

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Ângela Cristina Rebelo *
Rosa Lopes Martins†

Resumo: Nos últimos anos, diversos estudos têm demonstrado que o sentido das emoções na saúde tem vindo progressivamente a ser valorizado, bem como o reconhecimento de que, a Inteligência Emocional (IE) é a que melhor responde às exigências dos atuais sistemas de saúde. **Objetivo:** Avaliar a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares têm efeito significativo nessa Inteligência. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 106 profissionais de saúde a exercerem a sua atividade profissional em unidades de internamento da RNCCI na região centro do País. O instrumento de colheita de dados agrega um questionário de caracterização sociodemográfica, um de caracterização profissional, a Escala de Apgar Familiar e por último, o Questionário de Competência Emocional (QCE). Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 19. **Resultados:** A amostra é maioritariamente feminina, casada, com uma média de idades de 34,13 anos. As classes profissionais mais representadas são a médica, a de enfermagem e de fisioterapia. Os dados obtidos revelam associações significativas entre a IE e a profissão, o grau académico, a formação e a funcionalidade familiar. As restantes variáveis em estudo não influenciam a IE da nossa amostra. Como variáveis preditivas de IE aferimos o número de elementos do agregado familiar e a funcionalidade familiar, sendo esta última a que apresenta maior peso preditivo. **Conclusão:** As evidências, tornam claro que, os profissionais de saúde devem apostar no desenvolvimento das

* Fisioterapeuta na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Aguiar da Beira

† Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. E-mail: rmartins.viseu@gmail.com

habilitações académicas e a RNCCI fomentar a formação dos seus cuidadores formais. A funcionalidade familiar dos profissionais do cuidar deve ser estimulada com vista à prestação de cuidados emocionalmente inteligentes que contribuam para a humanização dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Funcionalidade Familiar, Inteligência Emocional

Title: EMOTIONAL INTELLIGENCE OF HEALTH PROFESSIONALS IN THE NATIONAL NETWORK FOR INTEGRATED CONTINUOUS CARE

Abstract: *In recent years, several studies have shown that the sense of emotions in health has been progressively enhanced, and that the Emotional Intelligence (EI) is the one that best meets the demands of today's healthcare systems. Aim: Assess the Emotional Intelligence of health professionals of the National Network for Integrated Continuous Care (NNICC) and verify the extent to which socio-demographic, family and professional variables have significant effects on that Intelligence. Methodology: This is a quantitative, non-experimental, transverse study in a descriptive and correlational logic of analysis. The sample consists of 106 health professionals who work in internment units NNICC in the center of the country. The instrument for data collection adds a sociodemographic questionnaire, a professional characterization questionnaire, the Family Apgar Scale and finally the Emotional Competence Questionnaire (ECQ). For the statistical analysis we used SPSS version 19. Results: The sample is mostly female, married with an age average of 34.13 years. The most represented professional categories are the medical, nursing and physiotherapy. Data collected Data showed significant associations between EI and the profession, the academic degree, training and family functionality. The other study variables did not influence EI in our sample. As predictive variables of EI we assessed the number of members of the household and family functionality, the latter being the one with the greatest predictive weight.*

Conclusion: *Given this evidence, it is clear that health professionals should focus on upgrading academic qualifications and the NNICC should promote the training of their formal caregivers. Furthermore, the familiar functionality of health professionals should be encouraged in order to make them provide emotionally intelligent care contributing to the humanization of the health care.*

Keywords: Health Professionals, National Network for Integrated Continuous Care, Family Functionality, Emotional Intelligence

INTRODUÇÃO

A Inteligência Emocional é uma temática de investigação científica relativamente recente, apesar de expressa na literatura desde o século XX. No entanto, a sua compreensão e interação por parte dos profissionais de saúde aparenta ser parca na actualidade (Costa & Faria, 2009a).

Peter Salovey e Jonh Mayer assumem-se como protagonistas neste construto, uma vez que no início da década de 90 criaram a expressão “Inteligência Emocional” referindo-se à habilidade de compreender, avaliar, controlar e expressar adequadamente as emoções, com vista ao desenvolvimento emocional e cognitivo (Campos, 2010). Ainda assim, foi Daniel Goleman quem popularizou e estruturou o conceito da IE, ao publicar em 1995, o livro *Inteligência Emocional*, no qual expôs uma abordagem científica desta concepção, defendendo que a dimensão emocional influencia a inteligência (Costa, 2009).

