

LUCIE NUNES BARREIRA

**INTELIGÊNCIA EMOCIONAL:
ASSOCIAÇÃO COM *JOB ENGAGEMENT* EM ENFERMEIROS, NO
CONTEXTO DA ONCOLOGIA**

Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde no curso de Gestão de Unidades
de Saúde conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

Coorientador: Mestre Osvaldo Santos

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas, sem ele, o oceano seria menor.

Madre Teresa de Calcutá

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas, a quem deixo os meus mais sinceros agradecimentos.

Ao meu orientador Professor Doutor Vasco Reis, pelas contribuições decisivas para este estudo

Ao Mestre Osvaldo Santos, Coorientador, pela imprescindível colaboração e incentivo constante.

À Sónia pela amizade em todos os momentos e por todo o apoio prestado.

Aos profissionais do Hospital Santa Maria e do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, que deram o seu precioso contributo no processo de recolha de dados, também pela compreensão que demonstraram.

Aos Conselhos de Administração de ambas as instituições, pela disponibilidade e interesse na concretização do estudo.

Aos meus pais, por serem o meu pilar, por sempre me apoiarem em tudo o que faço e por estarem ao meu lado incondicionalmente.

A todos o meu sincero obrigado!

Resumo

A inteligência emocional e o *job engagement* são constructos que têm sido principalmente trabalhados no contexto da psicologia. No entanto, as investigações recentes destes constructos na área de enfermagem têm promovido a compreensão do papel das emoções na interação humana do cuidar em contexto de saúde física. Os enfermeiros que desempenham funções na área oncológica vivem momentos de forte intensidade emocional que, de forma a serem bem geridas (i.e., garantindo em simultâneo a qualidade da assistência e o bem-estar do profissional), implicam o desenvolvimento de competências de inteligência emocional. Por outro lado, a exposição regular a situações de desgaste emocional tem impacto no que se refere à capacidade individual de trabalho e ao *job engagement*.

O estudo aqui apresentado baseia-se numa abordagem quantitativa, observacional e transversal com recolha de dados feita através de questionários autoadministrados. A amostra é de natureza não probabilística (i.e., intencional) de enfermeiros que desempenham funções no Serviço de Oncologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte (HSM) e no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO). A avaliação de *job engagement* foi feita através da versão portuguesa do UWES (Marques-Pinto, 2008) e a de inteligência emocional através do questionário desenvolvido e validado por Rego e Fernandes (2005).

Participaram no estudo 112 enfermeiros (79 do IPO e 33 do HSM). Os questionários apresentaram, neste estudo, boa consistência interna. Todas as dimensões da inteligência emocional e no seu global apresentam valores que se situam acima da média do valor médio possível para as escalas. Foi encontrada correlação significativa positiva entre inteligência emocional e *job engagement*. Foi também encontrada correlação positiva entre o número de anos de profissão de enfermagem na área da oncologia e a pontuação total das escalas de *job engagement* e de inteligência emocional.

Palavras-chave: Inteligência emocional, *Job engagement*, Enfermagem, Oncologia.

Abstract

Emotional intelligence and job engagement are constructs that have been mainly studied in the context of psychology. However, recent investigations of these constructs in nursing has promoted the understanding of the role of emotions in human interaction of care in the context of physical health. Nurses who hold positions in oncology live moments of high emotional intensity, so as to be well managed (ie, while ensuring the welfare of professional and quality of care), imply the development of emotional intelligence competencies. Conversely, regular exposure to emotional stress situations impacts regarding the individual's ability to work and engagement job.

The study is based on a quantitative, observational and cross-sectional approach, in which a factor analysis of the data was taken. The sample is non-probabilistic nature (intentional), comprises 112 nurses serving in Santa Maria Hospital and the Portuguese Oncology Institute of Lisbon. In the case in the study population, oncology nurses in the context in which it was intended to measure your emotional intelligence in combination with job engagement.

All dimensions of emotional intelligence and its global feature values that are above the mean of the average value possible for the scales.

The results show that there is significant correlation between emotional intelligence and job engagement. It was found out that nurses who have higher levels of emotional intelligence are more engaged.

Keywords: emotional intelligence, job engagement, nursing, oncology

Índice

Agradecimentos	3
Resumo.....	4
Abstract	5
Introdução.....	10
Capítulo 1	12
1. Inteligência emocional	12
1.1. Perspetiva histórica da inteligência.	12
1.2 Emoção versus cognição	14
1.3 A origem do conceito de inteligência emocional.....	16
1.4 Fisiologia das emoções.....	17
1.5 Modelos de inteligência emocional	22
1.5.1 Modelo de inteligência de Bar-On	23
1.5.2 Modelo de Goleman.....	23
1.5.3 Modelo de Salovey e Mayer.....	26
1.5.4 Modelo de Goleman, Boyatzis e McKee.....	27
1.5.5 Modelo de Mayer et al.	29
1.6 Manifestações da inteligência emocional.....	30
1.6.1 Manifestações pessoais.....	30
1.6.2 Manifestações nas organizações e na liderança	31
1.7 A profissão de enfermagem	32
1.7.1 Cuidar em enfermagem	34
1.7.2 Cuidar no contexto oncológico	36
1.8 A inteligência emocional na prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.....	39
1.8.1 O enfermeiro emocionalmente competente	40
1.8.2 A enfermagem e a inteligência emocional.....	42
1.9 Emoções no cuidar	44
2 Job Engagement	46
2.1 Conceito de job engagement	47
2.3 Finalidade e mapa conceptual do estudo	49
3 Objetivos do estudo	50
4 Métodos	51

4.1 Desenho do estudo e método de recolha de dados	51
4.2 População e amostra.....	51
4.3 Processo de recolha de dados.....	52
4.4 Instrumento de recolha de dados	52
4.4.1 Inteligência emocional	52
4.4.2 Job engagement	53
4.4.3 Caracterização sociodemográfica da amostra	53
4.5 Análise estatística.....	53
4.6 Aspetos éticos	54
5. Resultados	55
5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional.....	55
5.1.1. Caracterização sociodemográfica	55
5.1.2. Caracterização profissional	55
5.2 Consistência interna do questionário	57
5.3. <i>Job engagement</i> de enfermeiros em contexto de prestação de cuidados oncológicos	57
5.3. Inteligência emocional de enfermeiros em contexto de prestação de cuidados oncológicos ..	58
5.4 Associação entre <i>job engagement</i> e inteligência emocional.....	60
6. Discussão	62
7. Conclusão	65
BIBLIOGRAFIA.....	67
APÊNDICES	74
APÊNDICE I - Autorização da aplicação do questionário.....	75
APÊNDICE II – Consentimento informado e questionário utilizado no estudo.....	78

Índice de Figuras

Figura 1 - Mapa conceptual de estudo.....	49
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo instituição, sexo, idade e habilitações literárias	55
Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo anos de experiência como profissional de enfermagem	56
Tabela 3 - Consistência interna do UWES e do questionário de Inteligência Emocional.	57
Tabela 4. Job engagement de enfermeiros em contexto oncológico, por instituição hospitalar.....	58
Tabela 5. Inteligência emocional de enfermeiros em contexto oncológico, por instituição hospitalar.....	59
Tabela 6. Matriz de correlações entre job engagement e dimensões de inteligência emocional (n=112)	60
Tabela 7. Associação de job engagement e inteligência emocional com número de anos de trabalho de enfermagem	61

Introdução

O conceito *burnout* tem sido utilizado para definir situações de *stress* relacionado com as profissões da relação de ajuda, nomeadamente a enfermagem. A literatura é extensa no que respeita à avaliação de níveis de *burnout* em profissionais de saúde, mas ainda é muito vaga em relação ao conceito de inteligência emocional. Este estudo tem por finalidade contribuir para clarificar a relevância deste constructo, inteligência emocional, na promoção e desenvolvimento de competências emocionais no seio das organizações de saúde.

Sendo a inteligência emocional um constructo multidimensional, interessa saber de que forma estas dimensões se relacionam com o *job engagement*. Identificar dimensões da inteligência emocional que promovem mais *job engagement* pode viabilizar uma intervenção de liderança mais estratégica, no sentido de apoiar e promover o desenvolvimento pessoal de profissionais de saúde e, desta forma, aumentar a qualidade dos serviços, sustentada em maior satisfação com o trabalho, por parte dos profissionais. Assim, a compreensão da associação entre inteligência emocional e *job engagement* pode ser encarada como uma fase de construção e uso de ferramentas eficazes na gestão de recursos humanos em contexto de prestação de cuidados de saúde.

O *job engagement* apresenta-se como sendo muito importante em profissões que lidam diretamente com o público. Este conceito surge como a capacidade do ser humano em retirar situações positivas do seu trabalho. Trata-se de um conceito relativamente novo, inserido na psicologia positiva, que tenta avaliar o lado positivo da componente humana, focalizando-se mais especialmente sobre as fortalezas humanas e não tanto sobre as suas debilidades e disfunções (Rodrigues & Barroso, 2008)

São vários os estudos que têm considerado o *job engagement* como uma vantagem competitiva para as organizações, além de ser altamente benéfico para o indivíduo (Leitão, 2010).

A formação de enfermagem tem apostado seriamente, e como seria de esperar de uma profissão com funções tão complexas, na componente técnica da profissão, sendo assim a maioria das formações de carácter teórico e prático, visando o desenvolvimento de competências técnico/científicas. Com esta investigação pretende-se abordar o desenvolvimento de competências emocionais, como ferramenta para promover a saúde ocupacional. Ao associar a inteligência emocional ao *job engagement*, pretende-se com ambas estas ferramentas, diminuir o absentismo, por sua vez, aumentar a produtividade e desta forma produzir um impacto financeiro nas organizações.

O estudo aqui proposto visa descrever a relação potencialmente existente entre a inteligência emocional e o *job engagement*, em enfermeiros de oncologia.

Apesar da diversidade de estudos realizados com estes constructos (IE e JE), não foram encontrados trabalhos que descrevessem a relação destas duas variáveis, em enfermeiros em contexto de oncologia

De forma a suportar toda a estrutura empírica deste estudo, a primeira parte é dedicada ao enquadramento teórico, em que é abordado no primeiro capítulo, a inteligência emocional, onde é descrita uma breve perspetiva histórica do conceito e a importância dos conceitos dualistas da emoção e razão. São também abordados de forma sucinta alguns dos instrumentos de avaliação da inteligência emocional, assim como as competências e a importância deste conceito na população em estudo. No segundo capítulo é feita uma abordagem ao *job engagement*, onde é apresentado o conceito assim como a sua relevância para a profissão de enfermagem. No capítulo seguinte, são apresentados os objetivos e a finalidade deste estudo, os procedimentos metodológicos utilizados. É aqui apresentado o instrumento utilizado para a recolha de dados. Trata-se de um questionário constituído por três partes. A primeira parte é constituída pela escala de avaliação da inteligência emocional de Rego, A. & Fernandes, (2005), a segunda parte pela escala de UWES (*Utrecht Work Engagement Scale*), adaptada por Alexandra Marques Pinto (2008) e a última inclui um conjunto de perguntas de caracterização sociodemográfica.

O questionário foi administrado a enfermeiros de duas instituições distintas, mas que desenvolvem a atividade de cuidados de saúde no contexto oncológico.

A doença oncológica implica alterações tendencialmente graves, quer para a pessoa quer para a família, refletindo-se a nível da vida profissional, pessoal e social. Para além do sofrimento físico associado à doença e/ou ao seu tratamento, o diagnóstico de doença oncológica implica, por si só, sentimentos de ansiedade, de medo e muita angústia. Neste contexto, o controlo das emoções por parte do prestador de cuidados tem como intenção não suscitar, ou pelo menos atenuar as emoções negativas do doente. Fá-lo por ele, de forma a não se deixar invadir por emoções: é das áreas de intervenção em que mais se vivencia a morte dos doentes, com quem estabeleceram laços emocionais. Fá-lo ainda (o controlo emocional pelos que o rodeiam, para transparecer uma imagem íntegra.

A importância do estudo exposto, traduz-se pelo fato de as emoções surgirem especialmente quando temos que tomar decisões difíceis e enfrentar problemas. Na área da enfermagem, é fundamental que se saiba lidar com as emoções dos doentes uma vez que os seus estados emocionais são muitas vezes alterados durante a doença, em particular nas doenças mais graves, dado que a sanidade mental se apoia parcialmente na ilusão da invulnerabilidade física.

Capítulo 1

1. Inteligência emocional

Neste capítulo será feita uma abordagem daquelas que são as bases conceptuais do trabalho de investigação, com o objetivo de clarificar os conceitos em estudo. Numa primeira fase, é feita uma abordagem histórica do conceito de inteligência emocional (IE). Em seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação, as competências da IE e a sua importância como constructo autónomo.

A inteligência emocional é algo que não é totalmente inato, mas sim aprendido e desenvolvido ao longo da vida, embora exista uma componente biológica que explica o desenvolvimento das emoções, o que será também abordado ao longo deste capítulo. Cada acontecimento implica uma espécie de registo médico, que irá servir de suporte à tomada de decisão futuro. De forma a facilitar o estudo e a compreensão deste conceito (IE), vários autores atribuíram-lhe dimensões e competências específicas, no sentido de facilitar a sua análise.

1.1. Perspetiva histórica da inteligência.

Muitos são os estudos que desde a Grécia vão envolvendo a inteligência humana. No início sempre valorizando que o pensamento racional seria superior à emoção (Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, 2007).

O interesse pelo estudo científico da inteligência remonta ao à década de 1880, quando Galton se propôs medir a inteligência. Se antes a inteligência era considerada uma capacidade superior e um dom dos Deuses que aumentava com a idade, hoje a inteligência é algo que pode, em grande parte, ser treinada, sendo possível identificar cinco tipos distintos: biológica (resultado da adaptação ao meio), psicológica (resultado da aprendizagem), operacional (capacidade de pensar abstratamente), emocional (capacidade de compreender as emoções) e artificial (relativa ao pensamento das máquinas). O termo inteligência pode ser, de forma simples e muito geral, definido como a compreensão ou faculdade de compreender.

Relativamente às emoções, podemos encontrar em vários documentos, algumas reflexões sobre este constructo. A origem da palavra emoção provem do latim “emotionem”, que sugere movimento, comoção ou ato de mover. Importa destacar o filósofo Aristóteles,

que defendia que as emoções estavam ligadas a ação e que derivavam daquilo em que acreditamos (P. Diogo, 2006).

Levenson (1994) citado por Serra define as emoções como *“fenómenos psicológicos de curta duração que representam modos eficientes da adaptação à exigências colocadas pelo meio ambiente”* (Serra, 1999).

Foi no início do século XIX que começaram a surgir as principais correntes teóricas da psicologia, acerca de inteligência. Em 1904, Spearman, (citado Woyciekoski, C., & Hutz, 2009), sugeriu que a inteligência dependeria de um fator geral, que se correlacionava de forma positiva e que refletiria a *“capacidade de raciocínio ou gênese do pensamento abstrato”* (p.2). Thurstone (1938, citado por referia, em oposição a Spearman, que a inteligência poderia apresentar várias vertentes (em vez de um fator geral): a compreensão verbal, fluência verbal, aptidão numérica, visualização espacial, memória, raciocínio e velocidade percetiva.

Mais tarde, surge Guilford (1967) que consegue decompor a inteligência em 150 fatores, mas é, no ano de 1955, que Gardner cria a teoria das inteligências múltiplas (lógico-matemática, linguística-verbal, espacial, cinética-corporal, naturalista, musical e as inteligências pessoais (inter e intrapessoais), que procura explicar os diferentes tipos de desempenho individual, que vão desde a forma de raciocínio à resolução de problemas. Em 1997, enquanto Sternberg (citado por referia que a capacidade de pensar de forma abstrata seria a característica mais importante da inteligência, Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios (2001, surgiram com a ideia de que o raciocínio abstrato só seria possível após a receção de um *input* ou informação, que seria processada de forma diferente, dependendo das diferentes inteligências. Este *input* poderia ser apresentado de várias formas: verbal, espacial, social, emocional.

Thorndike (1936) surgiu como sendo um dos primeiros autores a tentar alargar o conceito de inteligência, para além das capacidades intelectuais, sugerindo que a inteligência social seria também a capacidade de perceber os estados emocionais próprios e dos outros, os motivos e comportamentos e tomar decisões dependentes destas informações com eficácia.

Stern Berg (1997) afirma que os seres humanos são seres sociais, e que a boa adaptação ao meio social envolvente depende na sua maioria das emoções e do comportamento inteligente. Mayer e Salovey (1997) esquematizam as inteligências como competências que permitem entender e resolver problemas, que envolvem o raciocínio sobre o abstrato (inteligência fluída), a forma como se armazena a informação na memória (inteligência cristalizada), a aprendizagem dirigida, a aquisição de informação através das

componentes sensorial e percetiva e a rapidez de processamento de informação. Na década de 90, Peter Salovey e John Mayer converteram o nome de inteligência interpessoal e intrapessoal em inteligência emocional. Estes psicólogos identificaram quatro componentes responsáveis pela inteligência emocional: a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoção de forma correta; a capacidade de gerar ou ter acesso a sentimentos quando eles facilitam a compreensão de si mesmo ou do outro; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento derivado delas; e a capacidade de controlar as próprias emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. Referiram também que estes componentes, ao atuarem em conjunto com outros constituintes da nossa genética e alimentados pelas experiências vividas, tornam possível o desenvolvimento de competências emocionais. Na perspetiva de Mayer, J., & Salovey, (1995), a inteligência emocional pode ser descrita como sendo a habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base dos sentimentos, avaliá-las e geri-las.

1.2 Emoção versus cognição

Desde a Grécia antiga que se acredita que o pensamento lógico era superior aos sentimentos, uma vez que o pensamento lógico levava à concordância, enquanto os sentimentos levavam, na maioria das vezes, à discordância (Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, 2007). Até meados dos anos 80, acreditava-se que as emoções prejudicavam o raciocínio, sendo correto deixar as emoções em casa, fora do local de trabalho para que o desempenho não fosse prejudicado (D. Ceitil, 2006).

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

Consideram-se emoções como respostas organizadas abrangendo vários subsistemas psicológicos, como o fisiológico, o cognitivo, motivacional e experiencial, que surgem emergentes de uma avaliação de si próprio ou da situação (Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, 2007).

Goleman, (2002), numa perspetiva dicotómica, defende que possuímos duas mentes, a mente racional e a mente emocional. A primeira engloba a atenção, o

pensamento, a reflexão, enquanto que a segunda entra em ação sem pensar, é mais rápida, funciona como semáforo da vida, pois a mente emocional consegue ler a tristeza, a raiva a alegria num instante, sendo a mente racional mais demorada na resposta.

No que respeita à relação entre a razão e a emoção, Damásio, (2000) refere que sem qualquer exceção, homens e mulheres de todas as idades, de todas as culturas de todos os graus de instrução e de todos os níveis económicos têm emoções, estão atentos às emoções dos outros, cultivam passatempos que manipulam as suas próprias emoções, e governam as suas vidas, em grande parte pela procura de uma emoção, a felicidade, e pelo evitar das emoções desagradáveis.

Resumindo, atualmente é consensual que não é possível separar a razão da emoção. Os estudos de António Damásio, (1995,2000) demonstram que alguém provado das suas emoções dificilmente consegue tomar decisões racionais, assumindo mesmo que sem emoções não existirão raciocínios corretos.

A cognição envolve o processo de informação e inclui a aprendizagem, a memória e a resolução de problemas novos. No entanto, estes elementos cognitivos influenciam e são influenciados pelos emocionais, que estabelece uma predisposição para a ação. É importante referir que Damásio, (2003), ao sustentar que pensamos com o corpo e com as emoções, pois o processo de raciocínio passa pelo corpo através do que ele chama de “estados de corpo”, atestou que na presença de lesão nos lóbulos frontais, ocorrem perturbações no raciocínio assim como a incapacidade de sentir e exprimir emoções, verificando também que pessoas com lesões na amígdala (área essencial nas emoções) e no córtex cingulado, apresentavam incapacidade de raciocinar corretamente e défice na expressão emocional e no raciocínio (Branco, 2004).

Os autores Smith e Lazaraus (1990, citado por Woyciekoski, C., & Hutz, 2009, p.3) referem que as emoções seriam respostas complexas de natureza psicológica e biológica e que envolveriam a inteligência e a motivação, assim como os aspetos individuais da personalidade e do contexto social envolvente, que levariam a um acontecimento significativo na adaptação ao meio externo.

