



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

**COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO
CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Eliseu Joel Oliveira de Sousa Almeida

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

**NURSES EMOTIONAL COMPETENCE IN THE CONTEXT OF
PRIMARY HEALTH CARE**

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Carlos Vilela e coorientada
pela Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco

Eliseu Joel Oliveira de Sousa Almeida

Porto, 2021

“Definir um objetivo é o ponto de partida de toda a realização”

William Clement Stone

AGRADECIMENTOS

Abraçar e concluir este projeto envolveu desafios, sacrifícios e gratidão.

Como tal não poderei deixar de expressar o sentimento de gratidão a todos aqueles que comigo compartilharam esta longa e dura caminhada e nunca desistiram de acreditar em mim.

Durante estes dois anos foi determinante o apoio, os afetos, a paciência e as muitas frases de encorajamento da família e amigos, principalmente nos momentos de ansiedade e receio.

Quero em primeiro lugar agradecer ao Sr.^o Professor Doutor Carlos Vilela pelo cuidado, suporte e preciosa orientação. Pelas palavras de incentivo, confiança e serenidade nos momentos mais difíceis.

À coorientadora Sr.^a Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco que norteou o caminho da redação desta dissertação, pela sua disponibilidade e motivação.

À minha mulher e filhas pelo tempo ausente, brincadeiras adiadas e apoio incondicional nas horas de desafio e desânimo, pois tenho consciência que lhes faltei em muitos momentos em que não pude estar presente.

À minha mãe pelo simples fato de saber ser uma excelente mãe e estar sempre lá quando preciso.

Ao meu pai que sempre foi um homem que incentivou os filhos a procurarem todos os dias serem melhores e a continuarem a evoluir.

Aos meus colegas de curso pela partilha e pela amizade.

Aos meus colegas de trabalho que colaboraram para que isto fosse possível. E aos que não puderam, e ou para isso não se motivaram, também.

SIGLAS E ABREVIATURAS:

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

cf. - Conforme

cit. - Citado por

CE - Competência Emocional

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direcção-Geral da Saúde

ESV - Escala de Satisfação com a Vida

et al. - e outros

EVCE - Escala Veiga da Competência Emocional

EVCE-r33 - Escala Veiga da Competência Emocional - versão reduzida de 33 itens

IE - Inteligência emocional

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

p. - página

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UAG - Unidade de Apoio à Gestão

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

RESUMO

A Competência Emocional (CE) é um construto determinante na e para a qualidade dos cuidados. Agrega um conjunto de dimensões essenciais para a realização de uma diversidade de atividades no contexto profissional, com níveis elevados de qualidade e eficiência.

Os objetivos da investigação foram: conhecer o perfil de CE dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, analisar esse perfil em cada uma das cinco dimensões da CE e analisar as relações estatísticas emergentes entre as características sociodemográficas da amostra e as cinco dimensões da CE e a CE.

Estudo quantitativo, descritivo-exploratório e correlacional, desenvolvido a partir da aplicação online da Escala Veiga da Competência Emocional (EVCEr33) a uma amostra por conveniência, constituída por 104 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (81.7%), com idade predominante entre os [36-40] anos (38.5%) e com [11-20] anos na profissão (62.5%). Os dados foram submetidos a análise estatística descritiva, analítica e correlacional, executada no *IBM SPSS Statistics 26*[®].

Dos principais resultados emerge que a amostra autoperceciona-se frequentemente: autoconsciente ($M=4.99$; $Dp=0.92$), que gere as suas emoções ($M=4.83$; $Dp=0.76$), automotivada ($M=4.90$; $Dp=0.84$) e empática ($M=5.02$; $Dp=0.93$). Por norma, perceciona gerir emoções em grupos ($M=4.46$; $Dp=0.94$). Globalmente autoperceciona-se frequentemente como emocionalmente competente ($M=4.84$; $Dp=0.65$). A Autoconsciência foi a dimensão com maior valor de correlação ($r=0.81$; $p=0.000$) e maior valor preditivo (66%) da CE. As quatro dimensões Autoconsciência, Gestão de Emoções em Grupos, Automotivação e Gestão de Emoções predizem 98% da CE. Verificou-se que a Empatia não é preditiva da CE nesta amostra. A análise dos sentimentos perante o trabalho: o medo ($t(102)=2.92$; $p=0.004$), a vergonha ($t(102)=2.38$; $p=0.019$), o sentimento de dever cumprido ($t(102)=-2.57$; $p=0.011$), o sentimento de incerteza ($t(102)=3.70$; $p=0.000$) e ter consciência do sentimento perante situações perturbadoras "... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo..." ($t(102)=2.60$; $p=0.011$), revelou que estes sentimentos influenciam significativamente a perceção de CE, enquanto construto. A satisfação com a vida influencia ($r=0.37$; $p=0.000$) a CE: maior nível de satisfação com a vida está associado à perceção de maior nível de CE.

Conclui-se, com os achados desta investigação, a necessidade e pertinência da formação em Educação Emocional, pelo que deve ser esta uma prioridade dos enfermeiros gestores e uma prática nos diferentes níveis de formação.

Palavras-Chave: Competência Emocional; Enfermagem; Cuidados de Saúde Primários; Gestão de Pessoas; Gestão em Saúde

ABSTRACT

Emotional Competence (EC) is a determinant construct for the quality of care. It adds essential dimensions to carry out a variety of activities in a professional context, with high levels of quality and efficiency.

The objectives of the investigation were: to know the EC profile of nurses in Primary Health Care, analyze this profile in each of the five dimensions of the EC and analyze the emerging statistical relationships between the sociodemographic characteristics of the sample and the five dimensions of EC and global EC.

Quantitative, descriptive-exploratory and correlational study, developed from the online application of the Veiga Scale of Emotional Competence (EVCEr33) to a convenience sample, consisting of 104 nurses, mostly female (81.7%), predominantly aged between [36-40] years (38.5%) and with [11-20] years in the profession (62.5%). Data were subjected to descriptive, analytical and correlational statistical analysis, performed in IBM SPSS Statistics 26®.

From the main results it emerges that the sample is frequently self-perceived: self-conscious ($M=4.99$; $Sd=0.92$), that manages their emotions ($M=4.83$; $Sd=0.76$), self-motivated ($M=4.90$; $Sd=0.84$) and empathic ($M=5.02$; $Sd=0.93$). As a rule ($M=4.46$; $Sd=0.94$), it perceives managing emotions in a group. In global they often perceive themselves as emotionally competent ($M=4.84$; $Sd=0.65$). Self-Awareness was the dimension with the highest correlation value ($r=0.81$; $p=0.000$) and the highest predictive value (66%) of EC. The four dimensions Self-Awareness, Group Emotion Management, Self-Motivation and Emotion Management predict 98% of EC. It was found that Empathy is not predictive of EC in this sample. The analysis of feelings towards work: fear ($t(102)=2.92$; $p=0.004$), shame ($t(102)=2.38$; $p=0.019$), the feeling of accomplishment ($t(102)=-2.57$; $p=0.011$), the feeling of uncertainty ($t(102)=3.70$; $p=0.000$) and being aware of the feeling when faced with disturbing situations "... I know very well what I felt... and that stays inside... and stay inside for a long time..." ($t(102)=2.60$; $p=0.011$), revealed that these feelings significantly influence the perception of EC, as a construct. Life satisfaction influences ($r=0.37$; $p=0.000$) the EC: a higher level of satisfaction with life is associated with the perception of a higher level of EC.

It can be concluded, with the findings of this investigation, the need and relevance of training in Emotional Education, so this must be a priority for nurse managers and a practice at different levels of training.

Keywords: Emotional Competence; Nursing; Primary Health Care; Personnel Management; Health Management

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL	27
1.1 Inteligência emocional	27
1.2 Competência emocional.....	32
1.3 Dimensões da competência emocional	36
1.4 Gestão de pessoas e competência emocional.....	42
2. O CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	47
3. COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	55
4. METODOLOGIA.....	59
4.1 Tipo de estudo	60
4.2 Finalidade e objetivos	60
4.3 Questões de investigação.....	61
4.4 Variáveis em estudo.....	63
4.5 População e amostra	65
4.6 Instrumento de recolha de dados.....	66
4.7 Características psicométricas do instrumento de recolha de dados	67
4.8 Procedimento de recolha de dados	69
4.9 Considerações éticas.....	69
4.10 Tratamento estatístico dos dados	70
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 Caracterização da amostra	73
5.2 Análise descritiva dos itens das dimensões da competência emocional	80

5.3 Análise descritiva das dimensões da competência emocional e da competência emocional global.....	84
5.4 Estudo da fiabilidade da Escala Veiga da Competência Emocional.....	86
5.5 Estudo das correlações das dimensões da competência emocional e da competência emocional global.....	87
5.6 Análise da regressão linear múltipla.....	89
5.7 Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da competência emocional e a competência emocional global	90
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	107
7. CONCLUSÃO	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS.....	141
Anexo I – Comparação cronológica do nível da Competência Emocional e alfa (α) em diferentes estudos	
Anexo II – Tabela de distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sente quando pensa no seu trabalho	
Anexo III – Tabela de distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função de Perante situações perturbadoras será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem	

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Organograma do ACeS (Adaptado de Pisco, 2007)	50
---	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Modelo de Competência Emocional de Goleman	34
QUADRO 2: Itens invertidos da EVCE-r33	68

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) das variáveis: Sexo, Idade, Estado Civil e Formação Acadêmica.....	74
TABELA 2: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Motivações/razões que o/a levaram a tornar-se enfermeiro	75
TABELA 3: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Pensa que esta profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal?	75
TABELA 4: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Já tinha realizado formação específica na área da Competência Emocional.....	75
TABELA 5: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Sentimentos/emoções sentidas quando pensa no seu trabalho	76
TABELA 6: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem?... perante situações perturbadoras	77
TABELA 7: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn) e máximo (Mx) relativos à variável: Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho	77
TABELA 8: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), relativos às variáveis da Escala de Satisfação com a Vida (ESV)	78
TABELA 9: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) das variáveis: Categoria Profissional, Experiência Profissional, Vínculo Profissional com a Instituição, Unidade Funcional onde exerce funções, Média de horas de trabalho semanal, na unidade funcional e Considera que tem as condições de trabalho necessárias?	79
TABELA 10: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Autoconsciência	81
TABELA 11: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Gestão de Emoções.....	82

TABELA 12: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Automotivação	82
TABELA 13: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Empatia	83
TABELA 14: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Gestão de Emoções em Grupos	84
TABELA 15: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn) e máximo (Mx) relativos às Dimensões da CE e da CE global	85
TABELA 16: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn), máximo (Mx) e alfa (α) relativos às subescalas e escala global da EVCE-r33..	86
TABELA 17: Distribuição das correlações entre as dimensões da CE e a CE global: <i>Correlação de Pearson</i> (r), nível de significância (p) e tamanho da amostra (n)	88
TABELA 18: Análise de regressão <i>Stepwise</i> para a variável dependente Competência Emocional global($p < 0,01$): valores de predição/explicação (r^2), mudança do r^2 , graus de liberdade (gl), F estatístico, coeficientes de determinação (β), níveis de significância (p)	89
TABELA 19: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Idade (<i>Teste One-Way Anova</i>)	91
TABELA 20: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Sexo (<i>Teste t-Student para amostras independentes</i>)	92
TABELA 21: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Estado Civil (<i>Teste One-Way Anova</i>)	93
TABELA 22: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Formação Académica (<i>Teste One-Way Anova</i>)	93
TABELA 23: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função dos Motivos/razões para ser enfermeiro (<i>Teste One-Way Anova</i>)	94
TABELA 24: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função de Possuir formação em Competência Emocional (<i>Teste t-Student para amostras independentes</i>)	95

TABELA 25: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Percepção da profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal (<i>Teste One-Way Anova</i>)	96
TABELA 26: Distribuição dos resultados da comparação das diferenças entre grupos para as dimensões Autoconsciência e Gestão de Emoções em Grupos (<i>Teste de Bonferroni</i>).....	96
TABELA 27: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função do Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho: <i>Correlação de Spearman</i> (r_s), nível de significância (p) e número de casos (n)	100
TABELA 28: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função da Satisfação com a vida: <i>Correlação de Pearson</i> (r), nível de significância (p) e número de casos (n).....	101
TABELA 29: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Categoria Profissional (<i>Teste One-Way Anova</i>).....	101
TABELA 30: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Experiência Profissional (<i>Teste One-Way Anova</i>).....	102
TABELA 31: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Vínculo Profissional com a Instituição (<i>Teste One-Way Anova</i>)	103
TABELA 32: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Unidade Funcional onde exerce funções (<i>Teste One-Way Anova</i>).....	103
TABELA 33: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função da Média de horas de trabalho semanal: <i>Correlação de Pearson</i> (r), nível de significância (p) e número de casos (n)	104
TABELA 34: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Percepção de ter as condições de trabalho necessárias (<i>Teste t-Student para amostras independentes</i>).....	105

INTRODUÇÃO

A afirmação de um novo paradigma de gestão dos serviços de saúde, centrada na prestação de cuidados eficientes, de qualidade e ao menor custo, coloca elevada pressão social, política e económica nas organizações. Esta realidade impõe constantes desafios para os gestores. Não só em relação à gestão de recursos materiais e de equipamentos, mas, principalmente, na gestão de recursos humanos.

Os recursos humanos são considerados o principal ativo de uma organização (Carvalho, 2014), capazes de gerar riqueza e proporcionar vantagem competitiva (Tavares, 2011), e, por conseguinte, são também o ativo que exige dos gestores mais atenção e preocupação.

A bibliografia emergente, revelou um progressivo e pertinente conjunto de estudos que apresentam relações interessantes, relativamente à Competência Emocional (CE) como promotora da qualidade de cuidados. Por exemplo, Gabriel, Gomes, Escobar, Ribeiro e Veiga-Branco (2019), num estudo de análise bibliográfica, concluíram que existe relação positiva e significativa, entre a CE e Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), e além destes, outros estudos relacionaram a CE com a interdisciplinaridade (Ferreira, 2018) e com a qualidade dos cuidados nos doentes críticos (Rodrigues, 2017). No que concerne à gestão em enfermagem, os enfermeiros na sua atividade laboral diária são confrontados com enormes desafios psicológicos, emocionais, físicos e educacionais. No caso concreto do contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em todas as unidades funcionais onde são prestados cuidados de saúde, existem pressões constantes, - quer dos clientes, quer por parte de outros profissionais -, o que torna vital que os enfermeiros sejam emocionalmente competentes.

Vários investigadores referem que os profissionais de enfermagem manifestam sintomas de stress, burnout, insatisfação pessoal e profissional, vontade de abandono da profissão, défice de *engagement* e de produtividade (Bezerra, Silva, Costa, Farias, Martino, Medeiros, 2018; Carvalho, 2014; Gomes, 2014; Mata, Machado, Moutinho & Alexandra, 2016). Os resultados destes estudos demonstraram a existência de dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, na compreensão das suas próprias emoções e problemas na

capacidade de gestão das emoções nos relacionamentos com os outros (colegas de trabalho ou utentes).

Neste contexto, emergiu no campo da Enfermagem o conceito de Inteligência Emocional (IE), que consiste na “capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2020a, p.323). Para Goleman (2020a), o desenvolvimento das competências emocionais, direcionado ao desenvolvimento do potencial profissional, contribui para: resolver problemas e conflitos, gerar ideias originais e a criar orientações eficazes, produzindo emoções positivas no indivíduo, que por seu lado melhoram o desempenho. Segundo o autor, as organizações que apostaram em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obtiveram maior satisfação, valorização pessoal e consequente aumento da produtividade dos seus colaboradores. Ainda, refere que as dimensões de IE podem ser adquiridas, desenvolvidas e treinadas (Goleman, 2020b).

Veiga-Branco (2019) distinguiu este conceito do de Competência Emocional (CE), defendendo que "a Competência Emocional (CE) existe quando alguém atinge um nível desejado de realização", citando a sua já anterior perspetiva (2005, p.171), afirmando, que diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e atitudes, através da observação, ou das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou pelos observadores. Nos seus trabalhos, que revelaram um modelo misto de Competência Emocional, a autora na sua definição assumiu que devem ser consideradas as variáveis de unicidade - que dizem apenas respeito a cada sujeito, como indivíduo -, tal como as memórias emocionais e percepções, que servem de leme valorativo emocional, à exibição de um comportamento de resposta a nível cognitivo (ou não), com diferentes níveis de consciência, no momento ou após, inseridas no seu contexto (Veiga-Branco (2005).

De acordo com a problemática atrás exposta, julgámos pertinente realizar uma investigação sobre a Competência Emocional dos enfermeiros, nomeadamente na área dos Cuidados de Saúde Primários – contexto onde trabalhamos. A nossa motivação para este estudo teve por base a existência de vários estudos na área da saúde que revelaram a importância que a CE assume nas profissões de saúde (Goleman, 2020b) e, concretamente, na profissão de enfermagem (Agostinho, 2008; Ferreira, 2018; Francisco, 2017; Gabriel, Gomes, Escobar, Ribeiro & Veiga-Branco, 2019; Goleman, 2020a, 2020b; Lopes, 2013; Lopes & Veiga-Branco, 2012; Oliveira, 2019; Rodrigues, 2017; Rodrigues & Veiga-Branco, 2017; Vilela, 2006, 2018).

Assim, definimos, a pergunta de partida: “Os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários são emocionalmente competentes?”. Em conformidade com este propósito optámos por desenvolver o estudo “Competência Emocional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários”, no âmbito do Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O estudo seguiu uma metodologia quantitativa, com carácter exploratório, descritivo, transversal e correlacional.

Este estudo integrou um projeto designado por “Dos paradigmas à operacionalização da gestão em enfermagem” [POGE], desenvolvido no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, em parceria com a UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Com este estudo pretendemos contribuir para a melhoria da gestão e formação de recursos humanos em Enfermagem, através da caracterização das dimensões da Competência Emocional dos Enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Os objetivos delineados foram:

- Conhecer o Perfil de Competência Emocional (CE) dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACEs) da região norte de Portugal;
- Analisar o perfil de cada uma das cinco dimensões da CE dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACEs) da região norte de Portugal;
- Analisar as relações estatísticas emergentes entre as características sociodemográficas da amostra e as cinco dimensões da Competência Emocional.