Para Mayer e Salovey (1997, p.5) a Inteligência Emocional combina dois conceitos, a cognição e a emoção, que num primeiro olhar nos parecem distintos, mas que se complementam: as emoções podem “tornar o pensamento mais inteligente” e que podemos “pensar inteligentemente acerca das emoções”.

Goleman (2003, p. 33) defende que a Inteligência Emocional é a aptidão que o indivíduo tem para se motivar a si próprio e controlar o seu estado de espírito, de forma a impedir que o desalento domine a capacidade de pensar. O mesmo autor faz referência à Competência Emocional, como sendo “uma capacidade apreendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho”.

De acordo com os conceitos referidos, diremos que a expressão «Inteligência Emocional» será utilizada em termos conceptuais teóricos e a expressão «Competência Emocional», será empregue maioritariamente quando nos referirmos aos dados que emergirem da componente empírica.

António Damásio foi também um dos cientistas que mais se debruçou sobre esta temática, salientando-se que os seus estudos na área das neurociências contribuíram para a conceção de que os sistemas cognitivos e emocionais estão interligados, tendo assim demonstrado a impossibilidade de se separar a racionalidade das emoções, uma vez que a inexistência destas modifica as decisões supostamente racionais (Agostinho, 2008; Campos, 2010).

A influência das emoções, em diversos domínios da existência e da atividade humana é reconhecida como uma parte estruturante da vida pessoal e profissional dos indivíduos (Vilela, 2006). Na área da saúde, a emoção detém particular relevância, uma vez que se lida diariamente com a condição humana, o que enfatiza a necessidade dos profissionais de saúde serem capazes de reconhecer e controlar as suas emoções.

Felizmente, nos dias de hoje, principia-se ainda que muito lentamente, a compreensão de que a inteligência cognitiva e a habilidade técnica de qualquer profissional, e em particular dos profissionais do cuidar, não são suficientes por si só, pois o êxito pessoal e profissional destes atores da saúde depende da capacidade de comunicar, da flexibilidade, da empatia, do espírito de interajuda, da autoconfiança, do saber estar, e especialmente do saber sentir e saber compreender (Goleman, 2003; Vilela, 2006). Assim, espera-se que os profissionais de saúde demonstrem sensibilidade profissional para identificar a vulnerabilidade do doente e, em simultâneo, diferenciar, de forma consciente, os seus próprios sentimentos e os do doente (Akerjordet & Severinsson, 2007).

A humanização dos cuidados e o impacto das emoções constituem assim, papéis decisivos no contexto da Saúde, que não devem ser esquecidos ou ignorados, uma vez que as consequências refletir-se-ão nos pacientes e nos profissionais de saúde, daí a pertinência do presente estudo. Assim, a inteligência emocional poderá assumir-se como uma aptidão individual útil na gestão das emoções, por parte dos profissionais (Costa & Faria, 2009b; Lima Santos & Faria, 2005).

O interesse pelo mundo das emoções e a gestão das mesmas tem sido perseverante ao longo da nossa atividade profissional constituindo uma apreensão que gostaríamos de analisar. Para além disso, a carência de trabalhos de investigação sobre a Inteligência Emocional nos profissionais de saúde em Portugal, determinou a nossa principal motivação para esta investigação, que esperamos que contribua para o esclarecimento e compreensão da influência do mundo emocional no exercer dos profissionais do cuidar.

Com a elaboração deste estudo pretende-se, como objetivo geral, avaliar a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares têm efeito significativo na mesma.

1. METODOLOGIA

Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadrámos o presente estudo no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

Esta investigação tem como objetivo geral, avaliar a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares têm efeito significativo na mesma. Assim, a presente investigação possui as seguintes variáveis:

- *Variável Dependente*: Inteligência Emocional
- *Variáveis Independentes* agrupadas em três grandes grupos, a saber:
 - *Variáveis sociodemográficas* (idade, o género, estado civil, número de elementos do agregado familiar e o local de residência);
 - *Variáveis de caracterização profissional* (profissão, o grau académico, a experiência profissional, a tipologia da unidade, a formação no âmbito dos cuidados continuados, a prestação de serviço noutra instituição e o vínculo laboral);
 - *Variáveis relativas à funcionalidade familiar* (adaptação intrafamiliar, participação/comunicação, desenvolvimento, afeto, resolução ou decisão).