Goleman em 1995, demonstrou a emoção como sendo determinante nos comportamentos e nas decisões, entendendo a inteligência emocional como a capacidade para conciliar as emoções com a razão: usando as emoções para facilitar a razão, e raciocinar inteligentemente as emoções. Nesta abordagem, o quociente emocional (QE), predomina face ao quociente de inteligência (QI).

Começou a surgir então a ideia de que a emoção contribuía para um pensamento mais inteligente e que a inteligência cognitiva facilita a perceção das emoções próprias

assim como as dos outros. Na ausência desta interação, o indivíduo torna-se um ser social mas, emocionalmente incapaz (Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, 2007).

1.3 A origem do conceito de inteligência emocional

O conceito de inteligência emocional, começou por ser estudado por Mayer e Salovey durante a década de 1990. A origem deste conceito passa pelo conceito de inteligência social, por vezes designada de inteligência não cognitiva, como referem Rego e Fernandes (2005). Após os estudos de Mayer, J., & Salovey, 1995, a emoção e a razão foram consideradas indispensáveis ao desenvolvimento pessoal e profissional de cada pessoa, onde se passou a considerar a inteligência emocional, sendo o intercâmbio entre as emoções e as cognições. As emoções tornam o indivíduo mais inteligente e a cognição ajuda-o a pensar as suas emoções.

Salovey, P. & Mayer, 1990, afirmam que a inteligência emocional é o modo que cada pessoa possui para gerir as suas emoções, assim como as emoções dos outros. Sendo que a capacidade de identificar, interpretar e aceitar as suas emoções e das outras, para depois em seguida serem utilizadas como mais-valia, sob forma de gestão dessas mesmas emoções. Desta forma, um indivíduo que seja emocionalmente inteligente saberá aceitar as emoções dos outros e também as suas, usando-as de forma positiva, ao relacioná-las com as vivências diárias, retirando mais-valia de todos os momentos de interação.

Goleman difundiu mundialmente o conceito de inteligência emocional ao publicar a sua tese *"Inteligência Emocional"*. Na sua obra, o autor apresenta uma abordagem científica da inteligência emocional e defende que a vertente emocional influencia a inteligência sendo esta mais importante para o sucesso da vida das pessoas que o quociente de inteligência. Goleman define o conceito de inteligência emocional como a capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar, de sentir empatia e de ter esperança.

A inteligência emocional é aprendida e desenvolvida ao longo da vida, mas também existe uma tendência genética para o desenvolvimento das suas competências, uma vez que as emoções são impulsos que nos levam à ação, em qualquer momento da vida, (Goleman, 1995). Traduz-se na capacidade de a pessoa se motivar a si própria e gerir as suas emoções.

Já Tapia (2001), afirma que a inteligência emocional é a capacidade de compreender e gerar emoções para auxiliar o pensamento, levando a um crescimento e desenvolvimento emocional e intelectual, existindo uma interligação entre a inteligência e as emoções, dado que as emoções promovem os pensamentos inteligentes tornando as pessoas emocionalmente inteligentes.

Mais recentemente, Mayer, J. D. Salovey, P., & Caruso, (2004), sugerem uma definição mais global de inteligência emocional como sendo a capacidade de raciocinar sobre as emoções e a forma como as emoções potencializam o pensamento, incluindo a habilidade de perceber, aceder e gerar exatamente emoções, assim como ajudar o pensamento, compreender emoções e o conhecimento emocional, regular as emoções de forma refletida para promover o crescimento emocional e intelectual.

A inteligência emocional torna a pessoa mais sociável, com atitudes mais adequadas e adaptativas, no relacionamento com os outros, tirando partido de cada situação, realçando os pontos positivos e servindo-se das situações menos agradáveis para aprendizagem e desenvolvimento (Rego, A. & Fernandes, 2005)

É possível salientar quatro competências de inteligência emocional: (1) capacidade a perceber, avaliar e expressar emoções, (2) capacidade de mobilizar sentimentos de forma a facilitar os processos cognitivos, (3) capacidade de compreensão e análise da informação emocional para usar o conhecimento emocional, e (4) capacidade de regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual.

A aprendizagem é facilitada pela interação pessoal, dado que as pessoas têm alguma orientação para imitar as atitudes, expressões faciais, os movimentos e postura das pessoas mais próximas, o que quer dizer que quando o relacionamento com pessoas emocionalmente inteligentes promove o desenvolvimento de IE. Para Cunha, M. P. & Rego, (2002), as emoções levam as pessoas a ter pensamentos inteligentes e estes, por sua vez, ajudam-na a utilizar as emoções de uma forma correta, levando a pessoa a melhorar o seu desempenho, profissional ou social.

1.4 Fisiologia das emoções

As emoções são caracterizadas por serem processos que têm uma base biológica, cerebral e hormonal, dependendo também de processos de aprendizagem, que podem interferir na sua manifestação. Torna-se então fundamental que as pessoas conheçam e saibam gerir as suas emoções (A. Damásio, 2000).

Segundo Goleman (2000), a região pré-frontal (centro executivo do cérebro) é o local onde reside a memória de trabalho, isto é, a capacidade de prestar atenção e de

manter em mente a informação relevante, sendo esta vital para a compreensão e o entendimento, a planificação e a tomada de decisões, o raciocínio e a aprendizagem. As capacidades a nível pessoal assim como a liderança também estão relacionadas com a região límbica do cérebro através da transmissão de impulsos emocionais entre os vastos circuitos que ligam estruturas subcorticais da região límbica e estruturas anatómicas da zona pré-frontal (Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, 2002).

Quando a mente está calma, as funções da memória de trabalho estão no seu máximo, mas quando se criam situações de emergência, o cérebro passa para um modo autoprotetor, retirando recursos à memória de trabalho e atribuindo-os a outros locais do cérebro para manter os sentidos em estado de alerta (Goleman, 2000). O circuito de alarme está situado no cérebro emocional, numa série de estruturas que envolvem o tronco cerebral e o sistema límbico. Goleman, afirma que a amígdala (estrutura localizada no sistema límbico) é o banco de memória emocional do cérebro, um repositório de todos os momentos de triunfo e de derrota, esperança, medo, indignação e frustração.

Cada emoção que encontra no corpo humano a sua resposta fisiológica é produzida em diferentes áreas do cérebro (A. Damásio, 2000):

A ira, em que o sangue se concentra nas mãos, o ritmo cardíaco aumenta assim como a secreção de adrenalina, preparando o indivíduo para atividade intensa, com grande concentração de energia (Goleman, 2000).

Quando surgem situações em que as pessoas sentem medo, dá-se uma chamada de sangue e glicose nos músculos, nomeadamente nos membros inferiores, o que possibilita e facilita a fuga, fazendo com que a pessoa sinta frio e fique pálida, dado que existe uma concentração de sangue apenas numa pequena parte do corpo. Ao mesmo tempo, acontece uma espécie de paralisia, possivelmente para dar tempo à pessoa para refletir acerca da situação em causa acompanhada por uma produção hormonal que prepara o corpo para a ação, mantendo-o em alerta (A. Damásio, 2000).

Por outro lado, nas situações de bem-estar, acontecem reações fisiológicas específicas, determinadas por uma estrutura cerebral (também localizada no sistema límbico) – o *nucleus accumbens* que, quando em atividade, inibe os sentimentos negativos e de preocupação, facilitando o relaxamento do corpo.

O simples gesto de arquear as sobrancelhas traduz uma sensação de surpresa, leva ao aumento do campo visual, pela maior quantidade de luz que entra na retina, que

leva a que o indivíduo perceba mais facilmente o acontecimento que tem à sua frente, auxiliando-a na elaboração do plano de ação a prosseguir.

A tristeza tem por função preparar o indivíduo para a perda de algo que lhe é significativo, o que leva a uma quebra de energia, diminuindo o metabolismo corporal, facilitando o choro, a reflexão e o pensamento sobre novas ações, que levarão a pessoa a refazer o seu estado normal, de equilíbrio emocional (Goleman, 2000).

Após serem induzidas no sistema central, as emoções produzem alterações hormonais, nas viscerais, nos músculos e, consequentemente, nos membros.

Damásio, (2000) também refere que todas as emoções com as suas correspondentes biológicas são influenciadas pela experiência de vida, condicionada pela cultura vigente da sociedade, através dos seus valores e crenças, o modo como a pessoa age e sente cada situação, assim como as relações entre as pessoas e até mesmo os laços familiares. As emoções, para além de serem traduzidas por atitudes, também são manifestadas por estados corporais, como a postura que adotamos, os movimentos oculares e as contracturas musculares.

Permanece uma relação constante de equilíbrio entre o emocional e racional na mente, de modo que quanto maior é o sentimento, maior será o domínio da mente emocional sobre a mente racional. É este equilíbrio que faz com que as pessoas sejam emocionalmente inteligentes, em que a mente emocional alimenta a mente racional de bom senso, e em que esta se torna uma espécie de controlo da mente emocional.

Do ponto de vista fisiológico, as duas mentes são faculdades independentes, tendo circuitos diferentes mas interligados no cérebro humano, que tende para uma situação de equilíbrio, podendo no entanto entrar em situações de conflito (Goleman, 2002)

As zonas do cérebro em que são produzidas a maior parte das emoções são o tronco cerebral, o hipotálamo, e o córtex cerebral. Os centros emocionais derivam do tronco cerebral, onde as emoções têm a sua representação (A. Damásio, 2000). O neocórtex foi desenvolvido através destes centros emocionais, o que designa a importância da relação entre o pensamento e o sentimento.

O sistema límbico caracteriza-se como sendo a área do cérebro que circunda o tronco cerebral, designado de cérebro emocional, pois é onde se regulam as emoções (Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, 2002). É da responsabilidade do sistema límbico a aprendizagem e a formação de memória a longo prazo do ser humano. O neocórtex, sendo a sede do pensamento, é a parte do cérebro que ajuda a definir as estratégias e os planos de ação, a longo prazo, desenvolvendo a complexidade emocional, (Goleman, 1995). Esta combinação proporciona as relações intensas e duradouras entre as pessoas significativas para cada um.

Ao neocórtex cabe também a responsabilidade pela complexidade da vida emocional, mas em casos de emergência é ao sistema límbico que cabe a responsabilidade dos atos.

A amígdala faz parte do sistema límbico, está relacionada com as emoções, é constituída por um conjunto de estruturas interligadas, que se encontra por cima do tronco cerebral, perto da ala inferior do anel límbico, mesmo sendo em número de duas, uma de cada lado do cérebro, na zona dos lóbulos temporais (A. Damásio, 2000). Esta, é o centro da memória emocional, porque para além dos afetos é também dela que dependem as paixões. Quando a amígdala é retirada ao cérebro, este deixa de ter capacidade emocional pelos outros, preferindo a solidão à interação, deixando de perceber quais as pessoas que lhe são significativas, não experimenta sensações nem sentimentos. Quando alguém está a chorar, se for abraçada, isso representará um estímulo de bonança para o cérebro, acabando com o choro. Não tendo a amígdala, o choro não é possível (A. Damásio, 2000). Assim, pode-se afirmar que assume o controlo das atitudes, enquanto que por outro lado o neocórtex prepara-se para tomar uma decisão. Segundo Goleman, (2002), este intercâmbio é o verdadeiro cerne da inteligência emocional. Em situações que o impulso se sobrepõe à razão, o papel da amígdala será importante.

Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, (2002), introduziram a noção de circuito aberto do sistema límbico, referindo-se à forma como os indivíduos podem ser influenciados ou contagiados pelas emoções dos outros, podendo mesmo alterar os nossos comportamentos e filosofias. Também atestam que muitas pessoas acreditam que, a partir do início da idade adulta, as ligações neurológicas atrofiam-se e não podem ser substituídas, acreditando ainda que os adultos já não podem alterar as principais capacidades pessoais. A investigação neurológica veio mostrar o oposto, dado que o cérebro humano pode criar tecido neurológico e ligações neurológicas mesmo em pessoas adultas, que se mantêm durante toda a vida.

Os sinais externos captados pelos órgãos dos sentidos são analisados pela amígdala de modo a identificar os pontos de conflito, o que lhe confere uma posição de poder na vida mental, tornando-a numa espécie de “sentinela psicológica”. Quando uma situação desencadeia uma sensação desagradável de risco, a amígdala reage enviando uma mensagem de alerta a todas as partes do cérebro, desencadeando a secreção de hormonas, nomeadamente a adrenalina, ativando o sistema cardiovascular, músculos e intestinos. É enviado sinal ao tronco cerebral para dar ao rosto uma expressão de medo, acelerar o ritmo cardíaco, aumentar a tensão arterial (também como consequência de aumento da adrenalina) e diminuir a respiração para poupar a energia e concentra-la nas atividades de luta ou fuga. Ao mesmo tempo, os sistemas de memória corticais são

intercalados no sentido de pesquisar qualquer conhecimento prévio do pensamento para a situação de emergência. Por outro lado, outros circuitos que partem da amígdala aceleram a produção de outra hormona, a noradrenalina, colocando o sistema cerebral num estado de alerta. A vasta rede de ligações neuronais da amígdala permite-lhe durante a emergência emocional, controlar e dirigir o cérebro, inclusive a mente racional.

Logo que os sinais sensoriais chegam ao cérebro, através do tálamo, são de seguida transmitidos à amígdala por um estímulo nervoso, sendo o tálamo o responsável pelo envio ao neocórtex, levando a amígdala a responder primeiro do que este, explicando assim a sobreposição do poder da emoção ao poder da razão. O vínculo entre o tálamo e a amígdala é feito por um grupo de neurónios, que permite receber mensagens diretas dos órgãos dos sentidos, sem que estas tenham sido percecionadas pelo neocórtex.

A amígdala possui a singularidade de guardar recordações, o que permite agir em várias situações sem que a pessoa se aperceba, não tendo consciência delas (ou seja, a reagir de forma automática).

Segundo (Goleman, 2002), quando se vê algo pela primeira vez, para além de identificar a sua experiência a sua existência, temos a sensação se gostamos ou não. São as emoções que emitem assim a sua opinião. O hipocampo contribui para uma memória de contexto, com a amígdala a dar-lhe o “carisma” emocional.

Na fisiologia das emoções, no que respeita ao hipotálamo e tronco cerebral, são produzidos neurotransmissores, que irão atuar noutras partes do cérebro provocando sinapses, realçando a afirmação de Damásio, (2000), de que as emoções fazem parte dos mecanismos de sobrevivência da pessoa. Estas hormonas ajudam a gravar o acontecimento na memória, são segregadas pelas glândulas supra-renais e estimulam também o nervo vago que transmite à amígdala e ao cérebro a necessidade de gravar o acontecimento, principalmente se este tem uma carga emocional importante.

Damásio, (2000) afirma que as emoções têm por base uma resposta hormonal e neurológica, que contribuem também para o equilíbrio homeostático do organismo. No nosso cérebro existem dois sistemas de memória, um para factos “normais” (sem carga emocional), outro para factos emocionalmente relevantes.

As áreas pré-frontais são as responsáveis pela regulação emocional, dado que grande parte dos impulsos que saem do tálamo, vão para o neocórtex e só uma pequena parte vai para a amígdala. Nos lóbulos pré frontais são organizadas as respostas, incluindo as respostas de ordem emocional, sendo previamente analisada a informação no neocórtex. Se no decorrer do ato for necessário uma resposta emocional, os lóbulos pré-frontais fazem-no em intercâmbio e em simultâneo a amígdala. Desta forma, quando uma emoção é desenvolvida, aqueles encarregam-se de escolher qual a resposta adequada.

O lóbulo pré-frontal esquerdo é responsável pelas emoções agradáveis e o direito pelos pensamentos negativos, controlando-se um ao outro, que em conjunto com a amígdala, que funciona em situações de urgência, conduzem a pessoa em todos os atos da vida.

Existem intercâmbios necessários entre várias estruturas cerebrais indispensáveis ao desenvolvimento harmonioso do ser humano, como a amígdala e o neocortex, entre o pensamento e o sentimento. Todos trabalham a mesma informação, mas com linguagens diferentes, sendo a emoção fundamental para o pensamento eficaz, no que respeita à tomada de decisões, assim como nas atitudes acertadas do dia-a-dia, pois é também atribuído ao córtex pré-frontal a responsabilidade pela memória do trabalho. Os circuitos que ligam o córtex pré-frontal ao cérebro límbico explicam como as emoções influenciam o rendimento profissional do indivíduo, a sua capacidade de concentração, dado que as emoções também interferem nos circuitos cerebrais (A. Damásio, 2000).

Goleman, (2002) refere que a aprendizagem emocional ajuda a pessoa a tomar decisões na vida, pois o cérebro emocional está tão envolvido no raciocínio como o cérebro racional, tendo as emoções uma importância crucial no que respeita à racionalidade e vice-versa. O cérebro racional desempenha também um papel fundamental nas emoções, existindo uma situação de mais-valia para a pessoa quando existe interação entre o sistema límbico e o neocórtex, aumentando a inteligência emocional e a capacidade intelectual.

1.5 Modelos de inteligência emocional

Como referido nos subcapítulos anteriores, nos últimos anos tem aumentado o interesse e a procura de uma definição para inteligência emocional. Os vários modelos de inteligência emocional que têm sido propostos tendem a ser multidimensionais, permitindo a classificação de dois tipos de modelos teóricos de Mayer e Caruso, (2004): modelos de aptidões e modelos mistos. Os modelos de aptidões valorizam a forma de processamento emocional de informação e o estudo das capacidades relacionadas com esse processamento, ou seja, definem inteligência emocional como um conjunto de aptidões constituintes de um indivíduo, que o capacita para utilizar as informações provenientes das emoções, a fim de lidar melhor com as situações e conduzir os comportamentos de forma mais adequada, sendo o modelo de Salovey e Mayer, (1990) um exemplo. Os modelos mistos procuram definir inteligência emocional e compreendem uma combinação entre traços da personalidade, como a assertividade a autoestima, o otimismo e a motivação, com aspetos das competências da inteligência emocional, sendo o modelo de Goleman (1995,2002) um exemplo.

1.5.1 Modelo de inteligência de Bar-On

Bar-On empenhou-se em conhecer os fatores que contribuíam para o sucesso na vida pessoal, profissional, privada e social, colocando de parte a definição de inteligência emocional e os seus atributos. Este autor caracteriza a inteligência emocional como sendo um conjunto de capacidades não cognitivas e competências que influenciam a capacidade de ser bem-sucedido ao lidar com as pressões e exigências do meio (Ceitil, 2006).

Mais tarde, em 1998, Goleman viria a direcionar o modelo para o contexto de trabalho, criando a “Teoria do Desempenho”, em que propunha que a inteligência emocional se refere à competência de reconhecer e regular as emoções pessoais assim como as dos outros (Goleman, 2002). Aqui, o autor faz a distinção entre inteligência emocional e competência emocional, explicando que as competências emocionais se baseiam na inteligência emocional. Desta forma, é necessário um determinado nível de inteligência emocional para aprender uma competência emocional (Ceitil, 2006). Assim, Goleman, (1995), define a competência emocional como a capacidade aprendida baseada na inteligência emocional que resulta em alto desempenho.

1.5.2 Modelo de Goleman

São várias as classificações das dimensões da inteligência emocional, visto que também são vários os autores que apresentam as suas dimensões.

Goleman, (2002) apresentou várias competências emocionais, fragmentando a inteligência emocional em cinco capacidades.

O conceito de competência destaca um conjunto de saberes, de conhecimentos que as pessoas adquirem em formação de ensino ou profissional ao longo da vida e conseguem mobilizar e aplicar quando necessário.

O autor apresenta a autoconsciência, como a primeira capacidade envolta nas competências pessoais e pressupõe três competências emocionais: autoconsciência, autoavaliação exata e autoconfiança.

A autoconsciência é a percepção do que se está a sentir, é a capacidade para reconhecer as nossas próprias emoções e sentimentos no momento em que estas ocorrem. Segundo Goleman, esta capacidade é a que revela o conhecimento de si e pressupõe ainda perceber de que forma os nossos sentimentos afetam os outros. Desta forma, é de salientar que aprender a conhecer, a compreender, e a analisar as emoções e os sentimentos constitui, segundo Goleman, o caminho para o que aprendemos ou descobrimos acerca do indivíduo, facilitando assim as decisões a tomar.

