

Competência Emocional nos Enfermeiros

Na Rede Nacional Cuidados Continuados
Integrados

Tânia Santos Lopes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

Co-orientação Científica: Professora Doutora Maria Gorete De Jesus Baptista Martins

Bragança, Outubro 2013



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Competência Emocional nos Enfermeiros

Na Rede Nacional Cuidados Continuados
Integrados

Tânia Santos Lopes

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

Orientação Científica: Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

Co-orientação Científica: Professora Doutora Maria Gorete De Jesus Baptista Martins

Bragança, Outubro 2013

*“Nossas dívidas são traidoras e nos fazem perder
o que, com frequência, poderíamos ganhar, por
simples medo de arriscar”*

(William Shakespeare)

Dedicatória:

Ao meu pai, o meu exemplo de vida, que no seu curto tempo neste mundo me ensinou a dar valor ao dia a dia e as coisas realmente importantes: o amor, a família e a saúde. Obrigada pelo pai fantástico que foste, és e sempre serás.

Agradecimentos:

Aos meus pais, os meus melhores amigos, obrigada por tudo.

Ao marido e filha pelo amor incondicional.

À Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco por ser minha mentora, e me transmitir o gosto por aprender a aprender.

À Professora Doutora Gorete Baptista por toda a ajuda e apoio que me deu neste árduo caminho percorrido

A todos os enfermeiros que de livre vontade participaram nesta investigação

Às minhas duas companheiras de mestrado pela boa disposição.

Resumo

Este trabalho é uma investigação em Competência Emocional, na comunidade de enfermagem da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados em Portugal.

Assim, assume-se que a finalidade deste estudo é conhecer o nível e o perfil de Competência Emocional na população de enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados, para projetar uma Intervenção Educativa nesta temática.

É um estudo de carácter quantitativo, descritivo transversal, correlacional na população de enfermeiros na Rede Nacional Cuidados Continuados integrados em Portugal.

O instrumento de recolha de dados foi a “Escala Veiga de CE (EVCE)”(Veiga Branco, 2004, 2007). Os dados foram analisados através da estatística descritiva e correlacional, com elaboração do estudo Fatorial através da Análise de Componentes Principais. Foram extraídos 21 fatores, correspondentes às cinco capacidades da Competência Emocional (Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo). Foi feita análise correlacional da Competência Emocional para o estudo da relação entre a Competência Emocional e as suas Capacidades, donde se encontrou que a Empatia estabelece o maior valor de correlação (0.783), seguido da de Relacionamentos em Grupo (0.724), Gestão de Emoções (0.721), Autoconsciência (0.693) e por último a Automotivação (0.678).

Tendo em conta os resultados considera-se que a maior componente de Competência Emocional desta população emerge da empatia e os relacionamentos em equipa, todavia ficam menos evidentes as Competências auto, nomeadamente a autoconsciência e a motivação pessoal. Por este motivo pensa-se que seria pertinente uma formação em Educação Emocional, nomeadamente com especial incidência nestas capacidades.

Palavras-chave: Enfermagem, Competência Emocional, Rede Nacional de Cuidados Continuados, Planificação de formação

Abstrat

This work is an investigation on Emotional Competence in nursing community of Integrated Continuous Care National Network in Portugal .It is assumed that the purpose of this study is to know the level and profile of Emotional Competence in the population of nurses in the National Long Term Care Network , to design an Educational Intervention on this topic .

It is a study of cross-sectional correlational quantitative, descriptive character in the population of nurses in integrated Continuing Care National Network in Portugal .

The instrument for data collection was the "Escalea Veiga CE (EVCE) " (Veiga Branco, 2004, 2007) . Data were analyzed using descriptive and correlational statistics with preparation of Factorial study by principal component analysis . 21 factors , correspondestes the five capabilities of Emotional Competence (Self-Awareness , Emotions Management , Self Motivation , Empathy and Relationship Management Group) were extracted . Correlational analysis was taken from the Emotional Competence to study the relationship between Emotional Competence and their capabilities , where it was found that empathy provides the highest correlation value (0.783) , followed by the Group Relationships (0724) , Managing Emotions (0721) , Self-Consciousness (0693) and finally self-motivation (0.678) .

Taking into account the results it is considered that the largest component of this population Emotional Competence emerges empathy and relationships in the team , but are less evident Skills self , including self-awareness and personal motivation . For this reason it is thought that it would be pertinent training in emotional literacy , namely c special focus on these capabilities

Keywords: Nursing, Emotional Competence, National Network for Continuing Care, Educational Intervention.

Indicie

Introdução.....	15
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	18
1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL.....	20
1.1. Emoção e Sentimento – Definição e Diferenciação.....	20
1.2. Inteligência Emocional versus Competência Emocional	21
1.3. Capacidades da Competência Emocional.....	26
2. REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.....	33
2.1. Descrição das várias tipologias de unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	35
2.2. Ser Enfermeiro na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	37
2.3. Enfermeiro Emocionalmente Competente.....	39
PARTE II – ESTUDO EMPIRICO.....	41
3. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	43
3.1. Objetivos do Estudo.....	43
3.2. Questões de Investigação.....	44
3.3. Tipo de Estudo.....	45
3.4. População em Estudo.....	45
3.5. Instrumento De Recolha De Dados.....	47
3.6. Variáveis em estudo.....	48
3.7. Procedimentos de aplicação do instrumento de recolha de dados.....	50
3.8. Tipo de Tratamento Estatístico.....	51
3.9. Problemáticas e Constrangimentos.....	53
4. APRESENTAÇÃO DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....	55
4.1. Caracterização da População.....	55
4.2. Perfil das Capacidades da Competência Emocional da Amostra.....	57
4.3. Variáveis Preditivas da Competência Emocional.....	67
4.4. Correlação entre as Capacidades da Competência Emocional e a Competência Emocional.....	68
4.5. Correlação entre Competência Emocional e a Realização Profissional.....	69

4.6. Correlação entre Competência Emocional e o Sentimento de Gratificação Profissional.....	70
4.7. Estudo descritivo da Variável Competência Emocional nas diferentes tipologias de Unidades da Rede nacional Cuidados Continuados Integrados...	71
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	73
6. PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO NOS ENFERMEIROS DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	77
7.CONCLUSÕES.....	83
Bibliografia.....	86
ANEXOS.....	93

INDICE DE TABELAS

Tabela 1. Apresentação da frequência temporal das Capacidades e da Competência Emocional, em professores (Veiga-Branco, 2004a), e enfermeiros (Vilela, 2006; Agostinho, 2010).....	27
Tabela 2. Distribuição Absoluta e percentual da população, segundo Género, Idade, Habilitações Literárias, Estado Civil e Anos de trabalho na Rede.....	46
Tabela 3. Distribuição Absoluta e percentual dos valores da variável “Tipologia da Unidade em que trabalha.....	46
Tabela 4. Distribuição Absoluta e percentual dos valores da variável Gosto pelas tarefas laborais segundo a perceção da população enfermeiros prestadores cuidados na Rede Nacional Cuidados Continuados.....	56
Tabela 5. Distribuição Absoluta e percentual dos valores das variáveis “Realização Profissional” e “Importância das suas opiniões no seio da equipa trabalho”, relativas à população em estudo.....	56
Tabela 6. Distribuição absoluta dos valores das variáveis “Considera que”.....	57
Tabela 7: Análise de regressão <i>Stepwise</i> para a variável dependente Competência Emocional	67
Tabela 8: Análise Correlacional entre as cinco capacidades e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de Pearson (r) e nível de significância (p).....	68
Tabela 9: Análise Correlacional Ró Pearson entre as habilidades da Competência Emocional e a Realização Profissional.....	69
Tabela 10: Análise correlacional de Ró Pearson entre as habilidades da Competência Emocional e o Sentimento de Gratificação Profissional.....	70
Tabela 11: Análise Descritiva da Variável Competência Emocional segundo a tipologia de unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.....	71
Tabela 12: Apresentação comparativa da distribuição de valores de Itens e Valores de α nos diferentes estudos.....	74

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Autoconsciência com <i>alfa</i> de <i>Cronbach</i> valor de saturação do item.....	59
Quadro 2 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Gestão Emocional com <i>alfa</i> de <i>Cronbach</i> valor de saturação do item.....	61
Quadro 3 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Automotivação com <i>alfa</i> de <i>Cronbach</i> valor de saturação do item.....	62
Quadro 4 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Empatia com <i>alfa</i> de <i>Cronbach</i> valor de saturação do item.....	64
Quadro 5 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Gestão de Emoções em Grupo com <i>alfa</i> de <i>Cronbach</i> valor de saturação do item.....	65

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Filosofia de prestação cuidados na RCCI.....	33
Figura 2: Tipologias das Unidades que constituem a RNCCI.....	34

Índice de Siglas

IE- Inteligência Emocional

RNCCI- Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados

EVCV- Escala Veiga de CE

CE- Competência Emocional

SPSS- Statistical Package for Social Science

Introdução

A profissão de enfermagem, segundo Lazure (1994), exige uma relação de ajuda com grande envolvimento emocional entre enfermeiro/utente/família. O conhecimento transmitido durante a Licenciatura em Enfermagem sobre a forma de lidar com as emoções que surgem nas situações do dia-a-dia no contexto de unidades de saúde torna-se insuficiente. Curiosamente, observa-se que Veiga-Branco (2004), defende no seu livro Automotivação (2004 a) que “Em boa verdade esta profissão exige a plena formação que tenda a desenvolver no estudante uma integração autêntica entre os domínios técnicos e humano”, e acentua também a enfermagem como “...uma das profissões que mais apelo faz à adequabilidade entre competências técnicas e humanas”. Como a dar expansão a esta ideia de “humano” da autora, também Damásio (1995) se refere à decisão do humano e à impossibilidade de separar a racionalidade das emoções uma vez que a sua ausência altera as decisões supostamente racionais. Esta racionalidade, é posteriormente corroborada por Goleman (2003) quando defende que as emoções fundamentam o sentido da eficácia das decisões a partir do controlo dessa emocionalidade. Esta situação torna-se importante no desempenho profissional.

Os fenómenos de Burnout, a necessidade de dar resposta às necessidades das instituições em oposição às necessidades dos utentes, exigem aos profissionais de saúde uma constante reflexão acerca da dura realidade, sobre sentimentos de frustração e desgaste, exigindo uma aprendizagem das suas competências intrínsecas no sentido da manutenção do seu bem-estar biopsicossocial de forma a ser o melhor que lhe é possível, sentindo-se realizado tanto a nível profissional como pessoal. Damásio (2010) defende ainda que as emoções fazem parte integrante da homeostasia do ser humano, necessária a sua sobrevivência. Neste contexto, vários autores defendem que a energia das emoções pode e deve ser usada pelo próprio que as sente, no sentido de alcançar os seus objetivos, se para isso for ensinado. A resposta a esta necessidade é a educação emocional que tem como objetivo um maior e melhor conhecimento da consciência emocional e da capacidade de controlar as emoções (Goleman,1995, 2000; Bisquerra, 2000; Steiner, 2000; Damásio,2010).

Para serem eficazes e eficientes no exercício da sua profissão os enfermeiros necessitam de um conjunto de competências e recursos humanos que dizem respeito ao que atualmente se considera Competência Emocional, e nomeadamente a Automotivação, a

Gestão de Emoções e a Empatia. É talvez necessário porque auto confortante, que os profissionais conheçam as suas emoções, até porque parece realmente ser o início de uma forma para que as consigam gerir de forma eficiente, que as reconheçam nos outros, para poderem auxiliar os utentes a quem prestam cuidados, no seu processo de gestão de emoções enquanto percorrem o árduo caminho para a sua recuperação física e emocional.

Neste contexto, a Competência Emocional é uma temática com pertinência, pois as emoções e tudo o que abarcam adquirem visibilidade dia após dia sendo que o seu constructo tem-se instituído num dos conceitos mais discutidos e debatidos nos vários domínios da psicologia e da saúde. Desta forma e sendo ainda escassos os estudos a nível nacional sobre a temática, torna-se pertinente continuar a investiga-la, de forma a provocar nesta comunidade técnico-científica a necessidade de reflexão.

O presente estudo, no âmbito do 1º Mestrado em Cuidados Continuados (2010 – 2011) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, tem como objetivos:

- Conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo;
- Conhecer o nível ou o perfil de Competência Emocional na população de enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados;
- Analisar como se correlacionam as Capacidades da Competência Emocional com a Competência Emocional;
- Analisar como se correlaciona a Competência Emocional com o sentimento de Gratificação Profissional e com a Realização Profissional:
- Identificar se existem diferenças no nível de Competência Emocional nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento;
- Identificar as variáveis preditivas da Competência Emocional;
- Elaborar uma análise comparativa entre os resultados deste estudo e os Resultados dos estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006), Mendonça (2008) e Agostinho (2010);
- Planificar uma formação em Educação Emocional considerando os valores médios da Competência Emocional respondente às necessidades de menor perfil dos enfermeiros.

Para dar concessão aos objetivos acima descritos a abordagem metodológica da investigação será do tipo exploratório, quantitativo, descritivo e correlacional e terá como população alvo, os enfermeiros a exercer funções nas diferentes Tipologias de

Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados (Convalescença, Média duração e Reabilitação, Longa duração e Manutenção e Cuidados Paliativos). O instrumento de recolha de dados a utilizar é a “Escala Veiga de CE” (EVCE) (Veiga Branco,2011), que consiste num questionário cuja primeira parte consiste na abordagem às variáveis relativas à caracterização da amostra em estudo e a segunda parte, insere afirmações que representam as variáveis comportamentais e atitudinais relativas a cada uma das cinco capacidades da Competência Emocional. O tratamento estatístico dos dados será feito recorrendo ao programa SPSS19 (Statistical Package for Social Sciences) usando estatística descritiva, correlacional e análise regressão múltipla para conhecer as capacidades que integram o modelo do enfermeiro emocionalmente competente.

O estudo encontra-se organizado em duas partes.

A primeira diz respeito ao constructo teórico que fundamenta o conhecimento sobre o tema em estudo, obtido pela pesquisa bibliográfica. O primeiro capítulo textual apresenta os aspetos que exploram o objeto de estudo e respetivas referências conceptuais. Num capítulo sequente, apresenta-se o contexto em estudo, ou seja, a Rede Nacional de cuidados continuados Integrados, onde a população alvo desenvolve os seus trabalhos.

A segunda parte consiste no estudo empírico onde será expressa a tipologia de estudo, descrita a metodologia, apresentado o IDR e forma de acesso à amostra, serão apresentados os dados e discutidos os resultados obtidos com o estudo, sendo o último ponto reservado à exposição das conclusões do mesmo.

A dissertação termina com a proposta de uma planificação de formação em Competência Emocional para enfermeiros na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Considerando o objetivo do estudo assume-se aqui Competência Emocional (Goleman, 1995, 2003, 2005; Saarni, 1999, 2002; Bisquerra, 2003; Veiga-Branco 2004, 2005, 2007) como o conjunto de capacidades que expressam as habilidades dos sujeitos em conhecer em si mesmo, gerir e conhecer nos outros os fenómenos emocionais e de se motivarem perante problemáticas e constrangimentos.

Antes de ser desenvolvida a temática Competência Emocional, torna-se necessário explicitar a diferença entre dois termos, Emoção e Sentimento, que no dia a dia são utilizados com o mesmo significado mas não o têm. Esta distinção será feita de uma forma breve, permitindo uma melhor compreensão da temática em estudo.

1.1. Emoção e Sentimento – Definição e Diferenciação

O senso comum trata frequentemente ambos os termos com o mesmo significado, mas de facto não é assim. A emoção é ontológica e ontogenicamente a expressão de energia. A origem da palavra é *motere*, termo latim que significa *mover para* ou *em direção* ou com a *intenção direcionada a algo ou alguém*, que neste caso assumiria o estatuto de estímulo. O interesse crescente pelo mundo das emoções e a investigação nesta área tem vindo a aumentar desde a antiguidade (Platão, Descartes, Darwin, Freud), até à atualidade.

As emoções desempenham um papel central no equilíbrio e na saúde dos seres humanos. Sabe-se que o controle das emoções é um fator essencial para o desenvolvimento da inteligência emocional, sendo esta uma capacidade não meramente cognitiva. Damásio (1995) afirma que são as emoções que definem e selecionam a escolha a realizar. A análise lógica, meramente racional só permite analisar as alternativas, pensar nas consequências.

Sentimento é algo interior, de carácter privado (Damásio, 2010), enquanto as emoções são dirigidas para o exterior e podem ser, na maioria dos casos, claramente

identificadas. Não é possível observar um sentimento nos outros a não ser pelos sinais que o corpo revela ou alguém verbaliza.

Só a título exemplificativo, e sem qualquer objetivo taxonómico, apresentam-se sumariamente algumas expressões conceptuais de emoção. Assim, Aristóteles definiu emoção como uma energia transformadora, simultânea ao prazer ou dor, em ligação direta com a ação. Este filósofo definiu como emoções a ira, o temor, a piedade e o gosto, conjuntamente com os seus opostos. Durante a Idade Média a tributação à emoção e às paixões, apetites e desejos era de carácter negativo, pelo que deveriam ser controladas por serem consideradas algo vil.

Lazarus (1991) define emoção como uma interação de formas complexas de avaliação cognitiva, com mudanças fisiológicas e impulso para a ação.