Estas variáveis no seu conjunto, visam num primeiro momento proceder à caracterização da amostra em termos sociodemográfico, profissional e familiar e num segundo avaliar a sua interferência na variável dependente.

A população do nosso estudo são profissionais de saúde da RNCCI e a amostra é constituída por 106 profissionais de saúde, entre os quais 15 Médicos, 52 Enfermeiros, 32 Fisioterapeutas, 5 Assistentes Sociais e 2 Terapeutas da Fala a exercerem funções nas unidades de internamento na região Centro (distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Castelo Branco, Coimbra e Leiria) da RNCCI.

Optámos por uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, pois não podíamos especificar a probabilidade de um elemento pertencer à população, sendo que os elementos amostrais foram incluídos à medida que foram preenchendo os instrumentos de colheita de dados, até se atingir um número de indivíduos que garantisse representatividade (Coutinho, 2011; Fortin, 2009).

Tendo em conta os objetivos da presente pesquisa traçamos como critérios de inclusão, o facto de ser profissional de saúde a exercer funções na RNCCI.

Para a colheita de dados optámos por uma abordagem mista, ou seja, utilizaram-se instrumentos construídos por nós para o efeito, com vista à caracterização sociodemográfica e profissional dos elementos amostrais e ainda, escalas edificadas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente o APGAR Familiar e o Questionário de Competência Emocional (QCE).

1.1. Caracterização Sociodemográfica e Profissional

Pretendemos adquirir dados de carácter pessoal, como a idade, o género, o estado civil, o número de elementos do agregado familiar e, por último, o seu local de residência. Relativamente à caracterização profissional esta objetiva o conhecimento integral da situação académica e profissional dos elementos amostrais, abordando questões como a profissão, as habilitações académicas, o tempo de experiência profissional, a questão da formação específica no âmbito dos cuidados continuados, o local do exercício profissional e, por último, o vínculo laboral.

1.2. Escala de APGAR Familiar

A Escala de APGAR Familiar foi criada por Smilkstein em 1978 e adaptada para a população portuguesa por Azeredo em 1998. Este instrumento mensura a satisfação de um membro da família, no que respeita à assistência que lhe é prestada pelos demais membros da família (Andrade & Martins, 2011).

De acordo com Smilkstein (1978), Pavarini et al. (2006), Andrade e Martins (2011) a presente escala caracteriza aspetos básicos da unidade e funcionalidade de qualquer família:

- **Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar:** refere-se à utilização de recursos familiares, com vista à resolução de problemas quando o equilíbrio familiar é posto em causa;
- **Participação/comunicação (*Partnertship*)** – reciprocidade nas comunicações familiares e na tomada de decisões e consequentes responsabilidades;
- **Desenvolvimento (*Growth*)** – independência, disponibilidade da família para mutações de papéis e para alcançar a maturidade e/ou desenvolvimento psíquico, físico e emocional, sempre marcado pelo apoio familiar;

- **Afeto** (*Affection*) – presença de ligações de assistência ou carinho entre os diversos membros familiares;
- **Resolução ou decisão** (*Resolve*) – disponibilidade para outros elementos da família, estimulando-os física e emocionalmente. Tal implica a partilha de bens e espaço.

A APGAR Familiar é composta por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo possui sobre o funcionamento da sua família. Cada questão tem três alternativas de resposta, que equivalem ao “quase sempre” “algumas vezes” e “quase nunca” sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respectivamente. O tipo de relação familiar caracteriza-se de acordo com a pontuação total obtida, sendo que esta se obtém pelo somatório das pontuações atribuídas a cada uma das questões, e oscila entre os valores 0 (zero) e 10 (dez) pontos (Andrade & Martins, 2011; Smilkstein, 1978).

Quadro 1
Classificação da APGAR Familiar

Pontuação Total	Classificação
7-10	Funcionalidade familiar elevada
4-6	Disfuncionalidade familiar moderada
0-3	Disfuncionalidade familiar severa

Fonte: Andrade e Martins (2011) e Smilkstein (1978)

1.3. Questionário de Competência Emocional

O Questionário de Competência Emocional (QCE) foi adaptado ao contexto português por Lima Santos e Faria (2005), sendo a versão portuguesa do *Emotional Skills and Competence Questionnaire* originalmente desenvolvido na Croácia por Taksic (2000), baseando-se no modelo teórico de Mayer e Salovey (1997).