Goleman, (2000) afirmou também que ter autoconsciência emocional significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições. É esta capacidade que permite decidir em consonância com os valores. Goleman, (2002), afirma que as pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar, desde com quem casar a que emprego escolher. Desta forma podemos inferir que o conhecimento e a compreensão dos sentimentos e emoções viabilizam o desenvolvimento pessoal. Sabendo que a autoconsciência traduz o conhecimento de nós mesmos, resultando da própria autoanálise, da nossa vida, de como nos comportamos e de como nos desejamos comportar (Goleman, 2002), este facto representa uma elevada importância, tanto na vida de forma geral como na vida profissional profissão. Neste sentido, nos profissionais de saúde, como por exemplo, enfermeiros, quanto melhor for a compreensão que o profissional tem de si próprio, melhor será a capacidade de comunicação e mais fácil será desenvolver relações profissionais satisfatórias assim como também aprender a gerir situações difíceis.

A seguir à autoconsciência, surge a autoavaliação. A autoavaliação diz respeito à avaliação realística dos próprios recursos, forças e fraquezas. Esta destreza encontra-se presente nas pessoas que são capazes de refletir acerca delas mesmas, (Goleman, 2000). A autoavaliação permite um momento de introspeção, que leva a uma observação do eu, para deste modo compreender mais facilmente a forma como se pensa, sente, age, ou se relaciona com os outros.

A autoconfiança está também relacionada com a auto consciência emocional e trata-se do sentido interno do valor e das capacidades próprias, (Goleman, 2000).

A autoconsciência, em conjunto com a autoavaliação e com a autoconfiança, deve estar integrada no dia-a-dia dos profissionais de saúde (nomeadamente, enfermeiros), pois trata-se de profissões humanistas: é importante para quem cuida conhecer-se a si próprio, de forma a estar disponível para conhecer o outro e assim responder às suas necessidades.

A gestão das emoções é a segunda capacidade deste modelo de Goleman e refere-se à forma como gerimos as emoções (Goleman, 2000). Para o efeito, é necessário compreender e conhecer as próprias emoções, sendo esta capacidade resultante do autoconhecimento, dado que a base da inteligência emocional é a consciência das nossas atitudes, o que nos leva a autorregular os estados emocionais, ao autodomínio, em vez de se adotar comportamentos defensivos, de negação e proibição do que realmente se sente. Quando passamos por situações de raiva, fúria ou cólera, é necessário mobilizar esses sentimentos, pois são impeditivas do bem-estar emocional.

Os profissionais de saúde (e.g., enfermeiros) deparam-se no dia-a-dia com alterações de harmonia interior, estados de espírito como a ansiedade, a tristeza que é provocada pela natureza dos cuidados de alguns serviços. Nestes contextos, a capacidade de gerir adequadamente as emoções assume uma grande importância. Ligado a esta capacidade, existem cinco competências: o autodomínio, através da gestão eficaz das emoções e dos impulsos negativos; inspirar confiança, utilizando a honestidade, integridade, fiabilidades e autenticidade; ser contencioso, pela capacidade para se autogerir com responsabilidade; adaptabilidade, tendo abertura a novas ideias, ser flexível em relação à mudança e inovação, pela abertura para novas ideias, ser proactivo.

A terceira capacidade é a automotivação. Surge *“quando as pessoas excedem de si mesmas numa atividade, ou os momentos onde a excelência se consegue sem esforço”* (Goleman, 2000). A automotivação está relacionada com a forma como utilizamos e canalizamos as energias, e em que o objetivo é atingir as metas traçadas. Esta capacidade exprime-se através de comportamentos e atitudes e encontra-se presente quando a pessoa sente que existe um sentido para a sua vida e que gosta da profissão que tem, reconhecendo a sua importância para o seu projeto de vida. Segundo Goleman, (2000), esta capacidade é composta pelas seguintes competências: vontade de vencer, empenho, iniciativa e otimismo. Todas, de forma isolada ou não, contribuem para enfrentar sentimentos negativos, a que os enfermeiros estão expostos no seu local de trabalho.

Diogo, (2006) também defende que a manutenção de um nível adequado de confiança em si e de aptidão para a negociação, saber encontrar as energias retiradas para a negociação, saber encontrar as energias da motivação, são competências indispensáveis para viver bem a vida profissional, muito em particular em cuidadores, e levar a bom termo um objetivo profissional agradável.

A empatia é a quarta capacidade de Goleman. Esta nasce da autoconsciência, assim como a gestão das emoções nasce do autoconhecimento e, segundo ao autor, quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias ações, mais destros seremos a perceber os sentimentos dos outros, (Goleman, 1995). Goleman também define a empatia como a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, das necessidades e das preocupações dos outros, sendo capazes de estabelecer laços de sintonia com as pessoas e de se colocar no seu lugar, promovendo o sentimento de partilha com os outros. Compreende também expressões emocionais verbais e não-verbais, sendo assim importante que haja veracidade entre o que se comunica e a forma como comunicamos, isto é, o tom de voz, os gestos, a postura corporal (que devem estar de acordo com a mensagem verbal).

Saber ouvir é importante para estabelecer uma relação empática e para o sucesso nas relações interpessoais. Watson, (2002), considera a empatia um fator importante no processo de relação, o desenvolvimento da sensibilidade em relação aos outros. Uma sensibilidade equilibrada em relação aos seus próprios sentimentos é a base de todas as relações de empatia.

A empatia deve ser treinada nas profissões como a enfermagem, em que o elemento central são as pessoas. Todos os enfermeiros devem ter esta capacidade pois é fundamental no seu trabalho e nos seus relacionamentos profissionais. Goleman, (2000), defende que a empatia é composta pela compreensão dos outros, o desenvolvimento dos outros, a orientação para o serviço e potenciar a diversidade. Ser empático significa saber imaginar-se no lugar do outro, encarando as coisas do seu ponto de vista, implicando assim a compreensão e entrar em sintonia.

As competências sociais são a última capacidade do modelo de Goleman. Anteriormente era conhecida como a gestão de relações em grupos. É caracterizada por saber reconhecer os sentimentos da outra pessoa e agir de forma a influenciar esses sentimentos. Esta capacidade é entendida como determinante de eficácia da comunicação, gestão de conflito, liderança, capacidade para trabalhar em equipa, colaboração e cooperação.

São estas capacidades que estão na base da popularidade e da eficácia interpessoal, (Goleman, 2002). As pessoas competentes em termos emocionais revelam o que pensam e agem em consonância com os seus sentimentos, ao invés de agirem de acordo com o que o outro quer ou espera que ela seja.

1.5.3 Modelo de Salovey e Mayer

Salovey & Mayer, (1990) também desenvolveram um modelo de inteligência emocional, propondo cinco domínios ou dimensões.

A inteligência emocional é definida por estes autores como a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções próprias e de outros, com o objetivo de os distinguir, e de usar essa informação para orientar o pensamento e a ação (Salovey, P. & Mayer, 1990). Esta definição tem implícitos aspetos cognitivos e sociais.

Para Mayer e Salovey a inteligência emocional sinaliza a interação entre o cognitivo e o emocional, realçando a importância dos sentimentos e das emoções na racionalização das atitudes, pois ao conhecer as diferentes situações em que as emoções são geradas, o sujeito é capaz de criar estratégias para lidar de forma mais adequada com essas situações

(Saraiva, 2007). Os autores identificam também a autoconsciência como a capacidade de a pessoa reconhecer os seus próprios sentimentos, tirando partido deles em seu proveito e em proveito dos outros, o que ajuda a tomar atitudes assertivas durante a sua vida. Referem também a gestão das emoções como a capacidade de a pessoa controlar as suas emoções, favorecendo a tranquilidade, afastando a ansiedade, a tristeza e a irritabilidade. Outra capacidade sugerida por estes autores era a do indivíduo motivar-se a si mesmo, que colocaria as emoções ao serviço da criatividade, motivando-se com pequenas coisas do seu quotidiano. Um indivíduo que possua esta característica visa a competência e a produtividade, pretende atingir os seus objetivos e os das organizações com as quais colabora, e por outro lado cria a sua volta um ambiente saudável que visa a qualidade.

Saber reconhecer as emoções dos outros é, no modelo de Mayer e Salovey, uma dimensão que se encontra relacionada com a consciência social. Pode ser considerada como empatia e está também relacionada com a autoconsciência. Segundo os autores, as pessoas que possuem um nível de autoconsciência elevado, percebem mais facilmente as emoções dos outros, e assim podem ajudá-las a tirar proveito de cada situação, mesmo que muito negativa pareça. Estas pessoas contribuem de forma importante nas profissões em que é exigida uma interação constante com os outros, como os cuidados de saúde, a gestão e o ensino.

Por fim, segundo Mayer e Salovey, gerir relacionamentos, é uma capacidade que deve ser característica de pessoas que lideram outras, de modo a saber compreender as suas atitudes, aspirações e anseios, tornando-as produtivas quer na vida pessoal como na profissional. Esta capacidade ajuda na gestão de conflitos e facilita o trabalho em equipa assim como a liderança.

1.5.4 Modelo de Goleman, Boyatzis e McKee

Goleman, Boyatzis, e McKee, (2002) propuseram outra classificação. Segundo estes autores, uma das capacidades apresentadas é também a autoconsciência. Esta capacidade é considerada como a base da inteligência emocional, uma vez que constitui a essência das outras dimensões. Um indivíduo autoconsciente, tem a consciência dos próprios sentimentos na altura da sua ocorrência e identifica o seu impacto, na interação com os outros. Tem a consciência daquilo que está a sentir em cada emoção, em cada momento. Segundo os autores, um indivíduo com esta característica sabe reconhecer as suas emoções, os seus limites e possibilidades (Goleman, 1995).

Segundo Goleman (2002), os psicólogos chamam à consciência das emoções metacognição, em que a mente observa e investiga as experiências emocionais. A autoconsciência é uma dimensão das competências pessoais, através da qual a pessoa conhece as suas emoções, sabe quais são as suas capacidades e os seus limites. A autoconsciência leva a pessoa à empatia e ao autodomínio.

Outra capacidade defendida por este modelo é o autodomínio, caracterizada por ser a capacidade de regular as emoções da própria pessoa. Quando as emoções fogem ao controlo, tornam-se patológicas. Controlar as emoções torna-se assim uma questão crucial do equilíbrio emocional, sendo a relação de emoções positivas e negativas o que determina o bem-estar do ser humano. Mas este trabalho é constante, dado que grande parte da atividade de lazer é uma forma de controlar o estado de espírito. Goleman, (2002:77) afirma que a arte de nos acalmarmos a nós mesmos é uma competência fundamental da vida. Uma pessoa com autodomínio sente-se bem consigo própria, conhece-se a si mesma e percebe a forma como as emoções interferem na interação com os outros, identifica os sinais de tensão nervosa, procura as suas causas e influencia positivamente. Tem consciência da sua motivação, valores, objetivos e sonhos, atuando em concordância com estes princípios, sentindo-se estimulada pelo exercício profissional e pessoal do seu dia-a-dia. A autorreflexão acerca das atividades de vida diária é uma competência que os autores consideram estar inserida no autodomínio.

A autoavaliação pode estar associada também a esta capacidade, em que para além de reconhecer os seus pontos fracos e fortes, aceita de forma construtiva as críticas dos outros, de modo a melhorar a sua atuação, mantendo abertura para novas situações de aprendizagem, principalmente quando confrontado com situações que exigem mudança altitudinais.

A consciência social representa uma espécie de solidariedade para com os sentimentos dos outros numa partilha constante, sendo a empatia a capacidade de conhecer, compreender e respeitar os sentimentos dos outros, sabendo-os conduzir para o crescimento e desenvolvimento (Goleman, 1995).

Nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, a empatia é uma ferramenta crucial na arte do cuidar, pois promove a interação, facilitando o diagnóstico de determinadas situações. Os autores deste modelo (Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, 2002), referem-se à empatia como sendo uma característica que gera satisfação nas pessoas com quem se interage, pois significa o respeito pelas emoções dos outros.

A última dimensão deste modelo é a gestão das relações, que assume grande importância nos profissionais que prestam cuidados de saúde, como os enfermeiros. As tecnologias, apesar do auxílio que prestam, obrigam a uma maior interação entre técnicos

de saúde e entre estes e os doentes, no que respeita à maximização e eficácia dos recursos.

A capacidade de influência como competência desta dimensão leva as pessoas a uma partilha e consequente desenvolvimento pessoal e organizacional quando se trata dos momentos de interação.

Por vezes, nas organizações, surgem situações de conflito em que a capacidade de gestão das relações se torna importante, nomeadamente por parte de quem assume o papel de liderança, de modo a retirar máximo proveito de cada situação, sem prejuízo para ninguém, mas antes em que todos saem vencedores, tornando a situação num momento de enriquecimento e desenvolvimento, criando laços e aumentando a interação entre os que interagem no dia-a-dia, através do espírito de equipa e colaboração (Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, 2002). Também no cuidar, no que respeita aos cuidados de saúde, nomeadamente por enfermeiros, é importante que haja uma gestão de conflitos adequada a cada situação, de modo a retirar mais valias para o doente.

1.5.5 Modelo de Mayer et al.

Por fim, Mayer et al (2004) também se debruçaram sobre os modelos de inteligência emocional e numa das escalas que propõem para medir a inteligência emocional, identificam quatro dimensões. A autoconsciência, que contempla as competências na área da tomada de consciência das próprias emoções e do controlo sobre elas garantindo mais autoconfiança.

O autocontrolo, relacionado com a iniciativa, em que a pessoa exerce sobre si mesma (nomeadamente, sobre as suas emoções) um controlo de modo a retirar maior partido para o seu desenvolvimento pessoal e para a sua vida relacional. Outra capacidade identificada pelos autores é a consciência social, que se encontra relacionada com a empatia, capacidade de organização, de compreender os sentimentos dos outros. A última capacidade que compõe este modelo são as competências sociais, apontadas como competências inerentes à liderança, de saber levar os outros a desenvolver as suas capacidades pessoais e de trabalho. Trata-se de pessoas que conseguem influenciar os outros de forma positiva para demonstrar-lhes quais os objetivos que deverão seguir, conseguindo envolve-los no projeto de uma organização, mesmo que isso implique alguma mudança de atitudes ou processos. As pessoas que possuem esta característica sabem gerir conflitos de modo que ambas as partes saiam vencedoras, acrescentando valor para a instituição onde trabalham, local onde ocorrem muitas situações de crise e conflito, por existir interação constante.

Ao concluir a caracterização dos vários modelos de inteligência emocional, torna-se necessário refletir sobre a presença dessas capacidades no quotidiano de cada um. O comportamento e atitudes são influenciados pela realidade exterior, interior, pela história de vida de cada um e pelo contexto em que se vive. Desta forma, as capacidades anteriormente descritas diferem de pessoa para pessoa.

1.6 Manifestações da inteligência emocional

1.6.1 Manifestações pessoais

As pessoas emocionalmente inteligentes são as que conhecem as suas próprias emoções e também as que conseguem compreender e respeitar as emoções dos outros, recorrendo a elas para produzir mais valia, tanto para si próprios como para os outros (Tapia, 2001)

Para Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, (2002) as pessoas emocionalmente inteligentes sabem gerir as suas emoções, não tomam atitudes de forma impulsiva, trabalham as emoções de modo a que produzam mais valia para si mesmas e para as pessoas que as rodeiam. São pessoas atentas aos processos de mudança, procurando respeitar as emoções dos outros. Uma pessoa emocionalmente inteligente sabe trabalhar as suas emoções de modo a utilizá-las no momento certo (Damásio, 2000). Segundo este autor (António Damásio), o conhecimento das próprias emoções é de bastante utilidade para a pessoa, pois elas são facilmente perceptíveis pelos outros, daí a sua grande importância na vida de interação com a tomada de atitudes adequadas.

Existe uma enorme variedade de solicitações impostas pela sociedade, o que implica que o autodomínio seja um determinante importante para a saúde mental do indivíduo (Goleman, 2002).

Uma pessoa autoconsciente, percebe como as emoções interferem na atividade profissional e em toda a vida de relação. Tende a ser uma pessoa autoconfiante, com sentido de autocrítica, existindo uniformidade entre as suas palavras e os seus atos (Strickland, 2000). Alguém emocionalmente inteligente é capaz de se motivar a si próprio, controla os seus impulsos, sendo também empático.

Para Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, (2002); Salovey, P. & Mayer, (1990), a interação entre inteligência emocional e o QI conduzem mais facilmente a pessoa ao sucesso, tanto pessoal como profissional.

É necessário que exista inteligência cognitiva para que a pessoa seja capaz de desenvolver competências na área da inteligência emocional, pois esta última, apesar de ter uma componente fortemente biológica, necessita de uma aprendizagem e desenvolvimento ao longo da pessoa. Uma pessoa que possua um elevado QI mas sem inteligência emocional, apesar de ter grandes capacidades intelectuais seria uma pessoa demasiado ambiciosa, com grande produtividade, mas essa produtividade seria apenas para seu proveito próprio. Uma pessoa que seja emocionalmente inteligente, caracteriza-se como alguém alegre, extrovertido, preocupado com os outros e com interação relevante, por tender a ser compreensivo, empático, estando de bem consigo próprio assim como com os outros. Mas para tal, é necessário associar ao seu quociente emocional (QE), os requisitos intelectuais que o ajudarão a identificar e a compreender as suas emoções (Goleman, 1995). Já para Rego e Fernandes, (2005) o intercâmbio entre a inteligência emocional e quociente intelectual (QI – tradicionalmente entendido como uma competência cognitiva) leva mais provavelmente a pessoa ao sucesso, seja profissional como na sua relação com os outros.

Alinhados com esta forma de encarar a interação entre QE e QI, Martins et al (2003), referem que a autoconsciência, o autocontrolo das emoções e a empatia são capacidades que os profissionais de enfermagem devem desenvolver, dado que a interação, em contexto complexo, é uma constante da atividade profissional.

1.6.2 Manifestações nas organizações e na liderança

O conceito de inteligência emocional também é fundamental para as organizações. A inteligência emocional dos líderes está relacionada com a consciência social, que será uma ferramenta importante para motivar os colaboradores que o rodeiam. Também é fundamental na gestão de conflitos, dado que o autodomínio tem um papel decisivo.

Segundo Goleman, o sucesso de uma organização deve-se em grande parte à inteligência emocional do seu líder (Goleman, 2002). Um líder que seja emocionalmente inteligente, sabe cativar as pessoas que com ele colaboram, respeita as suas emoções, lida com situações críticas de modo a retirar mais valias, sejam pessoais ou organizacionais. A inteligência emocional encontra-se correlacionada com o desempenho e a satisfação dos seus colaboradores.

Strichland (2000) refere que a boa atuação dos gestores está diretamente relacionada com os resultados da sua organização, assim como com o aumento da rentabilidade, associada a baixos custos e à retenção de clientes.

Um colaborador emocionalmente inteligente consegue alcançar bons resultados, nas organizações, pois contribui para um elevado estado de espírito das pessoas com quem interage, levando ao aumento da motivação, o que resulta em elevada cooperação e em enriquecimento pessoal e profissional.

Strichland (2000) refere também que é comum as organizações de saúde se encontrarem num estado caótico, e esta é uma das razões para o não envolvimento dos seus profissionais no processo de mudança. Desta forma é possível que exista baixa produtividade e falta de interação, o que pode levar a um descontrolo orçamental e ao desmoronamento das organizações. Não chegam apenas técnicas para alcançar o sucesso, sendo necessárias outras capacidades diferenciadas, como refere Strichland, (2000) que, apoiando-se na perspetiva de Goleman, considera que uma pessoa com QI elevado e competência técnica será uma pessoa limitada que possivelmente não alcançará o sucesso, se não possuir inteligência emocional.

Strichland, (2000) considera que uma pessoa emocionalmente inteligente procura o sucesso, pelo brio profissional e pessoal.

O mesmo autor (Strichland, 2000) refere ainda que uma pessoa com capacidade empática tende a ser perspicaz para identificar situações negativas, empenha-se e concentra-se nas emoções dos outros, tentando perceber as suas ânsias, ambições e qualidades de modo a rentabilizar o maior número de atitudes positivas para a interação.