Os behavioristas tratavam as emoções como modos de agir (Ledoux,2000). Durante muitos anos a ciência cognitiva ignorou as emoções. Veiga-Branco (2004) refere Damásio para explicitar a importância dos comportamentos emocionais na sobrevivência com base na bibliografia referida. A autora apresenta a emoção como uma experiência subjetiva, constituída por três tipos de comportamento: o direcionar objetivo, o expressivo e arousal fisiológico.

Damásio (2005) define emoção como uma cascata de mudanças que são produzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controle do sistema cerebral, respondendo a uma determinada entidade ou acontecimento (...). As emoções funcionam quando as imagens processadas no cérebro colocam em ação uma série de regiões como a amígdala ou o córtex cerebral.

A combinação de todas estas reações constitui o que o autor apelida de estado emocional. Já em 1995 Damásio distinguia sentimento de emoção, referindo que os sentimentos eram o passo seguinte, surgindo logo após a emoção, constituindo uma percepção composta do que ocorre durante a emoção.

De uma forma esquemática, considera-se interessante apresentar aqui como este autor define como se criam os sentimentos, por forma a esclarecer a diferença entre este conceito e a emoção. Segundo Damásio (1995) existem três formas de criar os sentimentos: Arco Corporal, Arco «*como se*» e pela Alteração da transmissão de sinais corporais para o cérebro. No primeiro, e conforme explica «*... à medida que ocorre a emoção surge um conjunto específico de alteração e os mapas do sentimento são o registo de uma variação sobreposta aos mapas desse momento, sendo que para ser*

registada a alteração tem que ser observada». No segundo, o Arco «*como se*», o cérebro pode ordenar às regiões de criação dos mapas de sentimento que adotem o padrão que teriam adquirido se experienciassem a emoção na realidade. É um processo que poupa tempo e energia ao organismo mas não passa de uma versão atenuada das emoções sentida no arco corporal. Por último, o cérebro pode receber uma visão distorcida do estado de corpo quando o organismo está sob efeito de substâncias que alteram a transmissão o processamento de sinais corporais (álcool, analgésicos, anestésico), sendo chamado este mecanismo de «*alteração da transmissão de sinais corporais para o cérebro*» (Damásio, 1995). Os vários investigadores no âmbito das emoções apresentam variadas formas de as classificar, mas segundo Goleman (2003) não existe consenso entre os mesmos. As principais famílias de emoções básicas candidatas a consenso são Ira, Tristeza, Medo, Prazer, Amor, Surpresa, Aversão, Vergonha.

Vivemos na atualidade uma necessidade de encontrar harmonia entre coração e razão. Começa então a ganhar importância o facto de possuir capacidade de reconhecer e saber lidar com as emoções de um modo racional, encontrando-se um equilíbrio entre razão e emoção, de ser emocionalmente inteligente/competente, ou seja surge a necessidade de investir na educação emocional nos seres humanos.

Terá sido com base na assumida importância da emoção e sua gestão energética que nos anos 80 do séc. XX surge o conceito de Inteligência Emocional criado por Salovey e Mayer (1990), a partir do conceito de Inteligências Múltiplas de Gardner, pelo que, será agora apresentado porque a partir deste conceito se construiu o de Competência Emocional.

1.2. Inteligência Emocional versus Competência Emocional

Darwin referiu a importância da expressão emocional para a sobrevivência e adaptação. Embora as definições tradicionais de inteligência enfatizem os aspetos cognitivos, vários pesquisadores no campo da inteligência reconhecem a importância dos aspetos não-cognitivos.

Para melhor contextualização da temática, parte-se da definição de Inteligência Emocional dada por Salovey e Sluyter (1999) e posteriormente expandida por Goleman (1995,1999) para aceder ao reconhecimento do conceito Competência Emocional, que não pretende estudar conhecimentos virtuais e habilidades hipotéticas, mas sim aceder à eficácia e eficiência do sujeito nas capacidades que constituem a Competência Emocional: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo (Veiga Branco, 2004, 2005, 2007).

Gardner nos finais do século XX, ao apresentar a conceção da teoria das Inteligências Múltiplas, como a noção de que a inteligência não é compreendida como um atributo geral, mas como aptidões específicas que se manifestam em habilidades no desempenho de tarefas, parece ter já a clareza de defender que o conceito de inteligência definido apenas pelo coeficiente de Inteligência não é suficiente para descrever a grande variedade de habilidades cognitivas humanas.

Peter Salovey e D. Sluyter (1999) esclarecem que o conceito de Inteligência Emocional é sustentado por um conjunto de capacidades¹, que podendo variar em título ou número, é abordado de forma compartimentada, organizada em vocábulos ou frases que indicam uma ação (simples ou complexa), ou em forma de objetivo específico ou geral. Como os autores defendem, na esfera da inteligência académica, a inteligência é a aptidão; e a realização representa o que uma pessoa realizou (no sentido de executou, concretizou em comportamento), e competência indica que a realização de alguém atinge um determinado padrão.

Salovey (1999), considerando as «anteriores definições vagas e empobrecidas no sentido de que falam somente da percepção e controle da emoção e omitem o pensamento sobre sentimento» redefinem o conceito: «a I.E. envolve 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» (Salovey e Sluyter, 1999: 23).

¹ Capaci- elemento complementar. Antepositivo do latim capax,acis, “que pode conter, capaz”. Capacidade – potencial para conter, volume (garrafa com x litros...; ou ... o teatro tem capacidade para 500 pessoas). O conceito de capacidade, remete para uma medida de contenção, de potencial para, mas não para a realização concreta (cf. Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa) *Competência Emocional em Professores* ano 171), como um facto já experimentado e mensurado.

De uma forma progressiva e multi autorial o conceito de Competência Emocional foi sendo assim construído a partir do conceito inicial de Inteligência Emocional (Salovey & Mayer, 1990). Este último que emergiu no final do século XX, descrevendo a capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os dos outros, assim como a capacidade de lidar com eles (Goleman, 1995, 2010), e que segundo os seus autores, estaria diretamente relacionado com a “capacidade de perceber e expressar emoções usando-as e gerindo-as de forma a gerar crescimento pessoal” (Salovey & Mayer, 1990).

Saarni (2002) define a Competência Emocional como a *“demonstração da autoeficácia em transações sociais que produzem emoções”*, definindo autoeficácia como a capacidade e habilidades que o indivíduo tem para alcançar os objetivos nos domínios da inteligência emocional e competências associadas. Para se ter autoeficácia necessitamos do conhecimento da própria capacidade de regular emoções e os resultados desejados. Os resultados desejados dependem dos princípios morais individuais. Assim sendo os valores morais e éticos influenciam as respostas emocionais para promover integridade pessoal (Saarni, 2002). A autora apresenta a seguinte lista de habilidades de Competência Emocional: Consciência do estado emocional; Capacidade de discernir as habilidades de outros;

- Capacidade de usar o vocabulário emocional e termos expressivos geralmente disponíveis numa cultura;
- Capacidade de participar empaticamente nas experiências emocionais dos outros;
- Capacidade de compreender o estado emocional interno tanto em si mesmo e nos outros;
- Capacidade de lidar com as emoções negativas; consciência da estrutura e natureza das relações, e por último
- Capacidade de autoeficácia emocional. (Saarni, 2002).

Em suma, cada um vive de acordo com a sua "teoria pessoal de emoções", quando ele demonstra autoeficácia emocional é consistente com seus próprios valores morais (Saarni, 2002).

Posterior e paralelamente, o conceito de Competências Emocionais foi definido por Bisquerra (2003) como *“o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para tomar consciência, compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais”*, pelo que, e na prática quotidiana, o

conjunto de Competências Emocionais, permitem compreender, expressar e regular de uma forma apropriada os fenómenos emocionais, facilitando os processos de aprendizagem, a solução de problemas, as relações interpessoais e a adaptação a diferentes contextos. Segundo este autor existem cinco Competências Emocionais: Consciência Emocional, Regulação Emocional, Competência Social, Autonomia Emocional e Competências para a vida e bem-estar (Bisquerra, 2003).

Veiga-Branco (2004a, b; 2005) que estudou o conceito de Competência Emocional partindo do conceito inicial de Inteligência Emocional divulgado por Goleman (1995,1999), distingue o conceito de C.E. do de I.E. porque considerar que este, diz respeito a uma conceção mais sustentada pelo conceito de inteligência, mais “virtual”, no domínio dos eixos abrangentes de estruturar um conhecimento. A autora defende que a C.E. “...diz respeito ao visível, ao observável, ao mensurável em comportamentos e atitudes, com visibilidade expressa e sentível pelo próprio e por outros em seu redor...” e expressando que “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”. A autora ²explicita que «a C.E. não diz respeito só a uma capacidade, (no sentido de ser capaz ou estar habilitado para) mas sim ao conteúdo efetivo de uma experiência vivida com eficácia, e portanto, de uma competência constatada». Reforça também esta ideia, ao acentuar que o estudo ou a verificação da C.E. «...emerge de uma análise que é feita, a partir das memórias do sujeito acerca das suas experiências, sobre ocorrências em pós-facto», argumentando que «...é por isso que a EVCE³ questiona factos vividos, através de um recordatório de memória, pois só pode ser verificada através dos comportamentos e atitudes já ocorridas... e assim, e só assim, se constata que há já competências adquiridas pelos sujeitos. Na verdade a C.E. – analisada através deste Instrumento, não mede, as capacidades, mas sim as competências... já constatadas⁴».Veiga-Branco (2004a, b;

²Os conteúdos aqui expressos, emergem da explicação apresentada em Orientação Científica de Maio de 2012, em que a autora apresenta a metáfora exemplificativa: “...não é rara a situação em que o professor reconhece a um estudante grande capacidade, mas que por várias razões, a execução das tarefas pedagógicas e a avaliação não comprovaram ter. Este fenómeno, ajuda-nos a compreender a diferença entre ter a capacidade (como possibilidade ou habilitação) e a competência (como experiência de tarefa com eficácia de resultado)” para diferenciar noção de capacidade e competência.

³ Escala Veiga de Competência Emocional, questionário auto aplicado que inclui 84 itens de carácter atitudinal e comportamental (2005: ...) que sob Análise Fatorial de Componentes Principais, se agrupam em fatores, que convergem num perfil de Competência Emocional.

2005) divide a Competência Emocional em cinco domínios ou capacidades: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos.

Desta forma, este trabalho terá por base o constructo teórico de Veiga-Branco (2004a, b) e Goleman (1995,1999,2010) e será aplicada a “Escala Veiga de CE”(EVCE) (Veiga Branco, 2011) nos enfermeiros que trabalham nas unidades prestadoras de cuidados da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados.

1.3.Capacidades da Competência Emocional

Neste sub-capítulo serão abordadas as cinco habilidades/capacidades da Competência Emocional, bem como os perfis resultantes dos estudos na temática da Competência Emocional. A recente bibliografia apresenta uma relação entre Inteligência Emocional, Competência Emocional e Saúde ou pelo menos Bem-estar (Veiga Branco, 2004, 2007, 2008, 2011, 2012;Salovey & Sluyter, 1999; Goleman, 1995,1999, 2003, 2005; Godinho, 2006; Bisquerra, 2002; Nascimento,2006). Na profissão de Enfermagem torna - se pertinente estudos no âmbito da Competência Emocional (Vilela, 2006; Agostinho, 2010) pelo facto dos enfermeiros prestarem cuidados a seres fragilizados, física e emocionalmente, e em situação de dependência de terceiros para a satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Agostinho (2010) afirma tratar-se de um tema pertinente na área da saúde enquanto ciência e profissão, pois promove uma reflexão crítica que possibilitará a melhoria dos cuidados de saúde prestados e das condições de trabalho dos profissionais. Em contextos de saúde foram levados a cabo estudos a nível nacional sobre Competência Emocional - que utilizaram a “Escala Veiga de CE” (EVCE⁵) (Veiga Branco, 2011) – e que apresentam resultados pertinentes. Numa fase inicial, em Portugal e em contextos

⁵ A autora modificou em 2011,o nome do Instrumento de Recolha de Dados foi alterado para EVCE. Atribuiu inicialmente a nomenclatura de EVBCIE ao Instrumento de Recolha de Dados, cf: Veiga-Branco, Augusta (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. ISBN 978-989-8136-34-3.

educativos, encontram-se os estudos em professores (Veiga-Branco, 2004a, 2005) e posteriormente, foram desenvolvidos progressivamente estudos em enfermeiros em meio hospitalar (Vilela, 2006; Sobral, 2009; Agostinho, 2010), cujos sucessivos resultados, foram sendo usados no conjunto, para aceder à construção de médias analisadas das variáveis em estudo, e, donde acabou por emergir um perfil de Competência Emocional que foi analisado e considerado pertinente promover e (re) estudar em amostras sucessivas, como descrito na tabela abaixo apresentada.

Tabela 1: Apresentação da frequência temporal das Capacidades e da Competência Emocional, em professores (Veiga-Branco, 2004a), e enfermeiros (Vilela, 2006; Agostinho, 2010).

Capacidades/Estudos	Veiga-Branco (2004a)	Vilela (2006)	Agostinho (2008)
Autoconsciência	F/ MF	PNorma	PN/ F
Gestão de Emoções	Por Norma	Pouco Frequente	Por norma
Automotivação	Por Norma/Frequente	Pouco Frequente	PN/Frequente
Empatia	Frequente/Muito Fr	Por N/Frequente	Por N/Frequente
Gestão Emoção Grupos	Pouco Freq/Por N	Por Norma	Por Norma
Competência Emocional	Por Norma/Frequente	Pouco Frequente	Por N/Frequente

Leitura da Tabela: PN – Por Norma; F – frequente; MF – Muito frequente;

Veiga-Branco (2004a, b; 2005) partindo do constructo de Goleman (1995,1999) divide este conceito em cinco domínios: *Autoconsciência*, *Gestão de Emoções*, *Automotivação*, *Empatia* e *Gestão de Relacionamento em Grupos*, sendo as três primeiras competências intrapessoais e as restantes competências interpessoais ou sociais.

Autoconsciência

Goleman (2004) define Autoconsciência como a capacidade de reconhecer um sentimento *in loco*, tendo a perceção do que acontece no seu corpo e o que está a sentir (Goleman, 2003). Esta tomada de consciência desencadeia uma mudança da atividade mental facilitando o controlo quando somos inundados por uma amálgama de sentimentos, passando de um estado de ser apanhado de surpresa pela emoção e poder perder o controlo, para um estado em que temos consciência do que estamos a experienciar e decidir como atuar de forma consciente. Uma das funções do cérebro é manter-se informado (Damásio, 1995), sendo esta atenção consciente que reconhece um estado de espírito negativo e que constrói uma defesa para sair dele.

Assim, parece que após experienciarmos conscientemente as nossas próprias emoções, e as reconhecermos, e nos confrontarmos com elas, é possível conseguir geri-las conscientemente (Damásio 1995).

Veiga-Branco (2005) define Autoconsciência como a capacidade do indivíduo 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

Gestão de emoções é uma capacidade que nasce de um autoconhecimento das emoções sendo a chave para o bem-estar emocional. Consiste na capacidade de gerir de forma consciente as nossas emoções e do que desencadeiam em nós. Só depois de o conseguirmos a título pessoal é que será possível nas nossas relações interpessoais em todas as dimensões do nosso dia-a-dia. Goleman (2003) refere que as pessoas que não conseguem de forma eficiente gerir as emoções estão em luta constante com sentimentos de angústia, enquanto as pessoas que possuem esta capacidade desenvolvida recuperam mais facilmente dos “trambolhões” e das dificuldades que a vida lhes coloca.

Segundo a ideia de 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.

A melhor forma de lidar com as mais variadas emoções é experienciá-las de uma forma controlada e consciente, por forma a decidir a maneira de lidar com os comportamentos e sentimentos que elas provocam (Veiga Branco, 2004a). Desta forma torna-se necessário que os enfermeiros tomem consciência das suas próprias emoções e da forma como estas os afetam, conseguindo assim posteriormente gerir as suas próprias emoções tornando-se pessoas mais eficientes nas suas atividades do dia-a-dia, quer enquanto pessoas, membros sociais ou profissionais.

Existem técnicas de relaxamento que, segundo a psicóloga Diane Tice referida por Goleman (2003), são eficientes para aliviar a depressão, a ansiedade ou a cólera. Mas, para isso, é necessário experienciá-las, conhece-las e saber aplicá-las. Martin e Boeck

(2002) defendem que o que cada um consegue a partir das suas emoções, controladas ou não, de forma inteligente depende da Inteligência Emocional de cada indivíduo. Uma vez adquirida conscientemente, a relação entre o exibir das emoções e o objetivo estabelecido, dá ao homem a possibilidade “de livre vontade controlar as suas emoções, pelo menos em parte” (Damásio 2003). Este autor refere que existem emoções estereotipadas, mas não só, pois existem aquelas que podem ser modificadas especialmente quando controlamos os estímulos que as provocam. Desta forma, conhecer o corpo e aprender a modificar algumas componentes dos comportamentos será o caminho para atingir o autodomínio (Veiga Branco, 2005), ou ainda alguns comportamentos que poderemos selecionar na nossa vida (⁶) como atividades que segundo os resultados de estudos em 2012, poderão propiciar emoções positivas ou ainda o conjunto de técnicas e atitudes que dizem respeito à regulação Emocional, conforme é defendida em Bisquerra (2003).