Estruturalmente, dividimos este relatório de dissertação em sete capítulos. No primeiro capítulo fizemos uma exposição do conceito de Inteligência Emocional, descrevemos a sua evolução histórica e os diferentes modelos de IE; apresentámos também o conceito de Competência Emocional e a sua distinção relativamente à IE, abordámos ainda as cinco dimensões da competência emocional e a relação existente entre a CE e os enfermeiros, relativamente à influência que os processos emocionais exercem no quotidiano destes profissionais, terminando com a exposição da relevância que a CE tem para a gestão de pessoas em enfermagem. No segundo capítulo abordámos o contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, aludindo à sua atual constituição. No terceiro capítulo abordámos a importância da existência de competência emocional nos enfermeiros, tendo em conta a posição que ocupam no setor da saúde em Portugal, a intervenção em múltiplos contextos, na produtividade das organizações e nos ganhos em saúde das populações. No quarto capítulo apresentámos a metodologia utilizada no estudo, tipo de estudo, finalidade

e objetivos, questões de investigação, variáveis em estudo, população e amostra, instrumento de recolha de dados, características psicométricas do instrumento de recolha de dados, procedimento de recolha de dados, aspetos éticos e o tratamento estatístico dos dados. A apresentação dos resultados surge no quinto capítulo, onde procedemos à caracterização da amostra, à análise descritiva dos itens das subescalas da CE, à análise descritiva das dimensões da CE e da CE global, ao estudo da fiabilidade da Escala Veiga da Competência Emocional versão reduzida (EVCE-r33), ao estudo das correlações das dimensões da CE e da CE global, ao estudo das variáveis preditivas da Competência Emocional (regressão linear múltipla – *método setpwise*) e, por último, à apresentação da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da CE e da CE global. No sexto capítulo discutimos os resultados obtidos e apresentámos o perfil de Competência Emocional dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários. Finalizamos com o capítulo sétimo expondo as conclusões provenientes do estudo desenvolvido, as limitações e as aplicações do estudo.

1. COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Ao contrário do conceito de inteligência, que tem mais de cem anos de estudo, o construto Inteligência Emocional (IE), representa um conceito recente. (Goleman, 2020b, p. 46). Este emergiu da incapacidade do Quociente de Inteligência explicar o sucesso na vida pessoal e profissional dos indivíduos (Ceitil, 2007; Gardner, 1994; Goleman, 2020a).

Da pesquisa na literatura constatámos que a IE comporta uma pluralidade de conceitos, no entanto, a sua conceptualização depende do referencial teórico adotado. Assim neste capítulo abordaremos as definições de IE de acordo com os três principais referenciais teóricos: Salovey e Mayer, Bar-On e Goleman, bem como realizaremos uma resenha histórica da evolução do conceito. Abordaremos, ainda, as diferentes definições do constructo de CE, sob o ponto de vista de vários autores, sendo que daremos maior incidência ao conceito proposto por Veiga-Branco (2005) baseado nas cinco dimensões iniciais de IE de Goleman.

1.1 Inteligência emocional

Na década de 30 do século XX, Thorndike, um iminente psicólogo, propôs, num artigo publicado pela *Harper's Magazine*, que um dos aspetos da inteligência emocional, a inteligência “social” (capacidade de compreender os outros e de agir sensatamente nos relacionamentos humanos), cabia na definição de QI do indivíduo, tentando assim romper com a concepção de que na definição de inteligência não havia lugar para a componente emocional. Esta visão acabaria por ser rejeitada e remetida ao esquecimento pelos seus pares, os quais a consideraram como um conjunto de capacidades para manipular outras pessoas (Goleman, 2020b).

Muitos anos mais tarde, o famoso psicólogo Howard Gardner¹ em 1983, ao publicar o seu livro sobre a teoria das inteligências múltiplas, rompeu com a concepção vigente que preconizava apenas uma única inteligência monolítica baseada em aptidões linguísticas e matemáticas. Na sua teoria das Inteligências múltiplas, propôs a existência de sete tipos de inteligência: inteligência visual/espacial, inteligência musical, inteligência verbal, inteligência lógica/matemática, inteligência corporal/cinestésica, inteligência interpessoal e inteligência intrapessoal. Segundo esta teoria, o ser humano possui múltiplas inteligências, que funcionam e possuem sistemas mentais próprios e independentes do quociente intelectual. Esta nova perspectiva introduzida por Gardner, abriu o caminho para que outros investigadores explorassem o seu conceito de inteligências múltiplas (Goleman, 2020b).

Curiosamente, Almeida et al. (2009) revisitaram estes conceitos, e procuraram estabilizar o conceito e fazer a verificação estatística da Teoria de Gardner (1989, 1999), e verificaram a possibilidade estatística:

. . . de três factores: um primeiro factor mais associado com uma dimensão tradicional da inteligência (linguístico-verbal e lógico-matemática); um segundo factor reunindo as dimensões artísticas (musical, corporal-cinestésica e visuo-espacial); finalmente, um terceiro factor prendia-se com uma dimensão emocional da inteligência (interpessoal e intrapessoal). (Almeida et al., p 44).

Terá sido então nesta fundamentação que o conceito de Inteligência Emocional terá sido fundamentado. Os mesmos autores também concluíram que “na área a favor de um factor g de inteligência (Spearman, 1904), um bom desempenho numa determinada inteligência tende a refletir-se, também, noutra ou noutras inteligências, e vice-versa.” (Almeida et al., 2009, p.44). Foi nestes fundamentos que, em 1990, Salovey e Mayer a partir da redefinição das inteligências pessoais de Gardner, apresentaram pela primeira vez, do ponto de vista conceptual, o construto de Inteligência Emocional (IE), num manuscrito com o mesmo nome. Estes basearam a sua concepção inicial de IE numa perspectiva de articular a cognição e a emoção, procurando ordenar e organizar o vasto e disperso corpo de conhecimentos resultantes da investigação. Os postulados desta definição assentavam em torno da problemática da apreensão e comunicação das emoções e do seu papel na resolução de problemas; e pretendiam também contribuir para a ampliação do conceito de inteligência, tendo em conta a sua maior ligação ao sucesso adaptativo em contextos de vida diária, e

¹ Em Almeida et al. (2009) a equipa de estudo, vem defender que os resultados das análises fatoriais são demasiado inconsistentes e, por outro lado, mostram que a independência ou a autonomia das várias inteligências entre si não tinha qualquer suporte empírico. O próprio autor oscila entre uma estrutura de dois ou de três fatores, e isso independentemente de se considerarem as sete inteligências iniciais ou as dez da última formulação do modelo (Gardner, 2003).

não apenas em contextos acadêmicos, como o tradicional conceito de inteligência (Mayer, Caruso & Salovey, 2000; Mayer & Salovey, 1997).

Salovey e Mayer (1990) desenvolveram o construto da inteligência emocional baseada em aptidões mentais, colocando-a ao mesmo nível das outras inteligências como a compreensão verbal ou o raciocínio lógico. Para os autores a IE pode ser definida como “a capacidade de raciocinar sobre as emoções, próprias e dos outros, e de utilizar as emoções para conduzir pensamentos e ações” (Salovey & Mayer, 1990, p. 189).

Mais tarde, Mayer e Salovey (1997) aprimoraram a sua definição de IE como:

. . . a capacidade de perceber acuradamente, de avaliar e de expressar emoções; a capacidade de perceber e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional; e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. (Mayer & Salovey, 1997, p.15)

Posteriormente, Mayer, Caruso e Salovey (2000) referem a IE como a “. . . habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A IE está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e gerenciá-las . . .” (p. 267). Inicialmente, em 1990, Salovey e Mayer definiram a IE em três processos mentais: avaliar e expressar emoções no próprio e nos outros, regular as emoções do próprio e a dos outros e utilizar as emoções adaptando-as às diferentes situações (Mayer & Salovey, 1997). Mais tarde, em 1997, reformularam o conceito, tendo alargado para quatro capacidades mentais: identificar as emoções, integrar as emoções em processos de pensamento, compreender as emoções e lidar com as emoções (Mayer & Salovey, 1997).

Nos anos 80, Bar-On contribui para a ampliação do conceito desenvolvendo outro modelo de IE, utilizando a abreviatura QE (quociente emocional) para se referir às capacidades da IE, pela primeira vez (Goleman, 2020). Bar-On (2000) apresentou-nos um modelo da Inteligência Social e Emocional, definindo-o como “um construto complexo que compreende as habilidades não cognitivas, emocionais, pessoais e interpessoais, que interagem umas com as outras e influenciam a capacidade de se ser bem-sucedido perante as exigências e pressões diárias do ambiente” (p. 373). Posteriormente, Bar-On (2006) atualizou o seu conceito de QE como: “(...) a inteligência emocional-social é um cruzamento de competências emocionais e sociais inter-relacionadas, habilidades e facilitadores que determinam quão efetivamente nos entendemos e nos expressamos, entendemos os outros e nos relacionamos com eles, e lidamos com as demandas diárias.” (p. 14). O modelo

proposto por Bar-On (2006) compreende cinco domínios: capacidades intrapessoais (autoconsciência emocional, assertividade, independência, autoestima e autoatualização); capacidades interpessoais (empatia, responsabilidade social e relações interpessoais); gestão do stress (tolerância ao stress, controlo do impulso); adaptabilidade (teste de realidade, flexibilidade e resolução de problemas); e humor geral (otimismo e felicidade).

Apesar dos avanços na conceptualização de IE, foi com Goleman que o conceito se difundiu entre a população, após a publicação em 1995 do seu livro “Inteligência Emocional”. O autor escreveu o seu livro baseado no estudo dos dados já existentes, dando um carácter científico ao tema, fundamentando com dados empíricos, o construto desenvolvido por Salovey e Mayer (Goleman, 2020b; Vilela, 2006).

Goleman desenvolveu a sua visão de IE partindo de várias questões que colocou a si mesmo: “(...) que podemos nós mudar que ajude os nossos filhos a serem bem-sucedidos na vida? Que fatores estão em jogo quando, por exemplo, pessoas com um QI elevado falham, onde outras com um QI mais modesto se portam surpreendentemente bem?” (Goleman, 2020b, p.12). O autor encontrou as respostas a estas perguntas ao nível das capacidades da inteligência emocional, que incluem: o zelo, o autocontrolo, a persistência e a automotivação. De acordo com mesmo, a IE não é geneticamente determinada, pelo que pode ser desenvolvida ao longo de toda a vida, à medida que vamos aprendendo com as próprias experiências, ao contrário do QI que pouco muda após a adolescência. Estes pressupostos levaram-no a afirmar que para se alcançar sucesso na vida, o QI contribui com cerca de 20% e a IE com 80% (Goleman, 2020b, p.46).

De forma clara Goleman (2020b) defende que as capacidades pessoais de IE são importantes para o sucesso nas diversas áreas da vida pessoal e laboral. O mesmo refere, ainda, que a inteligência académica tem muito pouco a ver com a vida emocional, pelo que “pessoas com um Q.I. elevado podem revelar-se péssimos pilotos das suas vidas particulares” (Goleman, 2020b, p.46). Neste sentido, Goleman (2020b), refere que a IE é:

“(...) 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.” (Goleman, 2020b, p. 46).

O seu modelo inicial, em 1995, incluía cinco capacidades ou dimensões: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos. Mais tarde, em 1998, reformulou a sua definição dizendo que a IE é: “(...) a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem

as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2020a, p.323). Nesta data, Goleman reformulou e adaptou o seu modelo a uma perspetiva mais prática e focada na compreensão de que essas dimensões importam na vida laboral (Goleman, 2020a). Nesta adaptação, o autor manteve as cinco dimensões de IE e as vinte e cinco competências emocionais, associadas a dois domínios gerais: a competência pessoal, que determina a forma como nos gerimos a nós próprios e a competência social, que se refere à forma como lidamos com as relações (Goleman, 2020a, 2020b). Neste contexto, há lugar a uma alteração de nomenclatura de algumas das capacidades: autoconsciência, gestão de emoções ou autorregulação, automotivação ou motivação, empatia e gestão de relacionamento em grupos ou competências/aptidões sociais (Goleman, 2020a).

Em 2002, Goleman, Boyatzis e McKee, numa nova adaptação do seu modelo no campo da liderança em conjunto com novos conhecimentos na área da neurologia reformularam o mesmo, passando a apresentar quatro categorias associadas a dois domínios gerais: competência pessoal (autoconsciência e autogestão) e competência social (consciência social e gestão de relacionamentos) (Goleman, Boyatzis e McKee, 2018).

Para Goleman (2020b, p.12) a IE assenta em dois pressupostos: “trazer inteligência à emoção” e “trazer cognição ao domínio do sentimento”. De acordo com Vilela (2006, p.18), o modelo de Goleman “. . . tem vindo a utilizar diferentes nomenclaturas para se referir às mesmas capacidades, consoante o contexto e a abordagem em que insere o conceito.”, contudo não existem alterações na essência de forma substancial (Veiga-Branco, 2005).

Perante as diversas perspetivas de IE defendidas pelos diferentes autores, de uma forma geral, partilhámos o mesmo ponto de vista de outros investigadores que assumem que as mesmas apresentam pontos comuns pelo que não se contradizem (Salovey, Mayer e Caruso, 2002; Goleman, 2020a, 2020b).

Todavia e por fim, no sentido de estabilizar o conceito, de definir limites entre a Inteligência Emocional e o conceito em estudo, a Competência Emocional, assumiu-se aqui o preconizado em Gardner (2004), quando e como diferencia Inteligência de Competência. O autor, após os seus estudos e analisados os resultados, defende a Inteligência «...como um potencial biopsicológico para processar informações que pode ser ativado para solucionar problemas ou criar produtos que sejam valorizados numa cultura». Mais, defende que «estes potenciais podem ou não ser ativados, dependendo de diversos fatores, como por exemplo, valores e oportunidades de uma cultura, decisões pessoais e ou de suas famílias,

professores e outros», ideia partilhada pela autora Veiga-Branco², ao revisitar as suas assunções em 2005, no seu estudo *Competência Emocional em Professores*, no qual, para efeitos de análise e compreensão definiu de forma distinta cada um destes conceitos, focando na aprendizagem progressiva para a construção de consciências sobre experiências. Um pouco nesta perspetiva, Gardner (2004) pontua que as inteligências vêm da combinação da herança genética do indivíduo com as condições de vida numa cultura e numa dada era. Já para o conceito de Competência, defende: “Diferentemente ou ao contrário, competências são especificações da inteligência, e representam as operacionalizações da inteligência em ação” (Gardner, 2004). E foi esta noção, esta perspetiva que neste estudo assumimos, no próximo capítulo, ou seja, a assunção de que a Competência Emocional é a operacionalização empírica, de forma prática e mensurável, do que se toma como subjacente, a inteligência.

1.2 Competência emocional

A literatura mostra que o construto de Competência Emocional (CE), é frequentemente utilizado, erradamente, como sinónimo de IE. Esta situação conduz a confusões teóricas e metodológicas. Numa análise mais minuciosa, entendemos que cada um destes dois construtos apresenta “. . . uma perspetiva diferente sobre as capacidades relacionadas com a emoção, diferentes metodologias de desenvolvimento e aplicação e diferentes instrumentos de recolha de dados e análise de resultados.” (Veiga-Branco, 2019, p.132). Alguns autores, tais como Goleman (2020a), Veiga-Branco (2005, 2019), Saarni (1997, 2000), Bisquerra (2002, 2009), Bisquerra e Pérez Escoda (2007), definem o conceito de CE.

Para Bisquerra (2002) a CE é um construto amplo, que agrega um conjunto de capacidades, habilidades, conhecimentos e atitudes que são essenciais para regular, compreender e expressar de forma correta as emoções (Bisquerra, 2009), bem como possibilita, em

² Em momento de (co) Orientação Científica, 01.10.2021, em momento de reflexão, Veiga-Branco assume «estou em total acordo com Gardner, na sua especificação diferenciadora, já ao tempo, no início deste século... eu considero que entre o conceito de inteligência e competência, existe um mundo palpável e construtor de energias, de habilidades, de memórias, e sobretudo das aprendizagens progressivas e pessoais para a construção de consciências sobre experiências.

contextos profissionais, a realização de uma diversidade de atividades com níveis elevados de qualidade e eficácia (Bisquerra e Pérez Escoda, 2007). Saarni (2000), defende que a CE está relacionada com a demonstração de autoeficácia na expressão das emoções nas interações sociais. O autor define o conceito de autoeficácia como a capacidade e as habilidades que o indivíduo possui para atingir com sucesso os seus objetivos.

Goleman na sua conceptualização de CE incluiu tanto competências emocionais como sociais (Goleman, 2020a). Para o autor as competências emocionais são aquelas que “combinam pensamento e sentimento” (Goleman, 2020a, p. 32). Refere ainda que as competências emocionais essenciais podem “ser aprendidas e aperfeiçoadas” se houver um trabalho e investimento nesta área (Goleman, 2020b, p. 46). Segundo o autor (Goleman, 2020a) “Uma Competência Emocional é uma capacidade apreendida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho.” (p.33). A nossa IE é determinante, no que diz respeito, ao potencial que cada um de nós tem para aprender as aptidões práticas, baseadas em cinco pressupostos: autoconsciência, motivação, autodomínio, empatia e talento nas relações. Sendo que “A nossa Competência Emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais” (Goleman 2020a, p. 33).

Goleman (2020a) assume que possuir uma elevada IE não é garantia de que uma pessoa terá competências emocionais que resultarão em sucesso no trabalho, apenas revela que detém um excelente potencial para as aprender e colocar em prática. Um exemplo objetivo consiste numa pessoa com elevado nível de empatia, mas que não aprendeu as competências básicas da empatia, por conseguinte, não é capaz de as traduzir em resultados como um serviço de excelência a clientes, em aconselhamento ou treino de nível superior, ou na capacidade de reunir uma equipa de trabalho diferenciada.