1.7 A profissão de enfermagem

A enfermagem arrasta consigo um passado histórico. Sofreu uma enorme evolução ao longo dos anos. Atualmente tem vindo a acompanhar as tendências de outras profissões ou em áreas de atuação que têm em vista a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes.

A profissão de enfermagem é considerada uma ciência, na medida em que possui um corpo de conhecimentos próprios, desenvolve os seus métodos de trabalho e utiliza o processo de enfermagem. Também se caracteriza por ser considerada como uma arte, dado que valoriza o Homem, situando-o no seu meio e valorizando as suas capacidades.

Para Hesbeen, (2000), o cuidado de enfermagem é uma arte, pois apesar de se apoiar em conhecimentos científicos de vários ramos da ciência, consegue individualizá-los em cada cuidado praticado, respeitando a individualidade de cada pessoa. Desta ação resultam benefícios para o ser humano.

Recentemente, a enfermagem tem sido alvo de várias tentativas de definição no sentido de tornar claro as funções do profissional de enfermagem. Apesar da evolução

conceptual, existe uma definição universalmente aceite. Para Henderson, (1961) a enfermagem auxilia a pessoa, doente ou com saúde, a executar aquelas atividades que contribuem com a saúde ou com a sua recuperação (ou para com uma morte em paz), que ela executaria sem auxílio, caso possuísse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. Para Collière, (1989), os cuidados de enfermagem são considerados como sendo todas as atividades de vida diária da pessoa, que ela faria a si própria se tivesse capacidade e conhecimentos para os realizar. O principal objetivo para a enfermagem passa por promover a recuperação e a manutenção da independência da pessoa, de modo a permitir a satisfação das suas necessidades básicas, tais como as atividades de manutenção das funções vitais, do conforto e da sua autoestima.

Na área da saúde, devido à complexidade das suas ações, existem muitas atividades que têm de ser planeadas e executadas por pessoas com diferentes formações profissionais, daí também a grande importância da existência das equipas pluridisciplinares.

Segundo Serrão & Nunes, (1998; p.31) a relação clínica deixou de ser individual para se inserir num universo mais amplo, numa verdadeira equipa prestadora de cuidados diferenciados.

O exercício profissional está ligado ao ser humano, pois este último está protegido pela explicitação dos direitos humanos, que o auxiliam a definir a sua personalidade e a sua liberdade. É necessário regular a atividade profissional por forma a situar e limitar as áreas em que cada profissão se situa, de modo a que todos possam conviver e complementarem-se e, desta forma, obter benefícios para cada indivíduo e para a sociedade. Os profissionais de enfermagem têm regularmente sentido necessidade de redefinir o seu exercício profissional, no sentido da qualidade nos cuidados prestados, sendo uma das profissões que mais se desenvolveu nos últimos tempos (Germano, 2003).

Cabe aos enfermeiros o papel de prestar cuidados assistenciais curativos, de proteção à pessoa, de educação para a saúde e de advogado do seu cliente, em que se zelam pela sua segurança. Também se atribui aos enfermeiros a responsabilidade da coordenação das ações a desenvolver, de modo a produzir satisfação na prestação dos cuidados (Du Gas, 1978). A essência da enfermagem é a relação de ajuda que se estabelece entre o enfermeiro e os doentes com que estabelece relação ao longo da sua vida, não se esquecendo que ele próprio é também um ser humano.

Nos seus primórdios, a enfermagem não era uma profissão, mas sim uma prática realizada por mulheres, em que objetivo seria contribuir para o desenrolar de uma vida digna e lutar contra a morte. Estas mulheres não tinham qualquer preparação científica. Desta forma, os cuidados eram denominados de “tomar conta”, para manter a vida das pessoas. A enfermagem procura na sua atuação técnica, a valorização e emancipação da sua

profissão, iniciando-se o ensino de enfermagem, em escola específicas integradas nos hospitais, (M. F. Collière, 1989). Nesta época, o ensino de enfermagem e a sua atuação estavam mais concentradas na tarefa e na doença. O doente era visto como um conjunto de órgãos, que se encontrava com alterações no funcionamento, sendo este modelo de atuação denominado de modelo biomédico (Hesbeen, 2000). A enfermagem adquire a sua identidade através dos seus cuidados ajustados às situações mutantes. À individualidade de cada pessoa e às exigências da sociedade. Desta forma surge o conceito de cuidar, estando ligado a um plano de cuidados, individualizado, que tem como objetivo a satisfação das necessidades e expectativas do doente

1.7.1 Cuidar em enfermagem

Desde do início da história da humanidade que o conceito de cuidar é determinante para garantir a continuidade da vida no grupo e da espécie, (M. F. Collière, 1989).

A história dos cuidados assim como da profissão de enfermagem remonta ao início da humanidade, pois todos os seres humanos cuidam deles próprios e dos outros. A capacidade de cuidar varia conforme a fase da vida e as capacidades humanas que estejam envolvidas.

Para Hesbeen (2000), os cuidados são os atos pelos quais se mantém o corpo nas diferentes fases da vida.

Cuidar é um ato individual que se presta a si mesmo quando se tem autonomia mas é igualmente um ato de reciprocidade que se presta a todos os seres humanos que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (M. F. Collière, 1989).

A enfermagem, enquanto ciência, tem vindo a sofrer uma grande evolução ao longo do tempo e como nas outras profissões esta evolução ocorreu em vários contextos de mudanças de carácter histórico, económico, filosófico, tecnológico e político. Sendo a enfermagem considerada uma arte, esta necessita do desenvolvimento de várias competências, assim como de um pensamento moldável e adaptável (Gomes, 1990).

Cuidar continua a ser o fulcro da prática de enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico seja, a interação interpessoal é fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e maximização do bem estar das pessoas, familiares e restante comunidade (Hennezel, 1997). O doente não procura apenas a tecnologia e a competência técnica, mas também o lado humano e empático do profissional de saúde (Mezono, 2001). A arte de cuidar reside na arte no profissional de saúde, em que interagem

vários saberes, o saber fazer, saber ser e o saber estar, numa combinação adequada a cada situação.

Hesbeen (2000) alerta para a necessidade da enfermagem interagir com outras ciências de modo a aumentar os seus saberes. Ao enfermeiro caberá não apenas a aplicação dos seus conhecimentos científicos, mas também a transformação desses atos úteis para a pessoa como ser biopsicossocial e religioso. Para isso, afirma, é necessário que exista um plano individual de cuidados, pois não é possível a aplicação de somatórios de atos pré-concebidos. Neste sentido, cada técnica e cada conhecimento deve ser sujeito a um trabalho de adaptação para cada situação pessoal.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam mais tempo em contacto com o doente. Para além de prestar cuidados, a atividade do enfermeiro passa por fazer um levantamento da situação de cada doente. O cuidar em enfermagem apresenta vantagens perante a prescrição, na medida em que existe uma continuidade e permanência o que facilita o levantamento exaustivo dos motivos da procura dos cuidados de saúde, por parte do doente, que muitas vezes não sabe bem o que deve fazer, delegando essa opção ao enfermeiro.

Para Hesbeen (2000), a atuação dos enfermeiros é caracterizada por ter como objetivo suavizar, proporcionar conforto e tornar mais calorosas e amenas as situações de crise, daí haver grande dificuldade em medir ou quantificar o cuidar assim como os cuidados de enfermagem, uma vez que cada situação requer uma ação e atitude particular, sendo algo que é sentido pelo cliente dos cuidados de saúde, mas que por vezes é difícil de expressar. Segundo este autor, existem dois tipos de cuidados de enfermagem:

- Cuidados de manutenção: dizem respeito aos cuidados de saúde pública, em que o objetivo é manter a condição de saúde e/ou elevar a qualidade de vida das pessoas;
- Cuidados de recuperação: estão relacionados aos cuidados em situações de crise ou doença, de desequilíbrio, de modo a recuperar o estado de equilíbrio, impedindo a propagação da doença (M. F. Collière, 1989).

Estes dois tipos de cuidados devem estar interligados. Torna-se assim importante o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na perspetiva do cuidar, uma vez que as pessoas são únicas, que agem de um modo próprio, exigindo também um relacionamento específico, mesmo quando se trata de uma relação entre um profissional de saúde e o doente. O ato de cuidar encontra-se ligado à vida, significa também o respeito pelas crenças e valores dos outros. Santos (2004) defende que cuidar assenta na interação com o doente que se encontra numa situação vulnerável, física ou psiquicamente, aceitando os seus valores e crenças, tornando o enfermeiro mais sensível às questões éticas que envolvem o cuidar.

Ao cuidar do doente, o enfermeiro deve respeitar as suas crenças, cultura e o modo como encara e desenvolve as suas atividades diárias. Desta forma é possível que a ética nos cuidados de enfermagem esteja presente. Os enfermeiros responsabilizam-se e garantem os cuidados que o doente necessita, transmitem os seus conhecimentos no sentido de o doente escolher o caminho a seguir. Existe assim uma coresponsabilidade no processo da prestação de cuidados.

Cuidar implica sentir as pessoas, acolhê-las e respeitá-las (M. F. Collière, 1989). Para cuidar é necessário uma preparação emocional, é fundamental a disponibilidade para entender e lidar com a pessoa como um todo (Durá, 2002). O processo de cuidar não deve pautar-se apenas pela identificação de sinais ou sintomas, mas nas modificações que ocorrem nas estruturas dos seres humanos as quais abalam na sua totalidade.

De forma semelhante, também Cerqueira (1999), considera que cuidar passa por ajudar o outro a crescer e a desenvolver-se no estabelecimento de uma relação, sendo que o outro é desta forma encarado como extensão do prestador de cuidados mas simultaneamente, como alguém diferente e com direitos próprios.

Na profissão de enfermagem, além do saber ser e saber fazer, é necessário saber estar, não só com o doente, mas também com os outros profissionais, alertando para as falhas e para a necessidade de formação, sem no entanto colocar em causa a credibilidade dos serviços, perante os seus doentes. A gestão e o conhecimento das suas emoções por parte do enfermeiro são fundamentais, não apenas para a satisfação do doente como para a sua realização profissional.

No que respeita à interpretação dos cuidados prestados, por parte dos doentes, Dingman (1999) afirma que os comportamentos de cuidar dos enfermeiros geram a satisfação por parte do doente.

A qualidade dos cuidados prestados é fortemente influenciada pelas atitudes e pelos comportamentos do prestador de cuidados, da qualidade que desejam, ou seja, do seu profundo desejo de cuidar dos outros. Será influenciada pela riqueza do seu olhar, do seu toque e da sua motivação para a qualidade.

1.7.2 Cuidar no contexto oncológico

Durá (2002) refere que a oncologia se move em territórios intensos e dolorosos. O sofrimento que os atravessa ganha forma na subjetividade das vivências, na partilha e na perplexidade da condição humana. Cuidar de doentes oncológicos é movimentar-se sob os mais finos tecidos da fragilidade humana. O aumento do número de doenças oncológicas

coloca não só o desafio de uma intervenção técnica eficaz, mas essencialmente a necessidade de uma intervenção humana completa e global.

Sempre que é abordada a doença oncológica, é exigida aos profissionais de saúde, e muito em particular aos enfermeiros, uma análise e reflexão, mergulhada no contexto pessoal do doente (Esteves, 1995). Implica assim, a gestão de sentimentos e emoções assim como a mobilização de recursos e capacidades para lhe fazer frente. O doente oncológico é visto pelos outros e por si próprio como uma pessoa socialmente desvalorizada (Hesbeen, 2000). Cuidar do doente oncológico é visto pelos outros (familiares ou amigos) como penoso, sendo ao mesmo tempo enriquecedor em termos de relações e afetos (Kubler - Ross, 1996). A natureza desta relação, entre o cuidador e doente, prende-se aos mitos e medos que estão associados ao cancro mas também se prende a falta de conhecimentos sobre nós mesmos.

Existem estudos no âmbito do impacto que o diagnóstico de cancro trás para a família mas, não existem estudos no que respeita à avaliação de prestação de cuidados neste mesmo grupo. Existe assim a necessidade de estudar de forma permanente os doentes com cancro assim como os seus cuidadores no decorrer da doença, podendo desta forma lançar algumas luzes nos efeitos a longo prazo de cuidar. O maior problema (e o considerado mais grave) que os prestadores de cuidados na área da oncologia enfrentam nesta patologia é a multiplicidade e a simultaneidade do sofrimento. Este sentimento de sofrimento tanto pode ser do próprio doente oncológico, como também pode ser o sofrimento de quem vê o seu território familiar, profissional e social invadido, o sofrimento e a aprendizagem de quem cuida do sofrimento (Esteves, 1995). É sabido que à medida que o curso do cancro se processa, saúde do doente vai-se alterando o que faz com que as tarefas de cuidar por sua vez também sejam alteradas. Aqui, a perceção destas tarefas são conceptualizadas como sendo experiências do cuidador, isto é, o esgotamento do cuidador e os aspetos positivos. Pode-se também assumir que as experiências por quem presta cuidados, podem ter efeitos quer na saúde psicológica quer física deste. O diagnóstico desta doença provoca um conjunto de alterações na rotina quer no doente, quer na sua família. Este diagnóstico não influencia apenas o paciente mas também os que o rodeiam. Kurtz et al (2002), referem que estes doentes exibem sintomatologia depressiva significativa. Adicionado a este fato, os sintomas físicos desta doença e o declínio das capacidades físicas podem adversamente afetar emocionalmente o bem-estar. O *distress* emocional relacionado, mais habitualmente manifestado pela depressão e ansiedade, começa com o diagnóstico e continua no decorrer do tratamento.

Segundo Ferrario (2003), os problemas emocionais e sociais que os doentes oncológicos e os seus principais cuidadores têm de enfrentar, têm sido extensivamente

descritos na literatura internacional, sendo que este facto tem levado a uma ênfase crescente relativamente ao facto de que os planos de tratamento devem incluir atividades de suporte psicológico que envolvam prestadores de cuidados e familiares do doente. Num estudo em que era abordada a sobrevivência com cancro, em que eram estudadas as emoções na enfermagem oncológica, Ferreira (1996) revela que as emoções caracterizadas pelos cuidados de doentes oncológicos estão relacionadas com características como a abnegação, vocação e doação.

Revela também, que existe um número elevado de cuidadores que somatizam a tensão emocional sentida, em sintomas físicos, nomeadamente a nível dos aparelhos osteoarticular e digestivo. O mesmo autor (Ferreira, 1996) também analisou as emoções, tendo identificado vários mecanismos, muitos deles contraditórios na finalidade de controlar as emoções negativas, como exemplo o uso do humor, a hiperatividade, a agressividade e o distanciamento. Ferrario (2003), observou que os doentes oncológicos são portadores de problemas emocionais clinicamente relevantes, relacionados com a ansiedade e depressão. Devido aos níveis elevados de neuroticismo e às correlações entre a instabilidade emocional e a falha para se ajustarem a situações de *stress*, é possível colocar a hipótese de que este traço (neuroticíssimo) tende a ser exacerbado na resposta à doença, causando por conseguinte uma maior reação de ansiedade e depressão. Neste mesmo estudo, os cuidadores eram caracterizados por serem extrovertidos e ainda tinham níveis de neuroticismo dentro do normal, apesar da presença de ansiedade, estado este que se pode dever ao “*setting*” de recrutamento em si e da incerteza na espera dos resultados de exames e tratamentos médicos.

Cada vez mais, o prestador de cuidados do doente oncológico é chamado a enfrentar-se, a conhecer-se e a entregar-se, numa preparação contínua para lidar com a problemática do doente com doença crónica e com toda a envolvente que o cerca. Rispoli (2003) explica que o melhor caminho a seguir, na exposição à penosidade inerente ao cuidar, é a reflexão, o autoconhecimento, e o desenvolvimento pessoal que permita o uso inteligente de técnicas, para melhorar a comunicação, negociar e posicionar face ao outro e à sua complexidade.

1.8 A inteligência emocional na prática de cuidados de enfermagem em contexto hospitalar

Desde o início do século XX que a evolução técnica e do conhecimento científico vieram trazer aos enfermeiros um aumento das suas funções, no contexto da gestão de cuidados de apoio ao doente e sua família (Salvage, 1990).

Considerando que o trabalho destes profissionais no hospital é contínuo, o seu papel é de grande importância nos cuidados de saúde, embora associado a desgaste emocional, seja pelas próprias vivências ou pelas próprias características de trabalho dos enfermeiros, muitas vezes desenvolvido em circunstâncias stressantes, podendo levar a situações de desmotivação, insatisfação profissional, absentismo, rotação de serviços e por vezes tendência para abandonar a profissão (Anselmi, M., Duarte, G., 2001).

Face ao exposto, Branco (2004) refere que os espaços de trabalho de enfermagem, apresentam misturas de sentimentos intensos e complexos, que exigem uma constante reflexão / ação da realidade, num desgaste continuado entre sentimentos de frustração e os de competência, consequência de situações como a de *burnout*.

A inteligência emocional pode ser um preditor importante do sucesso dos relacionamentos pessoais, na família e nos locais de trabalho (Mayer, J. D. Salovey, P., & Caruso, 2004). Um estudo realizado por Jesus (2004), revelou que os enfermeiros com níveis mais elevados de inteligência emocional poderão apresentar melhores desempenhos profissionais. Nesta profissão, *“expressar as emoções ou opiniões, resulta de um produto cultural, que pode ser essencial para o desenvolvimento da pessoa”* (Branco, 2004:41). É fundamental que o enfermeiro perceba que só está apto a compreender e a estabelecer relações interpessoais positivas, quando obtiver de si próprio esse conhecimento e essa compreensão, pois só quando se conhecer a ele mesmo poderá conhecer os outros (J. Dias, 1998).

Rispali (2003) salienta a importância da compreensão que o enfermeiro tem de si próprio (autoconhecimento) para poder comunicar melhor, evoluir e desenvolver-se, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações difíceis.

A profissão de enfermeiro está relacionada com o trabalho em equipa, com conflitos a clarificar, tensões a gerir, e exposição ao *stress*, aos horários de trabalho, ao sofrimento, à doença e à morte (P. Diogo, 2006). Assim, há muito que a enfermagem é considerada como uma profissão de desgaste, quer a nível psicológico e a nível físico. No desempenho das suas funções, o enfermeiro passa por momentos de ansiedade, de medo, de angústia e de incerteza, o que causa efeitos devastadores na sua capacidade relacional, racional e emocional. O tipo de desgaste a que as pessoas estão submetidas permanentemente, nos

ambientes e nas relações com o trabalho é visto como fator determinante de doenças. Os estudos efetuados têm verificado que as atividades profissionais em que há relações interpessoais intensas podem ser mais suscetíveis de causar sintomas de *stress* e *burnout*.

Um estudo realizado por Queirós (2004), sobre causas de mal-estar nos enfermeiros, revelou que 35% dos enfermeiros referiram relacionamentos interpessoais no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar / *stress* profissional. No seu dia-a-dia, enquanto prática cuidados de saúde, o enfermeiro encontra-se inserido numa equipa de enfermagem e numa equipa multidisciplinar e estabelece relações com um conjunto alargado de pessoas pertencentes a várias profissões, cada uma com os seus saberes, e também com diferentes personalidades, valores, crenças, emoções e sentimentos.

1.8.1 O enfermeiro emocionalmente competente

Goleman (2002) refere que as capacidades da inteligência emocional são inatas e cruciais para a otimização dos desempenhos profissionais, podendo ser aprendida e aperfeiçoada ao longo da vida. O estado emocional do doente é muitas vezes alterado durante a doença, em particular na doença oncológica, pois a sanidade mental apoia-se parcialmente na ilusão da invulnerabilidade (Goleman, 2002). Segundo Cadman (2001), esta ilusão pode desvanecer-se rapidamente, fazendo com que a pessoa se sinta vulnerável e ansiosa. Neste contexto, os enfermeiros devem ser capazes de responder com empatia, amabilidade e preocupação genuína.

Cadman (2001), refere que os enfermeiros emocionalmente competentes contribuem de uma forma positiva no seu local de trabalho, ao manifestar preocupações, como a qualidade, a melhoria nos resultados de cuidados aos utentes e o recrutamento e gestão de pessoal. Para um bom desempenho profissional é necessário que o enfermeiro seja capaz de integrar as competências específicas próprias do exercício da profissão, em conjunto com outro grupo de competências, transversais, onde se incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de refletir de forma crítica, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa.