Automotivação

As emoções são, em si mesmas um fator de motivação com carácter de adaptação e sobrevivência (Veiga Branco, 2004b). A Automotivação (Goleman, 1995) ou Motivação (1999) consiste em utilizar a energia transportada pelas emoções para atingirmos os nossos objetivos, para nos transformarmos em seres mais eficientes para fazermos 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).

Segundo Goleman (2003) existem estudos que demonstram que pessoas com forte otimismo e esperança são mais produtivas e lidam melhor com as dificuldades do dia-a-dia, não caindo em sentimentos depressivos. A ansiedade é considerada essencial para a

⁶ Correia de Almeida, A.; Veiga-Branco, Augusta; Nogueira, J. (2012) - Emociones y salud actividades propiciadoras de emociones positivas In VII Jornades Emocions i Salut. Barcelona: Universidade de Barcelona. p. 1/6-6/6. ISBN 978-84-695-4094-7

Automotivação, o evoluir e prosseguir perante as frustrações (Goleman 2003, Veiga-Branco 2004a, 2004b). Em forma de conclusão a Automotivação consiste em usar as nossas preferências para atingir objetivos que queremos, para termos iniciativa, para nos tornarmos seres cada vez mais eficientes perante a frustração e os obstáculos. Desta forma conseguiremos ter uma elevada empatia com os outros e conseguiremos gerir de forma emocionalmente competente os relacionamentos em grupo.

Empatia

Empatia significa habilidade de conhecer, 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 é suscetível de ser treinada e de se tornar cada vez mais eficaz, tornando o indivíduo capaz de ler corretamente o outro. Para tal é necessário que o mesmo já tenha desenvolvido em si as capacidades de autoconsciência e gestão das suas próprias emoções, pois, desta forma, poderá identificar no outro o que já conhece em si, relacionar-se da melhor forma perante as situações e ajudar o outro a conviver, conhecer e entender as emoções que está a experienciar. Podemos dizer que a empatia brota da autoconsciência. Goleman (2003) afirma que quanto mais autoconscientes formos melhores leitores dos sinais subtis dos outros seremos estabelecendo com eles empatia. Esta ideia é defendida também em 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.

Esta capacidade demonstra-se fundamental em enfermagem ou em qualquer profissional de saúde visto que a sua filosofia profissional é cuidar do outro, pois não podemos cuidar sem autoconhecimento e sem conhecimento do outro. É necessário que o enfermeiro que lida vinte e quatro horas com os indivíduos a quem presta cuidados saiba ler canais verbais e não-verbais, que consiga reconhecer de imediato as emoções e sentimentos do utente, por forma a poder cuida-lo com a melhor qualidade possível na dimensão biopsicossocial do indivíduo. Seria necessário que na formação base destes profissionais se apostasse na formação emocional, produzindo indivíduos autoconscientes, com ferramentas para gerir as suas emoções, capazes de estabelecer empatia com os outros, serem indivíduos motivados e capazes de gerir os seus

relacionamentos quer profissionais quer pessoais. Dito de outra forma, durante a formação dever-se-ia considerar o desenvolvimento da Competência Emocional de cada indivíduo.

Gestão de Relacionamentos em Grupo

Esta capacidade é definida pela habilidade emocional de reconhecer os sentimentos nos outros conseguindo agir de forma a influencia-los. Necessita, por isso, mais uma vez, de um desenvolvimento prévio das capacidades de autoconsciência e empatia (Goleman 2003; Veiga-Branco 2004^a). Um enfermeiro não consegue modificar comportamentos de risco, alterar um plano terapêutico ou desenvolver novas capacidades no indivíduo se não souber influencia-lo. É necessário que consiga reconhecer o que se passa com o indivíduo que esta a sua frente e agir por forma a influencia-lo para o conseguir cuidar. Salovey e Mayer referidos por Martin e Boeck (2000), defendem que todas as capacidades da Inteligência Emocional podem ser desenvolvidas perante o esforço consciente de autoconhecimento das emoções, pensamento que é corroborado também por Rego e Cunha (2004).

A educação emocional será uma das formas de autoconhecimento consciente que ajuda as pessoas a tornarem-se emocionalmente competentes, mais eficientes em todas as dimensões das suas vidas.

Depois de ter sido apresentado o conceito em estudo, sua estrutura e especificação, será apresentado o conceito da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados.

2. REDE NACIONAL CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

A RNCCI constitui um novo modelo organizacional criado pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, através de unidades de internamento e de ambulatório e de equipas hospitalares e domiciliárias. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia.

A criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (de ora em diante designada por RNCCI), em 2006, veio introduzir um modelo inovador de abordagem e intervenção nas pessoas em situação de dependência, dando resposta a necessidades há muito sentidas pelos profissionais de saúde e da área social e por doentes e famílias, nomeadamente, a premência da existência de uma ação integrada e articulada nos doentes e de um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento em hospitais de agudos.

Desta forma consegue-se devolver o utente à sua vida social normal, e/ou evitar deterioração e agravamento de uma situação de fragilidade, só por si comprometedora da autonomia da pessoa. A coordenação da Rede processa-se a nível nacional (Unidade Missão), sem prejuízo da coordenação operativa, regional (Equipas Coordenadoras Locais) e local (Equipas Coordenadoras Regionais).

A filosofia de prestação da RNCCI insere-se numa lógica de triangulação específica: recuperar, reabilitar e reintegrar, tal como se pode observar na figura 1 seguinte:

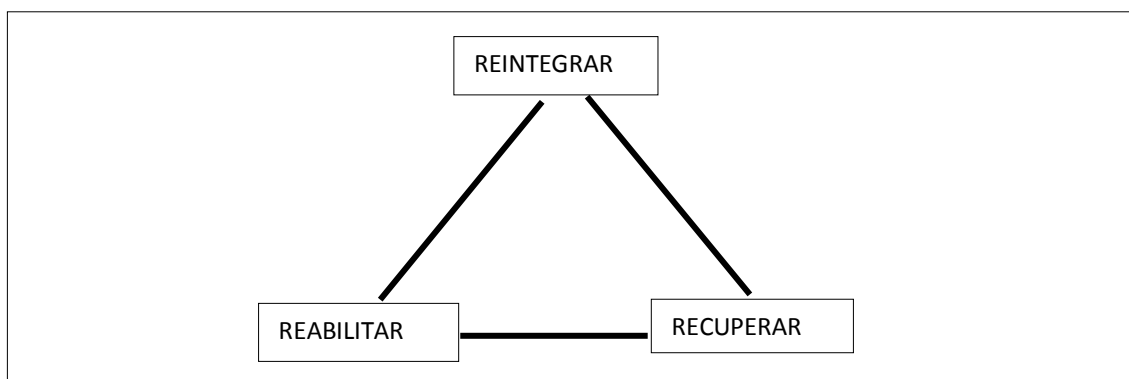


Figura 1. Filosofia de prestação dos cuidados na RNCCI (elaboração própria)

Para cumprir esta lógica, reconhece-se um conjunto de competências e recursos humanos que dizem respeito ao que atualmente se considera – e aqui neste trabalho se explora e se explicita - Competência Emocional, e nomeadamente em três das capacidades que inserem o conceito: Automotivação, Gestão de Emoções e Empatia, por forma a garantir eficiência e eficácia nos cuidados de saúde prestados diariamente a seres fragilizados e em situação de dependência.

Do ponto de vista do seu organigrama relacional laboral e aplicação prática de cuidados, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por:

- unidades de internamento - o que em senso comum se conhece pela configuração arquitetónica de serviços de internamento,
- ambulatório – o espaço cuidativo que diz respeito sempre à utilização dos serviços, mas com o doente a regressar logo a casa, ou seja, vem fazer um tratamento e regressa a casa;
- respostas domiciliárias - como os cuidados prestados na casa do doente.

Esta organização cuidativa, está implementada tal como é explicitado na figura 2.

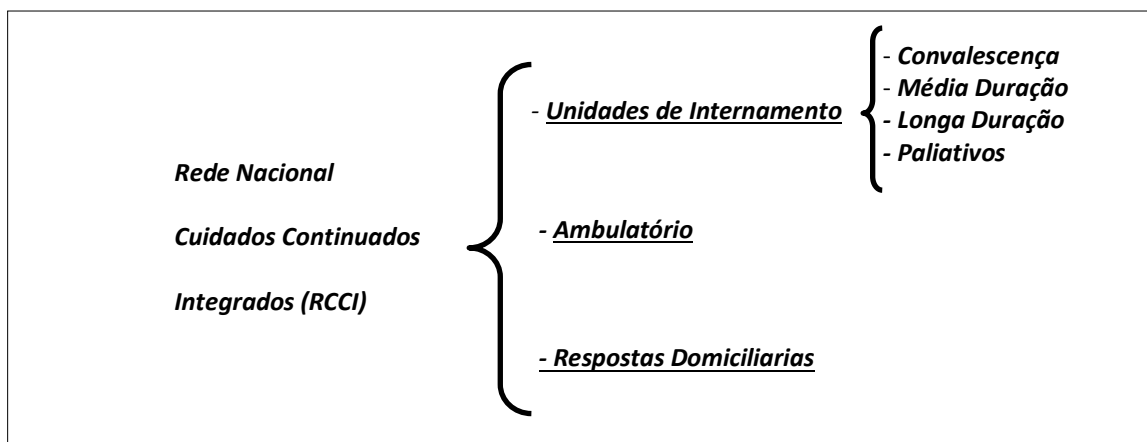


Figura 2.Tipologias das Unidades que constituem a RNCCI (elaboração própria)

Os utentes, para usufruírem dos cuidados prestados na RNCCI, têm que ser submetidos a uma avaliação da sua situação de saúde pela equipa de Gestão de Altas ou pelos Centros de Saúde.

A equipa de Gestão de Altas é uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de preparar e gerir a alta hospitalar assegurando continuidade dos cuidados de saúde (cfr. n.º 1 do Art. 23.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

2.1. Descrição das várias tipologias de unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A unidade de convalescença “é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição que se articula com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.” (art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho). Pretende-se, com este tipo de unidades, responder a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde: promover a reabilitação e a independência dos utentes; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; evitar a permanência desnecessária nos serviços dos hospitais de agudos; otimizar a utilização de unidades de internamento de média e longa duração. Os utentes destas unidades são maioritariamente doentes dependentes e a necessitar de componente de reabilitação intensiva, oriundos de serviços de Medicina Interna, de Oncologia, de Cirurgia, de Ortopedia/Traumatologia, de Neurologia.

A unidade de média duração e reabilitação é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (art. 13º do D.L. 101/2006 de 6 de Junho). Esta Tipologia tem como objetivos a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa respondendo a necessidades transitórias, visando maximizar os ganhos em saúde; evitar permanências desnecessárias em hospitais de agudos; contribuir para a gestão das altas dos hospitais de agudos; reduzir a utilização desnecessária de unidades de internamento de convalescença e de longa duração; promover a reabilitação e a independência dos utentes. Os utilizadores das unidades de média duração e reabilitação são doentes oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, que careçam de cuidados integrados em regime de internamento, mas não de cuidados tecnologicamente diferenciados.

A unidade de longa duração e manutenção é uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio." (art. 13.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Esta organização processual, tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos, ou por período inferior em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano. Os doentes são oriundos de outras respostas da Rede, de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio.

A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrente de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva (n.º 1 do Art. 19.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

O *Ambulatório* é constituído por Unidades de Dia e Promoção da Autonomia que prestam cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatório, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para ser cuidadas no domicílio (n.º 1 do Art. 21.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

Em termos de *respostas domiciliárias* existem duas: Equipas de Cuidados Continuados Integrados e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. A primeira consiste numa equipa multidisciplinar com responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

A segunda é formada por uma equipa multidisciplinar que presta apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos (n.º 2 do Art. 29.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

2.2.Ser Enfermeiro na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Ordem dos Enfermeiros, Organismo que rege a profissão no âmbito nacional, define enfermeiro como o «profissional habilitado com um curso de Enfermagem legalmente reconhecido (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.» (In REPE art. 4 N.º2, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.).O regulamento do exercício profissional de enfermagem na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados define que os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, de forma a manterem, melhorarem ou recuperarem a sua saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rápido quanto possível. Esta filosofia profissional entra em simbiose com a filosofia da Rede Nacional de Cuidados Continuados que defende a Reabilitação, Readaptação e Reinserção do indivíduo no seu meio, embora para este objetivo ser alcançável o enfermeiro integra uma equipa multidisciplinar que presta cuidados ao utente na sua totalidade, ou seja na sua dimensão psicológica, biológica e social.

O enunciado dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prescreve que o enfermeiro independentemente do contexto em que presta cuidados orienta a sua prática pelos padrões de qualidade: a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

A essência da profissão de enfermagem é cuidar, existindo várias definições para este termo ao longo da evolução da profissão, exemplos disso é a definição de Colliere (1999) «Manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis a vida,.....diversificadas na sua manifestação». Segundo a mesma cuidar é desenvolver o potencial de vida mas não a todo o custo, defendendo sempre aquilo a que cada pessoa atribui valor e significado. Outra definição de cuidar dada por Hesben (2000) que o define como uma arte capaz de combinar os vários tipos de saber para ajudar o outro. Assim urge questionar:

Porque devem os enfermeiros ser emocionalmente competentes?

Nas unidades de cuidados continuados pertencentes à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, aquando do ingresso do utente é feito um acompanhamento

personalizado e individual à família e utente pela equipa multidisciplinar que a integra. Neste primeiro contacto é necessário que os enfermeiros, bem como os restantes profissionais, estejam despertos para reconhecer emoções e sentimentos do utente e família que serão necessários para reconhecer as necessidades destes nas várias dimensões do ser humano, que vão para além das técnicas específicas de cada área profissional. O enfermeiro tem que estar atento aos canais verbais e não-verbais, às emoções e sentimentos envolvidos nas relações que se estabelecem com os utentes pois na maioria dos casos é de uma avaliação correta que depende o sucesso da intervenção que vai realizar. Como se comprova é crucial que o enfermeiro seja competente a nível emocional para atingir estes objetivos. Não irá conseguir estabelecer relação terapêutica, empática e de interajuda se não conseguir reconhecer e agir em conformidade com as emoções, sentimentos e atitudes do utente e família. Para conseguir levar a bom porto tão complexa intervenção tem que possuir um autoconhecimento e gestão das suas próprias emoções, e ter uma elevada motivação. Todos estes elementos em conjunto permitem uma intervenção global sobre e com o individuo a quem presta cuidados.

Ao longo do internamento é feita uma avaliação multidisciplinar por forma a arquitetar o plano de necessidades do utente e família, definir as ações a mobilizar para satisfazer as mesmas e por fim avaliar mensalmente (e sempre que necessário) os resultados obtidos e se necessário redefinir objetivos. Para construir este plano de atuação torna-se evidente a necessidade de todos os técnicos possuírem literacia emocional para identificar, gerir as emoções que emergem desta relação com o utente e família, bem como as suas, permitindo o exercício da sua profissão com a melhor qualidade possível e com ganhos para ambas as partes envolvidas neste complexo processo.

O enfermeiro exerce a sua profissão vinte e quatro horas por dia, em horário rotativo, todos os dias do ano. Mantendo um contacto permanente com o utente encontra-se por isso numa posição privilegiada para agir perante transtornos emocionais, pelos laços de proximidade que se criam. No entanto poderão ser afetados pelo conjunto de situações a que diariamente se expõem, tais como o contacto com a tristeza dos familiares/utente, sentimentos de impotência, revolta, raiva. Segundo Mercerdier (2004) os momentos de felicidade e alegria são insuficientes para lidar com a cólera, a repulsa, a raiva, o medo e a tristeza dos utentes e família. Os enfermeiros têm consciência desta proximidade e das capacidades/competências necessárias para intervir, por vezes falta-lhe é a prática e a experiencia para gerir as situações de uma forma emocionalmente competente.

2.3. Enfermeiro Emocionalmente Competente

Tendo por base o constructo teórico de Goleman (2003) apresenta-se neste ponto, o perfil de enfermeiro emocionalmente competente. As características serão descritas segundo a Escala Veiga de Competência Emocional aplicada neste estudo. Cada uma das capacidades diz respeito a diferentes níveis do sistema psicológico do indivíduo pelo que serão apresentadas, para cada uma das competências/capacidades, as características adaptando para os enfermeiros as descritas para os professores no estudo de Veiga-Branco (2004a), tal como foi feito por Vilela (2006) e Agostinho (2010) nos seus estudos com enfermeiros.

As competências/capacidades da Inteligência Emocional são, como já descrito anteriormente, Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo.

A Autoconsciência é a capacidade de conseguir uma elevada perceção das emoções que sente. O enfermeiro emocionalmente competente tem que possuir a noção exata dos sentimentos e emoções que sente, saber como se expressam no seu corpo internamente e externamente. Assim, durante a prestação de cuidados ao utente e/ou família o enfermeiro deverá ser, por um lado, observador, flexível, capaz de se adaptar a novas ideias e acontecimentos controlando de forma consciente a sua postura corporal. Por outro, quando não conseguir fugir aos sentimentos que o envolvem não se deve deixar cair num sequestro emocional, ajustando o seu comportamento de forma racional e consciente, ou seja ser capaz de gerir as suas emoções, garantindo a eficácia e eficiência dos cuidados que presta.