Na perspetiva de Goleman (2020a), as competências emocionais encontram-se divididas em grupos, de acordo com o domínio ou dimensão de Competência Emocional que lhe está associada. Este autor descreve as relações existentes entre as cinco dimensões de inteligência emocional e as vinte e cinco competências emocionais de acordo com o exposto no quadro 1.

QUADRO 1: MODELO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL DE GOLEMAN

Competência Pessoal (Estas competências determinam a forma como nos gerimos a nós próprios)	
Autoconsciência (conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições)	Autoconsciência emocional – reconhecer as próprias emoções e os seus efeitos
	Autoavaliação precisa – conhecer as próprias forças e limitações
	Autoconfiança – confiança nas capacidades e no valor próprios
Autorregulação (gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos)	Autodomínio – gerir emoções e impulsos negativos
	Inspirar confiança – conservar padrões de honestidade e integridade
	Ser consciencioso – assumir responsabilidade pelo desempenho pessoal
	Adaptabilidade – flexibilidade em lidar com a mudança
	Inovação – sentir-se à vontade e aberto a novas ideias, abordagens e informação
Motivação (tendências emocionais que orientam/ facilitam cumprir objetivos)	Vontade de triunfar – lutar por se aperfeiçoar ou atingir um padrão de excelência
	Empenho – alinhar com os objetivos do grupo ou organização
	Iniciativa – estar preparado para aproveitar oportunidades
	Otimismo – persistência na consecução de objetivos apesar de obstáculos e reveses
Competência Social (Estas competências determinam a forma como lidamos com as relações)	
Empatia (consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros)	Compreender os outros – ter a perceção dos sentimentos e das perspetivas dos outros e manifestar um interesse ativo nas suas preocupações
	Desenvolver os outros – ter a perceção das necessidades de desenvolvimento dos outros e fortalecer as suas capacidades
	Orientação para o serviço – antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes
	Potenciar a diversidade – cultivar oportunidades com diferentes tipos de pessoas
	Consciência política – ler as correntes emocionais e relações de poder de um grupo
Competências sociais (capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros)	Influência – exercer táticas eficazes de persuasão
	Comunicação – ouvir com abertura e enviar mensagens convincentes
	Gestão de conflitos – negociar e resolver desacordos
	Liderança – inspirar e guiar grupos e pessoas
	Catalisador da mudança – iniciar e gerir a mudança
	Criar laços – alimentar relações instrumentais
	Colaboração e cooperação – trabalhar com outros para objetivos comuns
	Capacidades de equipa – criar sinergias de grupo na prossecução de objetivos coletivos

(Adaptado de Goleman, 2020a, p.34-35)

Goleman (2020a), defende ainda que as competências da IE apresentam cinco características comuns:

- Independentes – Cada uma apresenta uma contribuição exclusiva para o desempenho no trabalho.
- Interdependentes – Apresentam pontos de convergência e interagem umas com as outras.

- Hierárquicas – As competências assentam umas nas outras. Por exemplo, a autoconsciência é fundamental para o autodomínio e a empatia; por outro lado o autodomínio e a autoconsciência interferem positivamente na motivação.
- Necessárias, mas não suficientes – A posse de uma competência não determina por si só que as pessoas desenvolvam as competências associadas, pelo que estão dependentes de outros fatores.
- Genéricas – No geral as competências são aplicáveis, em certa medida, nos diferentes contextos de trabalho. Não obstante, diferentes trabalhos exigem diferentes competências (Goleman, 2020a, p. 36-37).

Nesta escala de competências emocionais que condicionam o sucesso pessoal e profissional, não é obrigatório que sejamos bons em todas, apenas é necessário que tenhamos pontos fortes em certo número de competências, no mínimo em seis, e que esses pontos fortes se distribuam por todas as áreas de IE. Assim para se atingir a excelência existem múltiplos caminhos (Goleman, 2020a).

Goleman (2020a) defende que a posse de determinadas competências pode resultar num nível de excelência em diferentes contextos de trabalho, bem como assume que as competências exigidas para manter um desempenho de excelência podem mudar à medida que se ascende na carreira, ou seja, as competências-chave estão intimamente relacionadas com a realidade da organização.

Para Goleman (2020a), o desenvolvimento das competências emocionais, direcionado ao desenvolvimento do potencial profissional, contribui para: resolver problemas e conflitos, gerar ideias originais e a criar orientações eficazes, produzindo emoções positivas no indivíduo que consequentemente, melhoram o seu desempenho. Segundo o autor, as organizações que apostam em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obtêm maior satisfação, valorização pessoal e consequente aumento da produtividade dos seus colaboradores (Goleman, 2020a).

Seguindo esta linha de pensamento Veiga-Branco (2005), desenvolveu o seu conceito de CE, com base no modelo teórico inicial de IE de Goleman. Não obstante, assumiu uma clara diferenciação entre o construto de IE e o construto de CE:

A CE existe, quando alguém atinge um nível desejado de realização, e diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores. (Veiga-Branco, 2005, p.171).

Para a autora “Uma pessoa com elevada competência emocional é aquela que tem também uma alta percepção do que pode ou não controlar, a partir da energia emocional que implode dentro de si.” (Veiga-Branco, 2005, p.168). Nos seus trabalhos, que evidenciam um modelo misto de CE, a mesma autora, defende também a importância de serem consideradas as variáveis da unicidade – exclusivas de cada indivíduo – tal como as memórias emocionais e percepções, que servem de leme valorativo emocional, à exibição de um comportamento de resposta a nível cognitivo (ou não), com diferentes níveis de consciência no momento ou após, inseridas no seu contexto.

1.3 Dimensões da competência emocional

Na sua tese de Doutoramento, Veiga-Branco (2005) apresentou cinco dimensões da CE: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de emoções em grupos; constituindo as três primeiras competências intrapessoais e as restantes competências interpessoais ou sociais.

Autoconsciência

Goleman (2020a, p.34) descreve o conceito de autoconsciência como “conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições”. No domínio da mesma incorpora três conceitos: autoconsciência emocional, autoavaliação precisa e a autoconfiança. A primeira, diz respeito à capacidade em reconhecer as próprias emoções e os seus efeitos; a segunda está ligada ao conhecer as próprias forças e limitações e a terceira está relacionada com o ter confiança nas capacidades e no valor próprio.

Esta competência está relacionada com o reconhecimento das próprias emoções e com os seus efeitos. As pessoas que a possuem têm consciência das emoções que estão a sentir e o porquê das mesmas; entendem as ligações entre os seus sentimentos e aquilo que pensam, fazem e dizem; reconhecem a forma como os seus sentimentos afetam o seu desempenho pelo que possuem uma consciência que os orienta de acordo com os seus valores e objetivos (Goleman, 2020a; Veiga-Branco, 2005).

A autoconsciência constitui-se como fundamental para as restantes competências e para o êxito na vida pessoal e profissional, serve como barómetro interior e leme valorativo, avaliando se o que sentimos e fazemos está de acordo com os nossos valores e se de fato vale realmente a pena; ajuda-nos na tomada de decisões. A autoconsciência emocional é uma ferramenta inestimável para a mudança; ajuda-nos a articular os nossos sentimentos e a exprimi-los de forma adequada nos diferentes contextos sociais. A mesma é crucial em muitas funções, em particular naquelas que implicam lidar com pessoas que estão em situações melindrosas (Goleman, 2020a, 2020b; Veiga-Branco, 2004a, 2004b, 2005).

Os indivíduos que detêm maior competência de perceber as emoções demonstram uma maior disponibilidade e interesse por experienciar coisas novas, apresentando benefícios ao nível psicológico e social (Ekman, 2011). Pelo contrário, indivíduos com menor entendimento emocional terão dificuldades em compreender as próprias emoções e das outras pessoas, apresentando maior propensão para o desenvolvimento de patologias psiquiátricas (Goleman, 2020a, 2020b; Damásio, 2011).

Problemas nesta competência resultam em incapacidade emocional, pelo que as pessoas que são incapazes de perscrutar os seus sentimentos, apresentam dificuldades na sua vida privada, social e profissional. Esta realidade não pode estar presente nos profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, pois tem implicações diretas na sua atitude relacional terapêutica, refletindo iliteracia emocional. Esta inoperância traduz-se na incapacidade de gestão, no momento ou à posteriori, do comportamento, inviabilizando a perceção do que mostra aos outros, sejam os seus pares ou os seus doentes (Veiga-Branco, 2004a).

Gestão de Emoções

A gestão das emoções permite aos indivíduos gerirem os próprios estados internos, impulsos e recursos. Esta dimensão implica cinco destrezas: autodomínio, inspirar confiança, ser consciencioso, adaptabilidade e inovação (Goleman, 2020a, 2020b; Veiga-Branco, 2004a, 2005).

O autodomínio caracteriza-se por manter as emoções e os impulsos de rutura sob controlo, possibilita que os indivíduos possam gerir bem os seus sentimentos impulsivos e as emoções deprimentes; esta competência mantém-nos a compostura positiva e imperturbável em momentos difíceis; traz clareza ao pensamento e mantém a atenção concentrada sob pressão. O autodomínio influencia positivamente a capacidade de trabalho produtiva, bem como a saúde física (Goleman 2020a).

A capacidade de inspirar confiança contribui para: agir com ética e de forma irrepreensível, resulta em fiabilidade e autenticidade, para a admissão dos próprios erros e confrontação dos outros com atos antiéticos (Goleman 2020a).

Os indivíduos conscienciosos estão disponíveis para assumir compromissos e honrar as promessas, mantêm-se responsáveis para atingir os objetivos, são organizados e cuidadosos no seu trabalho (Goleman, 2020a). A inovação e adaptabilidade significa estar aberto a novas ideias e abordagens e ser-se flexível nas respostas às mudanças. Os profissionais com esta competência idealizam e procuram novas ideias, propõem soluções originais para os problemas, são capazes de facilmente lidar com múltiplas exigências, estabelecem prioridades em contextos difíceis e, em mudança, apresentam uma perspetiva flexível na abordagem aos acontecimentos (Goleman 2020a). Um défice na capacidade adaptativa induz a sensações de sentimentos de medo, ansiedade e mal-estar pessoal com a mudança (Goleman 2020a).

Goleman (2020a) perspetiva a autorregulação como a gestão das nossas emoções de forma a que as mesmas resultem em fatores facilitadores e não dificultadores perante as tarefas diárias, envolve o ter consciência e saber adiar a recompensa para atingir os objetivos.

Na ótica de Veiga-Branco (2005) a autorregulação das emoções envolve:

. . . respostas neurofisiológicas, o processo cognitivo de atenção, o processamento da informação e a codificação de pistas internas, bem como os mecanismos comportamentais, seleção de respostas ou a regulação de padrões relacionais no contexto em que o sujeito se encontra (família, escola, vida social) para atingir os seus objectivos. (Veiga-Branco, 2005, p.183)

Mais ainda, na sua perspetiva “. . . o controlo emocional incide não só, no controlo dos comportamentos, mas também no seu próprio pensamento bem como nos seus impulsos fisiológicos.” Veiga-Branco (2004a, p.74).

De acordo com a autora quem não for capaz de ter um autocontrolo emocional viverá em constante sobressalto, invadido por sentimentos de angústia, medo e continuará vítima dos próprios comportamentos insensatos e ineficazes; este problema acarretará custos enormes ao nível pessoal, emocional e relacional havendo lugar ao surgimento de sentimentos de vergonha e revolta (Veiga-Branco, 2005).

As emoções são passíveis de gestão objetiva, independentemente da sua tonalidade – negativas ou positivas. O controlo dos estados emocionais de hostilidade, cólera, medo e raiva expõe o ser humano a um estado de vulnerabilidade interna e externa a vários níveis:

a nível cognitivo, a mente racional (razão) fica refém da mente emocional; a nível subjetivo-experiencial ocorrem diversas alterações neurovegetativas que funcionam como potenciais de ação, sejam de fuga ou de ataque; quer a nível comportamental pela exibição de comportamentos e atitudes reveladoras dessa mesma vulnerabilidade e falta de controlo, perante os outros (Veiga-Branco, 2005).

Na saúde, nomeadamente na enfermagem, é crucial deter um autocontrolo emocional, pois contextos de saúde-doença implicam a necessidade de intencionalidade nas atitudes e comportamentos para com os doentes e equipa multiprofissional (Veiga-Branco, 2004a).

A chave para o nosso bem-estar emocional, reside na capacidade de gerir e controlar as emoções perturbadoras; ou seja, emoções demasiadamente intensas ou prolongadas minam a nossa estabilidade, há que evitar os extremos (Goleman, 2020b).

Gerir as nossas emoções é um trabalho a tempo inteiro, é uma tentativa de controlar o nosso estado de espírito (Goleman, 2020b). Ou seja, a gestão das emoções permite: aumentar a tolerância à frustração e controlo da ira (impulsos negativos); diminuir lutas ou perturbações nos contextos; maior capacidade para expressar verbalmente a ira, sem disputas; menos comportamentos agressivos ou autodestruidores; mais sentimentos positivos a respeito de si mesmos; maior capacidade em lidar com o stress, conduzindo a menor isolamento e ansiedade social (Goleman, 2020a, 2020b).

Automotivação

A dimensão automotivação é considerado “o primado da emocionalidade racional, ou da inserção razão-emoção por excelência.” Veiga-Branco (2005, p. 190). A automotivação ou motivar-se a si mesmo, é uma competência relacionado com a IE, no sentido em que as emoções se constituem fator de motivação (Veiga-Branco, 2004a).

A motivação serve de guia para nos orientar para as coisas que realmente importam, constitui uma espécie de câmara de compensação que valida as nossas prioridades; consiste em utilizar as nossas preferências para avançar e nos orientar face aos nossos objetivos (Antão & Veiga-Branco, 2012), funciona como a motriz que promove a iniciativa e nos torna resilientes em prol da eficiência (Goleman, 2020a). A automotivação é a justificativa que nos leva a trabalhar por razões que ultrapassam a questão financeira ou o reconhecimento social (Vilela, 2006).

Os profissionais de excelência são caracterizados por maioritariamente apresentarem uma necessidade de triunfar; apresentarem uma entrega e pertença à organização ou grupo

pela via da adoção da visão e objetivos destes; bem como manifestarem um otimismo e iniciativa que usam para aproveitar todas as oportunidades que se lhes deparam, ultrapassando quaisquer obstáculos ou dificuldades (Goleman, 2020a). A afiliação (apeço e gosto pelas outras pessoas), constitui também um fator preditivo para o êxito, apesar de não ser comum, exceto nas profissões do cuidar, como é o caso da enfermagem, a medicina e o ensino. Nestas profissões, o interesse afiliativo consubstancia um fim em si mesmo, e não um meio para obter algo. Goleman refere que a afiliação (gostar das pessoas), é útil e produtiva no estabelecer de relações durante a execução de um trabalho (Goleman, 2020a).

O otimismo e a esperança têm uma estreita relação, sendo esta última uma força motivadora vital, uma “aptidão mestra” (Goleman, 2020b). Níveis elevados da mesma estão relacionados com maior satisfação, ajudam a ter uma visão mais encorajadora e a obter melhores resultados, sendo que uma perspectiva mais positiva se apresenta como benéfica em trabalhos mais duros.

A existência de uma motivação positiva potencia a persecução dos objetivos mobilizando sentimentos de entusiasmo, zelo e confiança e de um grau ótimo de ansiedade. Ao contrário, a nutrição de pensamentos negativos, funcionam como intrusos que sabotam quaisquer tentativas de manter-nos focados, e, por conseguinte, prejudicam a memória do trabalho (Goleman, 2020b; Damásio, 2011; Veiga-Branco, 2004b). A motivação concorre para o amadurecimento pessoal e emocional, através do adiamento da recompensa imediata, com vista a atingir objetivos de maior necessidade e interesse para o indivíduo. (Veiga-Branco, 2004a, p.77). Nas palavras de Goleman a motivação consiste em “controlar o impulso” que perante a possibilidade de usufruir de uma gratificação no momento, escolhe voluntariamente adiá-la resistindo ao impulso. Os indivíduos que possuem esta competência tendem a ser mais produtivas e eficazes em tudo o que fazem (Goleman, 2020a, 2020b; Veiga-Branco, 2004a).

Empatia

A empatia nasce da autoconsciência (Goleman, 2020b), consiste na tomada de consciência do que os outros sentem, ser capaz de entender o seu ponto de vista e interagir e desenvolver relações de sintonia com várias pessoas (Goleman, 2020a), é nosso radar social (Goleman, 2020a). Esta habilidade pressupõe ser-se capaz de ler, na maioria das vezes, os sinais e mensagens veiculados pelos canais não-verbais: tonalidade da voz, os gestos, a mímica facial, a expressão corporal, entre outros (Goleman, 2020b; Veiga-Branco, 2004a).

O ser-se empático pressupõe um fenómeno de sintonização (Goleman, 2020b), assenta na percepção dos sentimentos e perspetivas dos outros, bem como na manifestação de um interesse ativo e genuíno nas suas preocupações. Envolve o conhecer as necessidades de desenvolvimento dos outros e colaborar no fortalecimento das suas capacidades; preconiza antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes (Goleman, 2020a).

A habilidade de empatizar fomenta o cultivar de oportunidades com diferentes tipos de pessoas objetivando a diversidade, a compreender os sinais emocionais e as relações de poder de um grupo. Atualmente, assume uma importância vital para as organizações que suportam a sua atividade no trabalho em equipa e tendem a ser mais flexíveis em termos hierárquicos. (Goleman, 2020a). A mesma melhora a tolerância, promove a aceitação da diferença e o respeito, e diminui a formação de estereótipos (Goleman, 2020b).

A escuta ativa, o espírito aberto e compreensivo, a manutenção de discurso sem interrupções, bem como manter a sintonia entre os intervenientes; são destrezas-chave do fenómeno empático e essenciais em processos relacionais e comunicacionais, pelo que se deve atender aos estados de humor e às emoções em conflito presentes no momento (Veiga-Branco, 2005). Para criar este ambiente é necessária a existência de calma e de recetividade por forma que os sinais, emoções e sentimentos do outro possam ser percebidos e imitados pelo nosso cérebro emocional (Goleman, 2020b; Veiga-Branco, 2005).

