KMO próximos de 0.6 serão considerados 'adequados', enquanto valores próximos de 0.7 serão considerados 'bons' e acima de 0.8 como 'excelentes' (Maroco, 2007).

- Todas as matrizes de correlações com as componentes foram submetidas à rotação Varimax.

- A fiabilidade interna das dimensões foi avaliada através do  $\alpha$  de *Cronbach*.

- Para averiguar a relação das variáveis profissão, formação específica na abordagem ao doente crítico com os resultados da escalas e subescalas da CE (EVCE) a opção metodológica recaiu para a utilização de testes paramétricos para comparação

---

<sup>5</sup> Exclusão das componentes cujos valores próprios (*eigenvalues*) são inferiores a 1

de médias, nomeadamente para testes teste t de *student* para comparação de médias de duas amostras independentes e 1-way ANOVA. Face à violação do pressuposto da normalidade populacional, adotou-se a alternativa não-paramétrica do 1-way ANOVA (teste *Kruskal-Wallis*).

- Para examinar a interdependência entre as variáveis tempo de exercício profissional (no contacto com o doente crítico também) e tempo médio de contacto com o doente crítico com a CE e as capacidades de CE, replicaram-se os coeficientes de correlação de *Pearson* ( $r$ ) e respetivas significâncias estatísticas.

- Para o estudo dos determinantes da CE e das correlações entre a CE e respetivas capacidades, foi usada a metodologia da inversão dos itens.

## 5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

A apresentação do tratamento estatístico dos dados constitui a materialização de toda a informação que se recolheu ao longo do estudo. Esta materialização foi realizada tendo como base o racional metodológico, estatístico e teórico apresentado anteriormente.

Ao longo deste capítulo serão descritos os resultados obtidos na colheita dos dados. A sua apresentação será efetuada e da seguinte forma:

- ✓ Caracterização das variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra;
- ✓ Perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao Doente Crítico (DC);
- ✓ Relação entre *profissão* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Correlação entre *tempo de exercício profissional* e Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Diferença de médias e respetiva significância entre *formação específica para a abordagem ao DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Correlação entre *tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral* e a Competência Emocional e capacidades da CE;
- ✓ Correlação entre *tempo de exercício profissional no contato com o DC* e a Competência Emocional e capacidades da CE
- ✓ Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico.

Esta forma de apresentar os dados obtidos tem o intuito de facilitar a sua compreensão respeitando a sequência dos objetivos apresentados e a filosofia com a qual foi realizada esta pesquisa. Por razões metodológicas a apresentação dos resultados relativos ao objetivo “Estudar os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico” far-se-á no último subcapítulo.

#### 4.1. Caracterização da Amostra

A amostra é constituída, na sua totalidade, por cento e dois profissionais de saúde contactaram, no decorrer do seu exercício profissional, com doentes críticos. Relativamente à caracterização da amostra quanto ao género sexual e a idade, a grande maioria é do sexo feminino, correspondendo a 78% da amostra. As idades mais representativas são as compreendidas entre os 30 e 34 anos, representando no seu conjunto 40.2% da amostra.

**Quadro 2** – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis “sexo” e “idade”

| IDADE \ SEXO | SEXO |   | Feminino | Masculino | Total  |
|--------------|------|---|----------|-----------|--------|
|              | n    | % |          |           |        |
| 20-24 anos   | n    |   | 1        | 0         | 1      |
|              | %    |   | 1,3%     | 0,0%      | 1,0%   |
| 25-29 anos   | n    |   | 5        | 1         | 6      |
|              | %    |   | 6,4%     | 4,2%      | 5,9%   |
| 30-34 anos   | n    |   | 28       | 13        | 41     |
|              | %    |   | 35,9%    | 54,2%     | 40,2%  |
| 35-39 anos   | n    |   | 19       | 4         | 23     |
|              | %    |   | 24,4%    | 16,7%     | 22,5%  |
| 40-44 anos   | n    |   | 13       | 5         | 18     |
|              | %    |   | 16,7%    | 20,8%     | 17,6%  |
| 45-49 anos   | n    |   | 5        | 0         | 5      |
|              | %    |   | 6,4%     | 0,0%      | 4,9%   |
| 50-54 anos   | n    |   | 6        | 0         | 6      |
|              | %    |   | 7,7%     | 0,0%      | 5,9%   |
| 55-59 anos   | n    |   | 1        | 1         | 2      |
|              | %    |   | 1,3%     | 4,2%      | 2,0%   |
| Total        | n    |   | 78       | 24        | 102    |
|              | %    |   | 100,0%   | 100,0%    | 100,0% |

Relativamente ao estado civil, os elementos da amostra dividem-se entre solteiros (44.1%), casados (31.4%), em de união de facto (20.6%) e divorciados (3.9%). Sendo na sua maioria solteiros, num total de 45 indivíduos (quadro 3).

**Quadro 3** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável da amostra “estado civil”.

| Estado civil   | Freq. Absoluta (n) | Freq. Relativa (%) |
|----------------|--------------------|--------------------|
| Solteiro       | 45                 | 44,1               |
| Casado         | 32                 | 31,4               |
| União de facto | 21                 | 20,6               |
| Divorciados    | 4                  | 3,9                |
| <b>TOTAL</b>   | <b>102</b>         | <b>100</b>         |

Em relação às variáveis “*Habilitações Literárias* e “*Profissão*”, a maioria da amostra têm licenciatura (64,7%) e a maioria dos elementos da amostra pertencem ao grupo profissional *Enfermeiro* correspondendo a 73.6% da amostra (47.1% *Enfermeiro Generalista* e 26,5% *Enfermeiro Especialista*).

**Quadro 4** – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “*profissão*” e “*habilitações literárias*”.

| Profissão           | Habilitações Literárias |       | Ens. Sec. | Licenciatura | Mestrado | Doutoramento | Total |
|---------------------|-------------------------|-------|-----------|--------------|----------|--------------|-------|
|                     | n                       | %     |           |              |          |              |       |
| Assist. Operacional | n                       | 6     | 85,7%     | 1            | 0        | 0            | 7     |
|                     | %                       | 14,3% |           |              |          |              |       |
| Administrativo      | n                       | 1     | 100,0%    | 0            | 0        | 0            | 1     |
|                     | %                       | 0,0%  |           |              |          |              |       |
| TDT                 | n                       | 0     | 0,0%      | 4            | 1        | 0            | 5     |
|                     | %                       | 80,0% |           |              |          |              |       |
| Enf. Generalista    | n                       | 0     | 0,0%      | 40           | 8        | 0            | 48    |
|                     | %                       | 83,3% |           |              |          |              |       |
| Enf. Especialista   | n                       | 0     | 0,0%      | 13           | 14       | 0            | 27    |
|                     | %                       | 48,1% |           |              |          |              |       |
| Interno de Medicina | n                       | 0     | 0,0%      | 1            | 3        | 0            | 4     |
|                     | %                       | 25,0% |           |              |          |              |       |
| Médico Especialista | n                       | 0     | 0,0%      | 5            | 1        | 1            | 7     |
|                     | %                       | 71,4% |           |              |          |              |       |
| Outro               | n                       | 0     | 0,0%      | 2            | 1        | 0            | 3     |
|                     | %                       | 66,7% |           |              |          |              |       |
| Total               | n                       | 7     | 6,9%      | 66           | 28       | 1            | 102   |
|                     | %                       | 64,7% |           |              |          |              |       |

De modo a comparar *tempo médio de contacto com o doente crítico* durante o dia laboral com *formação específica para a abordagem ao doente crítico*, a maioria da amostra responde ter recebido formação (56.9%). Os elementos da amostra que passam mais tempo com o doente crítico, que correspondem aos profissionais de saúde passam mais de 8 horas do seu dia de trabalho com o DC (32.3%) possuem na sua maioria formação específica para a abordagem ao doente crítico (75% para os profissionais que passam 8 horas e 66.7% para os profissionais que cuidam do doente crítico mais de 10 horas).

**Quadro 5** – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo médio de contacto com o DC durante o dia laboral” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC”.

|   |         |       | Recebeu Formação Específica para a abordagem ao Doente Crítico? |        | Total  |
|---|---------|-------|---|--------|--------|
|   |         |       | Não   | Sim    |        |
| Tempo médio de contato com o Doente Crítico durante o dia laboral | <1 hora | n     | 14  | 14     | 28     |
|   |         | %     | 50,0%   | 50,0%  | 100,0% |
|   | 1 hora  | n     | 2   | 3      | 5      |
|   |         | %     | 40,0%   | 60,0%  | 100,0% |
|   | 2 horas | n     | 5   | 2      | 7      |
|   |         | %     | 71,4%   | 28,6%  | 100,0% |
|   | 3 horas | n     | 0   | 3      | 3      |
|   |         | %     | 0,0%  | 100,0% | 100,0% |
|   | 4 horas | n     | 4   | 4      | 8      |
|   |         | %     | 50,0%   | 50,0%  | 100,0% |
| 5 horas   | n       | 1     | 4   | 5      |        |
|   | %       | 20,0% | 80,0%   | 100,0% |        |
| 6 horas   | n       | 2     | 2   | 4      |        |
|   | %       | 50,0% | 50,0%   | 100,0% |        |
| 7 horas   | n       | 7     | 2   | 9      |        |
|   | %       | 77,8% | 22,2%   | 100,0% |        |
| 8 horas   | n       | 6     | 18  | 24     |        |
|   | %       | 25,0% | 75,0%   | 100,0% |        |
| >10 horas   | n       | 3     | 6   | 9      |        |
|   | %       | 33,3% | 66,7%   | 100,0% |        |
| <b>Total</b>  |         | n     | 44  | 58     | 102    |
|   |         | %     | 43,1%   | 56,9%  | 100,0% |

Relativamente ao tempo de exercício profissional, 31.4% respondeu trabalhar entre 10 e 14 anos, sendo que destes 53.1% não receberam formação específica para a abordagem ao DC. Seguidos pelos profissionais que exercem a sua profissão entre 5 a 9 anos, dos quais 64.3% responderam ter formação específica (quadro 6).

**Quadro 6** – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo de exercício profissional” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC”.

|                                 |            |       | Recebeu Formação Específica para a abordagem ao Doente Crítico? |       | Total  |
|---------------------------------|------------|-------|---|-------|--------|
|                                 |            |       | Não   | Sim   |        |
| Tempo de exercício profissional | 0-4 anos   | n     | 2   | 6     | 8      |
|                                 |            | %     | 25,0%   | 75,0% | 4,8%   |
|                                 | 5-9 anos   | n     | 10  | 18    | 28     |
|                                 |            | %     | 35,7%   | 64,3% | 27,5%  |
|                                 | 10-14 anos | n     | 17  | 15    | 32     |
|                                 |            | %     | 53,1%   | 46,9% | 31,4%  |
|                                 | 15-19 anos | n     | 9   | 6     | 15     |
|                                 |            | %     | 60,0%   | 40,0% | 14,7%  |
| 20-24 anos                      | n          | 3     | 9   | 12    |        |
|                                 | %          | 25,0% | 75,0%   | 11,8% |        |
| 25-29 anos                      | n          | 3     | 3   | 6     |        |
|                                 | %          | 50,0% | 50,0%   | 5,9%  |        |
| 35 anos ou +                    | n          | 0     | 1   | 1     |        |
|                                 | %          | 0,0%  | 100,0%  | 1%    |        |
| Total                           |            | n     | 44  | 58    | 102    |
|                                 |            | %     | 43,1%   | 56,9% | 100,0% |

Em relação ao tempo de exercício profissional no contacto com o DC, 40.2% da amostra trabalha entre zero a 4 anos, destes 51.2% receberam formação específica para a abordagem ao doente crítico. Através do quadro 7 pode verificar-se os profissionais que trabalham há mais tempo com o doente crítico, possuem na sua maioria formação específica para a abordagem ao doente crítico. Entre os profissionais que trabalham num intervalo de tempo compreendido entre 25 a 29 anos com o doente crítico, 100% têm formação específica para a abordagem a este tipo de doentes. Dos profissionais que trabalham entre 20 a 24 anos com o doente crítico, 66.7% receberam formação. Pode, também, verificar-se que em todos intervalos de tempo a maioria dos profissionais possuem formação específica para a abordagem ao DC.

**Quadro 7** – Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis da amostra “tempo de exercício profissional no contacto com o DC” e “recebeu formação específica para a abordagem ao DC”.

|   |            |        | Recebeu Formação Específica para a abordagem ao Doente Crítico? |             | Total         |
|---|------------|--------|---|-------------|---------------|
|   |            |        | Não   | Sim         |               |
| Tempo de exercício profissional, no contacto com o doente crítico | 0-4 anos   | n<br>% | 20<br>48,8%   | 21<br>51,2% | 41<br>40,2%   |
|   | 5-9 anos   | n<br>% | 13<br>43,3%   | 17<br>56,7% | 30<br>29,4%   |
|   | 10-14 anos | n<br>% | 5<br>33,3%  | 10<br>66,7% | 15<br>14,7%   |
|   | 15-19 anos | n<br>% | 4<br>50,0%  | 4<br>50,0%  | 8<br>7,8%     |
|   | 20-24 anos | n<br>% | 2<br>33,3%  | 4<br>66,7%  | 6<br>5,9%     |
|   | 25-29 anos | n<br>% | 0<br>0,0%   | 2<br>100,0% | 2<br>2%       |
|   | Total      | n<br>% | 44<br>43,1%   | 58<br>56,9% | 102<br>100,0% |

Relativamente à **Formação em Inteligência Emocional/ Educação Emocional e/ou Competência Emocional**, 94.1% da amostra refere não ter tido este tipo de formação, os restantes 5.9% tiveram formação nestas áreas.