Para o exercício profissional de enfermagem, a inteligência emocional assume um papel de relevância podendo, segundo Mayer, Salovey e Caruso (2004), ser um preditor importante do sucesso nos relacionamentos pessoais, na família e nos locais de trabalho. Já foi anteriormente referido que enfermeiros com níveis mais elevados de inteligência emocional poderão apresentar melhores desempenhos profissionais. Os conceitos de

prática de enfermagem abarcam, não só questões técnicas mas também uma fusão de aptidões clínicas, cuidados e uma relação com os utentes, clientes e outros profissionais (Cadman, 2001). Este autor propõe processos de seleção que determinem os níveis de inteligência emocional em potenciais candidatos de enfermagem. Além disso, as escolas de enfermagem deveriam, segundo o autor, dedicar parte dos seus planos curriculares ao treino de competências que integrem ferramentas para lidar com as adversidades próprias de uma profissão que cuida de pessoas. Conforme Espiney (2004), a prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, e pela desordem. Face ao exposto, a importância da inteligência emocional como um critério de seleção de estudantes e consequentemente, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, deve ser reconhecida e trabalhada. Resultado disto é a inclusão destas capacidades estarem cada vez mais incorporadas na formação de médicos (Mayer, Salovey e Caruso, 2004). A inteligência emocional não incide sobre a profissão em si. Está relacionada a um compromisso pessoal com a formação contínua.

Colell Brunet (2004), refere que para prestar os melhores cuidados possíveis ao doente em situação de doença grave ou em estado avançado, assim como à sua família, é necessária a formação e preparação emocional específicas. Afirmar ainda que num grupo profissional de enfermagem não devem existir dúvidas quanto ao facto de as competências de expressão, compreensão e regulação das emoções, assim como a capacidade de controlo percebido, podem ser aspetos que auxiliam a confrontar o *stress* gerado pelo trabalho com a doença e com o doente que se encontra em sofrimento. Os cuidados a um doente portador de doença oncológica geram emoções intensas nos profissionais de saúde. Por outro lado, o impacto emocional de trabalhar diariamente com a morte e com o sofrimento pode dificultar uma boa prática profissional. A capacidade para avaliar e distinguir entre as respostas emocionais dos pacientes e o uso desta informação como guia de pensamentos e ações pode ser importante no restabelecimento da relação enfermeiro-doente.

É pertinente estudar e avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, numa perspetiva de gestão e formação de enfermeiros emocionalmente competentes. Proporcionar aos gestores de recursos humanos de enfermagem um instrumento que seja simples para conhecer as competências emocionais dos enfermeiros, adotando estratégias de educação emocional dos seus colaboradores, é mais uma forma de melhorar os desempenhos individuais e das equipas. Como refere Branco (2004), uma pessoa que possua uma elevada competência emocional tem uma elevada perceção do que consegue ou não controlar. No contexto da prática de enfermagem hospitalar, o principal

ator da dinâmica das equipas é o enfermeiro chefe (Dias, 2005). Segundo este autor, o enfermeiro chefe é um elemento fundamental, enquanto gestor da liderança e da motivação dos seus colaboradores, para o funcionamento eficaz dos grupos de trabalho (Dias, 2005). Vitello-Cicciu (2003) refere que os enfermeiros chefes bem sucedidos criam empatia com os membros das suas equipas, favorecendo as relações individuais e de grupo, assim como reconhecendo as contribuições individuais de cada membro da equipa que faz parte da organização de saúde. Estas chefias analisam o lado emocional dos assuntos e das questões, antecipando as reações das pessoas e criando programas que poderão assistir as equipas relativamente ao impacto emocional de assuntos relacionados com o seu trabalho. Para tal são necessárias várias características, incluindo as capacidades de identificar emoções, sabendo lidar com elas relativamente a si próprio e aos outros. Conforme o mesmo autor, os enfermeiros chefes que são emocionalmente inteligentes são os modelos a seguir no que respeita à capacidade de gerir as suas próprias emoções e, ao mesmo tempo, de gerir as respostas emocionais para com os membros das suas equipas, doentes e famílias.

1.8.2 A enfermagem e a inteligência emocional

O estudo da inteligência emocional tem cada vez mais um papel dominante no contexto da profissão de enfermagem e nos cuidados de saúde, podendo estar muito relacionado com a satisfação no trabalho, com os cuidados prestados e a rotatividade (Trivellas, P., Gerogiannis, V., & Svarna, 2011). O estudo das emoções relacionadas com os cuidados de saúde tem sido categorizado em duas áreas: a pesquisa relacionada com o trabalho emocional e a pesquisa relacionada com a inteligência emocional (Goleman, 2002).

A inteligência emocional é relevante no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que, como já discutido, se reveste de grande importância para o desempenho de qualidade entre profissionais de saúde. Este conceito permite melhorar a perceção da perspetiva dos doentes e permite aos enfermeiros chefes melhorar o relacionamento com os colaboradores, sendo assim um elemento facilitador da gestão de recursos humanos (McQueen, 2004).

As competências relacionadas com a inteligência emocional no contexto da enfermagem facilitam o relacionamento com os outros (doentes e restantes profissionais de saúde) e determinam o sucesso social. Relativamente ao aspeto interpessoal, os enfermeiros interpretam e entendem os sentimentos dos doentes, percebem as suas preocupações e fazem uso da empatia na relação de ajuda (Goleman, 2002).

A relação de ajuda é facilitadora e adequada mas terá de ser criada por alguém psicologicamente desenvolvido. A capacidade de criar relações é desenvolvida com o tempo e com a experiência em direção à maturidade, assim como a inteligência emocional (Branco, 2004).

Para Chalifour (1989), na relação de ajuda em enfermagem existe uma interação e partilha, que implica a abertura mútua em que cada um aceita dar e receber. Aqui, pressupõe-se que o enfermeiro adote uma forma de estar que permita comunicar em função daquele que é o seu objetivo, focalizado nas necessidades do cliente e estando consciente de qual é o seu papel.

Na formação básica atual em enfermagem, os enfermeiros são encorajados a controlar as suas emoções e a manterem uma barreira emocional, que poderá conferir alguma proteção em relação aos problemas emocionais dos utentes (McQueen, 2004). A abordagem ao tratamento do utente é valorizada na sua vertente física ou fisiológica, mantendo o distanciamento emocional necessário. Desta forma, tem vindo a ser valorizado o compromisso e o envolvimento do profissional surgindo uma nova perspetiva que se prende com uma relação de parceria entre o enfermeiro e o paciente (McQueen, 2004). McQueen (2004) defende ainda que, para estimular a parceria nos cuidados de saúde, é necessária comunicação aberta e entendimento mútuo, podendo este entendimento ser um elemento facilitador, uma boa ligação entre doente e enfermeiro. Conhecer os doentes ajuda os enfermeiros a interpretar as suas preocupações e a antecipar as suas necessidades, levando assim à realização profissional. Desta forma, os enfermeiros estão mais expostos ao *stress* emocional e físico dos pacientes, com o qual têm de lidar como parte integrante do seu trabalho (McQueen, 2004). Face ao exposto, os enfermeiros não deverão apenas possuir competência profissional, mas também a sensibilidade para lidar com a ansiedade e vulnerabilidade.

A profissão de enfermagem é considerada maioritariamente relacional, com significado emocional intenso e de trabalho. É uma profissão exigente, dado que é necessário aprender a lidar com a dor e sofrimento dos outros, morte, más condições laborais, ordenados baixos e pouco reconhecimento (Freshwater & Stickley, 2004)

1.9 Emoções no cuidar

Diogo, (2006:11) refere que a emoção é o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos atos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, sendo graças a ela que nos ligamos aos outros, ao mundo, a nós próprios.

Cuidar, por sua vez, passa por ir ao encontro do outro, ajudando-o na sua unicidade e complexidade, respeitando-o na sua independência, na valorização das suas capacidades e vontades (Chalifour, 1989). Traduz-se em tomar conta da vida, isto é, fazer o indispensável para que a vida continue e por isso a prática dos cuidados surge não em torno da doença, mas à volta de tudo o que permite sobreviver (Marie Françoise Collière, 2003).

Qualquer relação humana, principalmente o cuidar humano, pelas atitudes de ajuda e transmite, caracteriza-se pela troca de experiências, interpretações, pensamentos e afetos. Cuidar é simultaneamente ligar, conciliar, relacionar conceções e símbolos, corpos espíritos, emoções e sentimentos.

Rispali (2003) defende que o profissional de saúde nas imensas situações que se depara no dia-a-dia no desempenho das suas funções, vive momentos de forte intensidade emocional partilhados com o doente. Nessa troca de emoções, é aberto um espaço de partilha humana, bastante afastado dos discursos racionais ou científicos, sem soluções-chave sempre disponíveis, na certeza de aceitar a complexidade e a incerteza inerente a qualquer relação.

Collière (2003) analisa a evolução da prestação de cuidados numa reflexão simultânea sobre a expressão dos sentimentos e das emoções na prestação de cuidados. Até aos dias de hoje, tem prevalecido o modelo biomédico e mecanicista, de rutura entre emoção e razão, entre corpo e espírito, tem-se verificado até aos dias de hoje. A autora refere um estudo, realizado por Prevost em 1982 sobre o perigo das emoções na prestação de cuidados, concluindo que o cuidado técnico deve ser livre de emoções, suscetíveis de comprometerem a eficácia clínica.

Noutra perspetiva, Goleman (2002) descreve qualquer processo relacional como um processo contaminado de emoções e sentimentos. Este interesse pelas vivências emocionais tem-se manifestado na realização de vários trabalhos científicos. Alguns estudos conferem um papel central à interação entre o prestador de cuidados e o doente, num contexto interpretativo, numa partilha de significados, perceções e interpretações, de emoções e razões. Nessa perspetiva, as emoções apelam à racionalização. Os mecanismos que desencadeiam das emoções, indissociáveis dos mecanismos de controlo, funcionam

como instrumentos de gestão das emoções que desenvolvem entre práticas e interações (Amândio, 2002).

Para Kubler-Ross (1996), o prestador de cuidados do doente oncológico pode experimentar diferentes sentimentos e emoções, muitos deles semelhantes ao do doente, como se fosse um contágio intenso. O autor refere alguns problemas que desencadeiam situações de *stress* e esgotamento emocional no cuidador:

- Falta de informação sobre o que o doente sabe sobre a sua doença e do que lhe foi transmitido;
- Sentimento de impotência perante a morte;
- Preocupação pelo desconforto que atinge o doente e os que o rodeiam;
- Falta de preparação na área da oncologia e escassez de conhecimentos sobre a essência do seu papel;
- Embaraço e dificuldade em responder a perguntas feitas pelo doente relativamente à sua situação;
- Carácter contagioso que podem ter algumas emoções do doente em fase terminal, como o medo, a ansiedade e a impotência.

É sabido que o contato com situações de doença oncológica, em que estejam envolvidos doentes, familiares e cuidadores é desencadeador de problemas emocionais complexos que se repercutem também a nível físico, social, psicológico e espiritual (Isikhan, 2004)(Mackereth, 2005).

Múltiplas situações do dia-a-dia são conducentes a um desgaste do cuidador, podendo conduzir a situações de exaustão emocional, despersonalização e pouca satisfação. A personalidade é também um fator a considerar no modo particular de viver esta relação complexa de cuidar do doente oncológico. O *stress* pode ser considerado uma ameaça, na antecipação de um acontecimento penoso ou quando a situação já ocorreu. A exaustão emocional refere-se principalmente a um cansaço emocional, não excluindo o abatimento físico e a sensação de não poder dar mais algo de si.

Na capacidade de se conhecer mais e melhor, de desenvolver capacidades de comunicação e de resolução de problemas, os prestadores de cuidados no contexto oncológico não estão só apenas sujeitos a fatores de muito *stress* mas também a fatores enriquecedores (Lopes, 2006). Para substituir experiências emocionais negativas por experiências positivas e relevantes, a pessoa deve ter padrões de atuação com base em modelos de referências próprios que orientem adequadamente as intervenções.

2 Job Engagement

Os hospitais são considerados sistemas organizacionais muito complexos, compostos por vários departamentos e unidades onde são frequentes situações emocionalmente intensas (Martins, 2003). Neste contexto, a enfermagem tem sido considerada como uma profissão com elevados níveis de *stress*, foco de muitas investigações (Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, FF., & Schaufeli, 2001). Muitos estudos realizados com enfermeiros centram-se nos aspetos negativos do seu trabalho, nomeadamente nos *stressores* do mesmo.

Alguns dos fatores de *stress* encontrados em vários estudos com enfermeiros são o conflito com os doentes, os problemas com os colegas de trabalho, a incerteza inerente ao trabalho, lidar com doenças graves e a morte, o trabalho por turnos, o baixo salário, a escassez de oportunidades de carreira, a falta de autonomia e falta de suporte social, a pressão do tempo e o trabalho em excesso (Martins, 2003; Mcvigar, 2003)

O estudo descrito nesta dissertação não pretende focar os aspetos negativos do trabalho dos enfermeiros, mas sim, nas características que podem fomentar bem-estar nos enfermeiros (nomeadamente, o *job engagement*), mesmo em contextos de trabalho com doenças graves, como é o caso das doenças de foro oncológico.

As mudanças que se vão dando nas organizações de saúde, levam à necessidade de estudos que se foquem nas contribuições que os colaboradores fazem para o sucesso organizacional. É também fundamental que as organizações tornem os seus colaboradores mais dinâmicos, dedicados e absorvidos no seu trabalho, isto é, mais “*engaged*” (Schaufeli & Salanova, 2007). De facto, o *engagement* no trabalho tem um papel fundamental no desenvolvimento do capital humano, sendo um elemento essencial na saúde e bem estar dos colaboradores, ajudando-os a lidar com as exigências no trabalho e criando um elo positivo entre os resultados individuais com a organização.

O estudo do *job engagement*, apresenta-se desta forma como sendo muito importante em profissões que lidam diretamente com pessoas. O *job engagement* é um conceito ainda recente, inserido na psicologia positiva, que tenta avaliar o lado positivo da componente humana, focando-se especialmente nas fortalezas humanas e não tanto sobre as suas debilidades e disfunções (Rodrigues & Barroso, 2008). Este conceito aparece ainda como um indicador de vida saudável, em relação ao trabalho, e como sendo o oposto em relação ao *burnout*. Existem vários estudos que consideram o *engagement* profissional como sendo uma vantagem competitiva para as organizações, além de muito benéfico para as pessoas (Leitão, 2010).

2.1 Conceito de *job engagement*

O *engagement* enquadra-se na psicologia positiva. Relaciona-se com o ajuste e o rendimento do ser humano no seu trabalho. O conceito de “*engagement*” é utilizado para definir uma forma de ver e avaliar os sucessos das pessoas, na medida em que não se centra num objeto, numa conduta ou numa forma de fazer. Este conceito refere-se a um estado psicológico duradouro no tempo (Rodrigues & Barroso, 2008).

Podem ser identificadas duas escolas de pensamento distinto quanto ao *engagement*. As autoras Maslach e Leiter (1997, citado em Schaufeli, Bakker & Salanova, 2006), afirmam que o *burnout* e o *engagement* são conceitos opostos. O *burnout* é por elas definido em termos de exaustão, desumanização e reduzida eficácia profissional, e caracterizam o *engagement* por energia, envolvimento e eficácia. Estas três dimensões do *engagement* compõem o oposto das três correspondentes dimensões do *burnout*. Desta forma, a existência de baixos *scores* na escala de exaustão emocional e despersonalização e altos *scores* de realização pessoal é um indicativo da presença de *engagement*. Por outro lado os autores Schaufeli e Bakker (2009), definem o *burnout* e o *engagement* como dois conceitos distintos e que devem ser considerados de uma forma independente. Desta forma, estes dois conceitos surgem como estados psicológicos opostos mas independentes, em que um possui qualidades positivas e o outro, qualidades negativas e ambos devem considerados independentes um do outro. Isto quer dizer que um indivíduo que não apresente *burnout* pode obter um *score* alto ou baixo de *engagement* e também um indivíduo com bom *engagement* pode ter um *score* elevado ou baixo de *burnout*.

Em 2000, o conceito de *engagement*, passou a ser definido como uma construção motivadora positiva, relacionada com o trabalho (Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., & Grau, 2000). Assim o *engagement* passou a ser caracterizado pelo (a) vigor, que corresponde à demonstração de elevados níveis de energia, grande resistência mental e ao forte desejo de esforço e persistência face à realização das tarefas laborais diárias, (b) dedicação, pautada pelo envolvimento no trabalho e implicando entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho e (c) absorção, caracterizada por uma elevada satisfação intrínseca, concentração e felicidade no trabalho, de tal forma que o trabalhador não dá conta de o tempo passar.

A dimensão dedicação é caracterizada também por ser bastante próxima da motivação. Refere-se especificamente à identificação do trabalhador com o trabalho que realiza (Salanova, M.; Schaufeli, 2008). Por sua vez, a absorção é um conceito próximo do termo “*flow*”, que exhibe o estado de experiência ótima, caracterizado pela atenção focada, clareza mental, distorção do tempo, alegria e gozo aquando da realização das tarefas.

O *job engagement* é um estado específico e temporal, que não está focalizado sobre um objeto ou conduta específica. Caracteriza-se pelo emprego de altos níveis de energia quando se trabalha (Rodrigues, F., Barroso, 2008).

Os trabalhadores que obtêm resultados elevados nas escalas que avaliam o *engagement* tendem a ter uma energia muito positiva e a estar integrados e motivados com a profissão que desempenham, sentindo-se competentes para resolverem problemas que podem surgir no âmbito do trabalho (Rodrigues & Barroso, 2008). Os trabalhadores *engaged* são caracterizados por um senso de energia e eficácia associada com as suas atividades no trabalho, e acham-se capazes para lidar com as exigências do trabalho, são agentes ativos que tomam a iniciativa no trabalho, tentam imaginar novas mudanças no trabalho, e quando não sentem a mudança preferem mudar de trabalho (Schaufeli & Salanova, 2007). São indivíduos em que o envolvimento no trabalho tem um nível de qualidade elevado, o que é normalmente originado através de um *feedback* positivo dos superiores hierárquicos. A investigação tem mostrado que estes trabalhadores não negligenciam a vida social fora do trabalho, e apresentam uma boa saúde mental e psicossomática (Schaufeli & Salanova, 2007).

Face ao exposto, abordar o *engagement* no trabalho dos enfermeiros é uma mais valia, pois o *engagement* no trabalho leva também a benefícios, a nível individual (Schaufeli & Salanova, 2007), cria emoções positivas, aumenta a motivação intrínseca, aumenta a aquisição de recursos do trabalho e pessoais, nomeadamente a autoeficácia, promove maior identificação por parte do indivíduo com o seu trabalho e bom desempenho. A nível organizacional, permite perceber comportamentos positivos, guia as políticas de gestão de recursos humanos e também está relacionado com resultados positivos no trabalho que contribuem decididamente para o sucesso organizacional, como a qualidade do desempenho, o baixo absentismo, a produtividade, o baixo *turnover* e a segurança (Schaufeli e Salanova, 2007).

Face ao exposto, tendo em conta os benefícios apresentados, torna-se fundamental estudar determinantes de job engagement entre enfermeiros, nomeadamente em contexto especialmente desafiadores como por exemplo, o de prestação de cuidados de saúde a doentes oncológicos.

2.3 Finalidade e mapa conceptual do estudo

O presente estudo tem como finalidade perceber se existe associação entre os dois constructos em estudo, inteligência emocional e *job engagement*, em enfermeiros que trabalham em contexto de oncologia.

Este estudo representa assim um contributo para a melhoria dos processos de formação e de liderança de enfermeiros, especialmente na área de oncologia médica. Ao verificar-se a hipótese de mais inteligência emocional estar associada a maior *job engagement*, o investimento no desenvolvimento de competências emocionais entre enfermeiros poderá ser uma aposta na formação contínua com mais valia na prestação de cuidados oncológicos.

Face ao enquadramento teórico já exposto, apresenta-se de seguida o mapa concetual do projeto de investigação. Este mapa concetual permite perceber a forma como se podem perspetivar as relações entre os principais constructos desta investigação, tendo servido de guia orientador na fase de preparação do estudo e, *à posteriori*, na análise dos dados.