A empatia é uma competência emocional complexa composta por um conjunto de comportamentos e habilidades que podem ser aprendidas ao longo da vida; e envolvem a percepção, compreensão e partilha de sentimentos com outra pessoa, permitindo compreender as suas intenções e prever o seu comportamento (Barrett, 2016; Goleman, 2020a, 2020b, Veiga-Branco, 2004a, 2005). Esta dimensão desempenha um papel fundamental em todas as áreas da vida das pessoas, mas assume-se como crucial em profissões relacionadas com a prestação de cuidados (Barrett, 2016; Goleman, 2020b; Lopes, 2013; Santos, Almeida & Lemos, 1999; Veiga-Branco, 2004a), o ensino, as vendas e a gestão (Goleman, 2020b).

Gestão de Emoções em Grupos

A gestão de emoções em grupos ou competências sociais revelam a capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros, pelo que lhe estão associadas várias destrezas: influência, comunicação, gestão de conflitos, liderança, catalisador de mudança, criar laços, colaboração e cooperação e capacidades de equipa (Goleman, 2020a).

A sociedade atual é suportada pela existência de um sistema de redes sociais assente em relações interpessoais que se pretendem eficazes, e de onde emergem habilidades que importam para o mundo pessoal, familiar e laboral. No domínio das competências sociais o desenvolvimento de uma comunicação assertiva aliada à capacidade de influenciar os outros através da transmissão de sinais emocionais, bem como saber lidar com as emoções dos outros de forma eficiente (empatia), potencia a criação de laços que na esfera pessoal e grupal, demonstram ser preciosos para o estabelecimento da cooperação, lealdade e colaboração (Goleman, 2020a; Vilela, 2006).

No seio dos grupos a capacidade de influenciar o estado de espírito uns dos outros é visível em cada indivíduo, através da multiplicidade de emoções em ação; esta realidade constitui o que Goleman apelida de uma espécie de vírus social, reveladora de que as emoções são contagiosas. Não obstante, a arte de influenciar é a marca dos profissionais de excelência e da liderança (supervisores, gestores e executivos), os quais utilizam nas suas intervenções estratégias de promoção de consensos e apoios, permitindo uma melhor gestão dos conflitos nas equipas (Goleman, 2020a).

Na gestão das equipas a existência de uma liderança eficaz potencia a motivação e o atingimento dos objetivos, reforça a resiliência face a contextos de mudança, melhora a produtividade e promove a estabilidade emocional. A gestão de relacionamentos em grupos afeta de forma significativa o mundo laboral e as relações laborais, pelo que se revela fundamental num contexto cada vez mais dominado pela competitividade (Goleman, 2020a, 2020b; Vilela, 2006).

1.4 Gestão de pessoas e competência emocional

A afirmação de um novo paradigma de gestão dos serviços de saúde, centrada na prestação de cuidados eficiente, de qualidade e ao menor custo, coloca elevada pressão social, política e económica nas organizações. Esta realidade impõe constantes desafios para os gestores. Não só em relação à gestão de recursos materiais e de equipamentos, mas, principalmente, na gestão dos recursos humanos (Chiavenato, 2010).

Esta realidade, em Portugal, é apresentada no documento de revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde (PNS) a 2020 (Direção Geral de Saúde [DGS], 2015):

A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos. (DGS, 2015, p. 14)

Neste sentido, os recursos humanos são considerados o principal ativo de uma organização (Carvalho, 2014), capazes de gerar riqueza e proporcionar vantagem competitiva (Tavares, 2011), e, por conseguinte, são também o ativo que exige dos gestores mais atenção e preocupação (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2019). A gestão de pessoas assume um papel de extrema relevância a nível organizacional, pela ligação que faz entre as necessidades e objetivos individuais e organizacionais. Esta área requer especial atenção e exige um planeamento criterioso, uma vez que as pessoas influenciam positiva ou negativamente, as instituições que integram (OPSS, 2019).

O Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2012-2016, no que diz respeito, à gestão dos recursos humanos enfatiza a necessidade de implementação de políticas consistentes que conduzam à seleção, fixação e formação dos melhores profissionais no Serviço Nacional de Saúde (SNS); bem como sublinha a importância da existência de políticas de gestão de recursos humanos que vise a valorização e criação de condições de trabalho adequadas (DGS, 2014). Esse objetivo é novamente consolidado no PNS para 2016-2020 quando é referida a necessidade de “um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a cuidados de saúde integrados.” (DGS, 2015, p.9). Esta necessidade de melhorar a gestão dos recursos humanos, com enfoque no reforço e na valorização do “capital humano” do SNS, é reforçado no Retrato da Saúde de 2018 (Ministério da Saúde [MS], 2018).

Diariamente, os colaboradores desejam evoluir, enfrentar novos desafios, desenvolver projetos, contribuir e adquirir novas competências e conhecimentos. Assim, a gestão de recursos humanos não se resume apenas a gerir pessoas, inclui também a gestão de experiências, sentimentos, emoções, competências, valorização e formação proporcionando um melhor desempenho das atividades. Esta mesma ideia é defendida nas orientações estratégicas para a implementação: “Formar, desenvolver e reter os recursos

humanos da saúde, valorizando a competência e a qualidade profissional.” (DGS, 2015, p.24).

Esta mesma ideia é assente em forma de lei aquando da aprovação da nova Lei de Bases da Saúde em 2019, a qual na sua base 29 menciona que:

1 - Todos os profissionais de saúde que trabalham no SNS têm direito a uma carreira profissional que reconheça a sua diferenciação na área da saúde.

2 - O Estado deve promover uma política de recursos humanos que garanta: a) A estabilidade do vínculo aos profissionais; b) O combate à precariedade e à existência de trabalhadores sem vínculo; c) O trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde; d) A formação profissional contínua e permanente dos seus profissionais.

3 - O Estado deve promover uma política de recursos humanos que valorize a dedicação plena como regime de trabalho dos profissionais de saúde do SNS, podendo, para isso, estabelecer incentivos. (Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro)

Já em 2006, Xavier (2006) defende que o desafio de gerir pessoas, deve atender ao cenário de diversidade existente. Esta questão torna-se pertinente a vários níveis (Xavier, 2006, p.14):

- na composição social das equipas – existem pessoas de ambos os sexos, de diferentes idades, com vários níveis de escolaridade, proveniência diversas, várias nacionalidades;
- nos valores – consequência da existência de sociedades mais abertas e democráticas, verifica-se a coexistência de valores diversificados, de múltiplas crenças religiosas, de ideologias políticas, ideais sociais;
- nos estilos de vida – pessoas com formas de ser e estar, com preferências diversificadas e opostas, que partilham o mesmo espaço;
- formações e orientações profissionais – a evolução do conhecimento conduz a especialização e a fragmentação do saber – originando a formação de equipas multiprofissionais.

Segundo Vergara (2014) a gestão de pessoas deve contemplar uma visão holística, rejeitando uma visão fragmentada e reducionista das pessoas. A autora defende uma visão integrada da pessoa, ou seja, o todo é maior do que a soma das partes. No seu entender, a pessoa deve ser considerada como um todo relativamente à sua natureza física, intelectual, emocional e espiritual. De acordo com esta perspetiva o homem deve ser visto não como um recurso, mas como um gerador de recursos (Vergara, 2014).

Outro autor que acolhe esta ideia é Chiavenato (2010), ao referir que o modelo de homem complexo integra a nova abordagem de gestão de pessoas. Este modelo defende que as pessoas são motivadas por incentivos de natureza multifatorial que vão desde o salário, objetivos e metas a atingir, satisfação no cargo e na organização, oportunidades de desenvolvimento, reconhecimento, autoestima e necessidades de autorrealização, etc.

Assim podemos afirmar que a pedra basilar no processo de gestão de pessoas, assenta no garante do equilíbrio saudável entre os objetivos institucionais e os objetivos pessoais. Conduzir as pessoas, coordená-las emocional e comportamentalmente dentro da organização, mantendo-as mais entusiasmadas e envolvidas com o trabalho, para que possam atingir mais facilmente os objetivos, metas e estratégias, é o desafio para quem gere pessoas.

2. O CONTEXTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente os Cuidados de Saúde Primários (CSP), ao longo dos anos foram alvo de várias reformulações e reestruturações, resultado do contexto vivenciado em cada época. As razões dessas reestruturações deveram-se a uma multiplicidade de fatores, tais como: necessidade de evoluírem e se adaptarem à nova realidade de saúde das populações; necessidades e expectativas dos profissionais que nele exercem funções; eficiência e sustentabilidade; questões de caráter económico e emergência de novas políticas de gestão (Pisco 2011, Sousa, 2009).

Em 2008, com promulgação do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), dando-se mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários. Este decreto assume que os ACeS são “. . . serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

Desde a sua criação até à atualidade que os cuidados de saúde primários são entendidos como o pilar central dos sistemas de saúde. Na realidade, os centros de saúde são o ponto de acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assegurando funções vitais de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença, reabilitação, cuidados paliativos e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro). Estes permitem às populações beneficiar de uma prestação atempada, integrada e centralizada nas suas próprias necessidades, ao longo de todo o ciclo da vida, desde o nascimento até à morte (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1978, 2008, 2018, 2019; OPSS, 2019).

Os princípios enformadores dos CSP, descritos na Declaração de Alma-ATA em 1978, mantêm-se atuais, mesmo passados 40 anos da sua definição; tendo sido inclusive, recentemente ratificados na Declaração de Astana na Conferência Global sobre cuidados de saúde primários que ocorreram em Astana, Cazaquistão em outubro de 2018 (OMS, 2018). Os CSP em Portugal, ao longo dos últimos 40 anos, têm permitido por um lado usufruir de

ganhos significativos em saúde e qualidade de vida a milhões de cidadãos, e por outro lado têm contribuído também para a redução das muitas desigualdades existentes na sociedade portuguesa (SNS, 2019; Pisco 2011). De acordo com os indicadores de saúde é visível a evolução que os CSP tiveram ao nível da eficiência, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade (MS, 2018).

De acordo com Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, os CSP estão estruturados por ACeS, sendo estes, serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, e são responsáveis pela organização e integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde primários, bem como de coordenação e ligação aos diversos parceiros comunitários. O centro de saúde componente dos ACeS é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizado por localização e denominação determinadas. Neste Decreto-Lei, assume-se a autonomia de gestão descentralizada dos ACeS, pelo que esta constitui um dos fatores chave para o sucesso da reorganização dos CSP (Pisco, 2011). Os ACeS têm como órgãos um Diretor Executivo, um Conselho Clínico e um Conselho da Comunidade e compreende uma rede de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde.

Na definição da estrutura orgânica dos ACeS foram consignados os princípios da flexibilidade organizacional, da liderança efetiva (Diretor Executivo), da integração da visão das principais partes interessadas (*stakeholders*), da comunidade (Conselho da Comunidade) e da autonomia técnica da governação clínica (Conselho Clínico) (MCSP, 2007).

O diretor executivo é designado por deliberação fundamentada do conselho diretivo da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS), com respeito pelos seguintes critérios: formação em gestão, preferencialmente na área da saúde; experiência em funções de gestão de equipas de CSP; experiência em funções de planeamento e organização de CSP e experiência em negociação, contratualização e avaliação em saúde (MCSP, 2007).

No exercício das suas competências cabe-lhe gerir as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamento do ACeS: celebrar contratos-programa com a ARS, e contratos de execução com as unidades funcionais; elaborar os planos plurianuais e anuais de atividades do ACeS, com os respetivos orçamentos; elaborar o relatório anual de atividades e a conta de gerência; promover a instalação e o funcionamento de um sistema eficaz de informação e comunicação; verificar a regularidade da contabilidade e da

escrituração; elaborar o regulamento interno do ACeS e submetê-lo a aprovação da ARS; avaliar o desempenho das unidades funcionais e de outros serviços, e responsabilizá-los pela utilização dos meios colocados à sua disposição e pela realização dos objetivos ordenados ou acordados; promover a intercooperação das unidades funcionais, nomeadamente através de reuniões periódicas com os respetivos coordenadores e celebrar, com autorização da ARS, protocolos de colaboração ou apoio e contratos de prestação de serviços com outras entidades, públicas ou não; promover a divulgação pública, pelos meios adequados, inclusive através de um sítio na Internet, de informações sobre os serviços prestados nos centros de saúde do ACeS, dos respetivos planos e relatórios de atividades e dos pareceres sobre eles emitidos pelo Conselho da Comunidade, de indicadores de satisfação dos utentes e dos profissionais, de projetos de qualidade a executar em unidades funcionais e da composição dos órgãos do ACeS (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

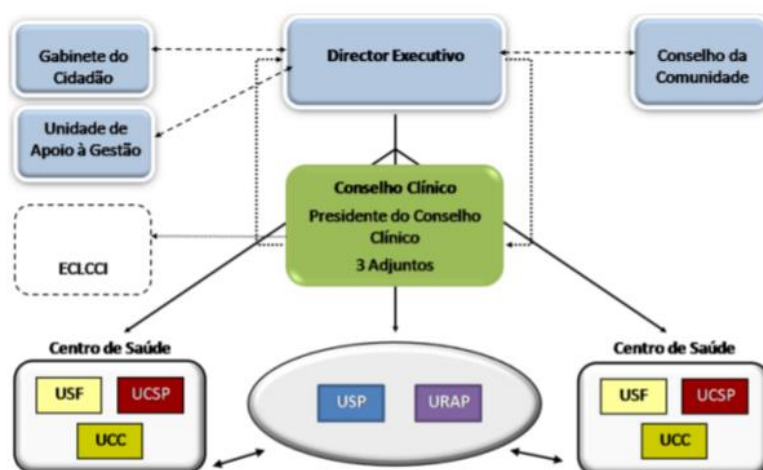
O conselho clínico é o órgão responsável pela governação clínica no ACeS, promovendo a disseminação e a incorporação de boas práticas na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente: organizar e supervisionar as atividades de formação contínua; dar instruções para o cumprimento das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes; análise de efetividade de práticas clínicas, adoção de protocolos e práticas baseadas na evidência, homogeneização das práticas utilizadas nas várias unidades funcionais; fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; realização de auditorias clínicas e gestão do risco; dar parecer e acompanhar a execução dos planos anuais de ação das unidades funcionais do ACeS; promover a divulgação de medidas de desempenho, garantindo a transparência; promover a investigação e aprendizagem interna; decidir sobre conflitos de natureza técnica; verificar o grau de satisfação dos profissionais. O mesmo é constituído por: um diretor clínico (Presidente) e por três vogais. O diretor clínico é um médico da especialidade de medicina geral e familiar, habilitado, pelo menos, com o grau de consultor e com 5 anos de efetiva experiência clínica na especialidade, nomeado pelo conselho diretivo da respetiva ARS, sob proposta do diretor executivo. Um dos vogais, de forma obrigatória, é um enfermeiro com pelo menos a categoria de especialista, podendo os outros dois vogais serem selecionados de entre outros profissionais de saúde do ACeS (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

Como órgão consultivo o ACeS tem o conselho da comunidade, o qual é composto por: representante de cada município abrangido pelo ACeS, designado pelas respetivas assembleias municipais; um representante do Centro Distrital de Segurança Social,

designado pelo Conselho Diretivo; um representante das escolas, designado pela Direção Regional de Educação; um representante das instituições particulares de solidariedade social, designado pelo órgão executivo da associação representativa das mesmas; um representante da associação de utentes do ACeS, designado pela respetiva direção; um representante das associações sindicais, designado pelas mesmas; um representante das associações de empregadores, designado pelas mesmas; um representante das equipas de voluntariado; um representante da proteção civil da área de influência do ACeS (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

No âmbito das suas competências compete ao conselho da comunidade, assegurar a participação das várias partes interessadas presentes na comunidade nos processos de planeamento e execução de estratégias e atividades do ACeS: acompanhar a atuação do diretor executivo através da análise dos relatórios económico-financeiros; dar parecer sobre o plano e o relatório de atividades do ACeS; propor ações de promoção da saúde e de combate à doença, a realizar pelo ACeS em parceria com as instituições representadas no conselho da comunidade; dinamizar associações e redes de utentes promotoras de equipas de voluntariado (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

O organograma do ACeS deverá ter a configuração de acordo com a Figura 1.



Legenda:

ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

FIGURA 1: ORGANOGAMA DO ACeS (ADAPTADO DE PISCO, 2007)

Os ACeS têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, desenvolvendo a esse nível diferentes atividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Para além destas atividades descritas, desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro).

Os ACeS compreendem as seguintes unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); uma Unidade de Saúde pública (USP); uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Biscaia & Heleno, 2017; Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro; MCSP, 2007; Pisco 2011). Cada uma destas unidades funcionais é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e atua em intercooperação (rede) com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS, com base em compromissos assistenciais contratualizados (Pisco, 2011).

As Unidades de Saúde Familiar (USF) direcionam a sua atividade para a prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e à família, o método de trabalho assenta na formação de equipas multidisciplinares para o desempenho de cuidados personalizados; estas são caracterizadas por elevados níveis de desenvolvimento, dinâmica de equipa e organização, que resultam de compromissos de cooperação interprofissionais livremente aceites. Regem-se por legislação específica (Biscaia & Heleno, 2017; MCSP, 2007; Pisco 2011).

De acordo com o Decreto-Lei 298/2007 de 22 de agosto, as USF devem nortear a sua actividade pelos seguintes princípios:

- Conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descurar os objetivos de eficiência e qualidade;
- Cooperação, que se exige de todos os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde;
- Solidariedade, que assume cada elemento da equipa ao garantir o cumprimento das obrigações dos demais elementos de cada grupo profissional;
- Autonomia, que assenta na auto-organização funcional e técnica, visando o cumprimento do plano de ação;

- Articulação, que estabelece a necessária ligação entre a actividade desenvolvida pelas USF e as outras unidades funcionais do centro de saúde;
- Avaliação, que, sendo objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação;
- Gestão participativa, a adotar por todos os profissionais da equipa como forma de melhorar o seu desempenho e aumentar a sua satisfação profissional, com salvaguarda dos conteúdos funcionais de cada grupo profissional e das competências específicas atribuídas ao conselho técnico.