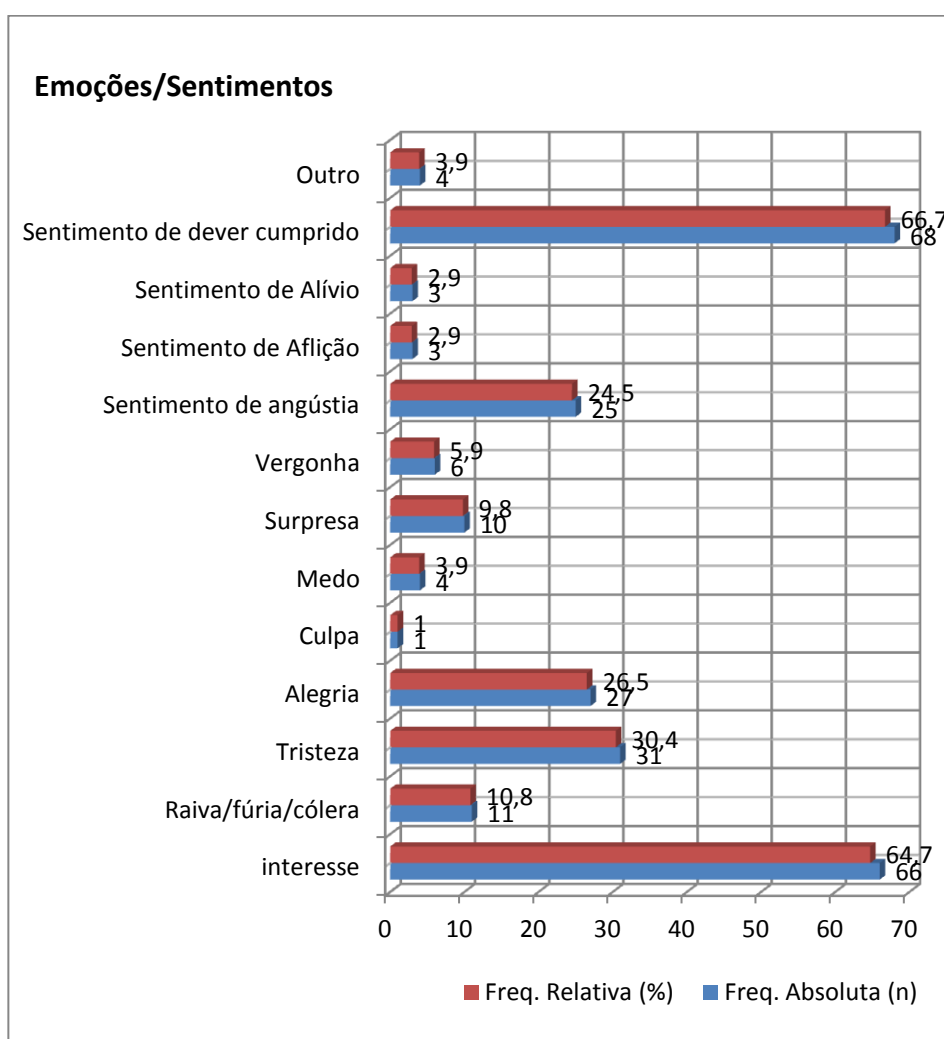
Para além das variáveis sociodemográficas para caracterizar a amostra foram introduzidas, no IRD, outras variáveis para caracterizar a amostra que se relacionam com aspetos relacionados com a sua atividade profissional e com o seu local de trabalho:

- Emoções e sentimentos presentes quando o profissional pensa acerca do seu local de trabalho;
- Consciência que invadem o profissional de saúde perante a abordagem ao doente crítico;
- Nível de satisfação do profissional de saúde acerca do seu local de trabalho e funções desempenhadas.

Estas variáveis dizem respeito à motivação intrínseca do investigador deste estudo, enquanto profissional de saúde a estudar a temática *Determinantes da Competência Emocional* em profissionais de saúde.

Uma variável escolhida para caracterizar a amostra relaciona-se com as emoções/sentimentos que surgem aos profissionais da saúde quando pensam no seu local de trabalho.

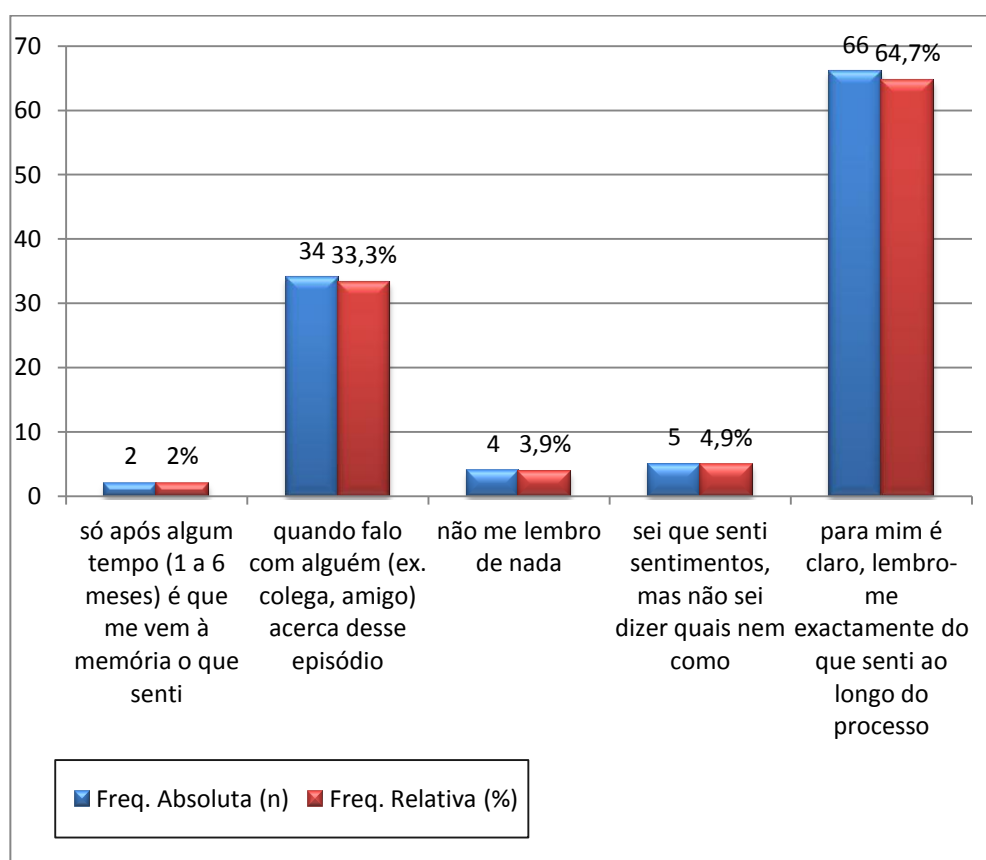
Como se pode verificar no gráfico 1, as opções mais escolhidas foram, “sentimento de dever cumprido” com 66.7%; “interesse” com 64.7% e “tristeza” com 30.7%. Nesta amostra 1% revelou sentir “culpa” e 3.9% “medo”, sendo estas duas emoções as opções menos selecionadas.



**Gráfico 1** – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) das emoções/sentimentos selecionados pela amostra quando pensam no seu local de trabalho

Os elementos foram questionados relativamente á consciência do tipo de sentimentos que os invadem (no momento de abordagem ao doente crítico).

Os resultados do gráfico 2 revelam que 64,7% (opção com maior percentagem) responderam que “*para mim é claro, lembro-me exactamente do que sento ao longo do processo*”. Contudo 3,9% escolheram a opção “*não me lembro de nada*”. Nesta amostra 33,3% revelam que apenas quando verbalizam a experiência se lembram do tipo de sentimento que a invadem no momento da abordagem ao doente crítico, escolhendo a opção “*quando falo com alguém (...)*”.



**Gráfico 2** – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) para a variável “*tenho consciência dos sentimentos que me invadem...*”

Identificar o nível de satisfação, da amostra, acerca do seu local de trabalho/funções desempenhadas, foi outra variável escolhida para caracterizar a amostra.

Como se pode verificar no quadro seguinte (quadro 8), 46.1% da amostra diz estar satisfeita (39.2% “*satisfeito*” e 6.9% “*muito satisfeito*”), 41.2% dizem estar “*nem satisfeitos nem insatisfeito*” e apenas 12.7% se dizem “*pouco satisfeitos*” - 8.8% e “*nada satisfeitos*” – 3.9%.

**Quadro 8** – Apresentação da distribuição dos valores das Frequências Absolutas (n) e Relativas (%) perante a perceção de satisfação da amostra acerca do seu local de trabalho/funções

| Satisfação no trabalho/funções  | Freq. Absoluta (n) | Freq. Relativa (%) |
|---------------------------------|--------------------|--------------------|
| Nada satisfeito                 | 4                  | 3,9                |
| Pouco Satisfeito                | 9                  | 8,8                |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 42                 | 41,2               |
| Satisfeito                      | 40                 | 39,2               |
| Muito Satisfeito                | 7                  | 6,9                |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>102</b>         | <b>100</b>         |

#### **4.2. Perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico**

A distribuição dos valores da variável dependente, a Competência Emocional, foi obtida através da média das cinco capacidades, aqui com estatuto de variáveis independentes para os itens da escala que compreende o IRD.

Assumindo, na escala EVCE, 1 – “*nunca*” e o 7 – “*sempre*”, pode concluir-se que a amostra se revela como emocionalmente competente com uma média de 4,85 próximo do valor 5 – atribuição “*frequente*”.

Relativamente às capacidades da CE, a amostra apresenta para todas as capacidades um valor médio de frequência temporal próximo da atribuição “*frequente*”. Os elementos da amostra têm a perceção que frequentemente são autoconscientes ( $X=4.96$ ;  $s=0.66$ ); estão auto-motivados ( $X=5.11$ ;  $s=0.67$ ); gerem as suas emoções ( $X=4.64$ ;  $s=0.62$ ); são empáticos ( $X=5.10$ ;  $s=0.74$ ) e conseguem gerir emoções em grupo ( $X=4.70$ ;  $s=0.76$ ).

**Quadro 9** – Apresentação da análise descritiva das dimensões da Competência Emocional e das capacidades de CE (estudo com inversão de itens) - EVCE

|                                    | X           | s           | Mínimo      | Máximo      | Intervalo de variação |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------|
| <b>Competência emocional</b>       | <b>4,86</b> | <b>0,55</b> | <b>3,39</b> | <b>6,37</b> | <b>2,98</b>           |
| <b>Autoconsciência</b>             | 4,96        | 0,66        | 3,00        | 6,45        | 3,45                  |
| <b>Auto-motivação</b>              | 5,11        | 0,67        | 3,38        | 6,62        | 3,24                  |
| <b>Gestão de emoções</b>           | 4,64        | 0,62        | 3,21        | 6,21        | 3,00                  |
| <b>Empatia</b>                     | 4,90        | 0,74        | 3,83        | 6,92        | 3,09                  |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> | 4,70        | 0,76        | 2,86        | 6,64        | 3,78                  |

Relativamente às capacidades que caracterizam perfil de Competência Emocional da amostra foi determinado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre as capacidades da CE e a Competência Emocional, apresentando os valores no quadro 10.

Todas as correlações são estatisticamente significativas, verifica-se que **todas as capacidades da CE contribuem positivamente para a Competência Emocional**.

Em termos e intensidade das correlações, e de forma decrescente temos em primeiro a Auto-motivação (0.812), Empatia (0.784), Gestão de Emoções (0.774), seguidas da Autoconsciência (0.701) e da Gestão de Emoções em Grupos (0.691).