A Auto motivação corresponde ao controle de uma forma produtiva das emoções usando a energia em proveito próprio. O enfermeiro emocionalmente competente não age por impulso, pensando em primeiro e só agindo depois. Desta forma perante um resultado negativo consegue distanciar-se da situação, perceber o que correu mal e usar o conhecimento adquirido em situações futuras, não se culpabilizando ou censurando ou atribuindo o sucedido à falta de sorte.

A Empatia é a competência fundamental para que o enfermeiro seja sensível e aceite os sentimentos do outro, sem desconforto, medo ou raiva, desenvolvendo uma relação de

ajuda. A empatia é a fonte de eficácia organizacional para criar equipas emocionalmente competentes.

O enfermeiro competente a nível emocional é capaz de ler os canais verbais e não-verbais criados nas interações com os outros, sendo flexível e ajustando-se de forma consciente e racional às situações. Este processo não é mais que ser capaz de gerir relacionamentos.

Tendo em conta estes aspetos de grande pertinência cria-se a proposta de conhecer o perfil de Competência Emocional na população de enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados, analisando a necessidade e pertinência da Educação Emocional, terminando com uma proposta de formação em Educação Emocional respondente às necessidades de menor perfil dos enfermeiros, obtido no diagnóstico situacional.

Com tudo o que foi descrito até este ponto, ressalta a pertinência para estudar uma questão : *será que existe a necessidade de investir na formação em Educação emocional dos enfermeiros visto eles precisarem das ferramentas adquiridas a partir dela, para gerir a sua relação terapêutica, empática e de interajuda com aqueles a quem presta cuidados...?*

Para dar consecução às questões serão tomadas em momento próprio, as iniciativas metodológicas respetivas.

Desta forma, considera-se concluída a exposição teórica, pelo que no capítulo seguinte será descrita a metodologia, os tratamentos estatísticos, a apresentação dos sucessivos dados, e respetivamente seguidos da discussão dos mesmos.

PARTE II – ESTUDO EMPIRICO

3.METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O trabalho prossegue com a exposição do tipo de estudo, procedimentos metodológicos, descrição do instrumento de recolha de dados e da população em estudo.

Qualquer processo de investigação envolve obrigatoriamente uma fase metodológica que consiste num «conjunto de métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica» (Fortin, 2000, p.372). A descrição da metodologia deve ser explicitada para que permita a sua replicação noutras investigações (D'Oliveira, 2002).

Este estudo foi desenvolvido na comunidade de enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados em Portugal com o objetivo de aceder à auto-percepção dos mesmos no âmbito da Competência Emocional.

3.1. Objetivos do Estudo

A partir da questão global formulada, e no sentido de dar consecução à finalidade que os seus conteúdos expressam, e também para servirem de rota mental, foram formulados os seguintes objetivos:

- Conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo;
- Conhecer o nível e o perfil de Competência Emocional na população de enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados;
- Analisar como se correlacionam as Capacidades da Competência Emocional com a Competência Emocional
- Analisar como se correlaciona a Competência Emocional com o sentimento de gratificação Profissional e com a Realização Profissional
- Identificar se existem diferenças no nível de Competência Emocional nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento
- Identificar as variáveis preditivas da Competência Emocional;

- Elaborar uma análise comparativa entre os resultados deste estudo e os Resultados dos estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006), Mendonça (2008) e Agostinho (2010);
- Planificar uma formação em Educação Emocional considerando os valores médios da Competência Emocional respondente às necessidades de menor perfil dos enfermeiros.

3.2. Questões de Investigação

Tendo por base a contextualização da temática em estudo e reconhecendo a importância da Competência Emocional na profissão de enfermagem, quer no âmbito da formação quer na gestão das equipas no seu local de trabalho, será sobre estas capacidades que incidirá a investigação.

Desta forma foram formuladas, com base na pesquisa e fundamentação teórica, mas sobretudo nas questões à investigação de âmbito global, as seguintes questões de Investigação:

- Qual o Perfil de Competência Emocional da População de Enfermeiros em Estudo?
- Quais as variáveis preditivas da Competência Emocional dos Enfermeiros em estudo?
- Qual a comparação possível entre os resultados deste estudo e os resultados dos estudos de Vilela (2006) e Agostinho (2008)?
- Qual a relação entre o Sentimento de gratificação Profissional e a Realização Profissional com a Competência Emocional?
- Existem diferenças no Perfil de Competência Emocional nas Diferentes Tipologias de Unidades de Internamento da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados

Tomando estas Questões como rotas mentais para o que neste trabalho se pretende conhecer, será seguidamente apresentado o conjunto de seleções metodológicas, para encontrara as respostas às formulações aqui colocadas.

3.3. Tipo de Estudo

Para aceder aos objetivos traçados, procedeu-se a uma investigação do tipo quantitativo, de carácter descritivo e correlacional. Descritivo transversal porque descreve e relaciona características e variáveis de uma população e os dados são recolhidos num único momento. Correlacional por estabelecer relação entre variáveis para determinar a natureza das relações

3.4. População em Estudo

Em Maio de 2011 a Rede Nacional de Cuidados Continuados era constituída por 148 unidades de internamentos distribuídas por todo o território Nacional. A população de enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados era de 1441 enfermeiros, dos quais foram conseguidos 154 respondentes. Após contacto via mail com todos os elementos da população alvo foram obtidas 154 respostas, correspondendo a 10,69% da população alvo. A maior contribuição de respostas foi dada pelas cidades do Entroncamento, Leiria, Faro e Vimioso (vide tabela no anexo IV).

Relativamente à caracterização quanto ao género, a grande maioria é do género feminino correspondendo a 77,9% da população, estando em consonância com a característica do universo da enfermagem em território nacional. As idades mais representativas estão compreendidas entre os 20 e os 25 anos representando 46,1% da população em estudo.

No que diz respeito às habilitações literárias, 145 dos enfermeiros são licenciados, 2 Bacharéis e 7 Mestres. No que diz respeito ao estado civil, 98 enfermeiros são solteiros versus 34 casados, 16 em união de facto e os restantes divorciados.

Relativamente ao tempo de serviço na Rede Nacional de Cuidados Continuados, 98.7 % dos enfermeiros trabalha apenas há 5 anos ou menos.

Tabela 2. Distribuição Absoluta e percentual da população, segundo Género, Idade, Habilitações Literárias, Estado Civil e Anos de trabalho na Rede

Variável		N	%
Género	Feminino	120	77.9
	Masculino	34	22.1
Idade	20-25 anos	71	46.1
	26-30 anos	50	32.5
	31-35 anos	11	7.1
	36-40 anos	6	3.9
	41-45 anos	9	5.8
	>45 anos	7	4.5
Habilitações Literárias	Bacharelato	2	1.3
	Licenciatura	145	94.2
	Mestrado	7	4.5
Estado Civil	Solteiro	98	63.6
	Casado	34	22.1
	União de facto	16	10.4
	Divorciado	6	3.9
Anos de trabalho na RNCCI	0-5 anos	152	98.7
	>15 anos	2	1.3

Perante as várias tipologias das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a maioria dos enfermeiros trabalha na tipologia de Longa Duração (38,3%), seguida da tipologia de Longa e Média Duração em simultâneo, representativo da realidade nacional, visto que a maioria das unidades de internamento a nível nacional são destas tipologias.

Tabela 3. Distribuição Absoluta e percentual dos valores da variável “Tipologia da Unidade em que trabalha

Tipologia de Unidade	N	%
Longa Duração	59	38.3
Convalescença	12	7.8
Média e Longa Duração	43	27.9
Média Duração	21	13.6
Convalescença e Paliativos	6	3.9
Convalescença, Media e Longa Duração	6	3.9
Convalescença e Media Duração	3	1.9
Paliativos	4	2.6
Total	154	100

No global, 73% dos enfermeiros demoram menos de quinze minutos no percurso casa-local de trabalho, 15,6% quinze a vinte minutos, 8,4% trinta e um a sessenta minutos e apenas 2,6% demoram mais de sessenta minutos no trajeto casa - local de trabalho.

3.5. Instrumento de Recolha De Dados

Verificou-se a existência de estudos publicados realizados em território nacional utilizando “Escala Veiga de CE” (EVCE⁷) (Veiga-Branco 2011): dois em professores (Veiga 2004a e 2005) e três em enfermeiros em âmbito hospitalar (Vilela 2006, Sobral 2008, e Agostinho 2008), como já descrito no constructo teórico.

Existem outros instrumentos como ECI-360, EQ-i, BAR-ON, MEIS que não foram escolhidos pela dificuldade de pedido de autorização e por não estarem validados para a população portuguesa. A “Escala Veiga de CE” (EVCE⁸) (Veiga-Branco 2011) é pertinente por cumprir as exigências requeridas no estudo:

1. é portuguesa, evitando assim problemas de culturalidade;
2. a escala foi adaptada e validada à população de enfermeiros no estudo de Vilela (2006), aplicada a 214 enfermeiros em meio hospitalar em Santa Maria da Feira, distrito de Aveiro; e por último a autora da escala ser orientadora desta investigação acompanhando de forma sistemática e sustentada o estudo.

Consiste num conjunto de questões fechadas estruturado em duas partes. A primeira para caracterização da população em estudo que foi adaptada a características específicas da população alvo. A segunda inclui a “Escala de CE” propriamente dita, onde as variáveis comportamentais e atitudinais de cada uma das cinco habilidades da Competência Emocional foram descodificadas em afirmações, representadas nos 86 itens da escala.

⁷ A autora modificou em 2011, o nome do Instrumento de Recolha de Dados. Foi alterado para EVCE. Atribuiu inicialmente a nomenclatura de EVBCIE ao Instrumento de Recolha de Dados, cf: Veiga-Branco, Augusta (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. ISBN 978-989-8136-34-3.

A cada item corresponde uma escala de frequência temporal, tipo likert (de 1 a 7, sendo que 1-“nunca”, 2- “raramente”, 3-“pouco frequente”, 4-“por norma”, 5-“frequente”, 6-“muito frequente” e 7-“sempre”; apresentada no anexo III), onde os respondentes podem assinalar a frequência com que vivenciam as situações descritas, segundo a sua auto-percepção. Para cada uma destas variáveis foi assumido como ponto de corte o ponto mediano (4- “Por Norma”) da escala de likert aqui utilizada. Assim, o score da escala para a Competência Emocional varia entre o seu ponto mínimo 86 ($86*1$) e o ponto máximo 602 ($86*7$) tendo como ponto de corte 344 ($86*4$). A escala encontra-se subdividida nas cinco habilidades da Competência Emocional:

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

Torna-se necessário reforçar que a apresentação deste instrumento de recolha de dados está voltada para o efeito das emoções no contexto do desempenho pessoal e profissional. Desta forma, recorre-se à expressão Competência Emocional em substituição da Inteligência Emocional.

3.6. Variáveis em Estudo

Como um dos objectivos propostos neste tudo é conhecer o Nível e Perfil de Competência Emocional nos Enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Integrados, inicia-se este sub capítulo com a definição destes mesmos termos para melhor entendimento dos resultados apresentados à posteriori neste documento, prosseguindo com a descrição das variáveis em estudo.

Partindo do dicionário Priberam da Língua Portuguesa que define Nível como um substantivo masculino referente a variáveis quantitativamente mensuráveis, assume-se aqui Nível como a componente mensurável da Competência Emocional. Recorrendo à mesma fonte bibliográfica, Perfil é a descrição ou relato que se faz de uma pessoa. Assim, assume-se como Perfil da Competência Emocional a imagem descritiva da Competência Emocional dada pelas expressões (itens da escala) que identificam os

comportamentos de cada capacidade. O Perfil da Competência Emocional é lido nas expressões que representam os itens da escala agrupados em factores, após a análise factorial para cada uma das cinco capacidades da Competência Emocional que será apresentada no capítulo da apresentação dos resultados. Por sua vez, o Nível de Competência Emocional é obtido através da frequência temporal com que os comportamentos e atitudes ocorrem na vida dos enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Integrados, lidos nas medias e desvios padrão respectivos a cada item da escala nos quadros onde se apresentam os estudos das variáveis da Competência Emocional no capítulo de apresentação de resultados.

As variáveis em estudo assumem diferentes graus de dependência:

- a variável Competência Emocional assume o estatuto de variável dependente em todo o estudo;
- as cinco capacidades da Competência Emocional (Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia, Gestão de Relacionamentos em Grupo) assumem duplo estatuto, sendo independentes em relação à Competência Emocional e dependentes dos Factores emergentes da análise factorial e itens da escala de Competência Emocional;
- os factores emergentes da análise factorial são variáveis independentes da Competência Emocional e variáveis dependentes dos itens da escala de Competência Emocional;
- As variáveis de Caracterização assumem em todo o estudo o estatuto de variáveis independentes.

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas consideradas mais relevantes para proceder à caracterização da população em estudo: Idade, Género, Estado Civil, Habilitações Literárias, Anos de Serviço Completos, Anos de Serviço na Rede Nacional Cuidados Continuados, descritas já anteriormente.

Para além das variáveis acima citadas foram também estudadas as seguintes variáveis de caracterização:

- Tipologia de Unidade em que Trabalha
- Tempo que demora o percurso Residência-Trabalho
- Gosto pelo local de Trabalho

- Realização Profissional: colocada na questão: Sente-se realizado a nível profissional?
- Gosto pelas tarefas laborais colocadas pelas questões: Das tarefas abaixo referidas selecione a que **mais gosta** de realizar? e Das tarefas abaixo referidas selecione a que **menos gosta** de realizar?
- Condições contextuais laborais, através da questão: Considera que tem as condições de trabalho adequadas ao exercício da sua profissão?
- Importância da relação interpessoal para o sucesso dos cuidados colocada pela questão: Considera a relação interpessoal com os utentes importante para o sucesso dos cuidados prestados?
- Importância da estabilidade emocional na relação interpessoal profissional através da questão: Considera a sua estabilidade emocional importante na relação interpessoal com os outros (utentes, Equipa multidisciplinar, chefes.)?
- Importância da relação interpessoal para a estabilidade emocional colocada pela questão: Considera importante a relação que estabelece com as pessoas (a nível familiar ou social) para a sua estabilidade emocional?
- Perceção pessoal de competência /sucesso através da questão: Ao longo da sua experiencia como enfermeiro qual o nível de sucesso relativamente aos cuidados que presta?
- Gratificação Profissional pela questão: Considera a profissão de enfermeiro socialmente reconhecida?

3.7. Procedimentos de aplicação do instrumento de recolha de dados

Considerando que a metodologia quantitativa se apresenta adequada ao tipo de estudo surge a necessidade de seleccionar o instrumento de medida. A escolha foi baseada na seleção de um instrumento de recolha de dados que desse resposta a temática em estudo e susceptível de ser aplicado na população alvo escolhida, como já anteriormente referido quando descrito o instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo.

Selecionado o instrumento de recolha de dados e para dar concessão ao estudo foram tomadas todas as diligências legais necessárias para a aplicação deste na população alvo: enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados.

Os dados foram recolhidos no período decorrido entre Maio a Julho de 2011. A aplicação da escala “Escala Veiga de CE” (EVCE) (Veiga Branco, 2011) obedeceu ao seguinte procedimento:

- Consultado o site oficial da Rede Nacional Cuidados Continuados para conhecer o total de unidades de internamento da Rede e os respetivos contactos.

- Foram contactadas todas as unidades via telefone para sensibilizar a participação dos enfermeiros na investigação e conhecer a população de enfermeiros que trabalhavam na Rede.

- Foram enviados via carta e via mail os pedidos de autorização para o preenchimento do questionário.

- O questionário foi enviado via mail, sendo rececionado, de forma anonima, a resposta numa base de dados online criada para o efeito na ferramenta “Google Doc” no “Google”.

O Acesso a esta base só é possível pela investigadora deste estudo e a quem esta permitir o acesso por questões metodológicas e de orientação científica.

3.8. Tipo de Tratamento Estatístico

O estudo proposto é um estudo descritivo, correlacional e exploratório com o objetivo de aceder à auto-percepção da população de enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Apos se dar por terminada a recolha de dados, procedeu-se ao tratamento estatístico com o objetivo dos dados serem analisados numa base de dados recorrendo ao programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 19, usando estatística descritiva, correlacional e análise de regressão múltipla para

conhecer as capacidades que integram o modelo do enfermeiro emocionalmente competente.

Os procedimentos estatísticos foram selecionados por forma a responderem aos objetivos traçados e às Questões à Investigação colocadas nesta investigação.

Numa abordagem inicial, para estudar as variáveis de caracterização da amostra recorreu-se à:

- *Estudo de estatística descritiva*

com medidas de tendência central (média, mediana e moda) e de dispersão (desvio padrão e amplitude de variação) para cada variável.

O tratamento estatístico referente as variáveis sociodemográficas foi apresentado no ponto 3.4 (pág. 42). aquando da caracterização da população alvo. No que diz respeito às restantes variáveis de caracterização, o tratamento dos dados seguiu os mesmos procedimentos e irão ser explicitados os resultados no ponto 4 deste trabalho.

Numa segunda abordagem, para acedermos ao Perfil de Competência Emocional da população em estudo, foram realizados os seguintes procedimentos estatísticos.