É composto por 45 itens que são respondidos através de uma escala de *Likert* de 6 pontos que oscila entre “Nunca” e “Sempre”. O QCE é constituído por três dimensões ou subescalas: a Percepção Emocional (PE) que inclui 15 itens e tem uma pontuação total de 90 pontos; a Expressão Emocional (EE) que contém 14 itens e um total de 84 pontos e finalmente, a Capacidade para Lidar (CL) com a Emoção que é composta por 16 itens e tem uma pontuação total de 96 pontos (Costa & Faria, 2009a). O ESCQ foi traduzido e adaptado para o contexto português (Lima Santos & Faria, 2005), passando a designar-se Questionário de Competência Emocional (QCE), no âmbito de um estudo que objetivou a validação intercultural do mesmo. O QCE foi aplicado ao contexto

educativo e mostra uma boa consistência interna para as dimensões Percepção Emocional (0,84) e Expressão Emocional (entre 0,83 e 0,84) e uma consistência razoável para a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção (entre 0,64 e 0,67). O estudo das propriedades psicométricas da escala de Medida da Inteligência Emocional revela que é efetivamente um instrumento com validade factorial pelo que tem indicação para ser aplicada em futuras pesquisas de âmbito científico, nomeadamente na área da saúde, daí termos optado por este questionário.

No que respeita aos procedimentos de colheita de dados foi pedida a autorização à Coordenação Nacional da Rede nacional dos Cuidados Continuados Integrados, para realizarmos o estudo nas unidades de internamento da região Centro do país. A autorização foi deferida pela entidade acima referida, sob o nome da coordenadora Dr^a Inês Guerreiro, que nos sugeriu estabelecer articulação com a Equipa de Coordenação Regional do Centro – Coimbra. Em simultâneo, procedeu-se à colocação do instrumento de recolha de dados num formato de questionário *on line* que era acedido através de um *link* referido no *e-mail* enviado para as unidades.

2. RESULTADOS

2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 106 elementos, sendo 73 do género feminino e 33 do masculino. A idade da amostra total oscila entre um valor mínimo de 22 e um máximo de 66 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 34,13 anos.

A distribuição dos elementos amostrais por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (67,0%) se encontra no primeiro escalão [20-35]; seguindo-se o segundo [36-50] para 26,4%, e como era de esperar, apenas 6,6% integra o grupo dos [51-65] anos. Os dados permitem-nos verificar que (44,3%) dos participantes são “casados”, seguindo-se os solteiros com (33,0%), os que se encontram em união de facto com 18,9% e apenas 3,8% se encontra divorciado. Relativamente ao agregado familiar constatamos, que o maior valor percentual pertence ao agregado com 3 elementos com 33%, seguindo-se os que tem 4 para 24,5% e os que têm 2 para 22,6%. Com menor representatividade existem ainda aqueles têm apenas um elemento ou 5 e mais. A análise por género demonstra que são apenas as mulheres as que possuem um elemento no agregado familiar, o maior valor percentual em ambos os sexos recai no item correspondente aos 3 elementos. Quanto ao

local de residência verifica-se que a grande maioria (63,2%) habita em meio urbano e os restantes 36,8% em meio rural.

2.2. Caracterização profissional da amostra

O grupo profissional mais representativo é a Enfermagem com 49,1%, seguindo-se os Fisioterapeutas com 30,2% e em terceiro lugar, os Médicos com 14,2%. Com menores valores percentuais, temos ainda os Assistentes Sociais e os Terapeutas da Fala. Considerando o grau académico, a maioria (47,1%) dos participantes possui o grau de licenciado, seguindo-se aqueles que possuem mestrado ou especialização com um valor próximo (46,2%), e por fim os doutorados com 6,7%. Para a experiência profissional dos diferentes inquiridos na RNCCI criámos dois escalões: os dados mostram que a maioria dos profissionais (50,9%) tem uma experiência superior ou igual a 4 anos e uma percentagem muito próxima (49,1%) tem uma experiência inferior ou igual a 3 anos.

Os resultados relativos à tipologia da unidade mostram que 35,8% dos participantes desempenha funções em unidades de média duração, 33,0% de longa duração, na terceira posição (20,8%) aparecem as unidades de convalescença e na última posição as de cuidados paliativos. Relativamente à formação específica no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressar na Rede verificamos que a maioria (53,8%) responderam que não e apenas 46,2% refere ter tido formação específica.