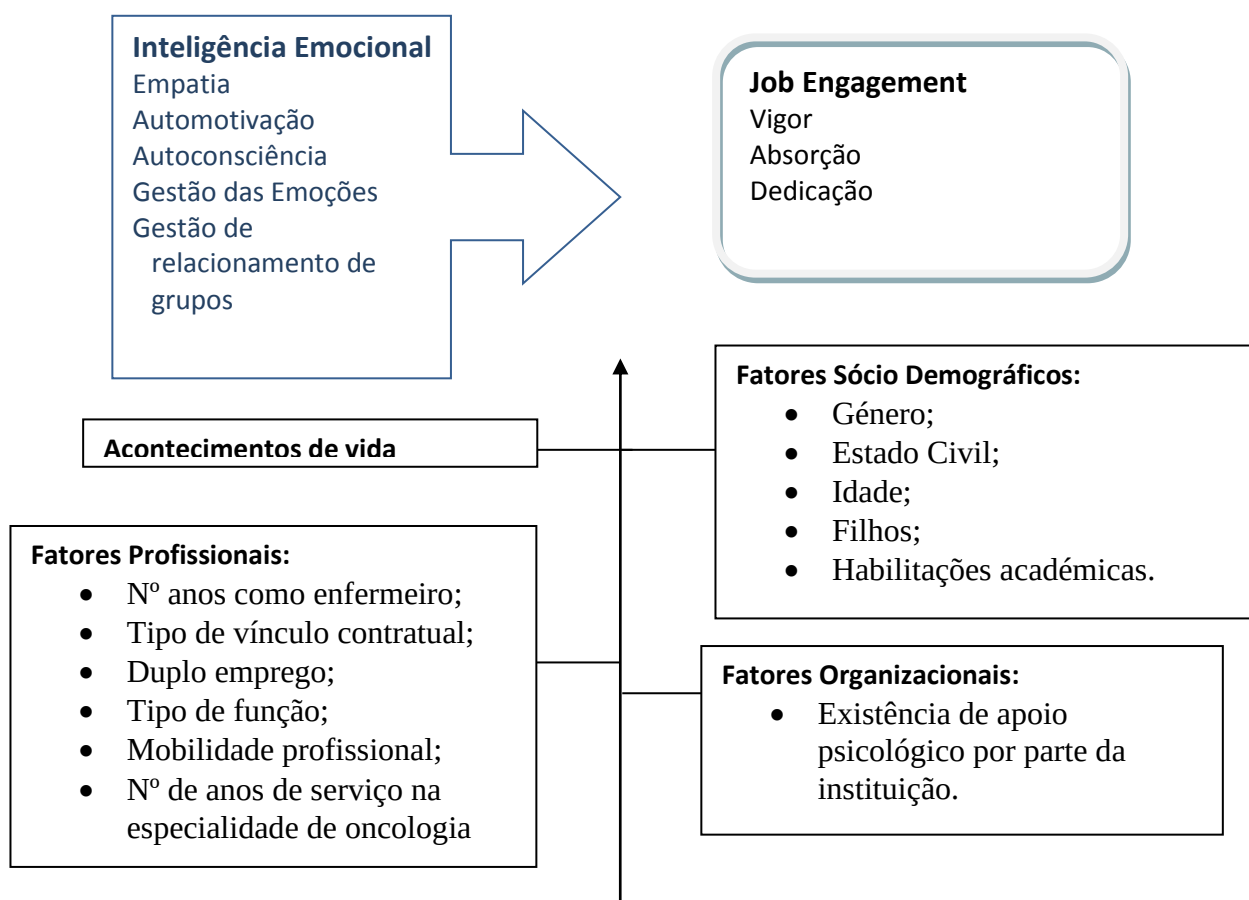


Figura 1 - Mapa conceptual de estudo

3 Objetivos do estudo

A pergunta de origem do presente estudo foi: haverá relação entre a inteligência emocional e o *job engagement* de enfermeiros que trabalham em contexto de prestação de cuidados oncológicos? A partir desta questão de partida foram definidos os objetivos do estudo.

O objetivo geral do estudo é descrever a associação entre a inteligência emocional e *job engagement* em enfermeiros, no contexto de cuidados oncológicos. Foram também estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar inteligência emocional em enfermeiros que trabalham no contexto de cuidados oncológicos, em dois *settings* hospitalares distintos (hospital geral e hospital de especialidade oncológica), por sexo, grupos etários decenais e anos de serviço em contexto oncológico;
2. Caracterizar *job engagement* em enfermeiros que trabalham no contexto de cuidados oncológicos em dois *settings* hospitalares distintos (hospital geral e hospital de especialidade oncológica), por sexo, grupos etários decenais e anos de serviço em contexto oncológico.

4 Métodos

4.1 Desenho do estudo e método de recolha de dados

O estudo segue uma abordagem quantitativa, de natureza observacional e transversal. A recolha de dados foi feita através de questionário autoadministrado.

4.2 População e amostra

A população é segundo Fortin, (1999) o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação. Desta forma, a população agrupa todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) com características comuns e que são definidos pelos critérios estabelecidos para o estudo. A população da investigação aqui descrita constitui-se por enfermeiros a trabalhar em contexto hospitalar oncológico.

A população-alvo é aquela a que será submetida ao estudo, ou seja, é a população para a qual serão generalizados os resultados de uma investigação obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 1999). No estudo desenvolvido, considerou-se a população-alvo o conjunto de enfermeiros que trabalham no serviço de oncologia de dois *settings* hospitalares distintos: Hospital Santa Maria (Centro Hospitalar Lisboa Norte) e Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Dada a inviabilidade de analisar todos os indivíduos da população-alvo no tempo e com os recursos materiais e humanos disponíveis, os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística (intencional). Para esta investigação foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (a) ser enfermeiro com contacto regular com doentes oncológicos não exclusivamente terminais, (b) possuir no mínimo 2 anos de experiência na área de oncológica, (c) concordância quanto à participação no estudo, (d) estar de serviço nos dias em que questionário foi aplicado. Como critérios de exclusão: enfermeiros que pertençam exclusivamente aos serviços de oncologia pediátrica e à unidade de cuidados terminais.

4.3 Processo de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de um questionário autoadministrado. O questionário integrava outros instrumentos previamente validados, descrito mais adiante.

Inicialmente, foi solicitada a autorização aos presidentes dos Conselhos de Administração (CA) das instituições em estudo. Após a aprovação do protocolo pelas CA, os foram contactados os enfermeiros-diretor e os enfermeiros-chefes, no sentido de lhes explicar a finalidade do estudo, dar a conhecer o instrumento de recolha de dados, esclarecer dúvidas e pedir-lhes colaboração para a distribuição dos questionários aos enfermeiros dos serviços. Assim, os questionários foram distribuídos à amostra em estudo pelos enfermeiros com cargo de chefia. Cada questionário foi entregue em conjunto com um envelope no qual, depois de preenchido era fechado, garantindo o anonimato e, portanto, a confidencialidade. Os questionários foram distribuídos pelas instituições no mês de Julho de 2013.

4.4 Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados consistiu num questionário estruturado em três partes, incluindo instrumentos pré-existentes.

4.4.1 Inteligência emocional

A inteligência emocional dos enfermeiros foi medida através do questionário desenvolvido e validado por Rego e Fernandes, (2005). Segundo estes autores, quem sabe gerir as suas emoções e as emoções das pessoas com quem interage (valores mais elevados, da escala), tem características que o podem levar a ser considerado como emocionalmente inteligente (Rego, A. & Fernandes, 2005). Trata-se de um questionário com boas propriedades psicométricas, em que o $\alpha = 0.7$. É composto por 41 itens, de resposta em escala tipo *likert* de 7 opções (de “1 = A afirmação não se aplica rigorosamente nada a mim” a “7 = A afirmação aplica-se completamente a mim”), representando um modelo hexadimensional de inteligência emocional (apesar de a escala ser originalmente baseada no tetramodelo de Salovey, P. & Mayer, 1990):

- Sensibilidade emocional (13 itens);
- Empatia (7 itens);
- Compreensão das emoções próprias (6 itens);
- Autoencorajamento (6 itens);

- Compreensão das emoções dos outros (6 itens);
- Autocontrolo emocional (4 itens).

4.4.2 Job engagement

Para avaliar o job engagement entre enfermeiros, foi utilizada a versão portuguesa da escala de *engagement* de Utrecht (UWES) (Schaufel et al, 2002), validada para a população portuguesa adulta por Marques–Pinto (2008).

A escala de engagement do trabalho de Utrecht (UWES), é composta por 17 itens que medem três dimensões de *engagement*: o vigor, a dedicação e a absorção. Seis itens avaliam o vigor, cinco avaliam a dedicação e seis avaliam a absorção (Schaufel et al, 2002). De realçar que vários autores têm afirmado, mais recentemente, que o *engagement* é composto apenas duas dimensões, o vigor e a dedicação (Schaufeli & Bakker, 2004; González-Romá, V., Schaufeli, W.B., bakker, A., Lloret, 2006; Bakker, A., B., Demerouti, E. & Schaufeli, 2005). Ainda assim, é possível realizar uma análise de forma tridimensional ou unidimensional em função dos objetivos. Esta escala tem demonstrado propriedades psicométricas consistentes em vários estudos efetuados, quer a nível nacional ou internacional.

4.4.3 Caracterização sociodemográfica da amostra

A última parte do questionário diz respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, incluindo: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, categoria profissional e tempo de serviço como enfermeiro.

4.5 Análise estatística

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o recurso ao programa SPSS, versão 21. Procedeu-se inicialmente à análise descritiva das variáveis sociodemográficas (para caracterização da amostra). Dando resposta aos objectivos secundários, procedeu-se de seguida à análise descritiva variáveis inteligência emocional e *job engagement*), por *setting* hospitalar, sexo, grupos etários (decenais) e anos de serviço em contexto oncológico, sendo também estudada a consistência interna (alfa de Chronbach) dos respetivos questionários. As comparações de médias foram feitas através dos testes t-student (para duas amostras independentes), ANOVA a um factor (para mais do que duas amostras independentes) ou – no caso de distribuições não paramétricas ou de tamanhos

amostrais inferiores a $n=30$, equivalentes não paramétricos (teste Mann-Whitney U e Kruskal-Wallis, respectivamente).

Para dar resposta ao objectivo principal do estudo, foi estudada a correlação (coeficiente de Pearson) entre as diferentes dimensões de inteligência emocional (e pontuação global) e o *job engagement*.

O nível de significância considerado para testes inferenciais foi de $\alpha = .05$.

4.6 Aspetos éticos

O protocolo deste estudo foi aprovado pelo Conselho Científico da Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Como anteriormente referido, foi obtida a autorização para recolha de dados por parte presidentes dos Conselhos de Administração das instituições em estudo (Anexo I). O anonimato e, portanto, a confidencialidade das respostas foram garantidos em consentimento informado, sendo para o efeito os questionários entregues (aos enfermeiros com cargo de chefia que concordaram em participar no estudo, tendo em conta os objetivos e métodos do mesmo) em envelope fechado e apenas acessível pela investigadora.

Cada questionário estava acompanhado de um consentimento informado (Anexo II), em que foram explicados os objetivos do estudo, assim como a natureza da colaboração de cada participante, assegurando que a participação seria livre e que anonimato era garantido e que os indivíduos poderiam desistir a qualquer momento. O consentimento informado foi lido e assinado por todos os participantes.

5. Resultados

Participaram no estudo 112 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de resposta de 70,0% (no total, foram convidados a participar 160 enfermeiros).

5.1. Caracterização sociodemográfica e profissional

5.1.1. Caracterização sociodemográfica

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica da amostra. Como se pode observar, a amostra (n=112) é distribuída maioritariamente (83,9%) pelo sexo feminino. Trata-se de uma população relativamente jovem (61,6% com menos de 35 anos de idade). Quanto às habilitações académicas, a maioria (80,2%) dos participantes possui licenciatura (pré-Bolonha).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo instituição, sexo, idade e habilitações literárias

		Instituto Português de Oncologia - Lisboa						Hospital Santa Maria (Lisboa)						Total					
		♀		♂		Total		♀		♂		Total		♀		♂		Total	
		(n=67)		(n=12)		(n=79)		(n=27)		(n=6)		(n=33)		(n=94)		(n=18)		(n=112)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade	25 - 34 anos	49	73.1	8	66.7	57	72.2	9	33.3	3	50.0	12	36.4	58	61.7	11	61.1	69	61.6
	35 - 44 anos	14	20.9	2	16.7	16	20.3	5	18.5	3	50.0	8	24.2	19	20.2	5	27.8	24	21.4
	45 - 54 anos	4	6.0	2	16.7	6	7.6	9	33.3	0	.0	9	27.3	13	13.8	2	11.1	15	13.4
	55 - 64 anos	0	.0	0	.0	0	.0	4	14.8	0	.0	4	12.1	4	4.3	0	.0	4	3.6
	Média	32,75		33,75		32,9		42		36		40,91		35,4		34,5		35,26	
	Mediana	31		32		32		43		37		42		32		32		32	
	Desvio-padrão	6,01		7,19		6,17		11,07		7,80		10,71		8,81		7,25		8,56	
	Mínimo	25		25		25		26		27		26		25		25		25	
	Máximo	54		48		54		64		44		64		64		48		64	
Habilitações literárias	Bacharelato	1	1.5	0	.0	1	1.3	7	25.9	0	.0	7	21.2	8	8.5	0	.0	8	7.2
	Licenciatura (pré-Bolonha)	58	86.6	8	72.7	66	84.6	18	66.7	5	83.3	23	69.7	76	80.9	13	76.5	89	80.2
	Mestrado	8	11.9	3	27.3	11	14.1	2	7.4	1	16.7	3	9.1	10	10.6	4	23.5	14	12.6
	Doutoramento	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0	0	.0

5.1.2. Caracterização profissional

Como se pode verificar na Tabela 2, a média relativa aos anos de profissão de enfermagem no HSM é de 17 anos, enquanto no IPO é de 10 anos (12 anos para o total da amostra), valores similares ao tempo de trabalho nas instituições em estudo: a média no HSM é de 16 anos e no IPO é de 9 anos. Por fim, relativamente aos anos de experiência na especialidade de oncologia, em sentido contrário, os participantes do IPO têm média superior (9 anos) do que os do HSM).

Tabela 2 – Caracterização da amostra segundo anos de experiência como profissional de enfermagem

		Instituto Português de Oncologia - Lisboa						Hospital Santa Maria (Lisboa)						Total					
		♀ (n=67)		♂ (n=12)		Total (n=79)		♀ (n=67)		♂ (n=12)		Total (n=79)		♀ (n=67)		♂ (n=12)		Total (n=79)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nº de anos como enfermeiro	De 1 a 5 anos	14	20.9	3	25.0	17	21.5	3	11.1	1	16.7	4	12.1	17	18.1	4	22.2	21	18.8
	De 6 a 10 anos	31	46.3	5	41.7	36	45.6	8	29.6	2	33.3	10	30.3	39	41.5	7	38.9	46	41.1
	> 10 anos	22	32.8	4	33.3	26	32.9	16	59.3	3	50.0	19	57.6	38	40.4	7	38.9	45	40.2
	Média	9.78		11.17		9.99		18.00		13.17		17.12		12.14		11.83		12.09	
	Mediana	8		10		8		18		13		18		9		10		9	
	Desvio padrão	5.91		6.99		6.05		10.85		7.25		10.37		8.47		6.93		8.21	
	Mínimo	3		4		3		4		5		4		3		4		3	
	Máximo	29		26		29		35		21		35		35		26		35	
Nº de anos de trabalho nesta instituição	De 1 a 5 anos	18	26.9	3	25.0	21	26.6	3	11.1	1	16.7	4	12.1	21	22.3	4	22.2	25	22.3
	De 6 a 10 anos	29	43.3	6	50.0	35	44.3	8	29.6	2	33.3	10	30.3	37	39.4	8	44.4	45	40.2
	> 10 anos	20	29.9	3	25.0	23	29.1	16	59.3	3	50.0	19	57.6	36	38.3	6	33.3	42	37.5
	Média	9.13		9.00		9.11		16.93		13.17		16.24		11.37		10.39		11.21	
	Mediana	8		10		8		16		13		16		8		10		8	
	Desvio padrão	6.21		3.88		5.89		10.30		7.25		9.82		8.34		5.41		7.93	
	Mínimo	1		3		1		4		5		4		1		3		1	
	Máximo	29		15		29		35		21		35		35		21		35	
Nº de anos de trabalho em oncologia	De 1 a 5 anos	18	26.9	3	25.0	21	26.6	13	48.1	3	50.0	16	48.5	31	33.0	6	33.3	37	33.0
	De 6 a 10 anos	28	41.8	6	50.0	34	43.0	9	33.3	3	50.0	12	36.4	37	39.4	9	50.0	46	41.1
	> 10 anos	21	31.3	3	25.0	24	30.4	5	18.5	0	.0	5	15.2	26	27.7	3	16.7	29	25.9
	Média	9.21		9.17		9.20		7.00		6.00		6.82		8.57		8.11		8.50	
	Mediana	8		10		8		6		6		6		7		8		8	
	Desvio padrão	6.20		4.20		5.91		6.11		2.00		5.58		6.22		3.86		5.90	
	Mínimo	1		3		1		1		3		1		1		3		1	
	Máximo	29		17		29		24		8		24		29		17		29	

5.2 Consistência interna do questionário

Na Tabela 3 são apresentados os valores de consistência interna das escalas (e subescalas, quando aplicável) de medição de *job engagement* e de inteligência emocional. Como se pode verificar, todos os valores de alfa de Cronbach rondam o mínimo referido por Nunnally (1978) de $\alpha=.70$ (à exceção das dimensões de autocontrolo emocional e de empatia – mas, mesmo assim, valores aceitáveis atendendo ao número limitado de itens destas dimensões).

Tabela 3 - Consistência interna do UWES e do questionário de Inteligência Emocional.

	Alpha	nº de itens
Job Engagement	,91	17
Inteligência emocional (escala completa)	,82	41
Compreensão das emoções próprias	,73	4
Autocontrolo perante as críticas	,73	5
Inteligência emocional		
Autoencorajamento (uso das emoções)	,79	3
Autocontrolo emocional	,62	3
Empatia	,54	3
Compreensão das emoções dos outros	,79	3

A escala utilizada para avaliar o *job engagement*, no seu todo, isto é, com 17 itens, apresenta um $\alpha=.91$. Para a escala global de inteligência emocional (41 itens) o $\alpha=.82$. Verifica-se também um $\alpha=0.73$ na compreensão das emoções próprias (4 itens) e no autocontrolo perante as críticas (5 itens); para a dimensão de autoencorajamento (3 itens) foi encontrado um $\alpha=.79$, no autocontrolo emocional (3 itens) um $\alpha=0.62$; na dimensão empatia (3 itens) um $\alpha=0.54$ e, para a dimensão compreensão das emoções dos outros (3 itens), um $\alpha=.79$.

5.3. *Job engagement* de enfermeiros em contexto de prestação de cuidados oncológicos

A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas de tendência central e dispersão da pontuação global da escala UWES (enquanto medição de *job engagement*). Como se pode verificar, a média obtida para o IPO foi de 4.29 e para o HSM foi de 4.52 (diferença não significativas, do ponto de vista estatístico).

Tabela 4. Job engagement de enfermeiros em contexto oncológico, por instituição hospitalar

	Média	95% IC da média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IPO	4,29	[4.07;4.51]	4,53	1,00	1	6
HSM	4,52	[4.25;4.79]	4,71	,76	1	6

Não foi encontrada diferença significativa entre a média da pontuação total de *job engagement* entre homens ($M=4,37$; $DP=1,14$) e mulheres ($M=4,32$; $DP=0,88$). Também não foram encontradas diferenças significativas da pontuação total da UWES entre grupos etários decenais (variando entre $M=4,1$ – para o grupo etário entre os 25 e os 34 – e $4,9$ – para o grupo etário entre os 45 e os 54 anos). Por outro lado, verificou-se correlação significativa positiva ($r=.28$; $p=.003$; $n=112$) entre a pontuação total e a idade dos enfermeiros. Assim, quanto maior a idade dos enfermeiros, maior o *job engagement* dos mesmos.