Segundo o despacho de 24101/2007 de 22 de outubro, as USF podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento: A, B e C, resultantes de três dimensões estruturantes: o grau de autonomia organizacional; a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais; o modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

Estes três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva, e caracterizam-se do seguinte modo: à USF Modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Este modelo reúne USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF.

A USF Modelo B, corresponde a equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos. Abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto.

A USF Modelo C, é um modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por administração regional de saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Este modelo compreende as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos. Este modelo ainda não se encontra operacionalizado nem regulamentado apesar da vontade dos profissionais em querer avançar para este nível de prestação de cuidados.

A Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), compreende a prestação de cuidados de saúde personalizados dirigidos à pessoa e à família; pelo que apresenta uma estrutura semelhante à prevista para as USF assegurando a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos, é igualmente constituída por equipa multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF. Este tipo de unidade funcional depende hierarquicamente do Diretor Executivo e está vinculada às normas aprovadas pelo Conselho Clínico em matéria de governação clínica.

De âmbito comunitário constitui-se a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), a qual assegura a prestação de cuidados de saúde e de apoio psicológico e social, estruturados por área geográfica e de cariz comunitário e domiciliário. A sua atuação tem base multidisciplinar, sendo composta por uma equipa com diferentes competências: enfermeiros especialistas, assistente social, médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta da fala e outros profissionais, de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis. Desenvolve a sua atividade em articulação com as USF, UCSP, USP e parceiros sociais (*stakeholders*), e incorpora a Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). A sua missão visa a identificação e acompanhamento de proximidade de indivíduos, famílias e grupos de maior risco, dependência e vulnerabilidade de saúde; intervém ainda ao nível da educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

A saúde pública está concentrada e organizada na Unidade de Saúde Pública (USP), a qual tem como funções: identificar necessidades de saúde e criar planos no âmbito da saúde

pública, ambiental, vigilância epidemiológica; gerir estratégias locais de prevenção, promoção e proteção da saúde da população ou grupos desta, bem como o exercício da função de autoridade de saúde. Funciona como observatório de saúde na área de abrangência do ACeS. É constituída por uma equipa multiprofissional composta por: médicos de saúde pública, enfermeiros com competências em saúde pública ou de saúde comunitária e técnicos de saúde ambiental.

Com a função de prestar apoio técnico-assistencial a todas as unidades do ACeS, existe a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), a qual integra, organiza e coordena uma diversidade recursos e competências assistenciais específicas: higiene oral, fisioterapia, terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, serviço social, nutricionismo e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais.

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG) têm a missão de prestar apoio administrativo e logístico para o bom funcionamento de todas as equipas, órgãos de gestão e respetivas unidades funcionais, assente numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACeS. Funciona como uma unidade de backoffice que assegura: o planeamento e controlo de gestão, a gestão orçamental do ACeS, faz a análise económico-financeira dos projetos. Coordena ainda, os serviços auxiliares de apoio e vigilância, um serviço partilhado pelas unidades funcionais do ACeS.

3. COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A existência de competências emocionais, em todos os contextos de trabalho, é uma exigência atual (Afonso, 2013; Afonso & Veiga-Branco, 2012; Antão & Veiga-Branco, 2012; Bisquerra, 2002, 2009; Bisquerra & Pérez Escoda, 2007; Caetano & Veiga-Branco, 2012; Costa, 2014; Goleman, 2020a; Saarni, 2000; Veiga-branco, 2005; Veiga-Branco, Afonso e Caetano, 2012; Vilela, 2006). No contexto das profissões de saúde, nomeadamente, na Enfermagem constituem-se como essenciais (Agostinho, 2008; Costa, 2009; Diogo, 2017; Ferreira, 2018; Francisco, 2017; Gabriel et al., 2019; Goleman, 2020a, 2020b; Gregório, 2008; Lopes, 2013; Lopes & Veiga-Branco, 2012; Oliveira, 2019; Rodrigues, 2017; Rodrigues & Veiga-Branco, 2017; Vilela, 2006, 2018), devido ao papel que assumem na prática cuidativa, influenciando o bem-estar, o tratamento e a promoção da saúde dos clientes. Lopes e Veiga-Branco (2012) e Lopes (2013) estudaram a competência Emocional dos enfermeiros em diferentes contextos da RNCCI e verificaram a existência de diferenças entre as diferentes tipologias de unidades de cuidados e as dimensões da CE e a CE global destes enfermeiros, tendo sido evidenciada premência de formação nestes contextos, assim como a importância da mesma para a prática clínica destes enfermeiros. Também Rodrigues (2017) na sua investigação sobre a CE e o doente crítico conclui que é fundamental incentivar e motivar os profissionais de saúde para a educação emocional e para a influência que a Competência Emocional exerce sobre as suas práticas diárias e em especial em situações nas quais a vida do doente se encontra em risco. Gabriel et al. (2019), no seu estudo de revisão sobre a CE na prática da supervisão clínica, verificou a existência de uma relação positiva significativa entre estas como promotora da qualidade dos cuidados.

Na atualidade é amplamente reconhecida importância do papel que os enfermeiros assumem na saúde, no seio das equipas multidisciplinares e junto dos indivíduos e comunidades (OMS, 2000, 2008, 2020). Estes profissionais desenvolvem a sua prática, estabelecendo e desenvolvendo cuidados de proximidade com os indivíduos e famílias, no seu contexto natural, o que lhes permite dispor de um conhecimento acerca dos seus

estilos de vida, necessidades e crenças de saúde, estando aptos a modificar positivamente o seu estado de saúde através de implementação de estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (ICN, 2008; OMS, 2008, 2020). Esta perspetiva é partilhada por Diogo (2015), que refere que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para desempenhar um trabalho emocional que visa transformar positivamente as experiências negativas em vivências de superação e crescimento nos processos de cuidados.

As múltiplas competências exigidas a estes profissionais determinam o seu papel preponderante enquanto agentes facilitadores da mudança. (OE, 2020; OMS, 2020). Os vários contextos de intervenção impõem vários desafios aos enfermeiros, pois incluem vivências diárias de gestão emocional relacionadas com os clientes (relativas a situações de dor, angústia, stress, medo, sofrimento, nascimento, morte, luto, etc). Ao mesmo tempo, o plano laboral, é igualmente, desafiante e stressante pois está repleto de rivalidades pessoais, conflitos explícitos ou latentes, expõe dificuldades de gestão dos egos, na gestão de relações entre pares e multiprofissionais (Bezerra, Silva, Costa, Farias, Martino, Medeiros, 2018).

Referindo-se aos vários contextos da prática de cuidados dos enfermeiros, Veiga-Branco (2004a) refere que estes são geradores de emoções e sentimentos matizados por intensidades variadas e complexas, e que na ausência de competência emocional se traduzem: em fenómenos de burnout, bloqueios à prática de intertransdisciplinaridade intra e inter equipas, conflitos entre a obrigatoriedade de dar resposta às necessidades institucionais versus necessidades do utente/doente, pluriemprego cada vez mais legitimado, conflitos entre o tradicional trabalho em equipa versus prestação individual de cuidados. Esta emergência conflituante de emoções exige do profissional enfermeiro uma constante gestão emocional pessoal e dos outros; implicando um estado de desgaste *continuum* entre sentimentos de frustração, desânimo e os de competência. Desta forma, a autora alerta para a necessidade de aprendizagem, desenvolvimento e detenção de competências emocionais, como forma de manter a homeostasia pessoal, social e profissional.

De acordo com Goleman (2020a), no mundo do trabalho existem dois níveis de competência profissional e, portanto, dois tipos de modelo de competência profissional. Um destes modelos avalia as competências-limiar, aquelas que as pessoas necessitam para o desenvolvimento de um determinado trabalho. O outro modelo de competência

profissional diz respeito a competências distintas, responsáveis pela distinção entre profissionais medianos e excepcionais, denominadas de competências emocionais.

Neste sentido, o exercício da profissão de enfermagem, contempla na definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, estes dois modelos de competências. A OE (2003), como entidade reguladora da profissão, definiu as competências dos seus profissionais, regulamentando o perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais. Este perfil compreende 96 competências distribuídos em 3 domínios: prática profissional, ética e legal, prestação e gestão dos cuidados e desenvolvimento profissional. Estas competências visam contribuir para a demonstração prática e efetiva dos conhecimentos e habilidades do enfermeiro.

O perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais para além de consignar a vertente técnico-científica, para o exercício da profissão; enfatiza a exigência de competências emocionais referindo que o cuidar na enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades), ou seja, assenta na comunicação e em relações interpessoais eficazes (OE, 2003).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional tem por base um compromisso de parceria, assentes no respeito pelas suas capacidades, a qual pressupõe a existência de empatia, a qual permite a identificação das necessidades dos clientes relativamente aos cuidados de enfermagem, melhorando por esta via a tomada de decisão destes profissionais (OE, 2003).

Os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde em Portugal (Pordata, 2021). Segundo a OE, em dezembro de 2020 estavam inscritos um total de 78.117 enfermeiros, sendo que os mesmos exercem atividade nos mais diversos contextos: cuidados gerais, 32.698; prestação de cuidados especializados, 3.321; assessoria/consultadoria, 98; ensino e investigação, 357; formação, 228; gestão, 1.968; outra, 626; desconhecido, 38.821, existindo uma prevalência do sexo feminino. Em relação à distribuição pelas diferentes especialidades: Enfermagem Comunitária, 3.140; Enfermagem de Reabilitação, 4.563; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2.861; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 3.081; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 2.312; Enfermagem Médico-Cirúrgica, 4.554. Quanto ao setor de atividade trabalham nos ACeS – Cuidados de Saúde Primários, 9.355; nos cuidados diferenciados –

Hospitais, 37.518; nas clínicas/laboratório, 1.122; outras instituições, 1.291; desconhecido, 23.619 e no ensino superior de Enfermagem, 759 (OE, 2021).

De acordo com estes dados, facilmente se compreende que a atuação profissional e competente dos enfermeiros contribui para sustentabilidade do sistema de saúde, ou seja, assegura a saúde da população, promovendo comunidades resilientes que possam dispor de uma boa rede informal de cuidados, políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas; coopera para um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, que tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a garantir a prestação de cuidados de saúde integrados (DGS, 2015; ICN, 2012,2016; OMS, 2008, 2018, 2019, 2020).

Estes profissionais são fundamentais para envolverem e promoverem a participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde; para reduzir as desigualdades em saúde atendendo aos princípios da equidade e justiça social, afim de potenciar um sistema de saúde que seja capaz de responder no momento certo e na medida proporcional às necessidades, utilizando os recursos disponíveis de forma racional e eficiente (DGS, 2015).

Aprender a controlar as emoções negativas ou perturbadoras constitui a chave para atingir o bem-estar emocional (Rodrigues & Veiga-Branco, 2017); emoções demasiado intensas ou excessivamente prolongadas no tempo dificultam a estabilidade dos indivíduos, pelo que é vital evitar os extremos. As aptidões emocionais bem desenvolvidas estão na base de incrementos de produtividade e êxito das organizações (Goleman, 2020b).

De acordo com Diogo (2006, 2015, 2017) e Rodrigues e Veiga-Branco, (2017) as emoções estão constantemente presentes no cuidar em enfermagem, sendo inclusive vitais para o processo cuidativo, pelo que se torna fundamental compreender quais as competências emocionais que os enfermeiros em CSP possuem?

4. METODOLOGIA

A aquisição de conhecimentos decorrente da investigação científica consiste num método válido para encontrar respostas para questões precisas (Fortin, 2009, p.4). A investigação científica tem por finalidade, no âmbito profissional, a melhoria das práticas dos seus membros de forma a fornecer serviços de qualidade à sociedade (Fortin, 2009, p. 17). Segundo Coutinho (2021, p.7) a investigação “(...) consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais.” O processo investigativo permite refletir e formular os problemas decorrentes da prática, possibilitando o debate e a construção de novas ideias e conhecimentos (Coutinho, 2021).

Neste capítulo abordámos a metodologia utilizada para o estudo da Competência Emocional dos Enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários. Segundo Fortin (2009, p.214), “a fase metodológica tem por objetivo precisar a forma como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação.”

Pela sua utilidade, o modelo teórico de IE adotado para suporte nesta investigação foi o modelo inicialmente proposto por Goleman em 1995, atendendo a que as suas respetivas atualizações, as quais comportaram adições, não alteraram a essência do modelo de forma substancial (Goleman, 2020a, 2020b; Veiga-Branco, 2005; Vilela, 2006). No que se refere ao ajustamento do construto ao contexto português e, especificamente, à sua utilização nos profissionais de enfermagem, adotámos o conceito proposto por Veiga-Branco (2005) baseado nas cinco dimensões iniciais de IE de Goleman.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo enquadrou-se na metodologia quantitativa, uma vez que a pesquisa se focou “na análise dos fatos e fenómenos observáveis e na medição/avaliação em variáveis comportamentais e/ou socio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas e/ou relacionadas no decurso do processo da investigação empírica.” (Coutinho, 2021, p.26). Esta metodologia caracteriza-se por ser objetivista e implicar a recolha de dados com base em provas objetivas e aplicar técnicas estatísticas para a análise de dados (Coutinho, 2021, p.41).

Optámos por um estudo exploratório, descritivo, transversal e correlacional uma vez que se realizou para obter um primeiro conhecimento da situação que se queria estudar, pretendemos descrever (não se manipularam variáveis) as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação e população específica, num dado momento, e verificámos com a ajuda de questões de investigações e objetivos, as relações existentes entre um certo número de variáveis precisas, e depois explicámos como estas variáveis estavam ligadas entre si (Coutinho, 2021, p.42).

4.2 Finalidade e objetivos

Este estudo esteve inserido num projeto designado por "Dos paradigmas à operacionalização da gestão em enfermagem [POGE], desenvolvido no CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, em parceria com a UNIESEP - Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Com este estudo pretendemos contribuir para a melhoria da gestão e formação de recursos humanos em Enfermagem, através da caracterização das dimensões da Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

De acordo com esta finalidade, definimos os seguintes objetivos:

- Conhecer o Perfil de Competência Emocional dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte de Portugal;
- Analisar o perfil de cada uma das cinco dimensões da Competência Emocional dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte de Portugal;
- Analisar as relações estatísticas emergentes entre as características sociodemográficas da amostra e as cinco dimensões da Competência Emocional.

4.3 Questões de investigação

Uma investigação pressupõe um processo devidamente planeado, que se inicia com a seleção da problemática, passando pela formulação de hipóteses, definição de variáveis, escolha dos instrumentos, culminando com a fase em que se interpretam e comunicam os resultados. A formulação prévia do problema faz-se por regra sob a forma de uma questão de investigação, ou então sob a forma de um objetivo geral (Coutinho, 2021, p.49). Ao contrário dos objetivos que se enunciam de uma forma geral, as questões de investigação são mais específicas e incluem aspetos suscetíveis de serem estudados. As mesmas derivam dos objetivos, orientam e precisam a informação que se quer obter dos participantes; são utilizadas em estudos descritivos-correlacionais, e dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, ou ao estabelecimento de relações entre variáveis; são mais precisas que a questão preliminar (Fortin, 1999, 2009).

Assim, atendendo a este pressuposto formulámos uma grande questão preliminar:

- Como se configura a Competência Emocional dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

No sentido de uma maior especificação e permitir melhor orientação na execução do estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o perfil percecionado pelos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, relativamente às dimensões da CE e à CE global?
- Será que existe relação entre a idade e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

- Será que existe relação entre o sexo e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o estado civil e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre a formação académica e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre os motivos/razões para ser-se enfermeiro e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre possuir formação em Competência Emocional e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o sentimento de que a profissão será uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sentem quando pensam no seu trabalho e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o ter consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem perante situações perturbadoras e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre a satisfação com a vida e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre a categoria profissional e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o tempo de exercício da profissão e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o vínculo profissional com a instituição e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre a unidade funcional onde exercem funções e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?
- Será que existe relação entre o número médio de horas de trabalho semanal e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

- Será que existe relação entre a percepção de ter as condições de trabalho necessárias e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

4.4 Variáveis em estudo

As variáveis são selecionadas de acordo com os objetivos do estudo e as questões de investigações que se querem ver respondidas. Segundo Marconi e Lakatos (2003, p.137): “uma variável pode ser considerada como uma classificação ou medida; uma quantidade que varia; um conceito operacional, que contém ou apresenta valores; aspeto, propriedade ou fator, discernível em um objeto de estudo e passível de mensuração”.

Para Fortin (1999, p.36), “as variáveis são propriedades, qualidades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”, ou seja, constituem as unidades base da investigação suscetíveis de variar no tempo. Estas podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças, por forma a poderem ser medidos, manipulados ou controlados. Podem ser classificadas como independentes, dependentes de acordo com a relação que estabelecem entre si.

De acordo com Marconi e Lakatos (2003, p.138), “a variável independente é aquela que influencia, determina ou afeta outra variável . . .; constitui o fator determinante, condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência”; é o fator que o investigador manipula, com o intuito de validar a relação do fator com um fenómeno observado com o objetivo de compreender, que influência exerce sobre um possível resultado (Coutinho, 2021, p. 73).

A variável dependente é aquela que sofre influência, é determinada ou afetada pela variável independente; é a característica que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente; a propriedade ou fator que é efeito, resultado, consequência ou resposta a algo que foi manipulado (Coutinho, 2021; Marconi e Lakatos, 2003).

De acordo com o exposto, neste estudo as variáveis assumiram diferentes graus de dependência:

- a variável Competência Emocional global assumiu o estatuto de variável dependente em todo o estudo;
- as cinco dimensões da Competência Emocional assumiram duplo estatuto, sendo independentes em relação à Competência Emocional global e dependentes dos itens da escala da Competência Emocional;
- as variáveis de caracterização assumiram em todo o estudo o estatuto de variáveis independentes.

De forma a permitir a caracterização da amostra estudada, foram selecionadas um conjunto de variáveis sociodemográficas e profissionais. Foram elas: idade, sexo, estado civil, formação académica, categoria profissional, tempo de exercício profissional, vínculo com a instituição, unidade funcional onde exerce funções, média de horas de trabalho semanal.