Quisemos ainda saber se prestavam serviço noutras Instituições e as respostas a esta questão mostram que na realidade 66,0% o faz e apenas 34,0% afirma não prestar. A análise por género mostra que são maioritariamente as mulheres aquelas que possuem duplo emprego, contrariamente aos homens que se distribuem de forma bastante equitativa pelos dois itens.

Quanto ao vínculo que os profissionais têm à instituição da RNCCI, os resultados mostram que 39,6% dos profissionais estão efetivos, 28,3% estão com recibos verdes, 19,8% com contrato indeterminado e os restantes 12,3% com contrato a termo certo. A análise por género demonstra que as mulheres detêm vínculos mais estabilizados que os homens, uma vez que estes estão em maior número a recibos verdes.

2.3. Caracterização da funcionalidade familiar da amostra

Os participantes estão maioritariamente satisfeitos com as diferentes ajudas (maiores valores percentuais recaem no item quase sempre) prestadas pelos membros das famílias à exceção da variável “tempo”, pois 46,2% dos inquiridos refere satisfação essencialmente no item “algumas vezes”. A análise por género mostra que o grau de satisfação é similar entre homens e mulheres, contudo o item mais negativo “quase nunca” é apontado essencialmente por mulheres a exceção do item tempo onde se regista um predomínio masculino.

Parcialmente verificamos que é no grupo masculino que se registam níveis superiores de funcionalidade ($\bar{X} = 6,00$; $Dp = 2,08$) quando comparado com o grupo feminino ($\bar{X} = 5,70$; $Dp = 1,97$) contudo as diferenças estatísticas não são significativas.

Quadro 2

Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar

Funcão Familiar	Masculino		Feminino		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Disfunção acentuada	3	2,8	2	1,9	5	4,7
Moderada disfunção	12	11,3	12	11,3	24	22,6
Altamente funcional	18	17,0	59	55,7	77	72,7
TOTAL	33	31,1	73	68,9	106	100,0

($X^2=8,089$; $p=0,018$)

2.4. Dimensões de competência emocional do QCE

Relembramos que o QCE é constituído por três dimensões ou subescalas: Perceção Emocional (oscila entre 15-90 pontos), Expressão Emocional (oscila entre 14-84 pontos), e Capacidade para Lidar com a Emoção (oscila entre 16-96 pontos). Assim na dimensão “perceção emocional” constatamos que os valores amostrais oscilam entre um mínimo de 33 e um máximo de 87, correspondendo-lhe uma média de 67,87. Na dimensão “expressão emocional” os valores oscilam entre um mínimo de 34 e um máximo de 74, correspondendo-lhe uma média de 58,63. Por fim, a dimensão “capacidade para lidar com emoções” tem valores que oscilam entre um mínimo de 48 e um máximo de 89, correspondendo-lhe uma média de 75,19.

3. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No início da investigação delineamos objetivos específicos com vista a caracterizar a amostra e compreender de que forma a Inteligência Emocional altera em função das diversas variáveis em estudo (sociodemográficas, profissionais e funcionalidade familiar).

3.1. Inteligência Emocional e Variáveis Sociodemográficas

Relembramos que 68,9% dos inquiridos são do género feminino e 31,1% do masculino, sendo que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala do QCE, contudo é o género masculino que apresenta médias mais elevadas nas 3 dimensões do QCE. Assim, para a nossa amostra, o género não influencia a IE, à semelhança dos resultados de Ângelo (2007), Campos (2010), Costa (2009). No entanto, a maioria dos autores (Agostinho, 2008; Areias, 2010; Forte, 2009; Goleman, 1997; Schutte et al., 2007) contraria os resultados obtidos na presente investigação, ao obterem valores superiores de IE no género feminino, independentemente do instrumento utilizado. A IE está associada pela maioria dos autores ao género feminino, pelo facto das mulheres apresentarem maiores capacidades de extroversão e adaptação a novas situações emocionais (Ângelo, 2007). Os nossos resultados podem ser explicados pelo facto da nossa amostra não ser equitativa, pois o género feminino é o dobro do género oposto, o que poderá eventualmente ter influenciado os resultados obtidos.