- *Análise dos componentes principais com rotação de varimax*

transformando os itens em dados agrupáveis ou Fatores de Agregação. Esta análise tem como principal objetivo conseguir uma reunião de proposições segundo a mesma tendência de correlação estatística, possibilitando a atribuição dos nomes aos fatores (feito em orientação científica com a orientadora e autora da escala). Cada um destes fatores será assumido como variável independente. Como critérios de inclusão e exclusão dos itens em cada fator foi considerado o seguinte:

- Saturações dos itens superior a 0.30;
- Saturações em mais do que um fator inclui-se no fator em que o valor de saturação foi mais elevado, excetuando, se a sua interpretação descritiva não se justificou;
- Relativamente aos itens com saturação negativa num fator e positiva noutro, foi analisado o seu valor descritivo, verificando em que fator o item fazia mais sentido tendo em conta o seu conteúdo de base teórica (análise feita em orientação científica com a orientadora e autora da escala).

- O nível de consistência interna entre os itens de cada factor, fez-se através da determinação do coeficiente de Cronbach, verificando o nível de fidelidade da escala e de cada subescala (cada uma delas representativa de uma das cinco capacidades da Competência Emocional). Em cada uma destas análises foram considerados os fatores com valor próprio superior a 1,0 e uma expressão mínima de validade interna de 0,50.

- *Identificação das variáveis preditivas da Competência Emocional*

Da População em estudo, ou seja determinar qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da Competência Emocional, segundo a Auto percepção da população em estudo. Para cumprir este objetivo recorreu-se à análise de regressão múltipla com stepwise.

Posteriormente, recorreu-se à análise correlacional (utilizando a Correlação de Pearson (r)) para analisar a relação entre as Capacidades da Competência Emocional, a Realização Profissional e o Sentimento de Gratificação Profissional com a Competência Emocional.

Por último, foi feita um estudo estatístico descritivo da variável dependente Competência Emocional nas diferentes tipologias das unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objetivo de identificar a presença de diferenças ou não nos níveis de Competência Emocional em cada tipologia de unidade de internamento.

3.9.Problemáticas e Constrangimentos

As dificuldades sentidas prenderam-se com aplicação dos questionários à totalidade da população dos enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados à totalidade da população dos enfermeiros prestadores de cuidados nas unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados. Os motivos apontados para o sucedido são:

- a quantidade de pedidos para participação em investigações, o que parece estar a desgastar a capacidade de resposta das instituições;

- algumas resistências institucionais em aceitar ou disponibilizar recursos internos para o contributo nesta investigação;
- a baixa adesão dos enfermeiros para darem resposta ao Instrumento de Recolha de Dados quer por indisponibilidade quer por falta de vontade em participar neste tipo de investigação.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta parte do trabalho serão descritos os resultados obtidos na colheita de dados. A apresentação dos resultados encontra-se organizada da seguinte forma:

- Perfil e nível de Competência Emocional na população em estudo; variáveis preditivas da Competência Emocional;
- Correlação da Competência emocional com as suas cinco capacidades, com a Realização Profissional e o Sentimento de Gratificação Profissional;
- Estudo descritivo da Competência Emocional nas diferentes tipologias de unidades de internamento da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados ;
- Apresentação de um Plano de Formação em Competência Emocional susceptível de ser aplicado na população em estudo.

Para uma melhor análise e interpretação dos dados recorreu-se ao uso de tabelas, quadros e gráficos consoante a informação a ser exposta. A exposição dos resultados foi iniciada pela conclusão da caracterização da população em estudo já iniciada no ponto 3.4., pelo que neste momento serão apresentadas as perceções da população em estudo relativas a alguns contextos específicos do seu ambiente laboral.

4.1. Caracterização da População

Considerando que as competências emocionais se adquirem segundo o contexto funcional (Veiga Branco, 2005,2007) em que o humano pratica e se desenvolve, serão agora conhecidas as perceções de variáveis contextuais laborais.

Assim, torna –se necessário ressaltar que as restantes variáveis de caracterização da população são de auto-percepção e que à exceção da variável “Gosto pelas tarefas laborais segundo a percepção da população enfermeiros prestadores cuidados na Rede Nacional Cuidados Continuados”, os resultados apresentam-se sob a forma de uma escala temporal tipo Likert (1- “nunca”, 2- “raramente”, 3- “frequente”, 4- “por norma”, 5- “frequente”, 6 - “muito frequente” e 7- “sempre”).

A população de enfermeiros foi questionada sobre as tarefas que *mais/menos* gosta de realizar no seu dia-a-dia, no local de trabalho. Observando a Tabela 4 verifica-se que a maioria não gosta de informar familiares sobre a ocorrência do óbito do seu ente querido (70,8%), sendo a tarefa mais popular no seio dos enfermeiros é a socialização com os utentes e família (47,4%), seguida da execução de tratamento de feridas (35,7%)

Tabela 4. Distribuição Absoluta e percentual dos valores da variável Gosto pelas tarefas laborais segundo a percepção da população enfermeiros prestadores cuidados na Rede Nacional Cuidados Continuados.

Tarefas no local trabalham	Gosta de Realizar		Não Gosta de Realizar	
	N	%	N	%
Cuidados de Higiene e Conforto	16	10,4	5	3,2
Alimentação dos doentes	4	2,6	6	3,9
Posicionamentos dos utentes	5	3,2	1	,6
Socialização com utentes e família	73	47,4	0	0,0
Execução tratamentos de feridas	55	35,7	2	1,3
Registos em processos e aplicativo	1	,6	31	20,1
Informar familiares sobre o óbito do seu ente querido	0	0,0	109	70,8

A população de enfermeiros “frequente” tem a percepção de que gosta do seu local de trabalho ($x= 5.45$, $s=1.15$) e considera “*por norma*” ter boas condições de trabalho ($x= 4.45$, $s= 1.21$). Constata-se da análise dos dados que 41 enfermeiros (26,6%) “frequente” sentem Realização Profissional e 55 enfermeiros (35,7%) considera que as suas ideias têm “muito frequente” importância no seio da sua equipa de trabalho, como descrito na tabela 5.

Tabela 5. Distribuição Absoluta e percentual dos valores das variáveis “Realização Profissional” e “Importância das suas opiniões no seio da equipa trabalho”, relativas à população em estudo.

Escala Lickert	Realização Profissional		Importância das suas ideias/opiniões no seio da equipa de trabalho	
	N	%	N	%
Nunca	5	3,2	0	0,0
Raramente	11	7,1	4	2,6
Pouco Frequente	15	9,7	10	6,5
Por Norma	34	22,1	32	20,8
Frequentemente	41	26,6	39	25,3
Muito Frequente	35	22,7	55	35,7
Sempre	13	8,4	14	9,1
Total	154	100,0	154	100,0

Pela análise dos dados da tabela 6 observa-se que os enfermeiros consideram “sempre” importante ($x=6,67$, $s=0.6$) a **relação interpessoal com os utentes** para o sucesso dos

cuidados prestados, e também consideram “sempre” importante ($x=6,45,s=0.8$) a **estabilidade emocional** nesta relação. Consideram em sua percepção, e de forma assumida como “frequente” ($x=4.60,s=0.6$) que é importante a relação que estabelecem com as pessoas (a nível familiar ou pessoal) para a sua estabilidade emocional.

Tabela 6. Distribuição absoluta dos valores das variáveis “Considera que ...”

Questão: Considera... :	M. (\bar{x})	D.P. (σ)	Max	Min
...a relação interpessoal com os utentes importante para o sucesso dos cuidados prestados?	6,67	0,6	4	7
... a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os outros (utentes, equipa, chefes..)?	6,45	0,8	3	7
... importante a relação que estabelece com as pessoas (familiar/pessoal) para a sua estabilidade emocional?	4,60	0,6	1	5
Ao longo da sua experiencia como enfermeiro qual o nível de sucesso relativamente aos cuidados que presta?	5,53	0,6	4	7
... a profissão de enfermeiro é socialmente reconhecida?	3,37	1,3	1	7

Assim, verificamos que à exceção da sua noção de importância relativamente à profissão que se encontra numa temporalidade abaixo de por norma, todas as percepções relacionais questionadas são sentidas com bastante e muita frequência. E este conjunto de resultados, será tomado como medida importante, para compreender agora como o seu contexto relacional laboral pode ser modificador – ou não – da sua construção de perfil de Competência Emocional em âmbito de trabalho.

4.2. Perfil das Capacidades da Competência Emocional da Amostra

Para acedermos ao perfil de Competência Emocional dos enfermeiros da população em estudo foi necessário analisar cada um dos itens da segunda parte do instrumento de recolha de dados, ou seja a escala “Escala Veiga de CE” (EVCE⁹) (Veiga Branco, 2011), pois são representativos dos comportamentos e atitudes que definem Competência Emocional como descrito no constructo teórico.

Os comportamentos e atitudes descritos na “Escala Veiga de CE” (EVCE) (Veiga Branco, 2011) foram sujeitos à Análise Factorial de Componentes Principais, integradas

⁹ A autora modificou em 2011, o nome do Instrumento de Recolha de Dados foi alterado para EVCE. Atribuiu inicialmente a nomenclatura de EVBCIE ao Instrumento de Recolha de Dados, cf: Veiga-Branco, Augusta (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. ISBN 978-989-8136-34-3.

em cada uma das subescalas relativas às cinco capacidades da Competência Emocional. Este é um método estatístico de análise exploratória multivariada que tem como objetivo transformar ou agrupar um conjunto de variáveis iniciais correlacionadas, neste caso as expressões, num conjunto com menor número de variáveis não correlacionadas e designadas por componentes principais ou fatores. A Análise Factorial de Componentes Principais foi realizada com rotação Varimax, tendo em conta o seu conteúdo e número de fatores comparativamente aos estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006) e Agostinho (2008). De forma a medir o grau de consistência interna entre os itens agrupados em fatores e em cada uma das subescalas foi determinado o coeficiente alfa (α) de Cronbach, considerando uma expressão mínima de consistência interna de 0,50 (Ribeiro, 1999) ao referir que valores mais baixos de consistência interna justificam-se quando as escalas têm um número de itens baixo.

Do mesmo modo o valor mínimo de saturação aceitável corresponde a 0,50, aceitando-se também outros valores inferiores de acordo com a situação. Nesta análise selecionou-se a opção – replace with mean– do SPSS para substituir os valores omissos pela média das respostas ao respectivo item.

Assim, apresenta-se de seguida – em Quadros que apresentarão os resultados para as extrações fatoriais - a Análise Factorial de Componentes Principais com rotação *Varimax*, para cada uma das Capacidades da Competência Emocional de cada uma das cinco subescalas, com referência aos respetivos fatores.

Como adiante se apresenta, foram extraídos:

- 6 fatores para Autoconsciência,
- 4 fatores para Gestão de Emoções,
- A Automotivação gera 5 fatores,
- A Empatia e a Gestão de Relacionamentos em Grupo geram 3 fatores, respetivamente.

Distribuem-se assim, os grupos de comportamentos e atitudes que descrevem cada uma das capacidades da Competência Emocional segundo a auto-percepção dos enfermeiros que participaram neste estudo.

Autoconsciência

A Análise Factorial de Componentes Principais extraiu seis fatores, com um α Cronbach de 0,62. Os estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006) e Agostinho (2008) apresentaram nesta subescala quatro fatores, e α de Cronbach de 0,81; 0,71 e 0,71 respetivamente, como é explicitado no Quadro 1. O estudo de Mendonça (2008) apresentou para esta capacidade 5 fatores com α de Cronbach de 0,82.

Quadro 1 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Autoconsciência com *alfa* de Cronbach e valor de saturação do item

1º Fator -Reações de Instabilidade, Absorção, Ruminação	x	s	α
	3.11	1.30	0,830
Caio num estado de espírito negativo, e rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	3.77	1.50	0,809
Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	2.51	1.03	0,771
Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	3.11	1.30	0,762
Ruminativa, sempre a “matutar”.	3.03	1.40	0,678
2º Fator – Alterações a nível racional e relacional	x	s	α
	3.61	1.30	0,860
“Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente.”	3.75	1.30	0,898
“Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento.”	3.99	1.30	0,884
“Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico (a), amuo, etc.”	3.53	1.30	0,783
“Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...”	3.20	1.30	0,599
3º Factor- Perceção da Ocorrência de Fenómenos Relacionais	x	s	α
	5.04	1.20	0,680
Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	5.23	1.30	0,762
Logo no momento, tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem	4.83	1.13	0,757
Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los	4.70	1.30	0,723
Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	5.40	1.10	0,473
4º Fator- Perceção de si, como pessoa - Plasticidade	x	s	α
	5.07	1.15	0,760
Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias	5.21	1.06	0,826
Positiva, encaro a vida pela positiva.	5.06	1.20	0,700
Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	4.94	1.20	0,681
5º Fator- -Perceção de si, como pessoa –Racionalidade	x	s	α
	5.49	0.90	0,740
Racional, no que respeita aos meus sentimentos..	5.47	0.90	0,814
Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	5.52	0.90	0,785
6º Fator- Perceção de si, como pessoa – Negatividade	x	s	α
	2.39	1.00	0,640
Azarada, não tenho sorte na vida.	2.49	1.10	0,827
Instável, com várias mudanças de humor.	2.30	0.90	0,769

O primeiro fator agrupou quatro itens, associando expressões de comportamentos e atitudes, relacionados com reações de instabilidade emocional e absorção em situações negativas ao serem experienciados, revelando também alguma ruminação. Este contexto de percepção subjetiva de sentir o sentimento de si (Damásio, 2010), só não é muito preocupante porque vivem estas experiências de forma pouco frequente.

O segundo fator reúne os comportamentos relacionados com as alterações do raciocínio e na relação com os demais – facto algo preocupante, considerando a disponibilidade emocional necessária para os contextos cuidativos - face a situações ou relações negativas, sendo percebidos pelos enfermeiros em estudo, segundo a escala temporal de Likert), “Pouco Frequente” (($x=3.11$, $s=1.30$); ($x=3.61$, $s=1.30$) respetivamente .

Os comportamentos associados à percepção de fenómenos emocionais e da sua resposta adaptativa, foram agrupados no terceiro fator, como a sua Competência para a Percepção da Ocorrência de Fenómenos Relacionais, e sendo percebidos “Frequente” ($x=5.04$, $s=1.20$) pelos enfermeiros da rede nacional de Cuidados Continuados Integrados aqui em estudo. Curiosamente este tipo de Competências são de atribuição altamente valorativa pelos autores (Goleman, 1995), por considerarem que este nível de auto perscrutação dos eventos emocionais é a plataforma para um bom desenvolvimento de Empatia e de Gestão Emocional relativamente a si e aos grupos c quem interage.

O mesmo sucede com o fator quatro assumido como Percepção de si, como pessoa - Plasticidade e o fator cinco assumido como Percepção de si, como pessoa – Racionalidade que reúnem as expressões relacionadas com o reconhecimento (positivo) de si mesmo, no que diz respeito à plasticidade ($x=5.07$, $s=1.15$) e racionalidade ($x=5.49$, $s=0.90$) respetivamente.

Por fim e curiosamente, esta amostra de enfermeiros, reúne os comportamentos e atitudes inversas com a frequência inversa: a percepção de si mesmo, de forma negativa, no âmbito da inflexibilidade, é somente percebidos “raramente” (fator cinco: $x=5.49$, $s=0.90$) o que pode ser esclarecedor do tipo de Competência Emocional a este nível destes enfermeiros em estudo.

Gestão de Emoções

Com a aplicação da Análise Factorial de Componentes Principais à segunda capacidade da Competência Emocional constituída por 19 itens, extraíram-se quatro fatores com um α de Cronbach de 0,75. Relativamente aos estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006) e Agostinho (2008) apresentaram nesta subescala cinco fatores, com α de Cronbach 0,68; 0,69 e 0,77 respetivamente, como descrito no **Quadro 2**.

Quadro 2 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Gestão Emocional com alfa de Cronbach e valor de saturação do item

1º Fator -Fuga, Solidão com Ruminação;	x	s	α
	3.05	1.44	0,780
Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	2.93	1.40	0,765
Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	2.65	1.50	0,741
Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	3.30	1.60	0,716
Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	3.30	1.30	0,705
Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	3.07	1.40	0,694
2º Fator – Fuga, Solidão com Sentimento de Alerta	x	s	α
	4.39	1.22	0,720
Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	4.69	1.10	0,833
Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	4.68	1.20	0,806
Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente.	4.16	1.30	0,558
Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	3.82	1.20	0,475
3º Factor- Racionalizar a raiva	x	s	A
	4.12	1.25	0,730
Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	4.70	1.20	0,806
Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	4.30	1.20	0,706
Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	2.63	1.30	0,666
Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	4.88	1.30	0,663
4º Fator- Energia Física com sentimento de Alerta	x	s	α
	3.88	1.65	0,740
Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	3.16	1.50	0,857
Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto	4.44	1.80	0,848

Os comportamentos que foram reunidos nos fatores dois, três e quatro são experienciados “Por Norma” ($x=4.39$, $s=1.22$; $x=4.12$, $s=1.25$ e $x=3.88$, $s=1.65$) pela população em estudo, versus aos comportamentos que refletem os mecanismos de adaptação através do isolamento e distração com outros elementos, reunidos no fator um e que são percecionados “Pouco Frequente” ($x=3.05$, $s=1.44$).

Automotivação

Com a Análise Factorial de Componentes Principais à Automotivação, terceira Capacidade da Competência Emocional com 21 itens na sua subescala, gerou cinco fatores, com um α de Cronbach de 0,71. A Análise Factorial de Componentes Principais da Automotivação é apresentada no **Quadro 3**.