Foram, também, ainda associadas outras variáveis de caracterização:

- Motivos ou razões para ser enfermeiro;
- Formação em Competência Emocional;
- Sente que a profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal;
- Palavras que caracterizam o tipo de sentimentos que sente quando pensa no seu trabalho;
- Perante situações perturbadoras será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem;
- Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho;
- Satisfação com a vida.
- Considera que tem as condições de trabalho necessárias.

No sentido de caracterizar a amostra, no que se refere, ao seu nível de satisfação com a vida, foram colocadas cinco perguntas no instrumento de recolha de dados, as quais configuram a escala da satisfação com a vida. A Escala da Satisfação com a Vida (EVS) desenvolvida por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), é uma escala unidimensional amplamente utilizada em estudos, estando disponível de forma gratuita na internet, sendo apenas necessário referenciar o seu autor. A mesma é composta por cinco itens (correspondem às perguntas 10 a 14 do questionário), tendo sido elaborada para avaliar a componente cognitiva da satisfação com a vida (não é uma medida de afeto

positivo ou negativo). Esta avaliação é medida através de uma escala de frequência temporal do tipo Likert, que varia de 1 a 7 pontos (1 – “Discordo plenamente”, 2 – “Discordo”, 3 – “Discordo um pouco”, 4 – “Não concordo nem discordo”, 5 – “Concordo um pouco”, 6 – “Concordo” e 7 – “Concordo plenamente”). A ESV tem sido utilizada tanto a nível nacional como internacional, em diferentes faixas etárias e diferentes populações, tendo sempre mostrado ser uma medida válida e confiável da satisfação com a vida.

4.5 População e amostra

A população alvo neste estudo foi constituída pelos enfermeiros a exercer funções nas diferentes unidades funcionais de um ACeS da região norte de Portugal (N=138), de acordo com os dados fornecidos pelo Diretor Executivo, em janeiro de 2021. Coutinho (2021, p.89) define população como um conjunto de pessoas ou elementos que têm características comuns. Neste estudo, a população alvo correspondeu à população acessível, uma vez que todos os elementos tiveram igual oportunidade de participar no estudo. Optámos por estudar a população total dos enfermeiros mencionados, pelo fato de a mesma ser conhecida, finita, pouco extensa e poder ser integralmente estudada, não sendo necessário proceder a técnicas de amostragem.

Assim, a amostra foi constituída pelos enfermeiros que aceitaram participar no estudo (n= 104), no período de 7 de junho a 7 de julho de 2021.

4.6 Instrumento de recolha de dados

De acordo com esta etapa metodológica foi necessário selecionar o instrumento de recolha de dados mais conveniente para o estudo, de entre os vários existentes. Respeitando esta premissa, optámos pela aplicação de um questionário autoadministrado como meio de recolha de informação, de forma a melhor responder aos principais objetivos deste estudo.

Segundo Fortin (2009, p. 380) um questionário tem por objetivo recolher informação fatural sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Trata-se de um instrumento muito flexível relativamente à estrutura, forma e meios de recolher a informação. Coutinho (2021, p.107) refere que os questionários podem ser aplicados independentemente do tamanho amostral, preenchidos pelos próprios participantes sem necessidade da presença do investigador, bem como podem ser enviados pelo correio ou pela internet - consistindo num meio rápido e pouco oneroso de obter dados, junto de um grande número de pessoas.

Outra das vantagens do questionário reside na natureza impessoal, que aliada à sua uniformidade de apresentação e das diretivas, lhe confere a constância de um questionário para o outro, assegurando a fidelidade do instrumento, tornando por isso possível a comparação entre os respondentes. O anonimato das respostas tranquiliza os respondentes, levando-os a exprimir as suas opiniões de forma livre e sem reservas (Fortin, 2009, p. 387).

De entre várias opções de questionários centrados no presente objeto de estudo, optámos pela Escala Veiga da Competência Emocional composta por 33 itens (EVCE-r33), que é a versão reduzida da “Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), (Veiga-Branco, 2005)” original. Esta última, já foi utilizada em 208 trabalhos de investigação, de carácter académico ou internacional financiado, e que foi adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006), a partir da escala original “Escala Veiga-Branco das Dimensões da Competência Emocional” (Veiga-Branco, 2005). Nos vários estudos realizados com esta escala, os valores de consistência interna (α Cronbach) asseguram a sua validade; a escala é composta por cinco dimensões da Competência Emocional correspondendo cada uma delas a uma das cinco competências da CE abordadas na conceptualização teórica; permite um tratamento estatístico rigoroso e é gratuita. Para além disso, a opção por esta escala deveu-

se à mesma cumprir os critérios assumidos para o estudo e apresentar um conjunto de características: ser portuguesa, evitando problemas de tradução e de culturalidade; já foi adaptada e validada para população em estudo (Vilela, 2006); tem sido utilizada em diversos estudos no campo da investigação em enfermagem (Agostinho, 2008; Ferreira, 2018; Francisco, 2017; Lopes, 2013; Rodrigues, 2017; Tavares, 2017; Vilela, 2006); a autora desta escala tem formação de base em enfermagem; a autora da mesma, bem como o autor da adaptação e validação para a população de enfermeiros foram orientadores deste estudo, acompanhando de forma sistemática e sustentada a investigação.

O questionário foi composto por duas partes: a primeira parte inseriu a caracterização sociodemográfica da população em estudo, as variáveis de Satisfação com a Vida e a segunda parte correspondeu à EVCE-r33 propriamente dita. No que diz respeito ao tipo de questões, foi constituído por questões fechadas e questões abertas de resposta curta. As questões fechadas, tal como refere Fortin (2009, p. 384) têm como principais vantagens serem simples de utilizar, permitir a codificação fácil das respostas, permitir uma análise rápida e pouco dispendiosa e também poderem ser objeto de um tratamento estatístico. Já no que respeita às questões abertas estas permitem obter informações complementares sobre certos aspetos da investigação, não existindo uma proposta de categorias de respostas à priori. As mesmas não foram abordadas no estudo por limitações de tempo.

4.7 Características psicométricas do instrumento de recolha de dados

Como referido anteriormente, o instrumento de recolha de dados contemplou a utilização da EVCE-r33, a qual foi apresentada pela autora em fevereiro de 2021, sendo que por ser menos extensa e de fácil aplicação, promoveu uma maior adesão dos participantes ao seu preenchimento. Esta escala é composta por 33 itens/enunciados, de forma a permitir a operacionalização das cinco dimensões da competência emocional: autoconsciência - 8 itens; gestão de emoções - 7 itens; a automotivação - 7 itens; empatia - 5 itens; gestão de emoções em grupos - 6 itens.

Todos os itens foram concebidos como variáveis ordinais, medidas por uma escala de frequência temporal do tipo Likert (1 a 7, com 1 - "nunca", 2 - "raramente", 3 - "pouco frequente", 4- "por norma", 5 - "frequente", 6 - "muito frequente" e 7 - "sempre"), podendo os participantes escolher a frequência temporal com que vivenciam as situações descritas.

Do ponto de vista psicométrico e com base na análise estatística descritiva, o ponto de corte da EVCE é 4. Esta escala prevê a medição do perfil de CE global segundo 3 níveis: o nível baixo entre 1 e 3,49; o nível moderado entre 3,50 e 5,45, e o nível alto entre 5,46 e 7. Para além disso, segundo a autora da escala no total dos 33 itens da EVCE-r33, há itens que devem ser assumidos de forma invertida (quadro 2).

QUADRO 2: Itens invertidos da EVCE-r33

EVCE-r33	Subescalas	Itens invertidos
	Autoconsciência	1) a, c, d, e, f, g, h
	Gestão de Emoções	2) c, d, e, g
	Automotivação	3) a, d, e, f, g
	Empatia	4) e
	Gestão de Emoções em Grupos	5) “nenhum”

A escala na sua versão original foi construída para a população portuguesa, por Veiga-Branco (2005), e posteriormente adaptada e validada para os enfermeiros portugueses por Vilela (2006). Até ao momento, vários estudos foram publicados e realizados em Portugal: dois em professores (Veiga, 2004a e 2005), cinco em enfermeiros (Vilela, 2006; Agostinho, 2008; Gregório, 2008; Lopes, 2013 e Francisco, 2017) e um em políticos (Costa, 2014). Nos diversos contextos onde foi aplicada a escala, os valores de consistência interna (alfa - α) obtidos variaram entre 0,89 e 0,96 (Anexo I).

4.8 Procedimento de recolha de dados

Após a seleção do instrumento de recolha de dados, assim como das variáveis que se pretendiam estudar, surgiu a necessidade de definir e programar como se procederia à sua aplicação e distribuição. Neste sentido, foram contactados o Diretor executivo bem como a Ex.ma Senhora Vogal de Enfermagem, a fim de solicitar a sua colaboração no envio do convite para a participação no estudo, aos enfermeiros do ACeS da região norte, via email institucional. A recolha de dados foi efetuada através do aplicativo “*Google Forms®*”. Esta foi uma estratégia que permitiu que todos os enfermeiros recebessem o respetivo convite para participarem no estudo, evitando erros e falhas no encaminhamento dos emails.

O processo de recolha decorreu entre sete de junho e sete de julho de 2021, tendo o investigador definido uma estratégia de sensibilização dos profissionais, para promover a adesão ao estudo. A mesma consistiu numa visita a cada unidade funcional do ACeS, em dois momentos distintos, respeitando um intervalo de quinze dias, assim como no reenvio do email com o link de acesso ao questionário nas mesmas datas. A estratégia delineada resultou em sucesso uma vez que numa população constituída por 138 profissionais, se obtiveram 104 respostas.

O período de recolha de dados previsto no cronograma de investigação teve de ser alterado, pois previa que a mesma ocorresse em janeiro e fevereiro, no entanto, por dificuldade na obtenção da autorização da recolha de dados, por parte da ARS, mais de seis meses para obter o parecer favorável, foi necessário rever o momento da mesma, o que criou alguns constrangimentos na execução do planeado.

4.9 Considerações éticas

Este estudo garantiu a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, sendo que, através da estratégia de recolha de dados atrás referida, não existiram registos de dados de

contactos ou de identificação dos participantes. Todos os dados recolhidos através do questionário, foram apenas e exclusivamente usados para o fim a que se destinou o presente estudo. A participação no preenchimento do questionário *online* foi voluntária, não existindo qualquer prejuízo, pela própria natureza do questionário, pelo seu não preenchimento.

Não se previam conflitos éticos com a aplicação do instrumento de medida selecionado. Foi solicitada autorização para a realização do estudo ao Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, IP e respetiva Comissão de Ética (processo 20200111) e, ainda, ao Diretor Executivo do ACeS da região norte (obtido a cinco de novembro de 2020). Também, a aplicação do questionário só foi realizada após a obtenção da autorização da autora da escala (recebida a 19 de outubro de 2020).

4.10 Tratamento estatístico dos dados

Uma massa caótica de dados tem pouca relevância, pois não é capaz de traduzir qualquer informação útil e relevante para o aumento do conhecimento, neste sentido, a extração relevante de informação apartir dos dados só é possível, se os mesmos forem submetidos a tratamento estatístico e organizados. De acordo com Ribeiro (2010, p.123) “o objetivo do investigador quando se debruça sobre um conjunto de dados é verificar da existência e da natureza de relações entre variáveis”. Assim, atendendo aos objetivos e às questões de investigação formuladas, procedemos ao tratamento estatísticos dos dados obtidos, recorrendo ao programa informático *IBM SPSS Statistics 26®*. Neste estudo, atendemos a vários pressupostos para tratamento estatístico dos dados que passámos a descrever:

- A primeira etapa passou pela a análise dos dados, no que diz respeito, ao estudo da normalidade da distribuição da amostra em todos os itens que compõem o questionário, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov* com a *correção de Lilliefors*, tendo-se verificado que nem todas as variáveis apresentavam, segundo este teste, valores sugestivos de distribuição normal (valores de valor de $p > 0.05$). Perante este achado, prosseguimos com o tratamento estatístico seguindo o teorema do

limite central para as variáveis do questionário. Este teorema postula que não é necessário verificar a normalidade, em cada item, quando o tamanho da amostra é superior a 30 (Pestana & Gageiro, 2003). Para além de termos uma amostra superior a 30, todas as variáveis apresentaram uma média muito próxima da mediana, sendo que esta ficou, sempre, situada entre o mínimo e o máximo valor para a média num intervalo de confiança de 95% (Marôco, 2003). Assumimos, ainda, que à medida que vai aumentando o tamanho da amostra, a tendência segue o sentido da aproximação da distribuição normal (Marôco, 2003). Assim, apesar dos resultados dos testes terem revelado uma distribuição não normal em vários itens, assumimos que existiu pelo menos simetria – pois, observando os histogramas de cada variável, verificámos simetria em torno da média. Com base nestes pressupostos enunciados, tomámos a decisão de avançarmos para a análise das características psicométricas das variáveis do questionário, usando a estatística paramétrica.

- No estudo das variáveis de caracterização da amostra recorreremos à estatística descritiva: utilizando tabelas de frequências, no caso das variáveis de natureza qualitativa; e a medidas de tendência central (média, mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo), no caso das variáveis de natureza quantitativa.
- Avaliámos também a fiabilidade do instrumento ao nível da CE global e das dimensões da CE, através do coeficiente do alfa (α). Os valores de alfa (α) assumidos neste estudo foram os defendidos por Pestana e Gageiro (2003), que propuseram a seguinte classificação: muito boa, se superior a 0,9; boa, entre 0,8 e 0,9; razoável, entre 0,7 e 0,8; fraca, entre 0,6 e 0,7 e inadmissível se inferior a 0,6.
- Para o estudo das variáveis observadas (itens da escala) utilizámos a estatística descritiva sem inversão dos itens da escala. Para a análise das variáveis latentes assumimos a inversão dos itens, através da computação das variáveis novas: dimensões da CE e da CE global.
- Procedemos ao estudo correlacional e à regressão linear múltipla (*método stepwise*). No que aos resultados de correlação diz respeito, e considerando a tipologia em estudo, assumimos a consciência de que “A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”. (cf. Murteira, cit.

em Pestana & Gageiro, 2003, p.189), pelo que, esta análise correlacional, teve só como finalidade:

- - verificar se existia ou não movimento concomitante ou inverso, da frequência de comportamentos em estudo, ou seja,
- - se existia correlação entre as dimensões da CE entre si, e, entre estas e a CE global,
- - reconhecer a força e o sentido dessa mesma relação,
- - identificar a dimensão que apresentava correlação mais elevada com a CE global.

Para o estudo das correlações entre as variáveis em estudo, assumimos neste estudo, que um valor de *r de Pearson* menor que 0,20 indica uma associação muito baixa; entre 0,20 e 0,39 baixa; entre 0,40 e 0,69 moderada; entre 0,70 e 0,89 alta e, por fim, entre 0,90 e 1,00 (um) uma associação muito alta, segundo Pestana e Gageiro (2003).

Finalmente, avaliámos a relação das respetivas variáveis em estudo com as dimensões da CE e com a CE global, tendo a opção metodológica recaído para a utilização de testes paramétricos para comparação de médias, nomeadamente *Teste t-Student* (t) para comparação de médias de duas amostras independentes, bem como o *Teste One-Way Anova* (F) para amostras independentes com o objetivo de comparar as médias de 3 ou mais grupos (variável nominal), sendo que, quando foi significativo, recorreremos ao *Teste de Bonferroni* para determinar a localização das diferenças.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na colheita de dados, que seguiram a seguinte ordem de exposição: caracterização da amostra, análise descritiva dos itens das dimensões da CE, análise descritiva das dimensões da CE e da CE global, estudo da fiabilidade da escala da EVCE-r33, estudo das correlações das dimensões da CE e da CE global, estudo das variáveis preditivas da competência emocional global (regressão linear múltipla – *método setpwise*) e, por último, a apresentação da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da CE e a CE global.

Com este capítulo prosseguimos o desígnio de não somente caraterizar os scores obtidos, pelos elementos da amostra, no que diz respeito, à variável dependente e independente em estudo, mas também procurámos analisar a forma como as variáveis se associavam e se correlacionavam entre si, atendendo aos objetivos delineados para a presente investigação. A apresentação dos resultados foi realizada através da apresentação de tabelas, onde figuram os dados mais relevantes da investigação.

Os testes utilizados para o efeito foram seleccionados, tendo em conta a existência de distribuição normal dos resultados em cada grupo de análise, de acordo com o teorema do limite central.

5.1 Caraterização da amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 104 enfermeiros de diferentes unidades funcionais de um ACeS da região norte de Portugal. De acordo com a Tabela 1 foi possível verificar que: a maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino (n=85; 81,7%); um número superior de enfermeiros tinha entre 36 e 40 anos (n=40; 38,5%), seguido, respetivamente,

pela faixa etária entre 41 e 45 anos (n=22; 21,2%) e pela faixa etária entre os 46 e 50 anos (n=16; 15,4%). A faixa etária entre os 26 e 30 anos foi a menos representativa (n=1; 1,0%). Grande parte dos enfermeiros eram casados (n=79; 76,0%), a maior parte dos enfermeiros eram licenciados (n=51; 49,0%), 27,9% eram especialistas (n=29) e 11,5% possuía mestrado (n=12).

TABELA 1: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) das variáveis: Sexo, Idade, Estado Civil e Formação Académica

Sexo	N	%
Feminino	85	81,7
Masculino	19	18,3
Total	104	100

Idade	n	%
21 - 25 anos	4	3,8
26 - 30 anos	1	1,0
31 - 35 anos	7	6,7
36 - 40 anos	40	38,5
41 - 45 anos	22	21,2
46 - 50 anos	16	15,4
51 - 55 anos	7	6,7
56 anos ou mais	7	6,7
Total	104	100

Estado Civil	n	%
Solteiro	13	12,5
Casado	79	76,0
União de facto	4	3,8
Divorciado	8	7,7
Total	104	100

Formação Académica	n	%
Licenciatura	51	49,0
Pós-Graduação	12	11,5
Pós-Licenciatura Especialização em Enfermagem	29	27,9
Mestrado	12	11,5
Total	104	100

Relativamente às principais motivações/razões que o levaram a tornar-se enfermeiro, uma proporção superior de enfermeiros referiu que tal se deveu ao facto de acharem a profissão interessante (n=61; 58,7%). Um número mais reduzido (n=8; 7,7%) referiu que optou pela profissão por curiosidade e que até estavam a gostar. Igualmente em um número reduzido (n=6; 5,8%) referiram que escolheram a profissão por aconselhamento de colegas. Constatámos ainda que 29 (27,9%) dos inquiridos referiram que não havia um motivo especial (Tabela 2).