No que respeita à influência da idade na IE registam-se diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão da expressão emocional, sendo o grupo etário dos [30-35] o que mais facilmente exprime as suas emoções. Na dimensão capacidade para lidar com as emoções são os “mais velhos” que apresentam valores médios superiores. No que concerne à perceção emocional, o grupo etário dos [30-35] apresenta médias ligeiramente mais elevadas. Assim, a idade influencia somente uma das dimensões da IE, a expressão emocional, o que não nos permite afirmar que, a idade influencia a competência emocional. Tais resultados estão em consonância com Costa (2009) e Silva (2011) que se debruçaram sobre esta temática em adolescentes, jovens adultos e enfermeiros, tendo concluído que a IE daquelas populações não são influenciadas pela idade. Contrariamente, Campos (2010) refere que a pluralidade da literatura aponta níveis superiores de IE em indivíduos mais velhos.

Tal como referido, os elementos da amostra são maioritariamente casados (44,3%), sendo o estado civil com menor representação o de divorciado (3,8%). Verificámos que o estado civil não influencia as competências emocionais dos inquiridos. Estes resultados estão em conformidade com Costa (2009) e Forte (2009), todavia, os nossos resultados contrariam os estudos de Agostinho (2008) e Campos (2010), sendo que este último advoga que, o ser casado e a partilha poderá explicar a competência de se compreender melhor o outro e a maior habilidade para se sentir o que outro sente.

3.2. Inteligência emocional e Variáveis Profissionais

Relembramos que 49,1% são enfermeiros, 30,2% fisioterapeutas, 14,2% médicos, 4,6% assistentes sociais e por último, 1,8% terapeutas da fala. Constatámos que a atividade profissional dos inquiridos influi a sua IE. Verificámos ainda que são os “outros técnicos” (fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas da fala) que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões do QCE. Os nossos resultados vão ao encontro aos estudos de Vilela (2006) e de Domingues (2009) que objetivaram o estudo da inteligência emocional em enfermeiros e médicos. Domingues (2009) conclui que os médicos apresentam níveis inferiores de IE quando comparados com enfermeiros. Costa e Faria (2009a) estudaram a IE dos enfermeiros e de voluntários, tendo concluído que estes últimos se percebem como mais competentes na gestão emocional e na expressão de emoções do que os enfermeiros. Estudos com outros profissionais de saúde, são escassos, pelo que o presente estudo poderá “abrir portas” para que a investigação desta temática se estenda a outros profissionais de saúde.

A maioria dos indivíduos possuem uma licenciatura (47,1%), no entanto, com uma percentagem muito contígua (46,2%) registam-se os mestrados e/ou especialização. No que respeita à relação entre o grau académico e a IE verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão capacidade de lidar com as emoções ($p=0,097$), todavia, nas dimensões perceção emocional ($p=0,027$) e expressão emocional ($p=0,029$) registam-se diferenças estatísticas significativas. Assim, podemos afirmar que o grau académico dos participantes influencia o modo como percebem e exprimem as emoções. Estes resultados são discordantes de Vilela (2006) que conclui que o grau académico dos enfermeiros não influencia os seus níveis de IE. Todavia Campos (2010) aferiu que os professores do ensino especial que possuíam especialização, mantinham a calma com mais facilidade e expressavam-se emocionalmente de forma mais adequada.

Relativamente à experiência profissional dentro e fora da RNCCI verificámos que a mesma não influencia as competências emocionais dos profissionais de saúde. Tais resultados são discordantes dos obtidos por Costa e Faria (2009b), uma vez que aferiram diferenças significativas na dimensão capacidade para lidar com a emoção, a favor dos enfermeiros com maior número de anos de exercício profissional. Similarmente, Agostinho (2008), Lopes (2006) e Vilela (2006) apuraram que os profissionais com maior experiência profissional apresentam comportamentos de gestão de emoções e de relacionamentos emocionalmente mais inteligentes. Analogamente ao nosso estudo, Costa (2009) conclui não existir influência entre a variável tempo de serviço e IE. Os nossos resultados poder-se-ão justificar pelo facto das atuais organizações de saúde se centrarem, por norma, nos aspetos técnico-práticos dos profissionais, menosprezando as vantagens da inclusão e estimulação de competências emocionais nestes contextos. Neste sentido, a experiência profissional não deixa de ser uma possibilidade de promoção da IE dos profissionais de saúde, mas encontra-se profundamente relacionada com as experiências sucedidas no contexto organizacional (Costa & Faria, 2009a).