Quadro 3 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Automotivação com *alfa* de Cronbach e valor de saturação do item

<i>1º Fator -Iliteratos por auto-atribuição</i>	x	s	α
	2.75	1.28	0,840
Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	3.14	1.40	0,866
Derrotista (não tenho sorte na vida).	2.20	1.20	0,837
Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	3.14	1.30	0,679
Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	2.62	1.10	0,547
Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	2.67	1.40	0,530
<i>2º Fator – Iliteratos manipulados pela energia emocional</i>	x	s	α
	2.85	1.42	0,830
Invade-me a auto-piedade	2.53	1.30	0,746
Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?)	2.85	1.30	0,721
Invade-me o desprezo, o rancor.	2.50	1.60	0,679
Penso no facto e rumino a humilhação.	3.50	1.50	0,599
<i>3ºFactor- Literatos, usam a energia emocional;</i>	x	s	α
	4.97	1.12	0,800
Capaz de sair de qualquer sarilho.	4.58	1.20	0,750
Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	5.12	1.00	0,734
Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	5.27	1.00	0,714
Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	4.79	1.20	0,690
Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	5.11	1.20	0,668
<i>4º Fator- Estado de fluxo em atividade</i>	x	s	α
	3.67	1.55	0,760
Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	4.15	1.60	0,851
Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	3.19	1.50	0,847
<i>5º Fator- Racionalização do fluxo</i>	x	s	α
	4.54	1.40	0,550
Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	4.67	1.50	0,799
Penso no facto e tento encontrar uma atitude temporizadora..	3.50	1.50	0,627
Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	5.45	1.20	0,615

De forma analítica esta capacidade gera também fatores diferentes indicando perfis algo diferentes e algo semelhantes nos sucessivos estudos:

Por exemplo, relativamente ao estudo de Vilela (2006), na respetiva amostra de enfermeiros em estudo, a Automotivação apresentou três fatores com um nível de consistência interna (α de Cronbach) de 0,75; já no estudo de Veiga-Branco (2004a) em

professores apresentou quatro fatores com um α de *Cronbach* 0,85, o que diz do seu nível de consistência interna entre os comportamentos e atitudes agrupados; e tal como nesta presente amostra, o estudo de Agostinho (2008) apresentou 5 fatores com α de *Cronbach* de 0,75. Também em enfermeiros, o estudo de Mendonça (2008) apresentou para esta capacidade 4 fatores com α de *Cronbach* de 0,86.

No que diz respeito à RNCC, os comportamentos e atitudes associados à existência das habilidades quotidianas de comportamentos e atitudes relacionadas claramente com o que os autores definem como Automotivação, apresentam-se reunidos no fator três, são percecionados pela população em estudo “Frequente” ($x=4.97$, $s=1.12$). Os itens relacionados com as expressões associadas ao estado de fluxo com indiferença ao tempo e espaço (fator quatro) e os que representam as associações de prazer e absorção positiva (fator cinco) são percecionados “ Por norma” ($x= 3.67$, $s=1.55$; e $x= 4.54$, $s=1.44$).

Os fatores um e dois associaram os comportamentos que refletem perceções de baixa automotivação, insegurança e passividade, o primeiro por auto atribuição e o segundo quando manipulados pela energia emocional. Estes comportamentos são percecionados “Pouco Frequente” pelos indivíduos em estudo ($x= 2.75$, $s=1.28$; e $x= 2.85$, $s=1.42$).

No global – como poderemos observar através dos resultados do Quadro - são as baixas frequências com que os enfermeiros sentem que são Iliteratos por autoatribuição (1º Fator) e Iliteratos manipulados pela energia emocional (2º Fator), com a oposição de **altas frequências** com que vivem a perceção de que conseguem sair de qualquer sarilho ou que controlam os seus impulsos, ou até de perceções em torno de flexibilidade para a espera de recompensas como determinação ou objetivos pessoais, bem como a sua capacidade para se envolverem nas tarefas, ou nas atividades dos seus quotidianos através da Racionalização do fluxo (5º Fator) que dá compreensão ao exposto no 3ºFactor, onde se percecionam Literatos, e que usam a energia emocional.

Empatia

Da Análise Factorial de Componentes Principais realizada aos itens da Empatia, quarta Capacidade da Competência Emocional composta inicialmente por 12 itens, foram extraídos três fatores. Assim, estes três fatores apresentam um valor bastante aceitável de α de Cronbach de 0,85 (Quadro 4). Os estudos de Veiga-Branco (2004a), Vilela (2006) e Agostinho (2008) apresentaram nesta subescala o mesmo número de fatores, com características semelhantes e α de Cronbach de 0,82; 0,83 e 0,81 respetivamente.

Quadro 4 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Empatia com *alfa* de Cronbach e valor de saturação do item

1º Fator -Sintonia Relacional;	x	s	α
	5.10	1.00	0,840
Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	5.07	1.00	0,775
“Ler” os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	5.27	0.90	0,696
Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir	5.09	1.10	0,692
Registrar”/perceber os sentimentos dos outros	5.12	0.90	0,686
Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	5.09	1.00	0,647
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	4.98	1.10	0,628
2º Fator- Valorização da expressão	x	s	α
	5.20	1.00	0,770
Os gestos (mãos, corpo).	5.17	1.00	0,865
A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	5.38	1.00	0,862
A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	5.07	1.10	0,560
3ºFactor- Valorização da expressão da Oralidade	x	s	α
	4.97	1.10	0,76
A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	5.07	1.10	0,486
A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	4.59	1.10	0,902
O Tom de Voz	5.25	1.00	0,681

Os comportamentos e atitudes reunidos no fator um refletem as sensações relacionais pessoais, familiares e sociais; o segundo e terceiro fator reúnem os itens associados a atitudes orientadas para os gestos (fator dois) e expressões emocionais pela oralidade (fator três). Os enfermeiros prestadores de cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados têm a perceção de adotar este grupo de comportamentos e atitudes que refletem a Empatia “Frequente”, segundo a escala temporal de Likert (**F1**- $x=5.10,s=1.00$; **F2**- $x=5.20,s=1.00$; **F3**- $x=4.97,s=1.00$), e que aqui é revelador do atrás apresentado para as suas perceções de importância atribuída ao seu equilíbrio emocional na relação com os outros (cf. Tabela 5) nomeadamente com os utentes.

Gestão de Relacionamentos em Grupos

Finalmente foi realizada a Análise Factorial de Componentes Principais aos itens da última subescala, relativa à quinta Capacidade da Competência Emocional, a Gestão de Relacionamentos em Grupos, com 14 itens, tendo sido extraídos três fatores, com um α de *Cronbach* de 0,83, representando uma boa consistência interna. Os estudos de Veiga-Branco (2004a) e Vilela (2006) extraíram nesta subescala dois fatores, com valores de α de *Cronbach* de 0,84 e 0,85 respetivamente. O estudo de Agostinho (2008) extrai nesta capacidade 3 fatores com α de *Cronbach* 0,86.

Quadro 5 - Análise Factorial de Componentes Principais da subescala Gestão de Emoções em Grupo com *alfa* de *Cronbach* valor de saturação do item

1º Fator -Perceção Emocional e sincronismo	x	s	α
	4.88	0.98	0,84
Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	5.09	0.90	0,846
Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	4.79	1.00	0,836
Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim	4.85	1.00	0,774
Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	4.66	1.00	0,676
Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	4.42	1.00	0,566
As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	5.51	1.00	0,554
2º Fator- Sincronismo	x	s	α
	4.14	0.94	0,67
Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa	3.55	1.30	0,806
Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	4.33	1.20	0,673
Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los	4.31	1.10	0,666
Entrar em “sincronismo de estado de espirito”.	4.40	1.10	0647
3ºFactor- Estabilidade Pessoal e Emocional	x	s	α
	4.87	1.20	0,68
Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	4.90	1.20	0,835
Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	4.85	1.20	0,764

O primeiro fator reúne as atitudes orientadas para a perceção emocional nas relações em grupo sendo percecionada pela população em estudo “Frequente” ($x=4.88,s=0.98$). O mesmo sucede com os itens que dizem respeito aos comportamentos e atitudes que

exprimem o domínio e segurança das atitudes e emoções na relação com os outros, reunidos no fator três ($x=4.87, s=1.20$). Os comportamentos de sincronismo com os outros, agrupados no fator dois, são percebidos frequentemente ($x=4.87, s=1.20$).

As capacidades Autoconsciência, Gestão de Emoções e Automotivação enquadrando-se na escala de Likert “Por Norma”, apresentando respetivamente um valor médio *de 4,11* ($s=1.14$); *3,86* ($s=1.65$); e *3,76* ($s=1.69$). A Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo encontram-se no escalão “Frequente” com médias de *5,09* ($s=1.00$) e *4,63* ($s=1.10$). Desta forma os enfermeiros percebem “Por Norma” ($X=4.22, s=1.14$) Competência Emocional.

A Análise Factorial de Componentes Principais aqui explicitada permitiu agrupar os comportamentos e atitudes que, segundo a auto-percepção da população em estudo, definem Competência Emocional. Com este conhecimento reunido é possível intervir junto da população alvo por forma a esta adquirir ferramentas teóricas e práticas para se tornarem emocionalmente mais competentes.

De uma forma global, os fatores que representam comportamentos negativos apresentam valores médios na escala de likert mais baixos que os positivos, sendo que a nossa intervenção em termos de Educação Emocional prevalece nos comportamentos negativos, para que cada indivíduo adquira ferramentas emocionais que lhe permitam lidar com as situações do seu quotidiano sem recair nestes comportamentos negativos, tornando-os mais competentes emocionalmente.

A exposição do trabalho prossegue com a exposição das variáveis preditivas da Competência Emocional, como variável dependente do estudo. Desta forma poderá ser conhecida a relação que cada uma das capacidades estabelece com a Competência Emocional e sua relação estatística, por forma a delinear um perfil específico.

4.3. Variáveis Preditivas da Competência Emocional

Após a análise anterior e conhecidos os comportamentos e atitudes que definem a Competência Emocional, pretende-se agora conhecer quais as variáveis preditivas da Competência Emocional, percebidas pelos enfermeiros.

Para esse efeito realizou-se uma análise de regressão linear múltipla *Stepwise* para a variável dependente Competência Emocional, considerando-se neste estudo estatístico, que todas as variáveis entrariam no modelo e a partir delas apreciar o seu comportamento de relação preditiva: todas as restantes variáveis foram consideradas, tendo sido excluídas as variáveis de caracterização da população. Através dos dados apresentados na Tabela 7, pode verificar-se a hierarquia obtida com esta análise, onde são apresentadas as cinco capacidades por valores de predição e coeficientes de determinação.

Tabela 7 : Análise de regressão *Stepwise* para a variável dependente Competência Emocional

Variáveis Preditivas	r ² ajstdo	gl	F	B	p
Empatia(a)	0.610	(153) 1-152	240.684	0.315	0.000
Gestão de Emoções (b)	0.833	(153) 2-151	202.770	0.286	0.000
Automotivação (c)	0.905	(153) 3-150	117.008	0.262	0.000
Gestão de Relacionamentos em Grupo (d)	0.974	(153) 4-149	388.599	0.320	0.000
Autoconsciência (e)	1.000	(153) 5-148	-	0.200	0.000

e. Predictors: (Constant), empatia, gestaoemocoes, Automotivação, Gestão Relacionamentos grupo, autoconsciencia

f. Dependent Variable: Competência Emocional

Assim, a Empatia é a capacidade que mais fortemente contribui para a Competência Emocional da população em estudo ($\beta = 0,84$; $p = 0,000$). Esta capacidade é por si só responsável por 61% do valor preditivo da Competência Emocional, contrapondo com a Autoconsciência – pese embora as frequências elevadas encontradas em alguns dos seus fatores - que se apresenta como a capacidade com menor representatividade no valor preditivo da Competência Emocional.

Os resultados obtidos determinam que os enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados não excluem nenhuma das cinco capacidades que constituem a

competência Emocional – tal como era pressuposto no modelo teórico apresentado em constructo - e que predizem 97,4% da variância global da variável dependente Competência Emocional, de acordo com a sua significância estatística.

Todavia, constata-se que a ordem de entrada das capacidades no modelo empírico, como variáveis preditivas não corrobora o constructo teórico, o que já se tinha verificado nos estudos de Vilela (2006) e Agostinho (2010).

4.4. Correlação entre as Capacidades da Competência Emocional e a Competência Emocional

A análise da correlação permite conhecer a existência ou não de relação entre as cinco capacidades, quer entre si, quer com a Competência Emocional, encontrando também a força e o sentido dessas relações. Assim, foi determinado o coeficiente de correlação r de *Pearson*, apresentando-se os resultados na Tabela 8 em que todas as correlações são positivas e todas apresentam um nível de significância aproximado de 0,00.

Tabela 8: Análise Correlacional entre as cinco capacidades e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e nível de significância (p)

		AC	GE	AM	E	GRG	CE
Autoconsciência (AC)	r	1	0.492	0.497	0.382	0.318	0.693
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Gestão de Emoções (GE)	r	0.492	1	0.510	0.359	0.282	0.721
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Automotivação (AM)	r	0.497	0.510	1	0.320	0.220	0.678
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Empatia (E)	r	0.382	0.359	0.320	1	0.642	0.783
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Gestão Relacionamentos em Grupo (GRG)	r	0.318	0.282	0.220	0.642	1	0.724
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Competência Emocional (CE)	r	0.693	0.721	0.678	0.783	0.724	1
	p	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Verifica-se então que todas as cinco habilidades se correlacionam de forma positiva com a Competência Emocional, sendo a correlação mais forte com a Empatia (0,783), seguida da Gestão de Relacionamentos em Grupo (0,724), da Gestão das Emoções (0,721), Autoconsciência (0,693) e por último a Automotivação (0,678).

Constata-se que embora as cinco capacidades se correlacionem com a Competência Emocional, a população em estudo percebe essa relação de forma diferente ao explicitado no constructo teórico

4.5. Correlação entre Competência Emocional e a Realização Profissional

Uma vez feito o estudo da variável dependente, a Competência Emocional, importa agora conhecer as relações que esta variável estabelece com outras, que foram teórica e conceptualmente consideradas como relevantes no contexto empírico em estudo. Neste sentido, retomam-se algumas variáveis de percepção pessoal, para estabelecer esta compreensão relação estatística.

O conceito Realização Profissional, é aqui considerado como uma variável que pretende conhecer a percepção subjetiva do enfermeiro relativamente ao local de trabalho - questionando a amostra se “gosta ou não do seu local de trabalho” de forma simples e direta - parte-se do conceito básico ligado ao fonema “realização” que em dicionário etimológico (Priberan, 2012) se explicita como efetuar, executar; dar-se conta; cumprir com as suas obrigações.

Tabela 9: Análise Correlacional Ró Pearson entre as habilidades da Competência Emocional e a Realização Profissional

Variáveis		RP	AC	GE	AM	E	GRG	CE
Realização Profissional (RP)	Pearson Correlation	1	-,082	-,006	-,025	,121	,184*	,072
	Sig(2-tailed)		,313	,943	,758	,134	,023	,373
	N	154	154	154	154	154	154	154

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

RP- Realização Profissional, AC- Autoconsciência, GE- Gestão de Emoções, AM- Automotivação, E- Empatia, GRG- Gestão de Relacionamento em Grupo, CE- Competência Emocional

A Realização Profissional apresenta correlação negativa fraca, estatisticamente não significativa com a Autoconsciência (-.082; s=.313; p<0.05), Gestão de Emoções (-.006; s=.943; p<0.05), Automotivação (-.025; s=.758). Por outro lado, a variável RP apresenta correlação positiva fraca com a Empatia (.121; s=.134; p<0.05) e com a Gestão de Relacionamentos em Grupo (.184; s=.023; p<0.05).

A população de enfermeiros percebe a Realização Profissional independentemente da Competência Emocional visto estabelecer uma correlação positiva fraca (.072; sig.=.373;p<0.05).

4.6. Correlação entre Competência Emocional e o Sentimento de Gratificação Profissional

A variável independente Sentimento Gratificação Profissional estabelece uma correlação positiva fraca não significativa com a Gestão de Relacionamentos em Grupo (.203; s=.012; p<0.05), Empatia (.160; s=.048; p<0.05), e Competência Emocional (.129; s=.112; p<0.05).

Por outro lado não existe relação com as habilidades Gestão de Emoções (.024; s=.765; p<0.05), e Automotivação (.032; s=.693; p<0.05). A Autoconsciência estabelece com o Sentimento de Gratificação Profissional uma correlação negativa baixa não significativa (-.010; s=.907; p<0.05).