**Quadro 10** – Apresentação da análise correlacional entre as cinco Capacidades da CE e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e nível de significância (p)

|                             |   | Autoconsciência | Gestão de emoções | Auto-motivação | Empatia      | Gestão de emoções em grupos |
|-----------------------------|---|-----------------|-------------------|----------------|--------------|-----------------------------|
| Autoconsciência             | r | 1               |                   |                |              |                             |
|                             | p | 0,000           |                   |                |              |                             |
| Gestão de emoções           | r | 0,507           | 1                 |                |              |                             |
|                             | p | 0,000           | 0,000             |                |              |                             |
| Auto-motivação              | r | 0,652           | 0,646             | 1              |              |                             |
|                             | p | 0,000           | 0,000             | 0,000          |              |                             |
| Empatia                     | r | 0,338           | 0,479             | 0,470          | 1            |                             |
|                             | p | 0,001           | 0,000             | 0,000          | 0,000        |                             |
| Gestão de emoções em grupos | r | 0,205           | 0,350             | 0,336          | 0,616        | 1                           |
|                             | p | 0,039           | 0,000             | 0,001          | 0,000        | 0,000                       |
| Competência Emocional       | r | <b>0,701</b>    | <b>0,774</b>      | <b>0,812</b>   | <b>0,787</b> | <b>0,691</b>                |
|                             | p | <b>0,000</b>    | <b>0,000</b>      | <b>0,000</b>   | <b>0,000</b> | <b>0,000</b>                |

#### 4.2.1 – Análise Fatorial da Competência Emocional

A segunda parte do questionário, é constituída pela Escala Veiga das Competências Emocionais (EVCE), cujos indicadores foram submetidos à Análise Fatorial de Componentes Principais (AFCP), integradas em cada uma das subescalas relativas às cinco capacidades da variável dependente em estudo – Competência Emocional – nomeadamente:

- Autoconsciência;
- Gestão de Emoções;
- Auto-motivação;
- Empatia;
- Gestão de Emoções em Grupo.

Estas capacidades constituem a base do constructo teórico da CE, como ficou explícito na fundamentação teórica deste estudo.

A Análise Fatorial de Componentes Principais é um método estatístico cuja finalidade é permitir transformar um conjunto menor de variáveis, não correlacionadas, designadas de componentes principais ou fatores, como defendem Pestana e Gageiro (2005), as correlações entre variáveis observáveis são geradas pelas suas relações com um número de variáveis subjacentes ou conceitos, não diretamente medidos, designados por fatores comuns ou variáveis latentes. Ribeiro (2010) acredita que o recurso a este procedimento justifica-se *“quando se trata de avaliar a estrutura dos testes ou medidas utilizadas, dado este ser um procedimento de referência para o estudo da validade do constructo”*.

Para medir o grau de consistência interna entre as variáveis agrupadas em fatores, foi determinado o alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach, considerando uma expressão mínima de consistência interna de 0.5, valor que, de acordo com Maroco (2007), abaixo do qual é considerado inaceitável.

Em anexo (**Anexo II**) será apresentado um quadro onde se organizaram todos os dados relativos à análise fatorial, com níveis de saturação dos itens da escala, coeficientes de  $\alpha$  de Cronbach, desvio padrão, variância, KMO das capacidades da CE.

## Autoconsciência

Realizada a AFCP à subescala da primeira capacidade, constituída na EVCE por um conjunto de 20 itens (variáveis interdependentes), foi obtido um perfil de Autoconsciência com 4 fatores (F1; F2; F3 e F4) e 18 itens.

Os quatro fatores extraídos explicam 62.42% da variância total do perfil desta Capacidade com resultados satisfatórios de fiabilidade interna e uma boa adequabilidade para a realização de AFCP (KMO 0.824), expressam atitudes emocionais que vão desde alterações a nível racional e relacional, passando por uma auto-perceção consciente e perceção positiva de si, até uma perceção negativa de si.

O quadro 10 apresenta os valores de  $\alpha$  de Cronbach, média e desvio padrão para os fatores extraídos e a média e desvio padrão para cada um dos itens.

**Quadro 11** – AFCP da subescala Autoconsciência com média, desvio padrão e  $\alpha$  de Cronbach

|  | $\alpha$     | X           | s           | Min-max    |
|--|--------------|-------------|-------------|------------|
| <b>AUTOCONSCIÊNCIA</b>   | <b>0.815</b> | <b>3.89</b> | <b>1.27</b> | <b>1-7</b> |
| <b>F1. Alterações a nível racional e relacional</b>  | <b>0.871</b> | <b>3.44</b> | <b>1.65</b> | <b>1-7</b> |
| *Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar (...)                                      | -            | 3.56        | 1.64        | 1-7        |
| *Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, (...)  | -            | 3.82        | 1.65        | 1-7        |
| *Altera-se o meu comportamento ao nível relacional (...)   | -            | 3.39        | 1.72        | 1-7        |
| *Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos (...)   | -            | 2.99        | 1.63        | 1-7        |
| *Sinto que me deixo absorver por essas emoções(...)  | -            | 3.46        | 1.59        | 1-7        |
| <b>F2. Auto-perceção Consciente</b>  | <b>0.790</b> | <b>5.41</b> | <b>0.81</b> | <b>1-7</b> |
| Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, (...), seguro dos meus próprios limites | -            | 5.52        | 1.05        | 2-7        |
| Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo (...)                                     | -            | 5.38        | 1.23        | 1-7        |
| Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem (...)                                | -            | 4.91        | 1.62        | 1-7        |
| Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance (...)                                 | -            | 5.34        | 1.36        | 1-7        |
| Observadora, consciente do que se passa à minha volta.   | -            | 5.56        | 1.31        | 3-7        |
| Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.   | -            | 5.43        | 1.17        | 2-7        |
| Racional, no que respeita aos meus sentimentos.  | -            | 5.31        | 1.41        | 1-7        |
| <b>F3. Perceção Positiva de Si</b>   | <b>0.699</b> | <b>4.17</b> | <b>1.31</b> | <b>1-7</b> |
| *Azarada, não tenho sorte na vida.   | -            | 2.46        | 1.33        | 1-6        |
| Positiva, encaro a vida pela positiva  | -            | 5.41        | 1.26        | 2-7        |
| Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.  | -            | 5.70        | 1.01        | 2-7        |
| *Ruminativa, sempre a "matutar".   | -            | 3.09        | 1.62        | 1-7        |
| <b>F4. Perceção Negativa de Si</b>   | <b>0.727</b> | <b>2.55</b> | <b>1.31</b> | <b>1-7</b> |
| *Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo (...)                                 | -            | 2.66        | 1.36        | 1-6        |
| *Instável, com várias mudanças de humor.   | -            | 2.44        | 1.32        | 1-6        |

Uma leitura dos dados de cada um destes fatores mostra que:

O **Fator 1 – Alterações a nível racional e relacional** – apresenta um valor de consistência interna do constructo representativo da coerência interna dos cinco itens que o constituem ( $\alpha=0.871$ ) e uma média de 3.44 que se situa, na Escala Temporal de Lickert, na atribuição “pouco frequente”, o que vem a revelar que estes profissionais de saúde vivem estas alterações pouco frequentemente. Por oposição o fator **Auto-percepção Consciente (Fator 2)**, constituído por 7 itens, que saturam entre 0.730 e 0.582, apresenta uma média de 5.41 que na Escala Temporal de Lickert, situa-se entre a atribuição “frequente” e “muito frequente” com um valor de consistência interna  $\alpha=0.790$ .

Em relação ao **Fator 3 (Percepção Positiva de Si)** os quatro itens que o constituem, apresentam uma média de 4.17 situando-se na atribuição “por norma” na Escala Temporal de Lickert. Este fator, através dos seus itens, revela a percepção positiva que os sujeitos têm da sua pessoa emocional, exprimindo atitudes e interpretações positivas de racionalidade, otimismo, flexibilidade e autonomia. Apresenta um valor de consistência interna  $\alpha=0.699$ , porque insere duas atitudes positivas (sentimentos de si próprio) ao nível “frequente” e duas atitudes menos positivas com frequência menor, de onde se verifica que a amostra tem uma percepção positiva de si, o que corrobora o **Fator 4 – Percepção Negativa de Si** – apesar de ser constituído, apenas por 2 itens, considera-se a sua não exclusão por expressar aspetos relevantes da capacidade emocional Autoconsciência, já que enquadra atitudes de percepção pessoal emocional de atitudes negativas de racionalidade. Este fator apresenta uma média de 2.55, situando-se na atribuição “raramente” e um  $\alpha=0.727$ , o que revela que estes profissionais de saúde vivem atitudes de percepção pessoal negativa raramente.

### Gestão de Emoções

Pela AFCP da 2ª Capacidade – Gestão de Emoções – foi possível obter 4 fatores (F5; F6; F7 e F8) e 15 itens, como se pode observar no quadro 12.

Os quatro fatores extraídos refletem 63.91% da variância total do perfil desta Capacidade, com resultados satisfatórios de fiabilidade interna e adequabilidade para

a realização de AFCP (KMO 0.697), expressam atitudes emocionais que vão desde “Fuga, Solidão com Ruminação” e “Afastamento Passivo” até “Racionalização e Readaptação Emocional” e “Transformação de Energia Emocional em Física”.

**Quadro 12** – AFCP da subescala Gestão de Emoções com média, desvio padrão e  $\alpha$  de Cronbach

|   | $\alpha$     | X           | s           | Min-máx.   |
|---|--------------|-------------|-------------|------------|
| <b>GESTÃO DA EMOÇÕES</b>  | <b>0.724</b> | <b>4.23</b> | <b>1.33</b> | <b>1-7</b> |
| <b>F5. Fuga, Solidão com Ruminação</b>  | <b>0.804</b> | <b>3.30</b> | <b>1.52</b> | <b>1-7</b> |
| *Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.                              | -            | 2.96        | 1.61        | 1-7        |
| *Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa | -            | 3.25        | 1.47        | 1-7        |
| *Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a (...)                           | -            | 2.97        | 1.60        | 1-7        |
| *Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos (...).                          | -            | 2.80        | 1.50        | 1-6        |
| Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, (...)   | -            | 4.54        | 1.40        | 1-7        |
| <b>F6. Afastamento Passivo</b>  | <b>0.721</b> | <b>4.76</b> | <b>0.96</b> | <b>1-7</b> |
| Procurei “arrefecer”, num ambiente (...)  | -            | 4.97        | 1.29        | 1-7        |
| Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.                                   | -            | 4.77        | 1.27        | 1-7        |
| Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer                  | -            | 4.70        | 1.41        | 1-7        |
| Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. (...)  | -            | 4.59        | 1.35        | 1-7        |
| Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação (...)                                   | -            | 4.46        | 1.45        | 1-7        |
| <b>F7. Racionalização e Readaptação Emocional</b>   | <b>0.702</b> | <b>4.96</b> | <b>1.04</b> | <b>1-7</b> |
| Raciocinei. Tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira (...)                           | -            | 5.13        | 1.12        | 2-7        |
| Olhei para a situação/facto, por outro prisma e reavaliei (...)                                   | -            | 5.04        | 1.28        | 2-7        |
| Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles (...)                                | -            | 4.73        | 1.35        | 2-7        |
| <b>F8. Transformação de Energia Emocional em Física</b>   | <b>0.817</b> | <b>3.91</b> | <b>1.81</b> | <b>1-7</b> |
| Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade...                            | -            | 3.31        | 1.86        | 1-7        |
| Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto   | -            | 4.51        | 2.08        | 1-7        |

Após obtenção destes resultados, pode-se fazer a seguinte leitura:

O **Fator 5** com a designação **Fuga, Solidão com Ruminação**, apresenta um valor de consistência interna de  $\alpha=0.80$ . É constituído por cinco itens que agrupam atitudes e comportamentos que revelam a capacidade que o sujeito tem de perceber atitudes negativas de ruminação, isolamento, bem como de experiências negativas, na sua pessoa emocional. Este fator tem uma média de 3.30, que se situa na atribuição “pouco frequente”, o que indica que estes profissionais vivenciam com pouca frequência estas percepções.

O **Fator 6** denomina-se **Afastamento Passivo**, traduz atitudes de afastamento de situações de conflito por parte do profissional de saúde, após consciencialização da emoção ou sentimento negativo, tentando afastá-lo de forma racionalizada. É constituído por 5 itens que evidenciam essa atitude reativa. Os itens apresentam uma média de 4.76, localizando-se na categoria “*frequente*” da Escala Temporal de Lickert. Apresenta um valor de consistência interna  $\alpha=0.72$ . O **Fator 7 (Racionalização e Readaptação Emocional)** reflete a perceção de uma atitude de racionalização, já que se direciona para uma readaptação emocional. É constituído por 3 itens e assume uma atribuição “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert, com uma média de 4.96. Tem um  $\alpha$  de Cronbach de 0.70. O **Fator 8 – Transformação de Energia Emocional em Física** – apresenta um  $\alpha=0.82$ , revelando que existem sujeitos da amostra que tentam ultrapassar as emoções e sentimentos negativos através de exercício físico. Constituído por dois itens, “*Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade*” e “*Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto*” que assumem uma atribuição entre “*por norma*” ( $X= 3.91$ ) na Escala Temporal de Lickert.

Auto-motivação

Pela AFCP da 3ª Capacidade (Auto-motivação) obtiveram-se 5 fatores (F9; F10; F11; F12 e F13) constituídos por 20 itens.

Os cinco fatores extraídos e que apresentam 65.21% da variância total do perfil desta Capacidade, com resultados satisfatórios de fiabilidade interna e adequabilidade para a realização de AFCP (KMO 0.782) expressam atitudes emocionais que vão desde “Iliteracia Emocional” e “Iliteratos Manipulados pela Energia Emocional” até “Literacia Emocional”, “Racionalização do Fluxo” e “Estado de Fluxo”.