A IE pode ser desenvolvida e aperfeiçoada através da reflexão sobre a prática, que leva ao desenvolvimento pessoal e emocional. No contexto profissional, o crescimento da IE é um processo dinâmico, em que a pessoa celebra trocas constantes com modelos positivos e competentes emocionalmente, que por sua vez vão desenvolver a auto-reflexão sobre as suas práticas (Caruso et al., 2002; Costa & Faria, 2009a).

Os participantes que tiveram formação específica em cuidados continuados são emocionalmente mais competentes. Tal é concordante com o estudo de Agostinho (2008) ao verificar que os enfermeiros que adquiriram formação, possuem, em média, melhor perceção das suas capacidades emocionais, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Contrariamente Costa e Faria (2009a) concluíram que a competência emocional era idêntica entre os enfermeiros que tinham recebido e os que não tinham recebido formação.

No que concerne ao vínculo laboral com a instituição da RNCCI, aferimos que 39,6% estão efetivos, 28,3% prestam serviços a recibos verdes, 19,8% possuem um contrato indeterminado e por último, 12,3% um contrato a termo certo. Estatisticamente apenas se registam diferenças significativas na dimensão capacidade de lidar com emoções ($p=0,036$). Dentro desta dimensão, as diferenças são mais significativas ($p=0,028$) nos efetivos e nos que possuem contrato com tempo indeterminado. Desta

forma, aferimos que o tipo de vínculo laboral influencia somente a capacidade para lidar com as emoções. Assim, não podemos concluir que o vínculo laboral influencia a IE da nossa mostra. Os nossos resultados discordam dos obtidos por Agostinho (2008), uma vez que este autor verificou que os profissionais de saúde com contrato a termo certo mantinham uma postura emocionalmente inteligente em situações de conflito, comparativamente aos profissionais que detinham contratos estáveis (tempo indeterminado ou efetivos).

3.3. Inteligência emocional e funcionalidade familiar

A maioria (72,7%) dos elementos amostrais percecionam que as suas famílias são altamente funcionais, já 22,6% percecionam uma disfunção familiar moderada, por último, apenas 4,7% perceciona uma disfuncionalidade familiar acentuada. Ao tentarmos perceber a influência da funcionalidade familiar na Inteligência Emocional constatámos que existem diferenças estatisticamente altamente significativas ($p < 0,001$; $p = 0,000$) em todas as dimensões do QCE. Para além disso verificámos ainda que são os indivíduos que percecionam as suas famílias como sendo altamente funcionais que apresentam médias superiores em todas as dimensões da competência emocional. Deste modo, podemos afirmar que, a funcionalidade familiar dos participantes do nosso estudo influencia a sua IE.

Intentámos confrontar os nossos resultados com outros estudos, todavia percebemos que tal como sucedeu noutras variáveis, também para esta não conseguimos ter acesso a investigações que se debruçassem sobre a relação entre a funcionalidade familiar e a IE.

A importância da Inteligência Emocional provém da sua capacidade de prever importantes aspetos da vida do Ser Humano, incluindo o seu comportamento (Woyciekoski & Hutz, 2009).

CONCLUSÃO

No decorrer do século XX, as emoções foram menosprezadas enquanto objeto de estudo, quer pela sua especificidade, quer pelas limitações de investigação (Costa & Faria, 2009a). Todavia, o seu interesse não deve ser negligenciado, pois segundo Campos (2010) as emoções interferem no processo de raciocínio, podendo conduzir a comportamentos desadequados.

O atraso a nível do desenvolvimento teórico-prático do construto das emoções e consequentemente da IE, tem sido colmatado por recentes avanços ao nível das neurociências (Costa & Faria, 2009a; Damásio,

2000). Assim, embora ainda não apresente consistência e a autonomia teórico-conceitual e prática desejável, a Inteligência Emocional é, nos dias de hoje reconhecida como uma área de investigação incontornável para a compreensão do pensar, sentir e agir do Ser Humano (Goleman, 1997).

As mudanças e as pressões que incitam, atualmente, os sistemas de saúde e em particular, os do nosso país justificam e alicerçam o interesse crescente e o aumento de investigações sobre a IE na área da saúde, como é o caso do nosso estudo.

No que respeita às classes profissionais estudadas concluímos que são os fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas da fala, aqueles que detêm melhores competências emocionais. Destes, os que receberam formação no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressarem na RNCCI apresentam em todas as dimensões da competência emocional valores, francamente superiores, aqueles que não receberam formação, o que confirma a importância da formação contínua.