5.3. Inteligência emocional de enfermeiros em contexto de prestação de cuidados oncológicos

A Tabela 5 apresenta as estatísticas descritivas de tendência central e dispersão de inteligência emocional (quer relativamente à pontuação total, da escala, quer relativamente às sub-dimensões da escala). Como se pode ver, relativamente à amostra de enfermeiros do IPO, a escala total de inteligência emocional apresentou uma média de 4.63 para um intervalo de confiança de 95%. Já a amostra de enfermeiros do HSM obteve para a mesma variável uma média de 4.70 (diferenças não significativas).

Relativamente à subescala de compreensão das emoções próprias, foi obtida uma média de 5.23, quer para os enfermeiros do IPO quer para os do HSM.

No caso do autocontrolo perante as críticas, os enfermeiros do IPO apresentaram uma média de 5.24 e os do HSM um valor ligeiramente mais abaixo (diferença não significativa), $M=5.17$. Para a subescala autoencorajamento, os enfermeiros do IPO apresentaram uma média de 5.64, por sua vez o HSM apresentou uma média ligeiramente mais reduzida de 5.58 (também não significativamente distintas, as médias). Para o autocontrolo emocional constatou-se que os enfermeiros do IPO obtiveram uma média de 4.49 ($M=4.56$ para o HSM; diferença não significativa). Para a subescala da empatia, o HSM apresentou uma média ($M=5.59$) superior mas não de forma significativa, ao IPO ($M=5.50$). Para a compreensão das emoções dos outros, constatou-se de que a média de inteligência emocional no IPO foi de 5.52 e de 5.43 para o HSM (diferenças não significativas).

Resumindo, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre instituições quanto à variável inteligência emocional.

Tabela 5. Inteligência emocional de enfermeiros em contexto oncológico, por instituição hospitalar

		Média	95% IC da média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
IPO	Inteligência emocional (escala completa)	4,63	[4.58;4.64]	4,59	,404	3,73	5,56
	Compreensão das emoções próprias	5,23	[5.04;5.42]	5,25	4,75	3,00	7,00
	Autocontrolo perante as críticas	5,24	[5.06;5.43]	5,20	,837	2,60	7,00
	Autoencorajamento (uso das emoções)	5,64	[5.44;5.84]	5,83	,897	3,67	7,00
	Autocontrolo emocional	4,49	[4.30;4.68]	4,67	,87	2,33	6,33
	Empatia	5,50	[5.34;5.66]	5,33	,73	3,33	7,00
	Compreensão das emoções dos outros	5,52	[5.35;5.68]	5,67	,76	4,00	7,00
HSM	Inteligência emocional (escala completa)	4,70	[4.64;4.68]	4,79	,352	4,20	5,34
	Compreensão das emoções próprias	5,23	[4.95;5.50]	5,25	,782	4,00	6,75
	Autocontrolo perante as críticas	5,17	[4.86;5.48]	5,40	,863	2,60	6,60
	Autoencorajamento (uso das emoções)	5,58	[5.29;5.86]	5,67	,805	3,67	7,00
	Autocontrolo emocional	4,56	[4.27;4.85]	4,33	,819	3,00	6,33
	Empatia	5,59	[5.29;5.89]	5,67	,846	4,00	7,00
	Compreensão das emoções dos outros	5,43	[5.18;5.69]	5,33	,72	4,00	7,00

Não foi encontrada diferença significativa entre sexos para a pontuação total de inteligência emocional. Ao comparar as médias de cada uma das dimensões da escala que mede este constructo por sexo, apenas foi encontrada diferença significativa apenas para a dimensão de autocontrolo emocional, maior no sexo masculino ($M=4,96$; $SD=0,92$; $n=19$) do que no sexo feminino ($M=4,41$; $SD=0,82$; $n=95$). Não foram encontradas diferenças de médias de inteligência emocional, quer para a pontuação total quer para cada uma das dimensões, entre grupos etários decenais. Por outro lado, foi encontrada correlação significativa positiva ($r=.19$; $p=.42$; $n=112$) entre a pontuação global de inteligência emocional e a idade, bem como entre a pontuação da dimensão compreensão das emoções próprias e idade ($r=.23$; $p=.02$; $n=112$).

5.4 Associação entre *job engagement* e inteligência emocional

Como se pode verificar na Tabela 6, no geral, as diferentes dimensões de inteligência emocional correlacionam entre si. A dimensão empatia surge como exceção, apenas correlacionando, positivamente, com as dimensões compreensão das emoções próprias e compreensão das emoções dos outros e com a pontuação total da escala de inteligência emocional.

A pontuação total de *job engagement* correlaciona de forma significativa (e positiva) com todas as dimensões de inteligência emocional (e com a pontuação total desta escala), à exceção da dimensão autocontrolo perante as críticas.

Tabela 6. Matriz de correlações entre *job engagement* e dimensões de inteligência emocional (n=112)

		Compreensão das emoções próprias	Autocontrolo perante as críticas	Autoencorajamento (uso das emoções)	Autocontrolo emocional	Empatia	Compreensão das emoções dos outros
Autocontrolo perante as críticas	<i>r</i>	.209 [*]					
	<i>p</i>	,025					
Autoencorajamento (uso das emoções)	<i>r</i>	.470**	.302**				
	<i>p</i>	,000	,001				
Autocontrolo emocional	<i>r</i>	.323**	.380**	.450**			
	<i>p</i>	,000	,000	,000			
Empatia	<i>r</i>	.251**	,015	,131	,030		
	<i>p</i>	,007	,876	,164	,749		
Compreensão das emoções dos outros	<i>r</i>	.526**	.209 [*]	.531**	.429**		
	<i>p</i>	,000	,025	,000	,000		
Inteligência emocional (total)	<i>r</i>	.695**	.410**	.724**	.652**	.717**	
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000	,000	
Job engagement	<i>r</i>	.245**	,039	.242**	.196 [*]	.209 [*]	.353**
	<i>p</i>	,008	,677	,009	,036	,025	.000

* $p < .01$; ** $p < .05$

A dimensão de inteligência emocional “*Compreensão das emoções próprias*” bem como a pontuação total das escalas de inteligência emocional e de *job engagement* correlacionam de forma positiva com o número de anos de profissão (de enfermagem, número de anos de trabalho na instituição, e número de anos de trabalho na área da oncologia). As dimensões “*Empatia*” e “*Compreensão das emoções dos outros*” correlacionam também de forma positiva e significativa com o número de anos de trabalho em oncologia.

Tabela 7. Associação de job engagement e inteligência emocional com número de anos de trabalho de enfermagem

		Compreensão das emoções próprias	Auto controlo perante as críticas	Auto encorajamento (uso das emoções)	Auto controlo emocional	Empatia	Compreensão das emoções dos outros	Inteligência emocional (total)	Job engagement
Nº anos de profissão	<i>r</i>	.265**	-,044	,020	-,020	,160	,106	.201*	.301**
	<i>p</i>	,005	,643	,836	,836	,091	,264	,033	,001
Nº de anos de trabalho na instituição	<i>r</i>	.252**	-,029	,017	-,012	,151	,111	.217*	.298**
	<i>p</i>	,007	,760	,856	,902	,109	,241	,021	,001
Nº de anos na especialidade de oncologia	<i>r</i>	.327**	-,028	,138	,029	.197*	.238*	.232*	.207*
	<i>p</i>	,000	,770	,143	,759	,035	,011	,013	,027

* $p < .001$; ** $p < .05$

6. Discussão

O presente estudo tinha como objetivo analisar a associação existente inteligência emocional e o *job engagement* em enfermeiros no contexto oncológico. Tendo como ponto de partida este objetivo, a recolha de dados foi feita através da administração de questionário autoadministrado numa amostra de enfermeiros de duas unidades hospitalares distintas (serviço de oncologia de um hospital geral, e um hospital de especialidade, de oncologia). Estes questionários foram entregues aos enfermeiros-chefes de cada serviço das instituições em estudo, com envelopes para devolução anónima ao investigador, sendo distribuídos pelos enfermeiros que de forma voluntária aceitaram participar no estudo, assinando previamente o consentimento informado. É de salientar a excelente taxa de participação obtida no estudo.

Na caracterização sociodemográfica da amostra deste estudo, foi verificada uma percentagem predominante de participantes do sexo feminino, o que corresponde com a distribuição geral da profissão de enfermagem por sexos (Amâncio & Joaquim, 2004). Neste estudo, a amostra utilizada é jovem (maioria com idade inferior a 35 anos). O facto de ser uma amostra constituída por participantes maioritariamente jovens, permite compreender a percentagem de licenciados, dado ser esta a formação que é exigida nos últimos anos para a profissão de enfermagem. (Curado, Cardoso, & Gaspar, 2003). O bacharelato apresenta uma percentagem baixa, traduzindo assim um reflexo das estruturas que a profissão tem sofrido no que respeita à formação base.

Relativamente à consistência interna apresentada pelas escalas utilizadas, é importante realçar o α apresentado pela escala de inteligência emocional total de $\alpha=0,82$. Neste estudo, os *alphas* de Cronbach tendem a superar o patamar de 0,70 sugerido por Nunnally, (1978) com a exceção de dois fatores que compõem a inteligência emocional: a empatia ($\alpha=0,54$) e o autocontrolo emocional ($\alpha=.62$). Estes indicadores menos bons de consistência interna podem ser relativizados quando se contextualizam com o pequeno número de itens que compõem cada uma destas dimensões. Os restantes fatores que constituem a inteligência emocional, a compreensão das emoções próprias e o autocontrolo perante as críticas ($\alpha=.73$), autoencorajamento (uso das emoções) e a compreensão das emoções dos outros ($\alpha=.79$), apresentaram *alphas* de Cronbach que permitem dizer que a escala, bem como a generalizada das dimensões, tem boa consistência interna.

Os resultados obtidos relativamente à inteligência emocional são similares aos encontrados no estudo realizado por Mayer & Salovey (2004), no sentido em que o

autocontrolo emocional compagina-se com a regulação das emoções; os dois fatores relativos à compreensão das emoções (próprias e dos outros) são consistentes com a compreensão das emoções; o autoencorajamento denota sobreposições com o uso das emoções; a própria empatia, embora não possa ser considerada um sentido estrito, uma competência mental, contém algumas noções de compreensão de emoções que a aproximam dessa competência presente no esquema dos autores.

Relativamente ao UWES, escala utilizada para avaliar o *job engagement*, foi obtido uma excelente consistência interna, de $\alpha=.91$. Aliás, o valor obtido para este coeficiente α vai ao encontro dos encontrados em vários estudos realizados sobre o *job engagement* (por exemplo, Machado et al, 2012 e Rebocho et al, 2011). É de salientar que a realidade estudada nessas investigações é diferente do presente estudo, dados que se tratam de amostras diferentes. Vários autores defendem que um $\alpha \geq .95$ pode indicar a presença de itens redundantes na escala. Dado que no presente estudo o $\alpha = 0.91$, é possível afirmar que essa redundância não se verificou.

De acordo com a análise realizada à inteligência emocional neste estudo, conclui-se que a amostra em estudo denota bons níveis de inteligência emocional. Estes resultados corroboram a perspetiva de Vilela, (2006), quando refere que os enfermeiros que trabalham com doentes crónicos, percecionam-se, geralmente, como emocionalmente inteligentes. A empatia é a dimensão que se apresentou mais forte em ambas as instituições estudadas. Inversamente, o autocontrolo emocional foi a dimensão que apresentou níveis mais baixos, embora se situe acima do ponto médio de respostas, o que demonstra que os participantes são detentores de níveis bastante razoáveis de autocontrolo emocional. Estes dados são consistentes com os que Rego et al (2009) obtiveram num estudo com enfermeiros, em que são caracterizados por serem moderadamente / grandemente emocionalmente inteligentes. Em conformidade com os outros estudos, as dimensões da inteligência emocional revelaram associar-se entre si (Rego et al, 2009).

Estes resultados sugerem assim que a amostra de enfermeiros que desenvolve a sua atividade no contexto oncológico tem boa capacidade de resposta às exigências emocionais do seu trabalho, tratando dos seus doentes de uma forma empática.

Considerando também os resultados positivos obtidos na análise do *job engagement*, é possível verificar que os profissionais emocionalmente inteligentes têm capacidades para perceber e gerir as suas próprias emoções, bem como as dos outros, conseguindo controlar mais facilmente o *stress*. Segundo os autores Akomolafe & Popoola (2011), a capacidade efetiva de lidar com as emoções e com a informação emocional pode ajudar no controlo do *burnout*. Hosseinian et al (2008) afirmam que a inteligência emocional

pode contribuir para um ambiente de trabalho agradável e afetar positivamente a satisfação no trabalho.

Os resultados obtidos levam-nos a concluir que o tempo de serviço e a exclusividade no exercício da especialidade em estudo estão associados de forma significativa ao nível global de inteligência emocional dos participantes deste estudo, tal como encontrado por Vilela (2006), que mostraram haver uma relação positiva entre o tempo de serviço e algumas dimensões de inteligência emocional, tais como a perceção das emoções próprias e a empatia. Desta forma é possível acreditar que a relação entre o utente e o enfermeiro se torna numa forma de aprendizagem de inteligência emocional e maturidade emocional.

É importante referir que todas as dimensões da inteligência emocional e no global, os valores se situam acima da média do valor médio possível para as escalas

Todas as dimensões de inteligência emocional se correlacionaram positivamente entre si, apresentando valores de correlação significativos. Também a mesma correlação positiva foi obtida quando relacionada a inteligência emocional com o *job engagement*.

Em relação ao *job engagement*, esta variável apresentou uma média elevada semelhante à encontrada noutro estudo em que a amostra também era composta por enfermeiros em contexto hospitalar em Portugal (Cardoso, 2009). O número de anos na profissão de enfermeiro, o número de anos de trabalho na instituição em estudo e o número de anos na especialidade de oncologia, quando correlacionado com o *job engagement*, apresenta uma correlação positiva. Este resultado, e recorrendo a estudo de Hakanen e Roodt (2010) significa que, a existência de recursos de trabalho (exemplo: salário), contribui para tornar os indivíduos mais *engajados* e envolvidos no trabalho. Segundo os autores, com o tempo, estes profissionais tendem a tornar-se mais energéticos, aproveitam as vantagens dos recursos que já existem e procuram melhorá-los ou criam novas oportunidades.

Verificou-se que o *job engagement* está positivamente associado com a compreensão das emoções dos outros e com o autocontrolo perante as críticas. Compreender as emoções dos outros, faz com que os indivíduos se sintam mais confortáveis no seu trabalho, com as situações de desconforto que vão surgindo.

7. Conclusão

Os resultados deste estudo evidenciam a relação entre inteligência emocional e *job engagement* no contexto da enfermagem em oncologia

É sabido que o desenvolvimento das competências em inteligência emocional, permite a prevenção de problemas comportamentais desviantes (nomeadamente, o aumento do consumo de drogas e de álcool) Mayer et al., 2004), e, a nível organizacional, a quebra de produtividade, o absentismo, reformas precoces e atestados prolongados. Esta formação de desenvolvimento das competências em inteligência emocional, reveste-se de um carácter primordial para os cargos de chefias, nomeadamente porque os enfermeiros envolvidos em cargos de chefia apresentam seis vezes mais probabilidade de ter altos níveis de stress, visto que é da responsabilidade dos líderes encaminhar as emoções na direção certa (Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, 2002).

Líderes emocionalmente inteligentes são melhores comunicadores e mais eficientes. Com efeito, a inteligência emocional pode contribuir para um ambiente de trabalho mais agradável e afetar positivamente a satisfação no trabalho, assim como proporcionar uma gestão eficiente e o desenvolvimento das empresas. Ao aumentar a qualidade da comunicação no local de trabalho, a inteligência emocional promove significativamente os níveis de saúde mental e de gestão do *stress* (Hosseini, J., Yazdi, S., Zahara, S., & Faith-Ashtiani, 2008).

Como é sabido, a inteligência emocional é um constructo geral que descreve a competência para avaliar e expressar emoções e usá-las para promover a motivação e a tomada de decisões (Mayer, J., & Salovey, 1995). As pessoas emocionalmente mais inteligentes conseguem tomar consciência do *stress* ou medo e controlá-lo, assim como tomar consciência e perceber as emoções das pessoas à sua volta (Kannannatt, 2008). O ensino e o treino da inteligência emocional melhoram a ansiedade situacional, pelo que a inteligência deve ser desenvolvida em programas de gestão do *stress*, uma vez que reduz o *stress* situacional nos enfermeiros. As competências em inteligência emocional não são meramente inatas; são capacidades que devem ser desenvolvidas para se atingirem performances superiores.

A empatia, a capacidade de compreender as emoções dos outros, assim como a capacidade de os indivíduos se relacionarem, são vistas como características essenciais dos enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência. Atualmente, a inteligência emocional é vista como uma característica importante para a construção de liderança bem-

sucedida na área da enfermagem, melhorando o desempenho e reduzindo o desgaste dos enfermeiros (Vitello-Cicciu, 2003).

A formação emocional dos enfermeiros deve iniciar-se na formação base, mas deve ser fomentada na perspetiva da formação contínua em ambiente laboral (Kannannatt, 2008). Deve ser uma maturação sustentada. Estudos recentes referem que os enfermeiros com maiores níveis de inteligência emocional manifestam uma menor intenção de deixar a organização. No contexto das organizações, a rotatividade leva a custos mais elevados (integração de novos elementos) e cuidados de saúde de menor qualidade (devido à inexperience dos profissionais), que devem e podem ser evitados. As pessoas com elevados níveis de inteligência emocional são pessoas mais felizes e mais saudáveis (Mayer, J., & Salovey, 1995). As emoções são contagiosas e todas as pessoas de uma equipa são influenciadas positiva ou negativamente, pelos sentimentos dos outros. A inteligência emocional coletiva permite aos profissionais a gestão das emoções para desta forma, otimizar a cooperação, a eficácia e colaboração entre si. As organizações, ao melhorarem a inteligência emocional dos seus profissionais poderão ter um efeito potenciador global com melhores resultados operacionais e com reflexos na satisfação dos clientes (Goleman, 2002).

Embora existam alguns estudos na área inteligência emocional no contexto da saúde mas são poucos os estudos da inteligência emocional em enfermeiros, e não foi possível encontrar qualquer estudo que analise o impacto de défice de inteligência emocional quer nos seus comportamento de cuidar, como na satisfação dos seus clientes. Esta é claramente uma área de investigação a explorar.

O bom desempenho dos colaboradores depende do estado emocional das pessoas que nela trabalham. Os sinais claros de exaustão emocional traduzem-se na perda de eficiência da produtividade e no aumento dos erros clínicos. Caso se verifique em vários colaboradores ao mesmo tempo, o desempenho da organização como um todo será seriamente afetado (Goleman, 1995). As emoções são contagiosas e todas as pessoas de uma equipa são influenciadas quer pela positiva, quer pela negativa, pelos sentimentos dos outros.

No contexto de oncologia em que os participantes no estudo se encontram, sabendo que diariamente se deparam com situações difíceis que colocam à prova a resistência e o controlo das emoções, é essencial perceber que este se encontram e situação de bem estar e *engajados* de forma a fazer face às situações com que se deparam.

Espera-se assim que este estudo contribua para aumentar o conhecimento sobre os conceitos estudados no âmbito da profissão da enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

- Akomolafe, M. & Popoola, O. (2011). Emotional intelligence and locus of control as predictor of burnout among secondary school teachers in Ondo State, Nigéria. *European Journal of Social Sciences*, 20, 369–378.
- Amâncio, L.S., & Joaquim. (2004). Género e enfermagem: Um estudo sobre a minoria masculina. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 44, 71–81.
- Amândio, S. L. (2002). *O lugar social da emoções da investigação científica em ciências sociais. Dissertação de Mestrado*. Universidade Nova de Lisboa.
- Anselmi, M., Duarte, G., A. (2001). Sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9, 13–18.
- Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2005). The cross-over of burnout and work engagement among working couples. *Human Relations*, 58, 661–689.
- Branco, A. (2004). *Auto-Motivação*. (Quarteto, Ed.) (1ª edição.). Coimbra: Quarteto.
- Cadman, C., Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management.*, 9, 321–324.
- Cardoso, D. (2009). Engagement nos enfermeiros: qual o papel do líder transformacional?
- Ceitel, D. (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. (E. Silabo, Ed.) (Edições Si.). Lisboa.
- Ceitel, M. (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. (Edições Sí.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Cerqueira, C. (1999). *Uma perspectiva filosófica do cuidar - Enfermagem oncológica*. (Enfermagem Oncológica, Ed.) (pp. 41–49). Porto: Enfermagem oncológica.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique humaniste*. (Gaetan Morin, Ed.). Montréal.
- Chaves, et al. (2000). Coping: significados, interferência no processo saúde - doença e relevância para a enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*. 2, 34, 370–375.
- Colell Brunet, R. (2004). Implicación de la inteligencia emocional en profesionales de cuidados paliativos. *Libro de Ponencias. Sevilla: Unidad de Coordinación Y Desarrollo de La Investigación En Enfermería*, 8, 56–59.