**Quadro 13** – AFCP da subescala Auto-motivação com média, desvio padrão e  $\alpha$  de Cronbach

|   | $\alpha$     | X           | s           | Min-máx    |
|---|--------------|-------------|-------------|------------|
| <b>AUTO-MOTIVAÇÃO</b>   | <b>0.824</b> | <b>3.98</b> | <b>1.18</b> | <b>1-7</b> |
| <b>F9. Iliteracia Emocional</b>   | <b>0.875</b> | <b>2.42</b> | <b>1.39</b> | <b>1-7</b> |
| *Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).                           | -            | 2.11        | 1.40        | 1-6        |
| *Derrotista (não tenho sorte na vida).                                    | -            | 1.98        | 1.26        | 1-6        |
| *Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração              | -            | 2.35        | 1.31        | 1-6        |
| *Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas       | -            | 2.95        | 1.40        | 1-7        |
| *Invade-me a autopiedade. Acabo por me sentir “down” (...)                | -            | 2.60        | 1.47        | 1-6        |
| *Sou assaltado por pensamentos (será que(...))                            | -            | 2.58        | 1.50        | 1-7        |
| <b>F10. Iliteratos Manipulados pela Energia Emocional</b>                 | <b>0.716</b> | <b>3.01</b> | <b>1.47</b> | <b>1-7</b> |
| *Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita (...)          | -            | 2.59        | 1.42        | 1-6        |
| *Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.          | -            | 2.87        | 1.48        | 1-7        |
| *Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...       | -            | 3.58        | 1.50        | 2-7        |
| <b>F11. Literacia Emocional</b>   | <b>0.743</b> | <b>5.15</b> | <b>0.91</b> | <b>1-7</b> |
| Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.   | -            | 5.25        | 1.21        | 2-7        |
| Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.        | -            | 5.46        | 1.14        | 2-7        |
| Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (...)               | -            | 5.27        | 1.16        | 1-7        |
| Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas | -            | 4.01        | 1.90        | 2-7        |
| <b>F12. Racionalização do Fluxo</b>                                       | <b>0.544</b> | <b>4.72</b> | <b>1.06</b> | <b>1-7</b> |
| Capaz de sair de qualquer sarilho.  | -            | 4.86        | 1.24        | 2-7        |
| Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).                           | -            | 4.83        | 1.67        | 1-7        |
| Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora (...)       | -            | 3.65        | 1.84        | 2-7        |
| <b>F13. Estado de fluxo</b>   | <b>0.558</b> | <b>4.61</b> | <b>1.06</b> | <b>1-7</b> |
| Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado (...)         | -            | 4.54        | 1.65        | 1-7        |
| Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.                   | -            | 5.54        | 1.26        | 1-7        |
| Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente (...)        | -            | 5.89        | 1.40        | 1-7        |
| *Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.              | -            | 2.46        | 1.26        | 1-6        |

O **Fator 9** denominado por **Iliteracia Emocional**, reúne percepções pessoais de negativismo emocional, apresenta uma validade interna do constructo no valor de

$\alpha=0.875$  e um valor médio de 2.42, assumindo uma atribuição entre “*raramente*”, na Escala Temporal de Lickert, o **Fator 10 – Iliteratos Manipulados pela Energia Emocional**, com um  $\alpha=0.719$ , é constituído por três itens que saturam entre 0.786 e 0.692 e agrupa atitudes que revelam a capacidade que o sujeito tem de perceber comportamentos negativos de baixa automotivação, insegurança e passividade, na sua pessoa emocional. Este fator tem uma média de 3.01, que se situa na atribuição “*pouco frequente*” na Escala Temporal de Lickert. Estes fatores revelam que só raramente e pouco frequentemente são vivenciadas, pelos sujeitos, as atitudes que constituem estes fatores. Por oposição o **Fator 11 – Literacia Emocional** – apresenta uma média de 5.15 e um  $\alpha=0.743$ , situando-se na atribuição “*frequente*” revelando a percepção positiva que os sujeitos têm da sua pessoa emocional, exprimindo atitudes e interpretações positivas de educação e autoconsciência emocional. O **Fator 12** reflete a percepção de uma atitude de racionalização e estabilidade, sendo designado de **Racionalização do Fluxo** baseando-se em afirmações, tais como: “*Sou capaz de sair de qualquer sarilho*”; “*Experimento sensações de prazer*” e “*Penso no caso e tento encontrar uma atitude temporizadora*” que constituem os 3 itens (saturam entre 0.726 e 0.597) e assumem uma atribuição entre “*por norma*” e “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert, por uma média de 4.72 e um  $\alpha=0.544$ . O **Fator 13 – Estado de Fluxo** – compreende uma média de 4.61 (atribuição entre o “*por norma*” e o “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert) e apresenta uma validade interna do constructo no valor de  $\alpha=0.558$ . Este fator revela um certo ensimesmamento e em simultâneo um estado de racionalização, que conduz a uma concentração total na ação que envolve emocionalmente o sujeito.

### Empatia

Pela AFCP da 4ª Capacidade – Empatia – foi possível extrair 4 fatores (F14; F15; F16 e F17) e 12 itens.

Os quatro fatores extraídos, que refletem 72.99% da variância total do perfil desta Capacidade, e com resultados satisfatórios de fiabilidade interna e boa adequabilidade para a realização de AFCP (KMO 0.805), manifestam atitudes

emocionais que vão desde “Valorização da Expressão”, “Literato Emocional em Conflito”, “Sintonia Relacional” e “Valorização da Expressão da Oralidade”.

**Quadro 14** – AFCP da subescala Empatia com média, desvio padrão e  $\alpha$  de Cronbach

|   | $\alpha$     | X           | s           | Mín.-máx   |
|---|--------------|-------------|-------------|------------|
| <b>EMPATIA</b>  | <b>0.840</b> | <b>4.92</b> | <b>1.02</b> | <b>1-7</b> |
| <b>F14. Valorização da Expressão</b>  | <b>0.884</b> | <b>5.43</b> | <b>0.96</b> | <b>1-7</b> |
| Os gestos (mãos, corpo).  | -            | 5.44        | 1.15        | 2-7        |
| A direção do olhar (...)  | -            | 5.58        | 1.05        | 3-7        |
| O tom de voz.   | -            | 5.28        | 1.15        | 3-7        |
| A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.                     | -            | 5.43        | 1.11        | 3-7        |
| <b>F15. Literato Emocional em Conflito</b>  | <b>0.724</b> | <b>4.12</b> | <b>1.13</b> | <b>1-7</b> |
| *Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e (...)                            | -            | 3.33        | 1.54        | 1-7        |
| Fico recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena (...)       | -            | 4.59        | 1.33        | 1-7        |
| Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. (...)                                | -            | 4.58        | 1.35        | 2-7        |
| <b>F16. Sintonia Relacional</b>   | <b>0.744</b> | <b>5.31</b> | <b>0.92</b> | <b>1-7</b> |
| Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, (...)                             | -            | 4.82        | 1.32        | 1-7        |
| “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros.                                     | -            | 5.53        | 1.01        | 3-7        |
| “Ler” os canais não-verbais (...)   | -            | 5.58        | 1.03        | 3-7        |
| <b>F17. Valorização da Expressão da Oralidade</b>                                   | <b>0.596</b> | <b>4.82</b> | <b>1.07</b> | <b>1-7</b> |
| A expressão verbal do outro (...)   | -            | 4.63        | 1.26        | 2-7        |
| Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras | -            | 5.02        | 1.27        | 2-7        |

O **Fator 14 – Valorização da Expressão** – apresenta um  $\alpha=0.884$  representativo da coerência interna dos quatro itens que o constituem e uma média de 5.434 que se situa, na Escala Temporal de Lickert, na atribuição “*frequente*”. Os itens que constituem este fator enquadram-se no domínio da interação e do processo comunicacional, enquanto vetores cruciais para a expressão de emoções. O **Fator 15 – Literato Emocional em Conflito** – situa-se numa média de 4.12 (atribuição “*por norma*” na Escala Temporal de Lickert) e um  $\alpha=0.724$ . Este fator revela capacidade de empatia em situações de conflito, bem como uma atitude de autodomínio com o objetivo de gerar estabilidade comunicacional com uma base empática. O **Fator 16** denominado por **Sintonia Relacional**, reflete percepções pessoais de capacidade em se sintonizar com o outro naquilo que estão a sentir, apresenta um  $\alpha=0.744$  e um valor médio de 5.31, assumindo uma atribuição de “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert, o que revela que os profissionais da amostra vivem frequentemente este tipo de atitudes. O **Fator 17 – Valorização da Expressão da Oralidade** – compreende uma

média de 4.82 (atribuição entre o “*por norma*” e o “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert). Este fator revela a valorização de ferramentas comunicacionais como o tom de voz, a pronúncia das palavras e a utilização e escolha de palavras esclarecedoras.

### Gestão de Emoções em Grupo

A AFCP da 5ª e última Capacidade – Gestão de Emoções em Grupo – permitiu a extração de 3 fatores (F18; F19; F20) e 13 itens. Os três fatores refletem 64.01% da variância total do perfil desta Capacidade, com resultados satisfatórios de fiabilidade interna e boa adequabilidade para a realização de AFCP (KMO 0.810), manifestam atitudes emocionais que vão desde a estabilidade pessoal e emocional, controlo emocional e relacional e sincronismo.

**Quadro 15** – AFCP da subescala Gestão de Emoções em Grupo com média, desvio padrão e  $\alpha$  de Cronbach

|  | $\alpha$     | X           | s           | Mín-máx    |
|--|--------------|-------------|-------------|------------|
| <b>GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO</b>  | <b>0.844</b> | <b>4.71</b> | <b>0.76</b> | <b>1-7</b> |
| <b>F18. Estabilidade Pessoal e Emocional</b>                                 | <b>0.829</b> | <b>4.91</b> | <b>0.89</b> | <b>1-7</b> |
| Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (...) num grupo (...) | -            | 5.04        | 1.21        | 1-7        |
| Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.     | -            | 4.60        | 1.44        | 1-7        |
| Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.                      | -            | 4.84        | 1.10        | 3-7        |
| Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.      | -            | 4.86        | 1.32        | 1-7        |
| As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.    | -            | 5.40        | 1.20        | 2-7        |
| Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira (...)          | -            | 4.82        | 1.15        | 2-7        |
| Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.                            | -            | 4.82        | 1.29        | 2-7        |
| <b>F19. Controlo Emocional e Relacional</b>                                  | <b>0.632</b> | <b>5.07</b> | <b>0.96</b> | <b>1-7</b> |
| Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso (...)         | -            | 5.25        | 1.29        | 2-7        |
| Preferir colocar-me frente a frente.   | -            | 4.70        | 1.44        | 1-7        |
| Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.                    | -            | 5.27        | 1.05        | 3-7        |
| <b>F20. Sincronismo</b>  | <b>0.751</b> | <b>4.02</b> | <b>1.21</b> | <b>1-7</b> |
| Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes (...)            | -            | 3.61        | 1.61        | 1-7        |
| Entrar em “sincronismo de estado de espírito”.                               | -            | 4.26        | 1.48        | 1-7        |
| Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.                    | -            | 4.19        | 1.34        | 1-7        |

O **Fator 18** denominado por **Estabilidade Pessoal e Emocional**, reúne percepções pessoais de positivismo emocional no que respeita a atitudes de autonomia, autocontrolo e habilidades de autodomínio, os itens que representam este fator

apresentam um  $\alpha=0.829$  e um valor médio de 4.91, assumindo uma atribuição de “frequente”, na Escala Temporal de Lickert. O **Fator 19 – Controle Emocional e Relacional** – apresenta um  $\alpha=0.632$  representativo da coerência interna dos três itens que o constituem e uma média de 5.07 que se situa, na Escala Temporal de Lickert, na atribuição “frequente”. Os itens que constituem este fator enquadram-se no domínio da sinceridade, autocontrolo emocional e frontalidade comunicacional, enquanto catalisadores essenciais para a gestão de emoções no grupo, atitudes que os sujeitos da amostra vivenciam frequentemente. O **Fator 20 – Sincronismo** – com uma média de 4.02 (atribuição “por norma” na Escala Temporal de Lickert) e um  $\alpha=0.751$  revela a capacidade identificação mimica nos próprios gestos, com o outro. Existe uma percepção positiva no que respeita à capacidade de captar os sentimentos do grupo.

#### ***4.3. Relação entre a profissão, a Competência Emocional e as capacidades da Competência Emocional***

Como se pode verificar na tabela 1, no estudo da relação entre a profissão, a Competência Emocional e as capacidades da Competência Emocional, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas correspondentes a cada uma das capacidades, à exceção da capacidade “autoconsciência” onde se verifica que entre as profissões existem diferenças próximas da significância estatística ( $s=0.05$ ).