TABELA 2: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Motivações/razões que o/a levaram a tornar-se enfermeiro

Motivações/razões que o/a levaram a tornar-se enfermeiro	n	%
Acho interessante	61	58,7
Foi por aconselhamento com colegas	6	5,8
Por curiosidade...e até estou a gostar	8	7,7
Não há motivo especial	29	27,9
Total	104	100

Tal como pudemos observar na Tabela 3, no que concerne à questão: pensa que esta profissão será uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal, a maioria da amostra considerou que a sua profissão constituía uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal (n=97; 93,3%), sendo que 1,9% (n=2) referiram não ser uma mais valia. Constatámos ainda que cinco (4,8%) dos participantes não tinham uma opinião formada a este respeito.

TABELA 3: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Pensa que esta profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal?

Pensa que esta profissão será uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal?	n	%
Não	2	1,9
Sim	97	93,3
Não sei	5	4,8
Total	104	100

No que respeita à realização de formação específica na área da Competência Emocional, praticamente todos os enfermeiros (n=89; 85,6%) referiram não ter realizado este tipo de formação. Curiosamente quatro enfermeiros (3,8%) responderam que não sabiam se tinham realizado formação específica na área da CE (Tabela 4).

TABELA 4: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Já tinha realizado formação específica na área da Competência Emocional

Já tinha realizado formação específica na área da Competência Emocional?	n	%
Não	89	85,6
Sim	11	10,6
Não sei ao certo	4	3,8
Total	104	100

Quando pedido aos participantes no estudo para que pensassem na sua vida de enfermeiro e seleccionassem de entre os sentimentos/emoções, os/as que de alguma forma sentiam, quando pensavam no seu trabalho, os mesmos responderam: sentimento de dever cumprido (n=71; 68,3), interesse (n=67; 64,4%), alegria (n=41; 39,4%), acho que gosto da minha vida de enfermeiro (n=35; 33,7%), incerteza (n=30; 28,8%), tristeza (n=25; 24%), por vezes fico ansioso que a minha tarefa acabe (n=18; 17,3%), angústia (n=14; 13,5%), medo (n=11; 10,6%), “outro” (n=11; 10,6%). Outros sentimentos como “surpresa” (n=7; 6,7%), sinto coisas confusas...não sei bem explicar... (n=7; 6,7%), “raiva/fúria/cólera” (n=6; 5,8%),

alívio (n=4; 3,8%), aflição (n=3; 2,9%) e a vergonha (n=2; 1,9%) foram muito pouco referidos. Também verificámos que nenhum dos enfermeiros referiu sentimentos de culpa (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Sentimentos/emoções sentidas quando pensa no seu trabalho

Sentimentos/emoções sentidas quando pensa no seu trabalho	Sim (n)	%	Não (n)	%
Interesse	67	64,4	37	35,6
Raiva/Fúria/Cólera	6	5,8	98	94,2
Tristeza	25	24,0	79	76,0
Alegria	41	39,4	63	60,6
Culpa	0	0,0	104	100
Medo	11	10,6	93	89,4
Surpresa	7	6,7	97	93,3
Vergonha	2	1,9	102	98,1
Sentimento de Angústia	14	13,5	90	86,5
Sentimento de Aflição	3	2,9	101	97,1
Sentimento de Alívio	4	3,8	100	96,2
Sentimento de Dever Cumprido	71	68,3	33	31,7
Sentimento de Incerteza	30	28,8	74	71,2
Sinto "coisas confusas"... não sei bem explicar...	7	6,7	97	93,3
Acho que gosto da minha vida de Enfermeiro	35	33,7	69	66,3
Por vezes fico ansioso que acabe a minha tarefa....	18	17,3	86	82,7
Outra	11	10,6	93	89,4

Perante a pergunta durante os seus dias de enfermeiro quando há alguma perturbação que o/a faz ficar incomodado/a (com os doentes, os chefes, com colegas, avaliação, companheira/o, projetos...), será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem, os participantes referiram ter consciência de sentimentos tais como: ... para mim é claro, lembro-me exatamente do que senti ao longo do processo/ conflito... (n=49; 47,1%), ... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo... (n=28; 26,9%) e ... sei sim, e procuro tentar falar com alguém... (n=28; 26,9%). Verificámos também que referiram: eu não tenho tido experiências com perturbações... (n=9; 8,7%), ... aquilo morre ali... só sei o que estou a sentir, quando falo com alguém (ex: colega, amigo) acerca desse episódio (n=7; 6,7%), sei lá... não sei... eu não dou valor a essas coisas de sentimentos e conflitos... (n=7; 6,7%), ... aquilo passa... não me lembro de nada (n=3; 2,9%) e ... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como (n=3; 2,9%). Somente um (1,0%) escolheu a opção ... nem sei bem o que sinto... só após algum tempo (1 a 6 meses) é que me vem à memória o que senti (Tabela 6).

TABELA 6: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) da variável: Será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem?... perante situações perturbadoras

Será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem?... perante situações perturbadoras	Sim (n)	%	Não (n)	%
... nem sei bem o que sinto... só após algum tempo (1 a 6 meses) é que me vem à memória o que senti;	1	1,0	103	99,0
... aquilo morre ali... só sei o que estou a sentir, quando falo com alguém (ex: colega, amigo) acerca desse episódio;	7	6,7	97	93,3
... aquilo passa... não me lembro de nada;	3	2,9	101	97,1
... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como;	3	2,9	101	97,1
... para mim é claro, lembro-me exatamente do que senti ao longo do processo/ conflito...	49	47,1	55	52,9
... eu não tenho tido experiências com perturbações...	9	8,7	95	91,3
.. sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo...	28	26,9	76	73,1
...sei lá... não sei... eu não dou valor a essas coisas de sentimentos e conflitos...	7	6,7	97	93,3
... sei sim, e procuro tentar falar com alguém...	28	26,9	76	73,1

Com intuito de conhecer qual o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho, foi pedido aos participantes que avaliassem o seu nível de satisfação, considerando uma escala que variava entre 1 e 7 pontos, correspondendo o 1 a “nada satisfeito” e 7 a “completamente satisfeito”. Considerando que o ponto de corte é 4, e atendendo a que o nível de satisfação foi avaliado segundo três níveis: o nível baixo entre 1 e 3,49; o nível moderado entre 3,50 e 5,45 e o nível alto entre 5,46 e 7, verificámos que o nível de satisfação apresentado pela amostra, de acordo com a Tabela 7, se encontrou ao nível moderado (M=4,69; Md=5,00; Dp=1,12).

TABELA 7: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn) e máximo (Mx) relativos à variável: Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho

Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (Dp)	Mínimo (Mn)	Máximo (Mx)
	4,69	5,00	1,12	2,00	7,00

Analísámos também a “satisfação com a vida” dos participantes, de acordo com a Escala de Satisfação com a Vida (ESV). Esta escala é constituída por 5 itens; sendo que a possibilidade de resposta variou, também, entre 1 e 7 pontos: 1 “Discordo Plenamente”, 2 “Discordo”, 3 “Discordo um pouco”, 4 “Não concordo nem discordo”, 5 “Concordo um pouco”, 6 “Concordo”, 7 “Concordo Plenamente”. Assim, e em conformidade com a tabela seguinte (Tabela 8), verificámos relativamente aos resultados obtidos em cada um dos seus itens, uma tendência para os participantes deste estudo concordarem com os itens: “Na maioria dos aspetos, a minha vida está próxima do meu ideal de vida” (M=4,89; Dp=1,28); “As

condições da minha vida são excelentes” (M=4,62; Dp=1,44); “Estou satisfeito/a com a minha vida” (M=5,04; Dp=1,37) e “Até hoje, consegui as coisas mais importantes que desejo na vida” (M=5,38; Dp=1,25). Já o resultado do item “Se eu pudesse viver a minha vida outra vez, não mudaria nada”, revelou-se mais baixo (M=4,13; Dp=1,82), pelo que verificámos uma tendência para os participantes não concordarem nem discordarem com este aspeto.

Relativamente ao resultado global, da escala de satisfação com a vida (Tabela 8), verificámos que os participantes “concordam um pouco” que estão satisfeitos com a vida (M=4,81; Md=5,00; Dp=1,24).

TABELA 8: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%), média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), relativos às variáveis da Escala de Satisfação com a Vida (ESV)

Escala de Satisfação com a Vida (ESV)									
Itens	DP n (%)	D n (%)	DUP n (%)	NCND n (%)	CUP n (%)	C n (%)	CP n (%)	M (Md)	Desvio Padrão (Dp)
ESV1	2 (1,9%)	3 (2,9%)	11 (10,6%)	16 (15,4%)	32 (30,8%)	36 (34,6%)	4 (3,8%)	4,89 (5,00)	1,28
ESV2	2 (8,7%)	9 (8,7%)	10 (9,6%)	24 (23,1%)	26 (25,0%)	27 (26,0%)	6 (5,8%)	4,62 (5,00)	1,44
ESV3	1 (1,0%)	6 (5,8%)	8 (7,7%)	16 (15,4%)	24 (23,1%)	40 (38,5%)	9 (8,7%)	5,04 (5,00)	1,37
ESV4	0 (0,0%)	1 (1,0%)	9 (8,7%)	15 (14,4%)	24 (23,1%)	35 (33,7%)	20 (19,2%)	5,38 (6,00)	1,25
ESV5	9 (8,7%)	16 (15,4%)	16 (15,4%)	12 (11,5%)	22 (21,2%)	20 (19,2%)	9 (8,7%)	4,13 (4,00)	1,82
ESV Global								4,81 (5,00)	1,24

DP) Discordo Plenamente, D) Discordo, DUP) Discordo um pouco, NCND) Não concordo nem discordo, CUP) Concordo um pouco, C) Concordo, CP) Concordo Plenamente

ESV1 - Na maioria dos aspetos, a minha vida está próxima do meu ideal de vida, ESV2 - As condições da minha vida são excelentes, ESV3 -Estou satisfeito/a com a minha vida, ESV4 - Até hoje, consegui as coisas mais importantes que desejo na vida, ESV5 - Se eu pudesse viver a minha vida outra vez, não mudaria nada.

No que se refere a aspetos relacionados com o trabalho como enfermeiro (categoria profissional, experiência profissional, vínculo profissional com a instituição, unidade funcional onde exerce funções, média de horas de trabalho semanal, considera que tem as condições de trabalho necessárias) constatámos, conforme a Tabela 9, que: a maioria dos enfermeiros eram enfermeiros generalistas (n=65; 62,5%); um número superior detinha experiência profissional entre os 11 e 20 anos (n=65; 62,5%); grande parte (n=81; 77,9%) exercia a sua profissão em contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado; um número mais elevado desempenhava as suas funções em USF modelo B (n=38; 36,5%); grande parte dos enfermeiros trabalhavam em média 35 horas (n=57; 54,8%). No entanto, também verificámos existir um número pequeno de enfermeiros que trabalhavam em média 45 horas (n=2; 1,9%), 50 horas (n=3; 2,9%) e 60 horas (n=1; 1,0%).

Já que no que se refere às condições de trabalho necessárias para o desempenho da sua profissão um número elevado referiram que as teriam (n=61; 58,7%).

TABELA 9: Distribuição das frequências absoluta (n) e relativa (%) das variáveis: Categoria Profissional, Experiência Profissional, Vínculo Profissional com a Instituição, Unidade Funcional onde exerce funções, Média de horas de trabalho semanal, na unidade funcional e Considera que tem as condições de trabalho necessárias?

Categoria Profissional	n	%
Enfermeiro Generalista	65	62,5
Enfermeiro Especialista	37	35,6
Enfermeiro Gestor	2	1,9
Total	104	100
Experiência Profissional	n	%
< a 2 anos	2	1,9
2 a 5 anos	3	2,9
6 a 10 anos	2	1,9
11 a 20 anos	65	62,5
≥ a 21 anos	32	30,8
Total	104	100
Vínculo Profissional com a Instituição	n	%
Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado	81	77,9
Contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo ou incerto	11	10,6
Regime de Mobilidade	12	11,5
Total	104	100
Unidade Funcional onde exerce funções	n	%
USF modelo A	33	31,7
USF modelo B	38	36,5
UCSP	11	10,6
UCC	12	11,5
Outra	10	9,6
Total	104	100
Média de horas de trabalho semanal, na unidade funcional	n	%
35 horas	57	54,8
36 horas	6	5,8
37 horas	16	15,4
38 horas	8	7,7
40 horas	11	10,6
45 horas	2	1,9
50 horas	3	2,9
60 horas	1	1,0
Total	104	100
Considera que tem as condições de trabalho necessárias?	n	%
Não	43	41,3
Sim	61	58,7
Total	104	100

Após análise dos resultados que permitiram caracterizar a amostra de enfermeiros deste estudo, passámos a analisar os principais resultados obtidos na escala de avaliação (EVCE-r33), utilizada para analisar o nível de Competência Emocional dos enfermeiros. Recorremos à estatística descritiva, correlacional e à análise de regressão linear múltipla para identificar a forma como se configurava a CE dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários.

5.2 Análise descritiva dos itens das dimensões da competência emocional

Para dar resposta à questão de investigação “Qual o perfil percecionado pelos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, relativamente às dimensões da CE e da CE global?”, passámos à análise das variáveis relativas à CE. Para tal, procedemos à análise dos itens das subescalas (dimensões) para melhor compreensão dos dados e facilidade de observação das respostas da amostra. Posteriormente, os itens foram agrupados de forma a possibilitar a criação de seis variáveis novas: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia, gestão de emoções em grupos e competência emocional global. Para estas variáveis criadas, foram selecionados os itens respetivos de cada uma das subescalas e, a seguir, feita a agregação de todos os itens que compõem a escala global – criando a variável referente à Competência Emocional global. Para este último procedimento, foram invertidos os itens conforme descrito, anteriormente, nos subcapítulos da metodologia: características psicométricas do instrumento de recolha de dados e tratamento estatístico dos dados.

Relativamente à análise das dimensões da Competência Emocional, as mesmas foram avaliadas de acordo com a EVCE-r33, sendo que a possibilidade de resposta variou entre 1 e 7 pontos: 1 “nunca”, 2 “raramente”, 3 “pouco frequente”, 4 “por norma”, 5 “frequente”, 6 “muito frequente”, 7 “sempre”.

Dimensão Autoconsciência

Conforme exposto na Tabela 10, e no que se referiu aos itens da subescala Autoconsciência verificámos uma tendência para valores mais elevados (resposta frequente) na questão: Tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, desprezo...ódio, frustração... consigo defini-los ($M=5,04$), considerando uma escala que variou entre 1 a 7 pontos. Nas restantes questões a tendência foi para valores mais medianos ou baixos, o que revelou que estes profissionais experienciavam estas alterações, tendencialmente, pouco frequente ou raramente.

TABELA 10: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Autoconsciência

Subescala Autoconsciência								
Itens	N n (%)	R n (%)	PF n (%)	PN n (%)	F n (%)	MF n (%)	S n (%)	M (Md)
item_1_a	2 (1,9%)	22 (21,2%)	31 (29,8%)	22 (21,2%)	16 (15,4%)	10 (9,6%)	1 (1,0%)	3,60 (3,00)
item_1_b	0 (0,0%)	2 (1,9%)	9 (8,7%)	24 (23,1%)	31 (29,8%)	24 (23,1%)	14 (13,5%)	5,04 (5,00)
item_1_c	4 (3,8%)	39 (37,5%)	31 (29,8%)	16 (15,4%)	9 (8,7%)	5 (4,8%)	0 (0,0%)	3,02 (3,00)
item_1_d	4 (3,8%)	19 (18,3%)	43 (41,3%)	17 (16,3%)	13 (12,5%)	8 (7,7%)	0 (0,0%)	3,38 (3,00)
item_1_e	5 (4,8%)	35 (33,7%)	27 (26,0%)	21 (20,2%)	9 (8,7%)	7 (6,7%)	0 (0,0%)	3,14 (3,00)
item_1_f	7 (6,7%)	35 (33,7%)	32 (30,8%)	12 (11,5%)	14 (13,5%)	4 (3,8%)	0 (0,0%)	3,03 (3,00)
item_1_g	15 (14,4%)	48 (46,2%)	28 (26,9%)	5 (4,8%)	5 (4,8%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)	2,48 (2,00)
item_1_h	24 (23,1%)	42 (40,4%)	17 (16,3%)	11 (10,6%)	7 (6,7%)	1 (1,0%)	2 (1,9%)	2,48 (2,00)

N) Nunca, R) Raramente, PF) Pouco Frequente, PN) Por Norma, F) Frequente, MF) Muito Frequente, S) Sempre

Itens: item_1_a - Me deixo absorver por essas emoções, que sou incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento..., item_1_b - Tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, desprezo... ódio, frustração... consigo defini-los, item_1_c - Uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los..., item_1_d - Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente..., item_1_e - Altera-se o meu comportamento ao nível relacional... fico em mutismo, eufórico/a, fica amuado/a, etc., item_1_f - Fico mentalmente retido/a nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre..., item_1_g - Considero-me do tipo Instável, com várias mudanças de humor..., item_1_h - Sou do tipo Azarado/a, não tenho sorte na vida...;

Dimensão Gestão de Emoções

Relativamente aos itens da subescala Gestão de Emoções os resultados obtidos (Tabela 11) apontaram para uma tendência para valores mais médio altos nos itens: Racionalizei. Tentei perceber... e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquela situação (M=4,94) (frequente) e Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto (M=4,20) (“por norma”) e mais médio baixos nos restantes itens (pouco frequente/raramente).