Tabela 10: Análise correlacional de Ró Pearson entre as habilidades da Competência Emocional e o Sentimento de Gratificação Profissional

Variáveis		SGP	AC	GE	AM	E	GRG	CE
Sentimento Gratificação Profissional (SGP)	PearsonCorrelation	1	-,010	,024	,032	,160*	,203*	,129
	Sig(2-tailed)		,907	,765	,693	,048	,012	,112
	N	154	154	154	154	154	154	154

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

SGP- Sentimento de Gratificação Profissional, **AC-** Autoconsciência, **GE-** Gestão de Emoções, **AM-** Automotivação, **E-** Empatia, **GRG-** Gestão de Relacionamento em Grupo, **CE-** Competência Emocional

Os resultados atrás apresentados, parecem conduzir perceptualmente, a alguma independência entre “gostar do que se faz e onde e a consciência pessoal subjetiva no que diz respeito aos seus estados afetivos em contexto de trabalho, ou nas suas relações ao nível laboral

4.7. Estudo descritivo da Variável Competência Emocional nas diferentes tipologias de Unidades da Rede nacional Cuidados Continuados Integrados

Uma das variáveis inquiridas a esta amostra era o seu local de trabalho. Esta questão prende-se com o facto dos resultados já havidos (Veiga-Branco, 2005, 2007) que apontam para o facto de que os seres humanos em geral, e os profissionais em particular, apresentarem o seu desenvolvimento de Competências de acordo e conforme a sua repetição e utilização nos seus contextos próprios.

A população dos enfermeiros que presta cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem a perceção de possuir “por norma” Competência Emocional apresentando diferenças mínimas entre cada uma das tipologias de unidade de internamento em que trabalham.

A tabela 11 apresenta disposto por ordem crescente os scores obtidos em cada tipologia de unidade, na qual se verifica que a tipologia de Longa Duração ($x=4.16, s=.38$) apresenta o valor mais baixo e de Paliativos o mais Elevado ($x=4.54, s=.28$).

Tabela 11: Análise Descritiva da Variável Competência Emocional segundo a tipologia de unidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Tipologia de Unidade	N	%	X (CE)	S(CE)
Longa Duração	59	38.3	4,16	.38
Convalescença	12	7.8	4,23	.40
Média e Longa Duração	43	27.9	4,24	.47
Média Duração	21	13.6	4,25	.41
Convalescença e Paliativos	6	3.9	4,30	.23
Convalescença, Media e Longa Duração	6	3.9	4,31	.33
Convalescença e Media Duração	3	1.9	4,37	.29
Paliativos	4	2.6	4,54	.28
Total	154	100		

As diferenças de score da Competência Emocional são mínimas entre as diferentes tipologias, visto que a perceção de Competência Emocional é “por norma” para todas as tipologias de unidades, apresentando a tipologia de Paliativos a que apresenta um valor mais elevado.

Dá-se por concluído o tratamento estatístico dos dados obtidos no presente estudo, sendo de seguida efetuada a discussão dos mesmos. É pertinente lembrar que os objetivos deste estudo não foram voltados para a inteligência como entidade, mas sim para o contributo que as experiências emocionais, optando-se por usar a expressão «Competência Emocional», relativamente aos dados que emergiram do estudo.

5.DISCUSSAO DOS RESULTADOS

Terminada a apresentação dos resultados obtidos nesta investigação e o seu tratamento estatístico, prossegue-se com uma análise crítica dos mesmos, tendo em conta os estudos e autores já referenciados.

Verificou-se na população em estudo que 26,6% tem “frequente” a auto percepção de Realização Profissional, sendo que 35,7% considera “muito frequente” que as suas ideias são importantes no seio da equipa de trabalho. No estudo de Mendonça (2008) 75,3% dos enfermeiros sente Realização Profissional, no de Vilela (2006) e Agostinho (2010) mantem-se a tendência da maioria da amostra apresentar realização profissional (90,6% e 82,3% respetivamente).

No que diz respeito à importância da relação interpessoal com os utentes para o sucesso dos cuidados prestados e à estabilidade emocional do enfermeiro nesta relação utente/família/enfermeiros, os enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados consideram-nas sempre importante, tal como sucede com as amostras de enfermeiros dos estudos acima referidos.

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo foi o mesmo que Vilela (2006), Mendonça (2008) e Agostinho (2010) usaram nos seus estudos. Este questionário é constituído por duas partes, sendo a primeira de caracterização do respondente e a segunda constituída pela escala “Escala Veiga de CE” (EVCE¹⁰) (Veiga Branco, 2011). Os respondentes devem responder a cada item da escala segundo a sua auto percepção. Todas as 154 respostas obtidas foram validadas.

O perfil de Competência Emocional da população em estudo foi obtido através da análise factorial de componentes principais agrupou os itens (ou seja os comportamentos e atitudes) da escala em 21 fatores distribuídos pelas cinco habilidades da Competência Emocional.

Segundo a percepção dos enfermeiros que participaram no estudo, do estudo estatístico efetuado o perfil de Competência Emocional emerge da seguinte forma: **Autoconsciência**-6 fatores (com 20 itens); **Gestão de Emoções**-4 fatores (com 15 itens);

¹⁰ A autora modificou em 2011, o nome do Instrumento de Recolha de Dados foi alterado para EVCE. Atribuiu inicialmente a nomenclatura de EVBCIE ao Instrumento de Recolha de Dados, cf: Veiga-Branco, Augusta (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. ISBN 978-989-8136-34-3.

Automotivação-5 fatores (19 itens); **Empatia**-3 fatores (12 itens) e por ultimo **Gestão de Relacionamentos Em Grupo** 3 fatores (12 itens). Quanto aos valores de consistência o α de Cronbach variou entre 0,62 e 0,85 que segundo Hill e Hill (2005) representam uma fiabilidade entre razoável e boa. Todavia, verifica-se que a capacidade da Autoconsciência teve a consistência interna mais baixa, enquanto que todas as outras capacidades estiveram no escalão de boa.

Em comparação com os estudos já referidos surgem algumas diferenças que são explicitadas na tabela 12 para melhor compreensão.

O número de fatores extraídos por cada investigador em cada um dos perfis de Competência Emocional das suas respetivas amostras são distintos, sendo que no caso da Empatia são iguais em Vilela (2006), Agostinho (2008) e no presente estudo.

O perfil em competência Emocional resulta da auto-percepção de cada população estudada. O que se verifica é que mesmo tendo a mesma profissão, os enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados não referem os mesmos comportamentos e atitudes para descrever a auto-percepção de cada uma das habilidades da Competência Emocional que os enfermeiros dos estudos referidos para comparação de resultados.

Tabela 12: Apresentação comparativa da distribuição de valores de Itens e Valores de α nos diferentes estudos

Autores/ Capacidades	Auto-consciência		Gestão de Emoções		Auto-motivação		Empatia		GestaoEmoções Grupo	
	Itens		Itens		Itens		Itens		Itens	
Veiga-Branco (2004a)	Itens	19	Itens	19	Itens	21	Itens	12	Itens	14
	Fat.	4	Fat.	5	Fat.	4	Fat.	3	Fat.	2
	α	0,81	α	0,69	α	0,75	α	0,83	α	0,85
Vilela (2006)	Itens	20	Itens	18	Itens	21	Itens	11	Itens	14
	Fat.	4	Fat.	5	Fat.	3	Fat.	3	Fat.	3
	α	0,71	α	0,77	α	0,75	α	0,81	α	0,84
Agostinho ((2008)	Itens	20	Itens	18	Itens	21	Itens	11	Itens	14
	Fat.	4	Fat.	5	Fat.	4	Fat.	3	Fat.	3
	α	0,71	α	0,77	α	0,75	α	0,81	α	0,84
Mendonça (2008)	Itens	20			Itens	20				
	Fat.	5			Fat.	4				
	α	0,82			α	0,86				
Lopes (2013)	Itens	20	Itens	19	Itens	21	Itens	12	Itens	14
	Fat.	6	Fat.	4	Fat.	5	Fat.	2	Fat.	3
	α	0,62	α	0,75	α	0,71	α	0,85	α	0,83

No que diz respeito à consistência interna os intervalos de variação são semelhantes, variando a capacidade que tem menor consistência interna.

Após a análise factorial dos componentes principais foi feita a análise descritiva de cada uma das capacidades da Competência Emocional.

Os enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados *têm a percepção* de que, em média:

- “por norma” são auto conscientes ($X=4.11$, $s=1.14$);
- “por norma” gerem as suas emoções ($X=3.86$; $S=1.39$);
- “por norma” sentem motivados ($X=3.76$, $s=1.69$);
- “Frequente” são empáticos ($X=5.09$, $s=1.0$);
- “Frequente” gerem os relacionamentos em grupo ($X=4.63$, $s=1.1$).
- “Por norma” percebem-se com Competência Emocional ($X=4.22$, $s=1.14$)

Comparando a percepção destes com a dos enfermeiros estudados por Vilela (2006) e Agostinho (2008) e os professores estudados por Veiga-Branco (2004a), os resultados obtidos aproximam-se mais do estudo de Agostinho, como explicitado na Tabela comparativa que se apresenta no referencial teórico (tabela 1). As capacidades Gestão de Emoções e Automotivação os scores são mais elevados na população em estudo do que nos estudos anteriores.

No que diz respeito às variáveis preditivas da Competência Emocional os enfermeiros da Rede Nacional de cuidados Continuados Integrados não excluem nenhuma das cinco capacidades da Competência emocional, repetindo o sucedido nos estudos acima referidos neste âmbito. As capacidades da Competência Emocional predizem 97,4% da variância global da Competência Emocional, valores próximos dos obtidos pelos três investigadores (Veiga-Branco, 2004a; Vilela, 2006; Agostinho, 2008). No presente estudo os enfermeiros colocam em primeiro a Empatia, seguido da Gestão de Emoções, Auto motivação, Gestão de Relacionamentos em Grupo e por último a Autoconsciência. A análise correlacional das cinco capacidades entre si e destas com a Competência Emocional permitiu encontrar a força e o sentido das relações entre as mesmas. Neste caso recorreu-se ao coeficiente de correlação r de Pearson que revelou que, por ordem crescente, a correlação de cada capacidade com a Competência Emocional é: Automotivação, Autoconsciência, Gestão de Emoções, Gestão de Relacionamentos em Grupo e Empatia. No estudo de Agostinho (2008) a correlação com a Competência Emocional por ordem crescente é: Empatia, Gestão de Relacionamentos em Grupo,

Gestão de Emoções, Autoconsciência e Automotivação. Vilela (2006) obteve a seguinte correlação crescente das capacidades como Competência Emocional: Empatia, Gestão de Relacionamentos em Grupo, Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação. O mesmo acontece no estudo de Veiga-Branco (2004a) em que por ordem crescente as cinco capacidades apresentam-se da seguinte forma: Empatia, Gestão de Emoções, Gestão de Relacionamentos em Grupo, Autoconsciência e Automotivação. Conclui-se que tanto o presente estudo como os referidos acima contrariam o modelo teórico descrito em que a ordem seria Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo.

Do estudo correlacional da Competência Emocional com o Sentimento de Gratificação Profissional e de Realização Profissional não foram encontradas correlações com significado estatístico, embora é de realçar a a correlação negativa encontrada entre Autoconsciência e o Sentimento de Gratificação Profissional. Considera-se pertinente analisar estes dados num estudo mais abrangente e com um maior numero de inquiridos por forma a poderem ser exploradas as causas destas correlações.

Em efeito de conclusão realça-se o facto de os scores de Competência Emocional tanto neste estudo como nos estudos utilizados como referencia não são muito díspares, o mesmo acontece se olharmos para os scores em cada uma das tipologias de unidades da Rede Nacional de Cuidados Integrados.

O que intriga é o facto de que embora próximos, os scores nas unidades de Paliativos são mais elevados do que nas restantes tipologias.

E aqui levantam-se novas questões para futuros estudos:

- Será que tem algum tipo de influência a tipologia de doentes com que nós enfermeiros contactamos todos os dias?

- Será que tem peso nesta auto-percepção a funcionalidade da equipa multidisciplinar?

- Será que as patologias crónicas e utentes na fase final da vida desenvolvem nos enfermeiros diferentes “ferramentas” que lhes permitem ter uma auto-percepção de Competência Emocional distinta dos que trabalham com outro tipo de doentes e patologias?

São questões que se foram levantando durante a apresentação dos resultados e respetivas relações estatísticas, mas que foram ponto de reflexão neste estudo e cujas respostas se apresentam pertinentes e suscetíveis de ter resposta noutros estudos futuros.

6. Proposta de Projeto e Intervenção nos enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

E agora?

Agora há que reconhecer que esta população poderia ser alvo de um Projeto interventivo formativo em Educação Emocional para promover o seu nível de Competência Emocional.

Desta forma, o que para já importa concluir é que há determinantemente alguns comportamentos e atitudes que revelam alguma infrequência ou pouca frequência e que deveriam poder ser refletidos por esta população de enfermeiros.

Assim, e mesmo antes de pensar e apresentar um plano de formação propriamente dito, vão ser aqui lembrados os comportamentos e atitudes com valores mais baixos na escala temporal tipo likert (de 1 a 7, sendo que 1-“nunca”,2- “raramente”, 3-“pouco frequente”, 4-“por norma”, 5-“frequente”, 6-“muito frequente” e 7-“sempre”;

Refira-se que no que diz respeito às capacidades **Empatia** e à **Gestão de Relacionamentos Em Grupo** não serão apresentados pontos críticos de intervenção, já que os itens de comportamentos e atitudes na população em estudo, não identificou aspetos de morbilidade para a sua Competência Emocional, nem se observaram vivências negativas ou pessimistas para descreverem uma auto-percepção de ineficácia destas habilidades.

Todavia cabe aqui expor o que necessariamente será considerado ponto de intervenção para o Planeamento de uma formação e Educação Emocional, através da identificação de atitudes de morbilidade ou despromoção da qualidade de Competência Emocional em enfermeiros.

No que diz respeito à **Autoconsciência**, deverá ser ponto de reflexão formativa, os comportamentos associados às suas Reações **de Instabilidade, Absorção, Ruminação** (1º Fator), que são:

- “Caio num estado de espírito negativo, e rumino, pensando no (s) pormenor (es) que me fizeram sentir mal”.

- “Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los”.

- “Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento. Ruminativa, sempre a “matutar”.

Nas **Alterações a nível racional e relacional (2º Fator)** temos que intervir nos itens associados a vivências negativas e ruminativas:

- “Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente.”

- “Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento.”

- “Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico (a), amuo, etc.”

- “Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...”

A intervenção formativa ao nível da **Perceção de si, como pessoa (6º Fator)** com a perceção de Negatividade, Inflexibilidade, terá como alvo os comportamentos associados a atitudes do tipo:

-“Azarada, não tenho sorte na vida”.

-“Instável, com várias mudanças de humor”.

Ao nível da **Gestão De Emoções**, há que tomar como assuntos alvo, os que estão relacionados com a baixa frequência da **Perceção Emocional e sincronismo (1º Fator)** nas atitudes subjacentes aos itens:

- “Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/atitudes que o causaram.”

- “Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.”

- “Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.”

- “Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.”

- “Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.”

No âmbito da terceira habilidade da Competência Emocional, a **Automotivação**, a intervenção pedagógica recai nos comportamentos e atitudes relacionados com perceções pessoais de baixa automotivação, insegurança e passividade que se encontram reunidos em dois fatores. O primeiro foi denominado por **Iliteratos por auto-atribuição** e a intervenção deve focalizar-se nos seguintes comportamentos:

- “Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal)”.

- “Derrotista (não tenho sorte na vida)”
- “Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.”
- “Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.”
- “Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.”

O segundo fator envolve os comportamentos e atitudes adquiridas pelos indivíduos com baixa automotivação influenciados pela energia emocional, denominado por **Iliteratos manipulados pela energia emocional**, e os comportamentos que requerem a intervenção são:

- “ Invade-me a auto-piedade”
- “Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?) ”
- “ Invade-me o desprezo, o rancor.”
- “Penso no facto e rumino a humilhação”.

A análise dos comportamentos e emoções é um fator chave para uma gestão de recursos humanos mais eficaz. Esta verdade aplica-se, obviamente, não só aos enfermeiros, mas também a todos os demais técnicos de saúde

O conhecimento das competências emocionais nos profissionais complementa e aperfeiçoa as capacidades de gestão, pois permite obter uma visão mais abrangente de tudo o que engloba os contextos organizacionais, onde se incluem as *pessoas*.

Tomar consciência das nossas capacidades no âmbito da competência emocional é um passo para vivermos com melhor qualidade de vida – profissional e pessoal. Usar adequadamente essas capacidades é uma forma de viver melhor com os outros e de dar sentido à vida. Dito isto sugere-se investir na formação no que diz respeito a competência emocional quer nos profissionais de saúde, quer nos alunos dos cursos de saúde.

Após a análise e reflexão dos comportamentos e atitudes descritos pelos enfermeiros neste estudo estruturou-se um plano de formação susceptível de ser aplicado por forma a desenvolver enfermeiros cada vez mais competentes emocionalmente.

O plano de formação foi estruturando tendo por base o estudo diagnóstico de um perfil de Competências, partindo de uma análise dos comportamentos e atitudes descritos

pelos enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados para descreverem as capacidades da Competência Emocional segundo a sua percepção.

Mas, e especificamente para esta intervenção o foco de atuação foi e será nos comportamentos e atitudes negativas e nos comportamentos com valores mais baixos na escala temporal, visto que um dos objetivos da Educação Emocional é munir os indivíduos de “armas” cognitivas e emocionais para reverterem esses comportamentos negativos em positivos, tornando-se cada individuo num ser emocionalmente mais competente.