O grupo “médicos” e “outras profissões” (assistente operacional; administrativo, TDT) apresentam melhores indicadores de frequência temporal ( $X=5.38$ ;  $s=0.49$  e  $X=5.15$ ;  $s=0.70$ , respetivamente) para a capacidade autoconsciência quando comparados com o grupo “enfermeiros”.

**Tabela 1** – Apresentação dos valores de média (X); desvio padrão (s); *p-value* para o estudo da relação entre a profissão e as capacidades da CE

|                                    | X    | s    | P      |
|------------------------------------|------|------|--------|
| <b>Autoconsciência</b>             |      |      | 0,054  |
| Enfermeiro Generalista             | 4,85 | 0,68 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 4,88 | 0,61 |        |
| Médico                             | 5,38 | 0,49 |        |
| Outras profissões                  | 5,15 | 0,70 |        |
| <b>Gestão de emoções</b>           |      |      | 0,156  |
| Enfermeiro Generalista             | 4,55 | 0,52 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 4,55 | 0,54 |        |
| Médico                             | 4,86 | 0,76 |        |
| Outras profissões                  | 4,88 | 0,84 |        |
| <b>Auto-motivação</b>              |      |      | 0,116  |
| Enfermeiro Generalista             | 5,00 | 0,58 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 5,08 | 0,78 |        |
| Médico                             | 5,53 | 0,68 |        |
| Outras profissões                  | 5,19 | 0,65 |        |
| <b>Empatia</b>                     |      |      | 0,363* |
| Enfermeiro Generalista             | 5,09 | 0,65 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 5,02 | 0,78 |        |
| Médico                             | 5,45 | 0,85 |        |
| Outras profissões                  | 4,99 | 0,83 |        |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> |      |      | 0,703  |
| Enfermeiro Generalista             | 4,68 | 0,67 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 4,68 | 0,88 |        |
| Médico                             | 4,96 | 1,08 |        |
| Outras profissões                  | 4,65 | 0,55 |        |
| <b>COMPETÊNCIA EMOCIONAL</b>       |      |      | 0.109  |
| Enfermeiro Generalista             | 4,83 | 0,43 |        |
| Enfermeiro Especialista            | 4,84 | 0,56 |        |
| Médico                             | 5,23 | 0,66 |        |
| Outras profissões                  | 4,97 | 0,54 |        |

Notas: \*p-value do Kruskal-Wallis

#### 4.4. Correlação entre tempo de exercício profissional e CE e capacidades da CE

Como se verifica na tabela 2, o tempo de exercício profissional não apresenta qualquer relação de interdependência estatisticamente significativa com a CE e suas Capacidades.

**Tabela 2** – Apresentação dos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis “tempo de exercício profissional” e a Competência Emocional e as capacidades da CE

|                                    | Tempo de exercício profissional |       |
|------------------------------------|---------------------------------|-------|
|                                    | r                               | p     |
| <b>Autoconsciência</b>             | 0,147                           | 0,141 |
| <b>Gestão de emoções</b>           | 0,087                           | 0,387 |
| <b>Auto-motivação</b>              | 0,120                           | 0,231 |
| <b>Empatia</b>                     | 0,014                           | 0,890 |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> | 0,062                           | 0,539 |
| <b>COMPETÊNCIA EMOCIONAL</b>       | 0.111                           | 0.266 |

#### 4.5. Diferença de médias e respetiva significância entre formação específica para a abordagem ao DC e as capacidades da CE

Segundo os resultados obtidos (tabela3), a formação específica na abordagem ao doente crítico aumenta significativamente as médias na “Gestão de Emoções em Grupo”, não existindo significância estatística para as restantes capacidades da CE.

**Tabela 3** – Apresentação da distribuição dos valores de média (X); desvio padrão (s) e *p-value* para o estudo da relação entre a variável “Formação específica para a abordagem ao doente crítico” e a Competência Emocional e Capacidades da CE

|                                    | Formação específica para a abordagem ao DC |      |       |
|------------------------------------|--|------|-------|
|                                    | X  | s    | p     |
| <b>Autoconsciência</b>             |  |      | 0,737 |
| Sem formação específica            | 4,99                                       | 0,58 |       |
| Com formação específica            | 4,94                                       | 0,72 |       |
| <b>Gestão de emoções</b>           |  |      | 0,599 |
| Sem formação específica            | 4,60                                       | 0,69 |       |
| Com formação específica            | 4,66                                       | 0,56 |       |
| <b>Auto-motivação</b>              |  |      | 0,395 |
| Sem formação específica            | 5,04                                       | 0,58 |       |
| Com formação específica            | 5,16                                       | 0,73 |       |
| <b>Empatia</b>                     |  |      | 0,196 |
| Sem formação específica            | 4,99                                       | 0,76 |       |
| Com formação específica            | 5,18                                       | 0,72 |       |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> |  |      | <0,05 |
| Sem formação específica            | 4,47                                       | 0,65 |       |
| Com formação específica            | 4,88                                       | 0,79 |       |
| <b>COMPETÊNCIA EMOCIONAL</b>       |  |      |       |
| Sem formação específica            | 4,82                                       | 0,49 | 0,154 |
| Com formação específica            | 4,96                                       | 0,53 |       |

Contudo, após análise fatorial de componentes principais verifica-se, na tabela 4, que a formação específica na abordagem ao doente crítico aumenta significativamente as médias de frequência temporal para o Fator 18, designado de “Estabilidade” e para o Fator 20 “Sincronismo” (fatores retirados da subescala “Gestão de Emoções em Grupo”). No caso de Fator 4, obtido da subescala “Autoconsciência” com a denominação de “Perceção Negativa de Si”, a situação acontece de forma inversa, sendo que, quem não tem formação específica na abordagem ao doente crítico, apresenta uma média significativamente superior.

**Tabela 4** – Apresentação da distribuição os valores de média (X); desvio padrão (s) e *p-value* para o estudo da relação entre a variável “Formação específica para a abordagem ao doente crítico” e o fator 4, fator18, fator20

|                                     | Formação específica para a abordagem ao DC |      |       |
|-------------------------------------|--|------|-------|
|                                     | X  | s    | p     |
| <b>F4. Percepção Negativa de Si</b> |  |      | <0,05 |
| Sem formação específica             | 5,72                                       | 0,90 |       |
| Com formação específica             | 5,25                                       | 1,34 |       |
| <b>F18. Estabilidade</b>            |  |      | <0,05 |
| Sem formação específica             | 4,69                                       | 0,82 |       |
| Com formação específica             | 5,08                                       | 0,92 |       |
| <b>F20. Sincronismo</b>             |  |      | <0,05 |
| Sem formação específica             | 3,74                                       | 1,02 |       |
| Com formação específica             | 4,23                                       | 1,30 |       |

**Nota:** Replicaram-se apenas os resultados das subescalas com diferenças estatisticamente significativas. T *student* para duas amostras independentes

#### 4.6. Correlação entre tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral e a Competência Emocional e capacidades da CE

Na tabela 5, estabelece-se a relação entre o tempo de contato com o doente crítico durante o dia de trabalho do profissional e a CE e as respetivas capacidades.

O tempo médio de contato com o doente crítico não apresenta qualquer relação de interdependência estatisticamente significativa com a Competência Emocional e com as Capacidades da CE. No entanto é de assinalar que existem alguns coeficientes de correlação negativos, indicativos que um maior tempo médio de contato com o doente crítico tende a diminuir a Competência Emocional e capacidades da CE com exceção da “*autoconsciência*”.

**Tabela 5** - Apresentação do coeficiente de correlação de Pearson para a variável “Tempo médio de contacto com o DC” e a Competência Emocional e as capacidades da CE

|                                    | Tempo de médio de contato com o DC |              |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------|
|                                    | r                                  | p            |
| <b>Autoconsciência</b>             | 0,011                              | 0,913        |
| <b>Gestão de emoções</b>           | -0,073                             | 0,469        |
| <b>Auto-motivação</b>              | -0,032                             | 0,748        |
| <b>Empatia</b>                     | -0,060                             | 0,549        |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> | -0,018                             | 0,858        |
| <b>COMPETÊNCIA EMOCIONAL</b>       | <b>-0.045</b>                      | <b>0.652</b> |

#### **4.7. Correlação entre tempo de exercício profissional no contacto com o DC e a Competência Emocional e capacidades da CE**

No que respeita ao tempo de exercício profissional no contacto com o doente crítico, é visível na tabela 6 que não existe correlação positiva de significância estatística entre a Competência Emocional, as capacidades de Competência Emocional e a variável “tempo de exercício profissional em contacto com o doente crítico”, apesar da capacidade “Autoconsciência” e a própria Competência Emocional apresentar uma correlação positiva próxima da significância estatística.

Após Análise de Componentes Principais por fatores consegue-se perceber que o Fator 5 (“Fuga, Solidão com Ruminação”, extraído da subescala “Gestão de Emoções”), o Fator 12 (“Racionalização do Fluxo”, retirado da subescala “Auto-motivação”) e o Fator 19 – “Controlo Emocional e Relacional” (conseguido através dos itens da subescala “Gestão de Emoções em Grupo”), aumentam quando aumenta o tempo de exercício profissional em contacto com o DC existindo, por isso, uma correlação positiva de significância estatística entre estes fatores e estas variáveis.

**Tabela 6** – Apresentação do coeficiente de correlação de Pearson para a variável “Tempo de exercício profissional em contacto com o DC”, a CE e as capacidades da CE

|   | Tempo de exercício profissional em contacto com o DC |                 |
|---|--|-----------------|
|   | r  | p               |
| Autoconsciência                             | 0,185  | 0,062           |
| Gestão de emoções                           | 0,099  | 0,322           |
| <b>F5. Fuga, Solidão com ruminação</b>      | <b>0,198</b>   | <b>&lt;0,05</b> |
| Auto-motivação                              | 0,127  | 0,203           |
| <b>F12. Racionalização do fluxo</b>         | <b>0,252</b>   | <b>&lt;0,05</b> |
| Empatia                                     | 0,088  | 0,378           |
| Gestão de emoções em grupos                 | 0,143  | 0,153           |
| <b>F19. Controlo Emocional e Relacional</b> | <b>0,254</b>   | <b>&lt;0,05</b> |
| COMPETÊNCIA EMOCIONAL                       | 0.171  | 0.086           |

#### **4.7. Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico.**

Procedeu-se à análise preditiva que as variáveis expressas na EVCE, têm sobre a variabilidade da CE, tendo como processo analítico sustentador a regressão linear múltipla através do algoritmo *Stepwise*.

Recorreu-se igualmente a variáveis respeitantes à caracterização da amostra (género feminino, idade, habilitações literárias, Formação Específica para a abordagem ao Doente Crítico, Formação em Inteligência Emocional e/ou Educação Emocional e/ou Competência Emocional, Tempo de experiência profissional na abordagem ao doente crítico, Nível de satisfação acerca do local de trabalho/funções) – anexo VI.

A análise dos dados da tabela 7, face aos valores da significância estatística, confirma o constructo teórico, no que respeita ao número de capacidades da CE. A Automotivação é a capacidade que mais fortemente contribui para a CE da amostra, é por si só responsável por 65%, contrapondo com a Gestão de Emoções que se apresenta como a capacidade com menor representatividade no valor preditivo da CE.

Os resultados obtidos determinam que estas cinco capacidades predizem 100% da variância global da variável dependente, de acordo com a sua significância estatística, corroborando o constructo teórico.

**Tabela 7** – Análise de Regressão Stewise para a variável dependente CE: valores de predição (r2 ajustado); graus de liberdade (gl); F estatístico; Coeficiente de determinação ( $\beta$ ); e níveis de significância

|                                    | R     | R <sup>2</sup><br>ajustado | Graus de<br>liberdade | F      | $\beta$ | Sig.  |
|------------------------------------|-------|----------------------------|-----------------------|--------|---------|-------|
| <b>Auto-motivação</b>              | 0,812 | 0,655                      | 101                   | 192,90 | 0,259   | 0,000 |
| <b>Empatia</b>                     | 0,933 | 0,867                      | 101                   | 331,42 | 0,285   | 0,000 |
| <b>Gestão de emoções em grupos</b> | 0,960 | 0,920                      | 101                   | 386,11 | 0,293   | 0,000 |
| <b>Autoconsciência</b>             | 0,985 | 0,969                      | 101                   | 781,64 | 0,256   | 0,000 |
| <b>Gestão de emoções</b>           | 1,000 | 1,000                      | 101                   |        | 0,238   | 0,000 |

## 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Concluída a apresentação dos resultados da análise estatística emerge fazer uma análise crítica dos mesmos tendo como ponto de partida a temática do estudo – *Determinantes da Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao Doente Crítico* – estabelecendo relação com o enquadramento teórico e com autores que se debruçaram sobre esta temática.