A funcionalidade familiar influi claramente a Inteligência Emocional dos nossos participantes. Evidencia-se que os profissionais que perceberam as suas famílias como altamente funcionais são os que possuem competências emocionais mais elevadas. De salientar que, a funcionalidade familiar e o número de elementos do agregado familiar, são variáveis preditivas de Inteligência Emocional. No entanto, importa referir que é a funcionalidade familiar que apresenta maior peso preditivo da inteligência emocional dos profissionais de saúde, contribuindo para explicar 53,7% da sua variabilidade.

Após comprovada influência da funcionalidade familiar na IE dos profissionais de saúde, parece-nos pertinente que os órgãos de gestão das unidades de saúde estejam atentos à componente familiar dos seus profissionais, mostrando por vezes, maior flexibilidade nas questões decorrentes da família, como por exemplo, doença de um familiar próximo, flexibilidade de horários em caso de famílias disfuncionais e acesso a apoio psicológico por parte dos profissionais quando necessário.

A presente investigação permitiu-nos compreender e otimizar a importância de cada um dos construtos em estudo para uma área profissional que se dedica à humanização dos cuidados, com todas as questões de ordem emocional e racional que lhe são inerentes.

Reconhecida a importância da IE no quotidiano dos indivíduos e dada a inexistência de solidez teórico-conceitual de muitas investigações é essencial desenvolver mais investigação no contexto de saúde, que objetive o estudo da Inteligência Emocional, para que todos os profissionais de saúde compreendam melhor as suas emoções e as dos

utentes, de forma a caminharem irreversivelmente para a humanização dos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, L. M. (2008). *Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1405-1416.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista Millenium*, 40: 185-199. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>.
- Ângelo, I. S. (2007). *Medição da inteligência emocional e sua relação com o sucesso escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade de Lisboa. Lisboa. 120 pp. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1288/1/19243_ulfcC091279_tm_tesefinal.pdf.
- Areias, J. A. (2010). *A Inteligência emocional na formação em Gestão da Saúde – Estudo de Caso e Proposta de modelo de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5687/1/RUN%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Araujo%20Areias.pdf>.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating Emotional Abilities to Social Functioning: A Comparison of Self-Report and Performance Measures of Emotional Intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780-795. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: http://heblab.research.yale.edu/pub_pdf/pub102_BrackettRiversShiffmanLernerSalovey2006emotionandsocialfunction.pdf.
- Campos, S. M. G. (2010). *A inteligência emocional em professores de educação especial da região de Viseu*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade de Granada, Granada. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1971001x.pdf>.
- Caruso, D. R., Mayer, J. D., & Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment*, 79, 306-320. Acedido a 28 de Janeiro de

- 2012, em: <http://www.unh.edu/personalitylab/Reprints/RP2002b-CarusomayerSalovey.pdf>.
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009b). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE)*. Comunicação apresentada no X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>
- Costa, A. M. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve, Faro. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%A2ncia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>
- Costa, M., & Faria, L. (2009a). *Inteligência emocional e satisfação profissional de enfermeiros e voluntários*. Comunicação apresentada no X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Braga. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c331.pdf>
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Almedina.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Domingues, A. R. (2009). *Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto.
- Faria, L., Costa, A. C., & Costa, M. (2008). Validação do Questionário de Competência Emocional (QCE): Estudo em Contexto Hospitalar com Enfermeiros. Em A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coords.), *Actas das XIII Conferência Internacional e Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 923-930). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Forte, A.I.C.S. (2009). *Burnout, Inteligência Emocional e Autoatualização em enfermeiros psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde, Universidade do Porto, Porto. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54946/2/72863.pdf>.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional* (12ª ed.). Lisboa: Soc. Industrial Gráfica.
- Lima Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 275-289. Acedido a 3 de Janeiro de 2012, em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/668/1/275-289FCHS2005.pdf>.
- Lopes, R. C. C. (2006). Alexitimia e empatia: implicações para a prática de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 13, 37-43.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? Em P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. 3-31. New York: Basic Books.
- Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mendiondo, M., Barham, E. J., & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8 (3), 326-335. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm.
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007). A meta analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.
- Silva, C. A. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido a 21 de Março de 2012, em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2410/3/DM_6118.pdf.
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, Universidade de Aveiro. Aveiro. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2009) Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22 (1), 1-11. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/02.pdf>