PLANO ESQUEMÁTICO DO DESENVOLVIMENTO DOS CONTEÚDOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM COMPETENCIA EMOCIONAL

TEMÁTICA	Competência Emocional
DURAÇÃO PREVISTA	90 horas
FORMANDOS	Enfermeiros da Rede Nacional De Cuidados Continuados
FORMADORA	Tânia Lopes
LOCAL	Unidade De Cuidados Continuados Integrados

OBJECTIVOS	CONTEÚDOS	TÉCNICA/METODOLOGIA	AVALIAÇÃO
<p>GERAL: <i>Adquirir conhecimentos relativamente aos aspetos teóricos e dimensões práticas da Competência Emocional</i></p> <p>ESPECÍFICOS:</p> <p>1. Distinguir Conceito de emoção, sentimento e estados de ânimo</p> <p>2. Definir Competência Emocional</p> <p>3. Demonstrar a relevância da Ed. Emocional</p> <p>4. Analisar em grupos de Pares algumas situações problemáticas relacionadas com os contextos de auto consciência, gestão de emoções, auto motivação assinalados nos resultados do estudo:</p> <p>- gerir as Reações de Instabilidade, Absorção, Ruminação;</p> <p>- refletir sobre a baixa frequência da Perceção Emocional e sincronismo;</p> <p>- analisar os comportamentos e atitudes relacionados com perceções pessoais de baixa automotivação, insegurança e passividade</p> <p>5. Apresentar resultados do Diagnostico De Situação 2010 da População de Enfermeiros da Rede Nacional Cuidados Continuados no âmbito da Competência Emocional</p>	<p>Geral: Competência Emocional - aspetos teóricos e dimensões práticas</p> <p>1. Distinção dos conceitos de emoção, sentimento e estados de ânimo</p> <p>2. Definição do Conceito Competência Emocional: sua evolução descrição escrever das Cinco Capacidades da Competência Emocional</p> <p>3. Demonstração teórica e prática da relevância da Ed. Emocional</p> <p>4. Situações problemáticas relacionadas com os contextos de auto consciência, gestão de emoções, auto motivação assinalados nos resultados do estudo:</p> <p>- gestão das Reações de Instabilidade, Absorção, Ruminação;</p> <p>- reflexão sobre a baixa frequência da Perceção Emocional e sincronismo;</p> <p>- análise dos comportamentos e atitudes relacionados com perceções pessoais de baixa automotivação, insegurança e passividade.</p> <p>5. Apresentação dos resultados: do Diagnostico De Situação 2010 da População de Enfermeiros da Rede Nacional Cuidados Continuados no âmbito da Competência Emocional, descrição do perfil de enfermeiro emocionalmente competente na Rede Nacional Cuidados Continuados</p>	<p>MÉTODO:</p> <p>- Expositivo: Comunicação unilateral;</p> <p>- Desenvolvimento oral do tema da Lição, estruturando o raciocínio e o resultado Ativo:</p> <p>- Grupos de Pares</p> <p>- Laboratório de Emoções</p> <p>AUXILIAR PEDAGÓGICO:</p> <p>- Diapositivos</p> <p>- Projetor Multimédia</p>	<p>REFLEXIVA:</p> <p><i>Ficha de Reflexão/Análise</i></p> <p>Questões dirigidas ao tema/proposta</p>

		Conteúdos Previstos
INTRODUÇÃO	10 min	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos formando e formadora • Justificação do tema da sessão de formação • Introdução ao tema previsto • Apresentação dos objetivos da sessão de formação
DESENVOLVIMENTO	65 in	<ul style="list-style-type: none"> • Distinção dos conceitos Emoção e Sentimento • Definição de Inteligência Emocional e Competência Emocional, explicitando evolução dos conceitos • Apresentação das cinco capacidades da Inteligência Emocional: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupo • Apresentação esquemática e sucinta dos resultados obtidos no Diagnostico de situação elaborado em 2010 nos enfermeiros da RNCC no Âmbito da Competência Emocional • Demonstração teórica e prática da relevância da Educação Emocional e da Competência Emocional: • Trabalho de análise em Grupos de Pares – 20 minutos (por grupo de 3 pessoas) • Laboratório de Emoções . trabalho a partir dos problemas identificados no estudo : reações de instabilidade, absorção, ruminação; baixa frequência da Perceção Emocional e sincronismo; baixa automotivação, insegurança e passividade • Descrição do perfil de enfermeiro emocionalmente competente na Rede Nacional Cuidados Continuados • Laboratório de Emoções final: as estratégias a serem aprendidas para aquisição de um perfil de Competência Emocional
CONCLUSÃO	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas • Síntese da formação

7.CONCLUSÕES

Terminado um percurso, resta referir algumas considerações em torno do que foi desenvolvido e conseguido ao longo do estudo, bem como as limitações do mesmo e propostas para futuros estudos.

Os objetivos propostos para esta investigação foram conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo; conhecer o nível e o perfil de Competência Emocional na população de enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados; analisar como se correlacionam as Capacidades da Competência Emocional com a Competência Emocional; analisar como se correlaciona a Competência Emocional com o sentimento de gratificação Profissional e com a Realização Profissional; identificar se existem diferenças no nível de Competência Emocional nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento; identificar as variáveis preditivas da Competência Emocional; elaborar uma análise comparativa entre os resultados deste com outros e por ultimo planificar uma formação em Educação Emocional considerando os valores médios da Competência Emocional respondente às necessidades de menor perfil dos enfermeiros.

Considera-se que todos os objetivos foram atingidos, embora não tenha sido possível realizar a generalização dos dados para toda a população de enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados pelo facto de ser uma população alvo de pequenas dimensões. De qualquer forma a investigação permitiu dar resposta às questões de investigação colocadas. No entanto considera-se que os resultados deste estudo são úteis para o conhecimento das competências emocionais dos enfermeiros em Portugal, bem como poderão ser utilizados para a definição de estratégias de formação e gestão dos enfermeiros à escala nacional.

A abordagem metodológica da investigação foi do tipo exploratório, quantitativo, descritivo e correlacional e teve como população alvo, os enfermeiros a exercer funções nas diferentes Tipologias de Unidades de Internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados (Convalescença, Média duração e Reabilitação, Longa duração e Manutenção e Cuidados Paliativos). O instrumento de recolha de dados utilizado foi a “Escala Veiga de CE” (EVCE) (Veiga Branco, 2011) e o tratamento estatístico dos dados foi feito recorrendo ao programa SPSS19 (Statistical Package for Social Sciences) usando estatística descritiva, correlacional e análise regressão múltipla para

conhecer as capacidades que integram o modelo do enfermeiro emocionalmente competente.

No que diz respeito à primeira questão de investigação:

Qual o Perfil de Competência Emocional da População de Enfermeiros em Estudo?

Este perfil de Competência Emocional da população de enfermeiros, conclui que se autopercebem “Por norma “com Competência Emocional ($X=4.22, s=1.14$).

A segunda questão de investigação proposta foi

Quais as variáveis preditivas da Competência Emocional dos Enfermeiros em estudo?.

Como nos dois estudos a que se recorreu para comparação, as cinco habilidades da Competência Emocional são consideradas preditivas, sendo excluídas todas as variáveis de caracterização da população. No estudo de Vilela (2006) e Agostinho (2008) a variável que melhor explica a Competência Emocional é a Automotivação e no presente estudo é a Empatia. Torna-se necessário investigar a razão desta diferença em estudos futuros, será que a causa é o ambiente de trabalho ser diferente nos hospitais e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados? Será que são diferentes as relações inter e intrapessoais nas equipas da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados?

Em seguimento desta questão de investigação surge uma terceira referente à comparação dos dados obtidos neste estudo com estudos anteriores:

Qual a comparação possível entre os resultados deste estudo e os resultados dos estudos de Vilela (2006) e Agostinho (2008)?

Os resultados obtidos demonstram que as cinco capacidades da Competência Emocional, constituídas pelo agrupamento específico dos fatores (representativos dos comportamentos e atitudes que segundo a perceção da população em estudo definem cada uma das habilidades da Competência Emocional), não se apresentam de forma homogénea e igual ao constructo teórico. Por outro lado os comportamentos e atitudes negativas apresentam valores médios mais baixos na escala de Likert que os positivos. No entanto, estas correlacionam-se positiva e significativamente entre si, e com a Competência Emocional, mas não da mesma forma como o modelo teórico de Goleman (2000, 2003) preconiza. O mesmo se verificou nos estudos apresentados para comparação e discussão de dados. No estudo de Agostinho (2008) e no presente estudo a Empatia é a capacidade que se relaciona com mais “força”, com a Competência Emocional, enquanto que no de Vilela (2006) é a Automotivação. Tendo em conta que a empatia é uma das principais bases da relação terapêutica porquê a diferença? E porque

a discrepância com o constructo teórico? De certo que existem variáveis responsáveis por estas diferenças que poderão ser estudadas numa amostra mais alargada, em estudos posteriores, por forma a generalizar o perfil de enfermeiro emocionalmente competente. Para além deste estudo correlacional, estabeleceu-se uma relação entre Competência Emocional com o Sentimento de Gratificação Profissional e Realização Profissional, dando resposta a mais uma das questões de investigação, *Qual a relação entre o Sentimento de gratificação Profissional e a Realização Profissional com a Competência Emocional?* Com a pequena população respondente deste estudo não foi encontrada nenhuma relação estatisticamente significativa. No entanto é importante analisar o porquê da correlação negativa entre a Autoconsciência e a Competência Emocional.

Torna-se necessário uma reflexão sobre os comportamentos e atitudes descritos por estes enfermeiros para descreverem a competência emocional e investir na formação nesta área e também a nível curricular nos cursos de saúde, por forma a ajudar os mesmos a desenvolver e adquirir ferramentas de trabalho que os permita tornarem-se emocionalmente cada vez mais competentes, melhorando a qualidade dos cuidados de saúde que são prestados a seres que se encontram numa situação de fragilidade, quer física como emocional.

Relembra-se que o perfil emocional apresentado é nos enfermeiros estudados, nos seus contextos específicos de trabalho, o que lhe imprime características únicas e irrepetíveis. Não pretendemos afirmar que ele seja generalizável ao universo de enfermeiros.

Estes resultados poderão mostrar caminhos diferentes para outras investigações na área das competências profissionais, pessoais e sociais dos enfermeiros, constituindo apenas um pequeno contributo nesta área, uma sensibilização para a necessidade de não se descuidar a importância deste tipo de competência no sucesso da vida profissional dos enfermeiros, das equipas, das organizações e, em consequência da qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Como limitações do estudo refere-se:

- a escassez de literatura e estudos nesta área, nomeadamente na realidade Portuguesa e em técnicos de saúde – prejudicou a variedade dos autores referenciados;
- as dificuldades na aplicação dos questionários. Os prazos previstos para a recolha não foram cumpridos, pelo que se atrasou a organização e o tratamento dos dados. Por outro lado a baixa adesão ao estudo visto que só 11% da população de enfermeiros

prestadores de cuidados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Maio de 2010 é que responderam ao inquérito, mesmo depois de serem contactados os chefes de equipa de todas as unidades;

- por último, os respondentes não verbalizaram dificuldades na compreensão do questionário, apenas se referiram à sua extensão.

Visto a população em estudo ser de pequenas dimensões e não ser possível a generalização dos dados, sugere-se a replicação deste estudo ou outros no mesmo âmbito por forma a traçar um perfil susceptível de ser generalizado e de servir de base na estruturação de formações nesta área nos profissionais de saúde. De realçar que a Rede Nacional de Cuidados Continuados aumentou desde 2011, data da recolha dos dados desta investigação.

Um dos dados que suscitou curiosidade foi as diferenças na perceção de competência emocional segundo a tipologia de unidade em que os enfermeiros trabalham. Sugere-se um estudo mais profundo por forma a descobrir as variáveis responsáveis por estas diferenças.

Bibliografia

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

Afonso, J.; Fernandes, A.; Veiga-Branco, M. (2013) - *Competência Emocional (CE) nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. In VI Jornadas de Tecnologias da Saúde. Guarda

Agostinho, M. (2007). *Liderança em reflexão. Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem (edição portuguesa)*, n.º 220, Abril, 14-16.

Agostinho, M. (2010); *Competência Emocional em Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

Almeida, A.; Veiga-Branco, A. (2012) - *Educação emocional como ferramenta propiciadora de emoções positivas*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. ISSN 0214-9877. 4:1, p. 53-61

Antão, C.; Veiga-Branco, A. (2012) - *Competências emocionais: uma questão de género?*. International Journal of Developmental and Educational Psychology. ISSN 0214-9877. 4:1, p. 19-27

Bar-on,R. et al (2002). *Manual de Inteligência Emocional – Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho*. Artmed: Porto Alegre (Brasil).

Bisquerra r. (2000). *educación emocional y bienestar. barcelona praxis*

Branco, V. (2004a); *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto Editora.

Branco, V. (2005); *Competência Emocional em Professores: Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Educação apresentada à Universidade do Porto.

Collière,F. (1999). *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses: Lisboa.

Correia de Almeida, A.; Veiga-Branco, A.; Nogueira, J. (2012) - *Emociones y salud actividades propiciadoras de emociones positivas* In VII Jornades Emocions i Salut. Barcelona: Universidade de Barcelona. p. 1/6-6/6. ISBN 978-84-695-4094-7

Costa,L. (2003). *O cuidar no hospital. Nursing – Revista de formação contínua em enfermagem (edição portuguesa)* n.º 176, Abril, 19-22.

Costa,S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados. Millenium – Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, n.º 30, Outubro, 234-251.

Damásio, R. (2001); *O Erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano*. (15ª ed.), Mem Martins: Publicações Europa – América.

Dicionário Priberam (2012) da Língua Portuguesa consultado a 30 de Junho de 2011 no site www.priberam.pt

Damasio, A. (2001). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13ª edição). Publicações Europa América: Mem Martins.

Damasio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Publicações Europa América: Mem Martins.

Diogo,J. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivovivencial da prática de cuidados*. Formasau: Coimbra.

Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Temas e debates: Lisboa.

Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Temas e debates: Lisboa.

- Goleman, D. et al (2003). *Os Novos Líderes – A Inteligência Emocional nas Organizações* (2ª edição). Gradiva: Lisboa.
- Goleman, D. (2010); *Inteligência Emocional*. (15ª ed.), Lisboa: Círculo de Leitores.
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lusodidacta: Lisboa.
- Mayer, J. et al. (2002b). *Selecionando uma Medida para a Inteligência Emocional – Em Defesa das Escalas de Aptidão*. In BAR-ON, R.;
- Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª edição. Editorial Novembro.
- Parker, A., *Manual de Inteligência Emocional-Teoria e aplicações em casa, na escola e no trabalho*. Porto alegre: Artmed.
- Pestana, H.; Gageiro, N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementaridade do SPSS* (2ª edição). Edições Sílabo: Lisboa.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros consultado a 30 de Junho 2011 no site pt.scrib.com
- Ribeiro, M. I.; Veiga-Branco; A.; Alves, P.J. (2012) - *Estudiantes, emociones y salud*. . In VIII Jornades Emocions i Salut. Barcelona: Universidade de Barcelona. p. 1-6. ISBN 978-84-695-4094-7
- Ribeiro, P. (2010); *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.), Porto: Legis Editora.
- Saarni, C. (2002); Competência Emocional: uma perspectiva evolutiva. in Baron, R., Teixeira, M. (2005). *A Satisfação Profissional e a Inteligência Emocional*. Revista *Sinais Vitais*, n.º 59, Março, 52-54.

Site oficial da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados consultado a 2 de Fevereiro de 2010 no <http://www.rncci.min-saude.pt>

Tuckman,W. (2000); *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Veiga-Branco, A.; Baptista, G. (2012) - *Emociones y salud. Un estudio en diabéticos tipo II* . In *VIII Jornades Emocions i Salut*. Barcelona: Universidade de Barcelona. p. 1-6. ISBN 978-84-695-4094-7

Veiga-Branco, A.; Lopes, T. (2012) - *Nursing emotional competence profile: exploratory study in continued care national network*. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012. Porto

Veiga-Branco, A.; Afonso, J.; Caetano, Isabelle (2012) - *Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research*. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: Epidemiology for a Fair and Healthy Society. p. 57. ISSN 0393-2990

Veiga-Branco, A.; Correia, José; Marques-Teixeira, J. (2011) - *Discursive construction of resilience as a moderate variable of emotional competence*. Center for Crosscultural Research and Development of Emotional and Social Competences. Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Rijeka. ISBN 978-953-6104-79-6, p. 109

Veiga-Branco, A.; Antão, C.; Ribeiro, I.; Vaz, Josiana A.; Ferro-Lebres, V. (2011) - *Emotional competence profile in a higher education students sample*. Center for Crosscultural Research and Development of Emotional and Social Competences. Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Rijeka. ISBN 978-953-6104-79-6, p. 110

Veiga-Branco, A.(2011) - *Auto-motivación como factor de la competência emocional*. In XVII Congresso Internacional Infad. Roma

Veiga-Branco, A.; (2009) - Prefácio de [*Competências profissionais dos enfermeiros : excelência do cuidar*]. In Mendonça, Susana Sobral. *Competências profissionais dos enfermeiros : excelência do cuidar*. Penafiel: Editorial Novembro p. 17-21. ISBN 978-989-8136-34-3

Veiga-Branco, A. (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. ISBN 978-989-8136-34-3

Veiga-Branco, A. (2005) - *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação

Veiga-Branco, A. (2004) - *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-033-9

Vilela, L.(2006).*Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: Validação de um Instrumento de medida*.Aveiro:A.C.L. Vilela. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Gestão Publica apresentada à universidade de Aveiro

ANEXOS