Moreira (2007, p.197) afirma que os sentimentos influenciam o cuidar, reforça esta ideia ao afirmar que os *“cuidados são afetados pelos sentimentos/dificuldades dos enfermeiros”*. Com base nesta premissa tornou-se importante, para o investigador, perceber quais as emoções e sentimentos que emergem na amostra quando esta pensa no seu local de trabalho. Após a análise dos dados apresentados, este estudo revela que a amostra, quando questionada relativamente às emoções e sentimentos que surgem quando pensam no seu local de trabalho responde: *“sentimento de dever cumprido”* e *“interesse”*, como sendo as opções mais escolhidas, 66.7% e 64.7%, respetivamente. Contudo 30.7% da amostra escolhe a opção *“tristeza”*, como emoção que surge quando pensa no seu local de trabalho.

Apesar de 66.7% da amostra ter escolhido *“sentimento de dever cumprido”* e 64.7% *“interesse”*, apenas 46.1% dos inquiridos diz estar satisfeito com o local de trabalho e com as suas funções, o que não corrobora Smith, Kendall & Hulin (1969), citados por Seco (2000), ao defenderem que a satisfação no trabalho é definida por um conjunto de sentimentos positivos ou negativos que o sujeito manifesta em relação ao seu trabalho, resultante da comparação do que é esperado de uma situação e o que dela se obtém efetivamente.

Quando questionada em relação à consciência do tipo de sentimentos que os invadem no momento da abordagem do doente crítico, 64.7% da amostra afirma *“para mim é claro, lembro exactamente do que senti ao longo do processo”*, levando a intuir que se trata de uma amostra emocionalmente competente na Capacidade Emocional *“Autoconsciência”*. Contudo após a leitura dos dados que nos estabelecem a correlação entre as capacidades da Competência Emocional e a Competência

Emocional, esta capacidade é a que apresentou uma correlação de menor intensidade, apesar de a amostra apresentar correlação estatisticamente significativa entre esta capacidade e a CE.

Caracterizar a amostra relativamente ao seu nível de satisfação perante o seu local de trabalho/funções desempenhadas, foi uma das preocupações na elaboração deste estudo sendo esta uma das variáveis escolhidas para o estudo. Verificou-se que apenas 46.1% da amostra diz estar satisfeita (39.2% “*satisfeito*” e 6.9% “*muito satisfeito*”), houve 41.2% que afirmaram estar “*nem satisfeitos nem insatisfeito*” e 12.7% se dizem “*pouco satisfeitos*” (8.8%) e “*nada satisfeitos*”. Sendo esta amostra considerada, pelas suas respostas, emocionalmente competente uma vez que se percebe com uma média de 4.85 de Competência Emocional aproximando-se da atribuição “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert, ao responder à escala EVCE, os resultados diferem de alguns estudos que defendem que a Inteligência Emocional e/ou Competência Emocional se relaciona positivamente com a satisfação profissional. Landa *et al* (2006), citados por Gregório (2008) evidenciam que a Inteligência Emocional se relaciona positivamente com a saúde e com a satisfação profissional e negativamente com o *stress* e com o burnout. Estudos efetuados por estes autores partiram da hipótese de existência de uma relação positiva entre Inteligência Emocional e satisfação com o trabalho, acreditando que profissionais com “*alta inteligência emocional se sentirão mais agradadas e satisfeitas com o trabalho*”. Contudo, Gregório (2008, p.142) no seu “*Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros*” chegou à conclusão que não há uma relação forte entre Competência Emocional e satisfação profissional nos enfermeiros, não existindo relação significativamente estatística entre nenhuma das capacidades da Competência Emocional e a satisfação profissional (Gregório2008, p.133). Os resultados obtidos pelo estudo de Gregório (2008), vão ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, e faz todo o sentido uma vez que a maior parte desta amostra é constituída por enfermeiros (75 enfermeiros – 48 enfermeiros generalistas e 27 enfermeiros especialistas – numa amostra de 102 profissionais de saúde).

Quando se pretende perceber se existe relação entre as diferentes profissões e a Competência Emocional e capacidades da CE, segundo os dados obtidos, não se destacam diferenças estatisticamente significativas. Este resultado vai ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriores. Cavaco (2015,p.85), por exemplo, refere que entre médicos e enfermeiros, não se confirmam diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da Inteligência Emocional.

Perante a questão “*Qual correlação entre tempo de exercício profissional e Competência Emocional e capacidades da CE?*”, o estudo revela que o tempo de exercício profissional não apresenta qualquer relação de interdependência estatisticamente significativa, o mesmo acontece entre a variável *tempo de exercício profissional no contacto com o doente crítico* e a variável dependente. Contudo, quando os dados foram submetidos a esta correlação e após análise fatorial de componentes principais, percebe-se que o fator 5 – “*Fuga, Solidão com Ruminação*” – o fator 12 designado de “*Racionalização do Fluxo*” e fator 19 (“*Controlo Emocional e Relacional*”) aumentam quando aumenta o tempo de exercício profissional em contacto com o doente crítico, ou seja, atitudes que revelam uma perceção de comportamentos de afastamento perante situações emocionalmente negativas, de racionalização da ação e de perceção de autodomínio emocional e autocontrolo emocional, são mais evidentes em profissionais de saúde que exercem a sua função de forma específica e durante mais tempo com doentes críticos. Alves *et al* (2012, p.39) afirma que enfermeiros com maior tempo de serviço e mais idade apresentam maior capacidade de Inteligência Emocional. Barreira (2014) encontrou correlação positiva entre o número de anos de profissão de enfermagem na área da oncologia e a pontuação total das escalas de *job engagement* e de Inteligência Emocional. Por outro lado, Gregório (2008) revela que, ao contrário daquilo que seria de esperar, o tempo de exercício profissional não exerce qualquer influência significativa sobre as variáveis em estudo na sua investigação sobre a temática “*Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros*”.

Relativamente à formação específica para a abordagem ao doente crítico, os resultados revelam que as médias ( $X= 4.88$ ;  $p < 0.05$ ), para a capacidade “*Gestão de Emoções em Grupo*”, aumentam significativamente, que é indicador que os sujeitos da amostra atribuem-lhe a categoria “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert. Para além

disso, após análise fatorial verifica-se que o fator 18 (“Estabilidade *Emocional e Emocional*”) e o fator 20 (“*Sincronismo*”) também aumentam, revelando atitudes de percepção positiva no que respeita á capacidade de captar os sentimentos do grupo, bem como de percepção positiva relativamente ao seu estado emocional perante o grupo. Estes resultados coincidem com as conclusões apresentadas por Alves *et al* (2012, p.41), que revelam que os enfermeiros (e a amostra do presente estudo é maioritariamente constituída por enfermeiros) que obtiveram mais formação perceberam com maior frequência a sua Inteligência Emocional.

· Diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores

Relativamente às capacidades da Competência Emocional, foi possível através dos resultados, perceber que todas elas se relacionam de forma estatisticamente significativa e contribuem positivamente para a Competência Emocional. A análise correlacional da CE para o estudo da relação entre a Competência Emocional e as suas Capacidades, a Auto-motivação ( $X=5.11$ ;  $s=0.67$ ) resultou ser a capacidade que estabelece maior valor de correlação ( $r=0.812$ ) seguida da Empatia ( $r=0.784$ ), Gestão de Emoções ( $r=0.774$ ), Autoconsciência ( $r=0.701$ ) e da Gestão de Emoções em Grupos ( $r=0.691$ ). Ou seja, no que diz respeito às capacidades da Competência Emocional todas se correlacionam positivamente entre elas e com a Competência Emocional. A Autoconsciência apresenta-se em quarto lugar, estabelecendo uma correlação menos forte. Curiosamente, este estudo contraria o modelo apresentado por Goleman (2005), segundo o qual a autoconsciência é a primeira capacidade determinante para as restantes destrezas. Contudo corrobora os resultados obtidos no estudo de Vilela (2006, p.121), no qual a Automotivação surge como a capacidade que apresenta uma correlação positiva mais forte com a IE.

O perfil de Competência Emocional da amostra foi obtido através da análise fatorial de componentes principais que agrupou os itens da escala (ou seja comportamentos e atitudes) em 20 fatores distribuídos pelas cinco capacidades da Competência Emocional. Segundo a percepção dos profissionais de saúde que participaram no estudo, o perfil de Competência Emocional emerge com a seguinte

tonalidade: *Autoconsciência* – 4 fatores (com 18 itens); *Gestão de Emoções* – 4 fatores (com 15 itens); *Auto-motivação* – 5 fatores (com 20 itens); *Empatia* – 4 fatores (com 12 itens); *Gestão de Emoções em Grupo* – 3 fatores (com 13 itens).

O constructo teórico apresentava, na linha do pensamento de Mayer e Salovey (1997), de Goleman (1995) e de Goleman, Boyatzis e McKee (2007) cinco capacidades preditivas da Competência Emocional, que foram alvo de uma análise estatística que englobou dois procedimentos fundamentais: a análise dos Fatores Principais e uma Regressão Stepwise, que nos proporcionou a perceção dos elementos da amostra acerca dessas capacidades, face ao constructo teórico.

A análise dos Fatores extraiu 20 fatores principais, em média mais 2 fatores do que alguns dos estudos efetuados com esta escala, como nos mostra o quadro 16. (mais 2 fatores do que o estudo de Augusta Veiga, mais 3 do que o de Vilela e de Costa, mais 1 que o estudo de Agostinho e menos 2 do que o de Gregório).

A consistência interna da escala foi reiterada pelo valor de  $\alpha$  de Cronbach, que esteve entre os 0,72 e os 0,84, valores indicativos de uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2000; Hill e Hill, 2005).

**Quadro 16** – Apresentação comparativa da distribuição de valores de itens e valores de índices de fiabilidade e grau de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) nos diferentes estudos.

| Autores             | Autoconsciência |          | Gestão Emoções |          | Automotivação |          | Empatia |          | Gestão Emoções Grupo |          |
|---------------------|-----------------|----------|----------------|----------|---------------|----------|---------|----------|----------------------|----------|
|                     | Fat.            | $\alpha$ | Fat.           | $\alpha$ | Fat.          | $\alpha$ | Fat.    | $\alpha$ | Fat.                 | $\alpha$ |
| Veiga-Branco (2004) | 4               | 0,81     | 5              | 0,69     | 4             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Veiga-Branco (2005) | 4               | 0,81     | 5              | 0,68     | 4             | 0,85     | 3       | 0,82     | 2                    | 0,84     |
| Vilela (2006)       | 4               | 0,71     | 5              | 0,69     | 3             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Gregório (2008)     | 5               | 0,84     | 5              | 0,70     | 5             | 0,75     | 4       | 0,83     | 3                    | 0,90     |
| Agostinho (2008)    | 4               | 0,71     | 5              | 0,77     | 4             | 0,75     | 3       | 0,84     | 3                    | 0,86     |
| Mendonça (2008)     | 5               | 0,82     |                |          | 4             | 0,86     |         |          |                      |          |
| Costa, A. (2009)    | 4               | 0,71     | 5              | 0,69     | 3             | 0,75     | 3       | 0,83     | 2                    | 0,85     |
| Alves et al (2012)  | 4               | 0,72     | 5              | 0,74     | 4             | 0,73     | 3       | 0,80     | 3                    | 0,86     |
| Lopes (2013)        | 6               | 0,62     | 4              | 0,71     | 5             | 0,71     | 2       | 0,85     | 3                    | 0,83     |
| Costa, V. (2014)    | 5               | 0,71     | 4              | 0,77     | 5             | 0,75     | 3       | 0,84     | 4                    | 0,84     |
| Presente Estudo     | 4               | 0,81     | 4              | 0,72     | 5             | 0,82     | 4       | 0,84     | 3                    | 0,84     |

Os números de fatores extraídos por cada investigador, em cada um dos perfis de Competência Emocional, são distintos. Contudo convergem em algumas das capacidades.

Os números de fatores para a *Autoconsciência*, são iguais para Veiga-Branco (2004, 2005), Vilela (2006), Agostinho (2008), Costa, A. (2009) e Alves *et al* (2012) e para o presente estudo. Para a capacidade *Gestão em Emoções*, o número de fatores obtidos são os mesmos para Lopes (2013), Costa, V. (2014) e o presente estudo, ou seja extraíram-se 4 fatores. No que respeita à capacidade *Automotivação*, o número de fatores obtidos são os mesmos para Gregório (2008), Lopes (2013, Costa, V. (2014) e o presente estudo (5 fatores).

Para a capacidade *Empatia*, o presente estudo e o de Gregório (2008) conseguiram extrair mais fatores (4) com um índice de fiabilidade  $\alpha = 0.84$  e  $0.83$ , respetivamente.

O número de fatores para a capacidade *Gestão de Emoções em Grupo*, foi semelhante para todos os autores, com exceção de Veiga-Branco (2004, 2005), de Vilela (2006) e Costa, A. (2009) que extraíram menos 1 e para Costa, V. (2014) que conseguiu extrair mais 1.