- Colliére, M. F. (1989). Promover a vida. In *Promover a vida* (Sindicato .). Sindicato dos enfermeiros Portugueses.
- Colliére, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (Lusociência, Ed.) (2ª edição.). Loures: Lusociência.
- Cunha, M. P. & Rego, A. (2002). Liderança Emocional Electrificante.
- Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes, Emoção, razão e cérebro humano*. (E. América, Ed.) (9ª edição.). Mem Martins: Europa América.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. (Publicações Europa América, Ed.) (Publicação.). Lisboa: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de espinosa: As emoções sociais e a neurologia do sentir*. (E. América, Ed.). Mem Martins: Europa América.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, FF., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, No.3, 499–512.
- Dias, C. (2005). Liderança em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem. Amadora: IFE: Instituto de Formação Enfermagem, Lda*, 46–52.
- Dias, J. (1998). Assertividade e relações de trabalho. *Revista Informar*, 13–17.
- Dingman, S. K. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration.*, 12, 29–30.
- Diogo, P. (2004). *A vida emocional do enfermeiro na sua prática cuidadora - Tese de mestrado*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro. Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. (Formasau, Ed.) (1ª edição.). Coimbra.
- Dos Santos Curado, A.; Camacho Cardoso, Maria.; Mendes Gaspar, M. (2003). O ensino da enfermagem em Portugal. *Revista Enfermería Em Portugal*, 3.
- Du gas, B. W. (1978). *Enfermagem prática*. (Interamericana, Ed.) (4ª edição.). Interamericana.
- Durá, M. do R. D. (2002). *Territórios da psicologia oncológica - Manuais universitários 22*. (C. Editores, Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Espiney, L. (2004). Implementação do processo de Bolonha a nível nacional: Grupos por área de conhecimento - Enfermagem: relatório.
- Esteves, R. (1995). *Os profissionais de saúde para uma intervenção humanizada do sofrimento*. (Divulgação., pp. 27–30). Lisboa.

- Ferrario, R. . et al. (2003). A comparative assessment of psychological and psychosocial characteristics of cancer patients and their caregivers. *Psyco-Oncology*, 12, 1–7.
- Ferreira, N. M. (1996). *A difícil convivência com o câncer: um estudo das emoções na enfermagem oncológica*. Revista da escola de enfermagem da universidade de São Paulo. Universidade de São paulo.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação*. (Lusociência, Ed.). Lisboa.
- Freshwater, D., Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2), 91–98.
- Germano, A. et al. (2003). Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários. (Ordem dos .). Ordem dos enfermeiros.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. (Objectiva, Ed.) (Objectiva.). Lisboa: Objectiva.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional* (3º edição.). Lisboa: Lisboa: temas e debates.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. (T. e Debates, Ed.) (Temas e De.). Lisboa: Temas e Debates, Lda.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. . (2002a). *O poder da inteligência emocional*. (Campus, Ed.) (Campus.). Lisboa: Campus.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. . (2002b). *Os novos líderes: A inteligência emocional nas organizações*. (Gradiva, Ed.) (Gradiva.). Lisboa: Gradiva.
- Gomes, M. (1990). *Ciência e arte em educação: um estudo exploratório*. Faculdade de Ciências. Lisboa.
- González-Romá, V., Schaufeli, W.B., bakker, A., Lloret, S. (2006). Burnout and engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165–174.
- Hakanen, J. & Roodt, G. (2010). *Using the job demands-resources model to predict engagement: analysing a conceptual model*. In *Work engagement: A handbook of essential theory and research*.
- Henderson, V. (1961). *La natureza de la enfermería*. (Reflexiones, Ed.) (Reflexione., pp. 7–8). Reflexiones.
- Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte*. (E. Noticias, Ed.). Lisboa: Editorial Noticias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital - enquadra os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. (Lusociência, Ed.) (Lusociência.). Lusociência.
- Hosseinian, J., Yazdi, S., Zahara, S., & Faith-Ashtiani, A. (2008). Emotional Intelligence anda job satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 8(5)(903-906).

- Isikhan, V. et al. (2004). Job stress and coping strategies in health care professionals working cancer patients. *European Journal of Oncology*, 8, 234–244.
- Jesus, S. N. (2004). *Psicologia da educação*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Kannannatt, J. (2008). Emotional Intelligence: theory and description. *Career Development International*, 13(7), 614–629.
- Kubler - Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. (Martins Fontes, Ed.) (7ª edição.). Lisboa.
- Kurtz, M. E. et al. (2002). Preditors of symptomatology of geriatric patients with lung cancer - A longitudinal analysis. *Psyco-Oncology*, 11, 12–22.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. (Springer Company, Ed.). New York.
- Leitão, V. (2010). *Savoring engagement profissional: o papel moderador do tipo de eventos positivos na relação entre estratégias de savoring e engagement nos trabalhadores temporários*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. (L. Formasau - Formação e Saúde, Ed.) (Formasau -.). Coimbra.
- Machado, P., Porto-Martins, P., Amorim, C. (2012). Engagement no trabalho entre profissionais de educação. *Revista Intersaberes*, 7, 193–214.
- Mackereth, P. et al. (2005). Improving stressful working lives: complementary therapies, couselling and clinical supervision for staff. *European Journal of Oncology*, 9, 147–157.
- Martins, F. R. P. et al. (2003). Inteligência emocional - um desafio para a enfermagem. *Nursing*, 15, 28–30
- Mayer, J. (2006). A desing of caring to develop the advanced emercengy. *Nursing Journal New*, 28, 258–264.
- Mayer, J. D. Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theorm findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197–215.
- Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, S. (2007). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507–536.
- Mayer, J., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the constrution and regulation of feelings. *Appllied and Preventive Psycology*, 4, 197–208.
- McQueen, A. (2004). Emotional Intelligence in nursing work. *Integrative Literature Reviews and Meta-Analyses*, 47(1), 101–108.

- McVigar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44 (6), 633–642.
- Mercadier, C. (2002). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. (Lusociência, Ed.) (Lusociência). Loures.
- Mezono, J. C. (2001). *Gestão das qualidade da saúde - princípios básicos*. (Manole, Ed.) (1ª edição.).
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. (N. Y. McGraw-Hill, Ed.) *Psychometric theory* (2 ed.). New York.
- Pinto, A. M.; Chambel, M. J. (2008). *Burnout e engagement em contexto organizacional - Estudos com amostras portuguesas*. (Livros Horizonte, Ed.). Lisboa.
- Queirós, P. (2004). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses. Tese de doutoramento não publicada*. Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Rebocho, R., Semedo, C., & Santos, N. (2011). Recursos laborais e engagement e desempenho dos trabalhadores: um estudo numa empresa da área da grande distribuição. *Revista Psychologica*, 54.
- Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: desarrollo y validacion de un instrumento de medida. *Interamericana de Psicologia*, 39, 1–184.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., & Cunha, M. (2009). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Services Industries Journal*, 1–19.
- Rispali, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. (Lusociência, Ed.). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, F., Barroso, A. (2008). Avaliação do engagement nos docentes da Escola de Saúde Dr. Lopes Dias. *Bioanálise, Ano V, No .*
- Sá, E. (1996). A especificidade da enfermagem oncológica. *Revista Enfermagem Oncológica, Ano 0*, 15–17.
- Salanova, M., Schaufeli, W. (2008). A cross-national study of workengagement as a mediator between job resources and proactive behaviour. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116–131.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., & Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement: una nueva perspectiva? *Revista Psicol Organiz*, 16, 117.
- Salanova, M.; Schaufeli, W. B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behaviour: The international journal of human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116–131.

- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. In imagination. *Cognition and Personality*, 9, 185–211.
- Salvage, J. (1990). Theory and practice of the new nursing. *Nursing Times*, 42–45.
- Santos, C. (2004). Valores universais na prática de enfermagem; verdade e justiça. *Ordem Dos Enfermeiros.*, 15^a, 17–19.
- Saraiva, A. P. F. C. (2007). *Competências sociais e emocionais na relações interpessoais da equipa de enfermagem*. Universidade de Évora.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293–315.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B. & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement.*, 66, 701–716.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Salanova, M., Marques Pinto, A., Martinez, I. M. (2002). Burnout and engagement in university students: a cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464–481.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M. (2007). Work Engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations.*, 135–177.
- Schaufeli, W., Bakker, A. (2009). UWES - Utrecht work engagement scale preliminary manual. *Occupational Health Psychology Unit: Utrecht University*.
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra.
- Serrão, D; Nunes, R. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. (Porto Edit.). Porto Editora.
- Strichland, D. (2000). Emotional intelligence the most potent factor in the success equation. *Jona*, 30, 118–130.
- Tapia, M. (2001). Measuring emotional intelligence. *Psychosocial Reports*, 88, 353–364.
- Trivellas, P., Gerogiannis, V., & Svarna, S. (2011). The impact of emotional intelligence on job outcomes and turnover intention in health. *International Conference on Integrated Information, Greece: Kos Island*.
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: Validação de um instrumento de medida*. *Dissertação de Mestrado em Gestão Pública*. Universidade de Aveiro.
- Vitello-Cicciu, J. M. (2003). Emotional Intelligence. *Nursing Management*, 29–32.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem*. (Lusociência, Ed.) (Lusociência, pp. 27–67). Loures: Lusociência.
- Willians, S. A. (1997). The relationship of patient's perceptions of holistic nurse to satisfaction with nursing care. *Journal Nurse Care Quality*, 11, 15–29.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 22, 1–11.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Autorização da aplicação do questionário

Lucie Barreira

From: pcarvalho@ipolisboa.min-saude.pt
To: luciebarreira@live.com.pt
CC: mtcarneiro@ipolisboa.min-saude.pt; mfernandes@ipolisboa.min-saude.pt; capires@ipolisboa.min-saude.pt; maparicio@ipolisboa.min-saude.pt; hmagalhaes@ipolisboa.min-saude.pt; aritto@ipolisboa.min-saude.pt; vlopes@ipolisboa.min-saude.pt
Date: Fri, 30 Aug 2013 17:46:44 +0100
Subject: Trabalho de Investigação

Boa tarde Lucie Barreira,

Venho por este meio informar, que o seu pedido para recolha de dados no âmbito do projecto de investigação « Inteligência emocional e Job Engagement em enfermeiros no contexto oncológico, foi autorizado.

Solicita-se que entre em contacto com os respectivos enfermeiros chefes, de forma a articular dia/hora, para entrega dos respectivos questionários.

Serviço de Ginecologia, Urologia, Pneumologia – Enf^a Rosário Fernandes
Serviço de Cirurgia Cabeça e Pescoço/ORL – Enf^a Carlos Pires
Serviço de Hematologia – Enf^a Madalena Aparício
Serviço de Cirurgia Geral – Enf^a Helena Magalhães
Clínica da Dor – Enf^a Cristina Ritto
Serviço de Oncologia Médica – Enf^a Vasco Lopes.

Com os melhores cumprimentos,

Paula Carvalho
Conselho de Administração

Instituto Português de Oncologia
de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Telf: 217229824
Ext: 1239; Bip: 4154

Lucie Barreira

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



HOSPITAL DE
SANTAMARIA



Hospital
Pulido Valente

Exma. Senhora
Lucie Nunes Barreira
Rua Afonso Lopes Vieira, nº 42, 2ºD
1700-015 LISBOA

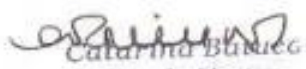
Assunto: Pedido de autorização para aplicação de um questionário autoadministrado, a efectuar no âmbito da dissertação de mestrado intitulado "A inteligência emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto oncológico" integrado no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde.

Vimos pela presente informar, que se encontra autorizada a aplicação de um questionário autoadministrado, a efectuar no âmbito da dissertação de mestrado intitulado "A inteligência emocional: associação com job engagement em enfermeiros, no contexto oncológico" integrado no Mestrado de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (FCTS-ULHT), a efetuar nos Serviços de Hematologia, UTIDH/UTMO, Hospital Dia Oncologia e Radioterapia.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 22 de Agosto de 2013

A Enfermeira Directora


Catarina Buiúcc.
Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

APÊNDICE II – Consentimento informado e questionário utilizado no estudo

Nº: _____

Consentimento informado para participar no trabalho de investigação

“Inteligência Emocional: Associação com o Job Engagement em enfermeiros no contexto oncológico”

Venho por este meio solicitar a sua participação no estudo “Inteligência Emocional: Associação com o Job Engagement em enfermeiros no contexto oncológico”, através do preenchimento de um questionário. Este estudo faz parte da minha dissertação de mestrado, pela faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade Lusófona de Tecnologias e Humanidades.

A sua participação é importante para compreender melhor a forma como os enfermeiros gerem as emoções no difícil contexto de tratamento oncológico, e a forma como esta gestão promove o envolvimento positivo com a prática de enfermagem nesta área de cuidados de saúde. A sua participação é voluntária pelo que pode desistir a qualquer momento, sem quaisquer consequências. O seu anonimato é garantido, não sendo recolhidos dados pessoais. Os dados serão tratados de forma agrupada e no exclusivo âmbito deste estudo.

Com base no pré-teste do questionário, o tempo médio de preenchimento não ultrapassa os 15 minutos. Não existem respostas certas ou erradas, tratando-se apenas da sua opinião e experiência pessoal.

Para qualquer esclarecimento adicional, estou disponível através do seguinte endereço eletrónico: luciebarreira@live.com.pt

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

Data: _____

Assinatura do Investigador:

Assinatura do Participante:

A Afirmação não se aplica rigorosamente a mim	Não se aplica	Aplica-se muito pouco	Aplica-se alguma coisa	Aplica-se bastante	Aplica-se muito	A afirmação aplica-se completamente a mim
1	2	3	4	5	6	7

1. Quando as pessoas falam comigo, tenho tendência a pensar noutras coisas ☐
2. Raramente penso acerca do que estou a sentir ☐
3. Compreendo os meus sentimentos e emoções ☐
4. Não lido bem com as críticas que me fazem ☐
5. Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele ☐
6. Reajo com calma quando estou sob tensão ☐
7. Posso identificar as emoções dos outros olhando-os "olhos-nos-olhos" ☐
8. Não reparo nas minhas reações emocionais ☐
9. Sou indiferente à felicidade dos outros ☐
10. Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados ☐
11. Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio ☐
12. Nunca tomo em conta os meus sentimentos para orientar a minha vida ☐
13. Concluo a maior parte das coisas que começo ☐
14. Quando sou derrotado num jogo perco o controlo ☐
15. O sofrimento alheio não me afeta ☐
16. Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas ☐
17. Consigo acalmar-me sempre que estou furioso ☐
18. Não gosto de festas de aniversário de crianças ☐
19. Compreendo as causas das minhas emoções ☐
20. Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas ☐
21. A maior parte das pessoas sente-se à vontade para falarem comigo acerca dos seus sentimentos ☐
22. Quando necessito de me concentrar, afasto as emoções que podem prejudicar-me ☐

- | | |
|---|--------------------------|
| 23. Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções | ☐ |
| 24. Sou indiferente aos ferimentos de um animal | ☐ |
| 25. Tenho aprendido muito sobre mim mesmo prestando atenção aos meus sentimentos | ☐ |
| 26. Fico alegre quando vejo as pessoas em redor felizes | ☐ |
| 27. Tenho dificuldade em conversar com as pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus | ☐ |
| 28. Normalmente encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor | ☐ |
| 29. Fico irritado quando me criticam, mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão | ☐ |
| 30. Sou uma pessoa Auto motivada | ☐ |
| 31. Percebo bem os sentimentos das pessoas com quem me relaciono | ☐ |
| 32. Raramente fico furioso | ☐ |
| 33. De uma forma geral tenho consciência dos meus sentimentos | ☐ |
| 34. Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir | ☐ |
| 35. Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos | ☐ |
| 36. Dou o melhor para alcançar os objetivos a que me propus | ☐ |
| 37. Quando estou triste sei quais são os motivos | ☐ |
| 38. É difícil para mim aceitar uma crítica | ☐ |
| 39. Preocupo-me com um amigo que está doente | ☐ |
| 40. De uma forma geral costumo estabelecer objetivos para mim próprio | ☐ |
| 41. Sei bem o que sinto | ☐ |

Os itens que se seguem referem-se a sentimentos, crenças e comportamentos relacionados com a sua experiência profissional. Por favor responda a cada um dos itens de acordo com a escala de respostas que se segue, cujos valores variam entre 0 (se nunca teve esse sentimento ou crença) e 6 (se o tem sempre).

Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez ou mais por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
0	1	2	3	4	5	6

Por favor, para responder aos itens **PENSE NAS SUAS TAREFAS PROFISSIONAIS**, e avalie com que frequência tem cada um dos seguintes sentimentos, crenças ou comportamentos:

Com que frequência? (0-6)

- No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia ☐
- Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade ☐
- O tempo passa a voar quando estou a trabalhar ☐
- No meu trabalho sinto-me com força e energia ☐
- Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho ☐
- Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda ☐
- O meu trabalho inspira-me ☐
- Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar ☐
- Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente ☐
- Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho ☐
- Estou imersa(o) no meu trabalho ☐
- Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos ☐
- O meu trabalho é desafiante para mim ☐
- "Deixo-me ir" quando estou a trabalhar ☐
- Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho ☐
- É-me difícil desligar-me do meu trabalho ☐
- No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem ☐

Quais os fatores mais stressantes na relação com o doente oncológico? [Marque com uma cruz os aspectos que considera serem mais stressantes para si.]

- ☐ Comunicar a o diagnóstico oncológico ao doente/familiares
- ☐ Comunicar a notícia de que o tratamento não está a obter os efeitos desejados/esperados ao doente/familiares
- ☐ Comunicar a notícia de morte do doente, a familiares
- ☐ Lidar com o tratamento terminal
- ☐ Lidar com as queixas de dor ou desconforto do doente
- ☐ Lidar com agressividade/zanga do doente

Existem acontecimentos de vida que podem aumentar significativamente o stress. Nos últimos 12 meses passou por algum acontecimento marcante, por stress ou por outras emoções negativas?

- ☐ Não
- ☐ Sim

De 1 ("nada perturbador") a 10 ("muitíssimo perturbador"), Até
que ponto esse (s) acontecimento (o) foi perturbador?

Para terminar..

1. Idade:

2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

3. Situação Familiar:

☐ Solteiro ☐ Casado/União de facto ☐ Divorciado/Separado/Viúvo

4. Habilitações académicas:

- ☐ Bacharelato
- ☐ Licenciatura (Pré Bolonha)
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutoramento

5. Há quantos anos exerce a profissão de enfermagem?
6. Há quantos anos trabalha nesta instituição?
7. Número de anos de serviço na especialidade de oncologia:
8. Tem Filhos? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, são dependentes? ☐ Sim ☐ Não
9. No seu trabalho, exerce funções de chefia? ☐ Sim ☐ Não
10. Relativamente à sua situação nesta instituição:
- 10.1 Tipo de vínculo:
- ☐ Quadro da função pública
- ☐ Contrato individual de trabalho a termo certo
- ☐ Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo)
11. Trabalha noutra/s organizações? ☐ Sim ☐ Não
12. Em média, quantas horas trabalha por dia nesta instituição?
13. Em média, quantas horas trabalham por semana (considerando todas as instituições onde trabalha)?
14. Algumas das dificuldades que sente no seu trabalho devem-se às seguintes causas:
- ☐ Recursos físicos insuficientes
- ☐ Necessidades de um maior número de profissionais
- ☐ Acumular de funções
- ☐ Recursos materiais insuficientes ou desadequados
- ☐ Dispêndio de tempo na realização de problemas burocráticos
- Outras: _____
15. O rendimento do seu agregado familiar é o suficiente para as suas necessidades? Sim ☐ Não ☐

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!