Para além da análise fatorial dos componentes principais foi, também, realizada uma análise descritiva de cada uma das capacidades da Competência Emocional. Os profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico, **têm a perceção** de que, em média:

- ✓ “Frequente” são autoconscientes ( $X=4.96$ ;  $s=0.66$ );
- ✓ “Frequente” são auto-motivados ( $X=5.11$ ;  $s=0.67$ );
- ✓ “Por norma”/“Frequente” gerem as suas emoções ( $X=4.64$ ;  $s=0.62$ );
- ✓ “Frequente” são empáticos ( $X=5.10$ ;  $s=0.74$ );
- ✓ “Por norma”/“Frequente” gerem emoções em grupo ( $X=4.70$ ;  $s=0.76$ );
- ✓ “Frequente” se percecionam com CE ( $X=4.86$ ;  $s=0.55$ )

Comparando a perceção desta amostra com a das amostras dos restantes autores, os resultados aproximam-se em todos os estudos.

**Quadro 17** – Apresentação da análise comparativa entre a frequência temporal da CE das Capacidades da CE nos autores Veiga-Branco (2005); Vilela (2006); Gregório (2008); Agostinho (2008); Lopes (2013), Costa (2014) e presente estudo

| <b>Capacidades</b><br><b>Autores</b> | Auto<br>consciência | Gestão<br>Emoções | Auto-<br>motivação | Empatia | Gestão<br>Emoções Grupo | CE   |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|---------|-------------------------|------|
| Veiga-Branco (2005)                  | F/MF                | PN                | PN/F               | F/MF    | PN/F                    | PN/F |
| Vilela (2006)                        | PN                  | PF                | PF                 | PN/F    | PN                      | PN/F |
| Gregório (2008)                      | F                   | PN/F              | PN/F               | PN/F    | PN/F                    | PN/F |
| Agostinho (2008)                     | PN/F                | PN                | PN/F               | PN/F    | F                       | PN/F |
| Lopes (2013)                         | PN                  | PN                | PN                 | F       | F                       | PN   |
| Costa (2014)                         | PN                  | MF                | PN/F               | F/MF    | F                       | PN/F |
| Presente Estudo                      | F                   | PN/F              | F                  | F       | PN/F                    | F    |

**MF – muito frequente; F – frequente; PN – por norma**

Perante os resultados dos estudos de Vilela (2006), Gregório (2008), Agostinho (2008) Lopes (2013), Alves *et al* (2012) e o presente estudo (apesar deste estudo apresentar um score tendencialmente superior), pode afirmar-se que todos os elementos que participaram nas amostras revelam capacidades moderadas de inteligência emocional. Estes sujeitos têm todos, em comum, serem profissionais de saúde.

Em relação aos determinantes da CE, verificou-se que todas as capacidades são preditivas da CE, a Automotivação é a capacidade que mais fortemente contribui para a CE da amostra, é por si só responsável por 65% do valor preditivo da CE, contrapondo com a Gestão de Emoções que se apresenta como a capacidade com menor representatividade no valor preditivo da Competência Emocional. Este resultado vai ao encontro nos resultados obtidos por Vilela (2006, p.108), que afirma que a variável Automotivação é a que melhor explica a IE, só por si responsável por 60% do valor explicativo da variável dependente. Corrobora, também, os resultados obtidos por Agostinho (2008, p.145), que revelam a Automotivação como sendo a capacidade que melhor determina a CE, sendo responsável por 69% do valor preditivo da CE.

Em forma de síntese pode afirmar-se que os resultados deste estudo corroboram o constructo teórico e dão ênfase a resultados obtidos anteriormente, em estudos relativos à temática Competência Emocional (Veiga-Branco,2005; Vilela,2006; Agostinho, 2008; Alves, 2012; Lopes, 2013)

## 7. CONCLUSÕES

Terminado o percurso de investigação em torno dos determinantes da Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico, resta tecer algumas considerações relativas ao que foi desenvolvido e conseguido ao longo desta investigação, bem como limitações que condicionaram a sua realização.

É intenção deste trabalho incentivar e motivar os profissionais de saúde para a Educação Emocional e a influência que a Competência Emocional exerce sobre as suas práticas diárias e em especial em situações nas quais a vida do doente se encontra em risco.

Os objetivos propostos para esta investigação foram: *Estudar os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico; Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo; Conhecer o perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao DC; Conhecer a relação entre profissão e a CE e capacidades da CE; Analisar a correlação entre tempo de exercício profissional e CE e capacidades da CE; Analisar a diferença de médias e respetiva significância entre formação específica para a abordagem ao DC e a CE e capacidades da CE; Analisar a correlação entre tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral e a CE e capacidades da CE; Analisar a correlação entre tempo de exercício profissional no contato com o DC e a CE e capacidades da CE e Analisar as diferenças dos resultados de Perfil de CE entre o presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores, em outros grupos profissionais.*

O constructo teórico baseou-se em revisão bibliográfica recente nomeadamente em estudos do âmbito do desempenho dos profissionais de saúde, permitindo uma melhor perceção da importância da Competência Emocional no âmbito do desempenho destes profissionais.

O enquadramento teórico, realizado com base em conceitos inerentes ao objeto de estudo, possibilitou referenciar teorias, métodos de estudo e resultados relacionados com a temática deste estudo. Partiu-se, assim, da conceptualização de Competência Emocional, conceito ao qual se acedeu pela utilização das cinco

capacidades (Autoconsciência, Gestão de Emoções, Auto-motivação, Empatia e Gestão das Emoções em Grupo) partindo do conceito de Goleman e sustentada por Veiga-Branco 8200, 2005).

A abordagem metodológica da investigação foi do tipo quantitativo, de carácter descritivo-exploratório e correlacional. Os processos metodológicos foram escolhidos com a finalidade de operacionalizar o desenho do estudo empírico, incluindo a análise e tratamento estatístico dos dados (através do programa informático SPSS 22.0).

O IRD utilizado é um questionário onde se inclui a “*Escala Veiga de Competência Emocional*”, foi construído e adaptado para estudar os determinantes da CE em profissionais da educação (Veiga-Branco 2000, 2004, 2005), neste trabalho utiliza-se para profissionais de na abordagem ao doente crítico.

Pese embora a amostra não ser representativa, considera-se que **todos os objetivos foram atingidos**. Utilizando estatística univariada (descritiva e correlacional) e estatística multivariada (análise fatorial de componentes principais e regressão linear múltipla – *stepwise*), a investigação permitiu dar resposta às questões de investigação colocadas, o que leva a considerar que os resultados são pertinentes para o conhecimento da Competência Emocional dos profissionais de saúde em Portugal.

Em relação ao objetivo central do estudo, *Estudar os Determinantes da Competência Emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico*, conclui-se que todas as capacidades da CE são variáveis preditivas da CE, sendo a Automotivação a que possui maior valor preditivo. Todas as variáveis de caracterização da amostra não foram consideradas determinantes da CE.

Relativamente ao objetivo, *Conhecer o perfil de Competência Emocional dos profissionais de saúde na abordagem ao DC*, pode concluir-se que a amostra se revela emocionalmente competente com uma atribuição “*frequente*” na Escala Temporal de Lickert, sendo a Auto-motivação a capacidade que mais positivamente se correlaciona com Competência Emocional, apresentando a correlação estatística mais significativa.

Para o objetivo, *Conhecer a relação entre profissão e a CE e capacidades da CE*, não se detetam diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos profissionais.

Para a análise da *correlação entre tempo de exercício profissional e a CE e capacidades da CE*, chegou-se á conclusão que o tempo de exercício profissional não apresenta relação de interdependência estatisticamente significativa com as capacidades da CE e a própria CE.

Ao *analisar a diferença de médias e respetiva significância entre formação específica para a abordagem ao DC e a CE e capacidades da CE*, os resultados obtidos mostram que esta formação específica aumenta significativamente as médias na *Gestão de Emoções em Grupo*, não existindo significância estatística para as restantes capacidades da CE. Contudo após AFCP verifica-se que a formação específica na abordagem ao doente crítico aumenta significativamente as médias para o Fator 18, designado de “*Estabilidade*” e para o Fator 20 “*Sincronismo*” (fatores retirados da subescala “*Gestão de Emoções em Grupo*”). No caso de Fator 4, obtido da subescala “*Autoconsciência*” com a denominação de “*Perceção Negativa de Si*”, a situação acontece de forma inversa – quem não tem formação específica na abordagem ao doente crítico, apresenta uma média significantemente superior.

*Analisar a correlação entre tempo médio de contato com o DC durante o dia laboral e a CE e capacidades da CE* revelou a existência de alguns coeficientes de correlação negativos, indicativos que um maior tempo médio de contato tende diminuir algumas capacidades da CE (*Gestão de Emoções, Auto-motivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupos*) e a própria Competência Emocional.

Após a análise da *correlação entre tempo de exercício profissional no contato com o DC e a CE e capacidades da CE* conclui-se que não há correlação positiva de significância estatística entre as capacidades de CE e a própria CE, apesar da capacidade “*Autoconsciência*” apresentar uma correlação positiva próxima da significância estatística. Contudo, após Análise de Componentes Principais por fatores consegue-se perceber que o Fator 5 (“*Fuga, Solidão com Ruminação*”, extraído da subescala “*Gestão de Emoções*”), o Fator 12 (“*Racionalização do Fluxo*”, retirado da subescala “*Auto-motivação*”) e o Fator 19 – “*Controlo Emocional e Relacional*” (conseguido através dos itens da subescala “*Gestão de Emoções em Grupo*”), aumentam quando aumenta o tempo de exercício profissional em contacto com o

doente crítico existindo, por isso, uma correlação positiva de significância estatística entre estes fatores e estas variáveis.

Também se pode concluir que existe comparação entre os resultados de Perfil de Competência Emocional do presente estudo e os resultados obtidos em estudos anteriores (Costa, V. 2014; Lopes, 2013; Alves, 2012; Costa, 2009; Agostinho, 2008; Gregório, 2008, Vilela 2006; Veiga-Branco, 2005; Veiga-Branco, 2004). Os resultados destes estudos convergem no que respeita à forma como os elementos das amostras se percebem relativamente às capacidades da Competência Emocional. Esta comparação evidencia que os profissionais de saúde são sujeitos emocionalmente competentes.

Para além das respostas às questões de investigação foi possível através dos dados obtidos na caracterização da amostra, perceber 46.1% da amostra diz estar satisfeita relativamente ao seu local de trabalho e funções desempenhadas, existindo uma preocupante percentagem de 12.7% e 8.8% que afirmam estar pouco satisfeitos e nada satisfeitos, respetivamente. Os restantes 41.2% dizem estar “*nem satisfeitos nem insatisfeitos*”. Através destes resultados pode-se concluir que os profissionais de saúde, elementos da amostra, que se dizem satisfeitos com o seu local de trabalho e com as funções que exercem não chegam a metade dos inquiridos. Contudo quando questionados relativamente às emoções/sentimentos que surgem aos profissionais de saúde quando pensam no seu local de trabalho as opções mais escolhidas foram, sentimento de dever cumprido” e “interesse” com os respetivos valores de 66.7% e 64.7%.

O estudo revelou um conjunto de constrangimentos, desde logo por se tratar de um estudo sem referenciais anteriores. Pese embora, se tenha escrito matéria sobre a Competência Emocional em profissionais de saúde, a inclusão desta temática no contexto do doente crítico tem sido escassa ou inexistente. Outra problemática a ter em conta prende-se com a dimensão da amostra, que apesar dos esforços não se conseguiu representatividade.

Concluindo e ao jeito de uma percepção pessoal e portanto sem valor investigacional assumido: o fenómeno de enfrentar a morte iminente pelo ser humano que está a ser alvo dos cuidados de saúde e pelo que cuida. É uma experiência altamente hostil para todas as estruturas mentais desse profissional de saúde, existe uma destruição e uma construção/reconstrução de tudo aquilo que o profissional sabe e sente ou pensa saber e sentir.

Estar perante um momento no qual a vida de outro ser humano está em causa reveste-se de uma tremenda complexidade e dificuldade, fazendo com que o profissional mobilize num pequeno e rápido instante todo o seu manancial de conhecimentos e competências de forma a dar resposta à necessidade do outro. Tal como define o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2010), cuidar de pessoa e vivenciar os processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências especializadas.

### ***Problemáticas e Constrangimentos***

A primeira dificuldade/limitação, encontrada, relacionou-se com a edificação do constructo teórico, uma vez que a literatura existente que relacione as temáticas Competência Emocional, Doente Crítico e Profissionais de Saúde e suas Competências Técnico-profissionais, é escassa. Houve, por este motivo, a necessidade de uma procura/pesquisa exaustiva de informação numa vasta lista de bibliografia para poder extrair conhecimentos que permitissem estabelecer a ligação entre as temáticas anteriormente descritas.

A segunda limitação esteve presa às limitações impostas ao investigador pelo próprio investigador, ao estabelecer metas e objetivos. Um dos quais, a necessidade de cumprir *timings* e prazos de entrega do trabalho o que interferiu diretamente com o número da amostra obtido, uma vez, que condicionou o tempo disponível para o preenchimento do IRD, o que conduziu à terceira limitação.

A terceira limitação ao estudo prendeu-se com uma amostra de 102 indivíduos, não podendo ser por isso representativa, tendo em conta o número de variáveis em estudo.

### ***Proposta de Projeto e Intervenção nos Profissionais em Saúde no contexto do Doente Crítico***

Ao longo da realização deste trabalho foi possível compreender a importância da Competência Emocional como competência essencial para o desenvolvimento do trabalho dos profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico, sendo, por este motivo, relevante desenvolver projetos futuros que envolvam a Competência Emocional nos contextos profissionais dos trabalhadores da saúde.

Após a obtenção e análise dos dados e discussão dos resultados foi possível projetar ações futuras relacionadas com esta temática:

- a) A Divulgação e **publicação** de resultados preliminares deste estudo em evento internacional: apresentação dos estudos no dia 22 de julho de 2017 no *6th International Congress on Emocional Intelligence*, já aceites para publicação:
  - i. Rosa-Rodrigues, P. e Veiga-Branco, A. (2017). *What health professional feel when they think about their work with critical patients – exploratory descriptive approach*, in 6th International Congress on Emocional Intelligence. Porto ;
  - ii. Rosa-Rodrigues, P. e Veiga-Branco, A. (2017). *The awareness over experience with critical patients (CP) at high risk of live – exploratory descriptive approach*. 6th International Congress on Emocional Intelligence. Porto.
- Apresentação dos resultados do trabalho em formação de serviço (Serviço de Urgência de Bragança).
- b) Plano interventivo/formativo em Educação Emocional – ponto de intervenção para o planeamento de uma sessão de formação, através da identificação de atitudes e comportamentos de morbilidade da qualidade da CE em Profissionais em Saúde na abordagem ao doente crítico.

## PLANO ESQUEMÁTICO DO DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM COMPETÊNCIA EMOCIONAL

|                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| <b>Temática</b>         | Competência Emocional  |
| <b>Duração Prevista</b> | 90 minutos             |
| <b>Formandos</b>        | Profissionais em Saúde |
| <b>Formador</b>         | Pedro Rodrigues        |
| <b>Local</b>            | ULSNE - Bragança       |

| Objetivos   | Conteúdos  | Metodologia   | Avaliação   |
|---|--|---|---|
| <p><u>Geral:</u><br/>-Adquirir conhecimentos relativamente aos aspetos teóricos e práticos da competência Emocional</p> <p><u>Específicos:</u><br/>1.Distinguir conceitos de Emoção, Sentimento, Inteligência Emocional e Competência Emocional;<br/>2.Definir Competência Emocional;<br/>3.Definir Doente Crítico;<br/>4.Demonstrar relevância da Educação Emocional;<br/>5.Analisar problemas identificados no estudo;<br/>6.Descrever perfil do profissional em saúde emocionalmente competente;</p> | <p>Competências Emocionais: aspetos teóricos e dimensões práticas</p> <p>1- Definição de conceitos de Emoção, Sentimento, Inteligência Emocional e Competência Emocional;<br/>2- Abordagem das 5 capacidades da Competência Emocional: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupo;<br/>3- Definição de Doente Crítico;<br/>4- Competência Emocional <i>versus</i> Profissionais de Saúde;<br/>5- Apresentação sucinta de resultados obtidos no diagnóstico de situação em 2017 em Profissionais em Saúde na abordagem ao doente crítico no âmbito da Competência Emocional;<br/>6- Demonstração da relevância da Educação Emocional;<br/>7- Descrição do perfil do profissional em saúde emocionalmente competente.</p> | <p><b>MÉTODO:</b><br/>. Expositivo:<br/>-Comunicação unilateral;<br/>-Laboratório de Emoções.</p> <p><b>AUXILIAR PEDAGÓGICO:</b><br/>. Diapositivos<br/>. Projetor Multimédia</p> | <p><b>REFLEXIVA:</b><br/>a) Questões dirigidas;<br/>b) Ficha de reflexão.</p> |

|                                    | <b>CONTEÚDOS PREVISTOS</b>   |
|------------------------------------|--|
| <b>Introdução</b><br>(10 min)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação dos formandos e formador</li> <li>✓ Pertinência do tema da sessão de formação</li> <li>✓ Introdução à temática</li> <li>✓ Apresentação dos objetivos da sessão de formação</li> </ul>  |
| <b>Desenvolvimento</b><br>(60 min) | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Definir e distinguir conceitos de Emoção, Sentimento, Inteligência Emocional e Competência Emocional;</li> <li>✓ Abordar 5 capacidades da Competência Emocional: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupo;</li> <li>✓ Definir Doente Crítico;</li> <li>✓ Competência Emocional <i>versus</i> Profissionais de Saúde;</li> <li>✓ Apresentação sucinta de resultados obtidos no diagnóstico de situação em 2017 em Profissionais em Saúde na abordagem ao doente crítico no âmbito da Competência Emocional;</li> <li>✓ Demonstração da relevância da Educação Emocional;</li> <li>✓ Laboratório de emoções: Trabalho realizado a partir dos problemas identificados no estudo;</li> <li>✓ Descrição do perfil do profissional em saúde emocionalmente competente;</li> <li>✓ Laboratório de Emoções final: estratégias a serem aprendidas para a aquisição de um perfil de Competência Emocional</li> </ul> |
| <b>Conclusão</b><br>(15 min)       | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Esclarecimento de Dúvidas;</li> <li>✓ Síntese da formação;</li> <li>✓ Avaliação</li> </ul>  |

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, L. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Almeida, C. e Sartori, N. (2014). *Inteligência Emocional de Enfermeiros Assistenciais em um Hospital Escola Paulista*, II Congresso Internacional de Supervisão Clínica: livro de comunicações & conferências;
- Almeida, F. J., & Sobral, F. J. (2005). Emoções, inteligência e negociação: um estudo empírico sobre a percepção dos gerentes portugueses. *RAC*, 9(4), pp. 9-30.
- Alves, J.; Ribeiro, C.; Campos, S. (2012). *A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares*, in Revista de Enfermagem Referência, III série – nº7;
- Aradilla-Herrero, A.; Tomás-Sábado, J. (2011). *Inteligencia emocional, Empatía y Miedo a la muerte en Enfermería*. In II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional;
- Barreira, L. (2014). *Inteligência Emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto da oncologia*. Dissertação Mestrado apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal;
- Belzung, C. (2010). *Biologia das Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget;
- Bisquerra Alzina, R. (2002). *La práctica de la Orientación y la tutoría*. Barcelona: Praxis;
- Bisquerra Alzina, R. (2003). *Educación Emocional y competencias básicas para la vida*. In Revista de Investigación Educativa (RIE), 21, p. 7-43;
- Bisquerra, R. (2007). *Educación emocional para la convivencia*.
- Bisquerra, R. & Escoda N.P. (2007). *Las competencias emocionales*. In Educación XXI, 10. p. 61-82;
- Bisquerra, R. et al (2012). *Como Educar las Emociones? La inteligencia emocional en la infancia y la adolescência*. Espluges de Lobregat, Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu
- Borg, W. e Gall, M. (1996). *Education Research: an introduction*. N. York: Longman;

- Cavaco, C.I.M. (2015). *A relação entre Inteligência Emocional e o Burnout em Médico e Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Algarve. Faro
- Costa, V. (2014). *As Competências Emocionais nos Decisores Políticos Portugueses.*: Tese de Doutoramento apresentada à Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela;
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: edições Almedina;
- Damásio, A. (2004). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Braga: Círculo de Leitores;
- Damásio, A. (2004). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (15ª ed). Mem Martins: Publicações Europa-América
- Damásio, A. (2005). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano* (24ª ed). Mem Martins: Publicações Europa-América;
- Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente*. Círculo de leitores. Temas e Debates.
- Diário da República (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 2.º do Regulamento n.º 124/2011 2.ª Série — n.º 35
- Diário da República (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento n.º 361/2015, 2.ª série, N.º 123
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why can it matter more than I.Q.?* New York: Bantam;
- Goleman, D. (1998). *What makes a leader?* In Harvard Business Review, 76 (6), p.91-102;

- Goleman (1999). *Trabalhar em Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa;
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa;
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar em Inteligência Emocional* (3ª ed.). Temas e Debates. Lisboa;
- Goleman, D. (2006). Prefácio, in R. Boyatzis e A. McKee, *O Poder da Liderança Emocional*. Rio de Janeiro. Editora Campus;
- Goleman, D. (2009). *Inteligência Emocional* (13ªed). Temas e Debates. Lisboa;
- Goleman,D.; Boyatzis, R. & Rhee, K. (2000). *Clustering competence in emotional intelligence: insights from the Emotional Competence Inventory (ECI)s*. In Bar-On and J.D.A. Parker (eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass, p.343-362;
- Gondim, S. , De Moraes, F. & Brantes, C. (2014). *Competências Sócio-Emocionais: fator chave no desenvolvimento de competências para o trabalho*. Revista de Psicologia. Organizações e Trabalho, 14 (4), 394-406
- Gregório, F. (2008). *Competência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia da Saúde apresentada á Universidade do Algarve. Faro;
- Hernández-Vargas, C.I & Dickinson-Bannack, M. E. (2014). *Importancia de la inteligencia emocional en Medicina*. Investigación en Educación Médica, 3155-160;
- Hill, M.M. e Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ªed). Lisboa: Ed. Sílabo;
- Landa, J.; Montes-Berges, B & Martos, M. (2011). *El impacto de la Inteligencia Emocional Percibida, balanza afectiva y variables socio-demograficas sobre el estrés ocupacional y la satisfacción laboral en profesionales de enfermaria, in II Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*;
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta. Lisboa
- Lopes, T. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros - Na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados*, Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança; Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, Portugal;

- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Mayer, J.D. & Salovey, P. (1990). *A Inteligência Emocional*. In *Imagination, Cognition and Personality*, 9, p.185-211
- Marques-Teixeira, J. (2003). *Emoções: Delimitação Conceptual*. Saúde Mental 6: 48-54
- Mora, F. (2008). *El Reloj de la Sabiduría. Tiempos y Espacios en el Cerebro Humano*. Madrid. Alianza Editorial
- Moreira, C. (2007). *Os Sentimentos/Dificuldades dos Enfermeiros face ao Doente Oncológico em fase terminal no domicílio e a sua interferência no cuidar*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Ciências de Educação. Universidade do Algarve e Instituto Politécnico de Beja. P.197
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica;
- Ordem dos Médicos (2008). *Recomendações de Transporte de Doentes Críticos*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos
- Pestana, H. e Gageiro, N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS (4ª ed)*. Edições Sílabo. Lisboa;
- Polit, D.F. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre. Artes Médicas. 3.ªed.
- Rebelo, A. (2012). *Inteligência emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados*. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Católica Portuguesa.Viseu, Portugal
- Ribeiro, P. (2010). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde (3ª ed)*. Legis Editora. Porto;
- Rosenstein, A. H. e Stark, D. (2015). *Emotional Intelligence: a critical tool to understand and improve behavior that impact patient care*. In *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2 (1);
- Saarni, C. (2002). *Competência Emocional: uma perspetiva evolutiva*, in Baron, R. e Teixeira, M. (2005). *A satisfação Profissional e a Inteligência Emocional*. Revista Sinais Vitais, nº59, Março, 52-54;

- Salovey, P. & Sluyter, D.J. (1999). *Emotional development and emotional intelligence*. N. York: Basic Books;
- Seco, G. (2000). *A Satisfação na Atividade Docente*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade de Coimbra;
- Veiga-Branco, A.R. (2004a). *Competência Emocional*. Quarteto. Coimbra;
- Veiga-Branco, A.R. (2004b). *Auto-motivação*. Quarteto. Coimbra;
- Veiga-Branco, A.R. (2005). *Competência Emocional em professores. Um estudo em discurso do campo educativo*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação apresentada na U. Porto
- Veiga-Branco, A. R. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In coord. A.A. Candeias & L.S. Almeida, *Inteligência Humana: Investigação e aplicações*. Quarteto. Coimbra. P.361-379;
- Veiga-Branco, A. R. (2009). *Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVBCIE): partes I e III*. In Mendonça, Susana Sobral. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Penafiel: editorial Novembro p.162-164;
- Veiga-Branco, A. R. (2011). *Auto-motivación como factor de la competencia emocional*. In XVII Congreso Internacional Infad. Roma;
- Veiga-Branco, A. R. e Lopes, T. (2012). *Nursing emotional Competence profile: exploratory study in continued care national network*. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012. Porto.
- Vila, V.S.C. e Rossi, A. (2002). *O significado cultural do Cuidado Humanizado em Unidades de Terapia Intensiva: "muito falado e pouco vivido"*. In Rev. Latino-am Enfermagem, março-abril 10(2), p. 137-144;
- Vilela, A.C.L. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Xavier, S.; Nunes, L. & Basto, M. (2014), *Competência Emocional do Enfermeiro: a significação do constructo*, in Pensar Enfermagem, vol.18, nº2, 2ºsem.



## **ANEXOS**