TABELA 11: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Gestão de Emoções

Subescala Gestão de Emoções								
Itens	N n (%)	R n (%)	PF n (%)	PN n (%)	F n (%)	MF n (%)	S n (%)	M (Md)
item_2_a	11 (10,6%)	20 (19,2%)	30 (28,8%)	16 (15,4%)	14 (13,5%)	9 (8,7%)	4 (3,8%)	3,43 (3,00)
item_2_b	0 (0,0%)	3 (2,9%)	5 (4,8%)	30 (28,8%)	35 (33,7%)	19 (18,3%)	12 (11,5%)	4,94 (5,00)
item_2_c	41 (39,4%)	38 (36,5%)	11 (10,6%)	6 (5,8%)	7 (6,7%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	2,07 (2,00)
item_2_d	23 (22,1%)	30 (28,8%)	26 (25,0%)	12 (11,5%)	8 (7,7%)	5 (4,8%)	0 (0,0%)	2,68 (2,00)
item_2_e	11 (10,6%)	37 (35,6%)	30 (28,8%)	12 (11,5%)	9 (8,7%)	5 (4,8%)	0 (0,0%)	2,87 (3,00)
item_2_f	5 (4,8%)	16 (15,4%)	14 (13,5%)	24 (23,1%)	17 (16,3%)	19 (18,3%)	9 (8,6%)	4,20 (4,00)
item_2_g	13 (12,4%)	28 (26,7%)	24 (22,9%)	20 (19,0%)	10 (9,5%)	9 (8,7%)	0 (0,0%)	3,13 (3,00)

N) Nunca, R) Raramente, PF) Pouco frequente, PN) Por norma, F) Frequente, MF) Muito Frequente, S) Sempre

Itens: item_2_a - Fiz exercício físico ativo (aeróbico). Gastei a energia em atividade. item_2_b - Racionalizei. Tentei perceber... e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquela situação... item_2_c - Precisei de descarregar... tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da sua fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo/a., item_2_d - Vivo num estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria... e fico a pensar nas palavras / pessoas / atitudes que a causaram, item_2_e - Fico aparentemente tranquilo/a... Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite..., item_2_f - Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto. item_2_g - Sinto alívio se comer ou beber.

Dimensão Automotivação

Os resultados obtidos nos itens alusivos à subescala Automotivação apontaram para uma tendência para valores médios altos no item: Capaz de sair de qualquer sarilho! (M=4,61) (frequente), sendo que os restantes itens apresentaram resultados mais baixos (Tabela 12).

TABELA 12: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Automotivação

Subescala Automotivação								
Itens	N n (%)	R n (%)	PF n (%)	PN n (%)	F n (%)	MF n (%)	S n (%)	M (Md)
item_3_a	23 (22,1%)	34 (32,7%)	28 (26,9%)	7 (6,7%)	5 (4,8%)	6 (5,8%)	1 (1,0%)	2,61 (2,00)
item_3_b	1 (1,0%)	5 (4,8%)	10 (9,6%)	36 (34,6%)	28 (26,9%)	14 (13,5%)	10 (9,6%)	4,61 (4,50)
item_3_c	8 (7,7%)	14 (13,5%)	28 (26,9%)	34 (32,7%)	9 (8,7%)	10 (9,6%)	1 (1,0%)	3,54 (4,00)
item_3_d	2 (1,9%)	17 (16,3%)	24 (23,1%)	37 (35,6%)	17 (16,3%)	7 (6,7%)	0 (0,0%)	3,68 (4,00)
item_3_e	20 (19,2%)	37 (35,6%)	28 (26,9%)	11 (10,6%)	6 (5,8%)	1 (1,0%)	1 (1,0%)	2,55 (2,00)
item_3_f	17 (16,3%)	51 (49,0%)	18 (17,3%)	5 (4,8%)	10 (9,6%)	3 (2,9%)	0 (0,0%)	2,51 (2,00)
item_3_g	11 (10,6%)	53 (51,0%)	23 (22,1%)	9 (8,7%)	7 (6,7%)	1 (1,0%)	0 (0,0%)	2,53 (2,00)

N) Nunca, R) Raramente, PF) Pouco frequente, PN) Por norma, F) Frequente, MF) Muito Frequente, S) Sempre

Itens: item_3_a - Pessimista... (faça o que fizer, vai correr mal), item_3_b - Capaz de sair de qualquer sarilho! item_3_c - Tranquilo/a na vida. Fica absolutamente absorto/a no que está a fazer, indiferente ao que o/a rodeia..., item_3_d - Vou fazendo o que devo..., e ruminando outros pensamentos que me ocorrem..., item_3_e - Invade-o/a a autopiedade. Acabo por se sentir "down", como alguém sem grande interesse., item_3_f - Ressentido/a... Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)., item_3_g - Que pensa: Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.

Dimensão Empatia

Ao nível da subescala Empatia verificámos que nas questões: Registrar/perceber os sentimentos dos outros. (M=4,98); Ler os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.) (M=4,92); Perceber a consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa. (M=4,89); Usar a calma (mas conscientemente) para ouvir... percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas (M=5,03), existiu uma tendência para os participantes terem essas percepções de forma frequente.

Relativamente ao item: Ficar recetivo/a à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado/a tendeu para valores mais baixos (M=2,74), ou seja, que era pouco frequente ficar irritado (Tabela 13).

TABELA 13: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Empatia

Subescala Empatia								
Itens	N n (%)	R n (%)	PF n (%)	PN n (%)	F n (%)	MF n (%)	S N (%)	M (Md)
item_4_a	0 (0,0%)	6 (5,8%)	3 (2,9%)	28 (26,9%)	22 (21,2%)	40 (38,5%)	5 (4,8%)	4,98 (5,00)
item_4_b	0 (0,0%)	5 (4,8%)	8 (7,7%)	25 (24,0%)	22 (21,2%)	40 (38,5%)	4 (3,8%)	4,92 (5,00)
item_4_c	0 (0,0%)	5 (4,8%)	6 (5,7%)	29 (27,6%)	23 (21,9%)	37 (35,2%)	4 (3,8%)	4,89 (5,00)
item_4_d	0 (0,0%)	3 (2,9%)	4 (3,8%)	31 (29,8%)	26 (25,0%)	29 (27,9%)	11 (10,6%)	5,03 (5,00)
item_4_e	10 (9,6%)	41 (39,4%)	33 (31,7%)	11 (10,6%)	4 (3,8%)	5 (4,8%)	0 (0,0%)	2,74 (3,00)

N) Nunca, R) Raramente, PF) Pouco frequente, PN) Por norma, F) Frequente, MF) Muito Frequente, S) Sempre

Itens: item_4_a - "Registrar"/perceber os sentimentos dos outros., item_4_b - "Ler" os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.), item_4_c - Perceber a consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa., item_4_d - Usar a calma (mas conscientemente) para ouvir... percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas, item_4_e - Ficar recetivo/a à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado/a.

Dimensão Gestão de Emoções em Grupos

Em conformidade com os resultados obtidos da Tabela 14, verificámos que nas questões: Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir... (M=4,82); Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos. (M=4,60); Tenho sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir. (M=4,52), existiu uma tendência para os participantes terem essas percepções de forma frequente.

Também observámos que os participantes percecionavam que por norma: Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam (M=4,46); Sinto a interação... sinto-me fisicamente sincronizado com os que

me rodeiam (M=4,42) e Consigo captar os sentimentos dos outros e parece que começo a absorvê-los (M=3,91).

TABELA 14: Distribuição dos valores da frequência absoluta (n), frequência relativa (%) média (M), mediana (Md), relativos aos itens da subescala Gestão de Emoções em Grupos

Subescala Gestão de Emoções em Grupos								
Itens	N	R	PF	PN	F	MF	S	M (Md)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
item_5_a	0 (0,0%)	5 (4,8%)	4 (3,8%)	34 (32,7%)	25 (24,0%)	34 (32,7%)	2 (1,9%)	4,82 (5,00)
item_5_b	0 (0,0%)	7 (6,7%)	14 (13,5%)	38 (36,5%)	19 (18,3%)	21 (20,2%)	5 (4,8%)	4,46 (4,00)
item_5_c	0 (0,0%)	6 (5,8%)	11 (10,6%)	37 (35,6%)	19 (18,3%)	27 (26,0%)	4 (3,8%)	4,60 (4,00)
item_5_d	1 (1,0%)	16 (15,4%)	26 (25,0%)	26 (25,0%)	19 (18,3%)	15 (14,4%)	1 (1,0%)	3,91 (4,00)
item_5_e	1 (1,0%)	6 (5,8%)	8 (7,7%)	38 (36,5%)	26 (25,0%)	24 (23,1%)	1 (1,0%)	4,52 (4,00)
item_5_f	1 (1,0%)	4 (3,8%)	12 (11,5%)	41 (39,4%)	25 (24,0%)	21 (20,2%)	0 (0,0%)	4,42 (4,00)

N) Nunca, R) Raramente, PF) Pouco frequente, PN) Por norma, F) Frequente, MF) Muito Frequente, S) Sempre

Itens: item_5_a - Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir..., item_5_b - Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam, item_5_c - Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos., item_5_d - Consigo captar os sentimentos dos outros e parece que começo a absorvê-los., item_5_e - Tenho sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir., item_5_f - Sinto a interação... sinto-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.

5.3 Análise descritiva das dimensões da competência emocional e da competência emocional global

Para responder à questão de investigação “Como se configura a Competência Emocional dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?” começámos por analisar as dimensões da CE e a CE global. Os procedimentos de criação de novas variáveis (latentes) possibilitaram a obtenção das respetivas médias ponderadas.

Na Tabela 15 apresentámos os resultados relativos à análise das dimensões da CE e da CE global da amostra, já com as médias ponderadas. Assim verificámos que:

- Os resultados obtidos na dimensão autoconsciência (M=4,99; Dp=0,92) revelaram que em média, os elementos da amostra se percecionavam, como autoconscientes “frequente”.

- Os resultados obtidos na dimensão gestão de emoções (M=4,83; Dp=0,76) revelaram que em média, os elementos da amostra tinham a percepção, que geriam as emoções “frequente”.
- Os resultados obtidos na dimensão automotivação (M=4,90; Dp=0,84) revelaram que, em média, os elementos da amostra se percecionavam como automotivados “frequente”.
- Os resultados obtidos na dimensão empatia (M=5,02; Dp=0,93) revelaram que, em média, os elementos da amostra se percecionavam como empáticos “frequente”.
- Os resultados obtidos na dimensão gestão das emoções em grupo (M=4,46; Dp=0,94) revelaram que, em média, os elementos da amostra tinham a percepção que “por norma” geriam as emoções em grupos.
- Os resultados obtidos de CE global (M=4,84; Dp=0,65) revelaram que a amostra se autopercecionava como emocionalmente competente “frequente”.

TABELA 15: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn) e máximo (Mx) relativos às Dimensões da CE e da CE global

Escala Veiga da Competência Emocional versão reduzida (EVCE-r33)					
Dimensões	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (Dp)	Mínimo (Mn)	Máximo (Mx)
Autoconsciência	4,99	5,19	0,92	2,38	7,00
Gestão de emoções	4,83	4,86	0,76	2,43	6,57
Automotivação	4,90	4,86	0,84	2,71	7,00
Empatia	5,02	5,20	0,93	2,80	7,00
Gestão de emoções em grupos	4,46	4,50	0,94	1,83	6,67
Competência Emocional Global	4,84	4,79	0,65	3,03	6,33

5.4 Estudo da fiabilidade da Escala Veiga da Competência Emocional

Após descrevermos os resultados obtidos em cada um dos itens da EVCE-r33, passámos a analisar as propriedades psicométricas da escala (fiabilidade), no sentido de verificar se o instrumento apresentava condições de fiabilidade dos resultados nesta amostra.

Na Tabela 16 apresentámos os resultados relativos à fiabilidade da escala ECVE-r33 e respetivas subescalas. Assim verificámos que:

- No que se referiu à fiabilidade, a mesma mostrou-se adequada para escala EVCE-r33 no global, conforme o valor de alfa ($\alpha=0,91$) obtido ter sido muito bom.
- No que se referiu às subescalas autoconsciência ($\alpha=0,87$), gestão de emoções em grupos ($\alpha=0,86$) e empatia ($\alpha=0,83$) os valores de alfa obtidos foram bons.
- A subescala automotivação ($\alpha=0,79$) apresentou um valor de alfa razoável.
- Apenas a subescala gestão de emoções ($\alpha=0,59$) apresentou um alfa fraco, mas, mesmo assim admissível.

TABELA 16: Distribuição dos valores da média (M), mediana (Md), desvio padrão (Dp), mínimo (Mn), máximo (Mx) e alfa (α) relativos às subescalas e escala global da EVCE-r33

Escala Veiga da Competência Emocional versão reduzida (EVCE-r33)						
Subescalas	Média (M)	Mediana (Md)	Desvio Padrão (Dp)	Mínimo (Mn)	Máximo (Mx)	Alfa (α)
Autoconsciência	4,99	5,19	0,92	2,38	7,00	0,87
Gestão de emoções	4,83	4,86	0,76	2,43	6,57	0,59
AutoMotivação	4,90	4,86	0,84	2,71	7,00	0,79
Empatia	5,02	5,20	0,93	2,80	7,00	0,83
Gestão de emoções em grupos	4,46	4,50	0,94	1,83	6,67	0,86
Competência Emocional global	4,84	4,79	0,65	3,03	6,33	0,91

5.5 Estudo das correlações das dimensões da competência emocional e da competência emocional global

Os resultados emergentes da análise correlacional, revelaram relações pertinentes, positivas e estatisticamente significativas entre as cinco dimensões da CE, e entre estas e a CE global, as quais permitiram compreender a força e o sentido dessas relações, sendo que de acordo com a Tabela 17, verificámos que:

- O perfil de correlações entre a Competência Emocional global e as suas respectivas dimensões, corroboraram em consistência e expressão o modelo teórico. A Competência Emocional global, apresentou correlação alta e altamente significativa com a autoconsciência ($r=0,813$; $p=0,000$), com a gestão de emoções ($r=0,802$; $p=0,000$) e com a automotivação ($r=0,794$; $p=0,000$); moderada com a empatia ($r=0,688$; $p=0,000$) e com a gestão de emoções em grupos ($r=0,574$; $p=0,000$); o que no global expressou um modelo coerente de perfil de Competência Emocional.
- A autoconsciência foi a dimensão que apresentou a correlação mais alta e significativa com a CE global ($r=0,813$; $p=0,000$), correlacionou-se moderada e significativamente com a gestão de emoções ($r=0,661$; $p=0,000$), com a automotivação ($r=0,675$; $p=0,000$), e de forma baixa com a empatia ($r=0,347$; $p=0,000$). Não apresentou valores de correlação com a gestão de emoções em grupos.
- A gestão de emoções, apresentou uma correlação moderada e positiva com a automotivação ($r=0,676$; $p=0,000$); uma correlação baixa e positiva com a empatia ($r=0,354$; $p=0,000$) e com a gestão de emoções em grupos ($r=0,236$; $p=0,000$).
- A automotivação apresentou uma correlação baixa com a empatia ($r=0,312$; $p=0,000$). Não se correlacionou com a gestão de emoções em grupos.
- A empatia correlacionou-se de forma moderada e positiva com a gestão de emoções em grupos ($r=0,669$; $p=0,000$).

De forma resumida, verificámos que a correlação mais alta e positiva com a CE global foi relativa à autoconsciência, seguida da gestão de emoções e da automotivação. A empatia e a gestão de emoções em grupos apresentaram ambas uma correlação positiva e moderada

com a CE global. Assim, constatamos que as cinco dimensões se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com a CE global e que contribuíram positivamente para a mesma, corroborando o construto teórico. No entanto, verificamos que nem todas as dimensões da CE se correlacionaram entre si de forma significativa, o que não seguiu em linha com a teoria.

TABELA 17: Distribuição das correlações entre as dimensões da CE e a CE global: *Correlação de Pearson (r)*, nível de significância (p) e tamanho da amostra (n)

Correlações entre as dimensões da CE e a CE global: <i>Correlação de Pearson (r)</i>							
Variáveis		Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de emoções em grupos	Competência Emocional global
Autoconsciência	r	1					
	p						
	n	104					
Gestão de emoções	r	0,661**	1				
	p	0,000					
	n	104	104				
Automotivação	r	0,675**	0,676**	1			
	p	0,000	0,000				
	n	104	104	104			
Empatia	r	0,347**	0,354**	0,312**	1		
	p	0,000	0,000	0,001			
	n	104	104	104	104		
Gestão de emoções em grupos	r	0,159	0,236*	0,185	0,669**	1	
	p	0,106	0,016	0,060	0,000		
	n	104	104	104	104	104	
Competência Emocional global	r	0,813**	0,802**	0,794**	0,688**	0,574**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	104	104	104	104	104	104

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Após a análise dos resultados obtidos das correlações entre cada uma das dimensões da CE e entre estas e a CE global, e já considerada a sua fiabilidade, passámos ao estudo das variáveis preditivas da CE global. Neste sentido, realizámos uma análise de regressão linear múltipla (método *Stepwise*) para a variável dependente CE global, considerando-a regredir com as dimensões da CE.

5.6 Análise da regressão linear múltipla

Atendendo aos resultados da Tabela 18, testámos um modelo com cinco variáveis predictoras para a CE, o modelo testado mostrou-se significativo ($F(4,99)=1046,62$; $p<0,001$).

No conjunto das cinco variáveis, apenas a empatia não mostrou ser preditor com significado estatístico. Assim, o modelo emergente explicou 98% da CE global da amostra, com quatro preditores. Observando também os valores de Beta, verificámos que a autoconsciência ($\beta=0,39$; $t=17,26$; $p<0,001$) e a gestão de emoções em grupos ($\beta=0,40$; $t=25,30$; $p<0,001$) foram as variáveis que melhor explicaram o modelo, seguidas da automotivação ($\beta=0,28$; $t=12,35$; $p<0,001$) e a gestão de emoções ($\beta=0,26$; $t=11,67$; $p<0,001$). Destacámos o facto de a autoconsciência, por si só, explicar 66% da variância global da variável dependente (CE).

Neste sentido, o construto teórico não foi totalmente corroborado pelos resultados da amostra, uma vez que a empatia não foi percecionada como uma variável preditiva para a determinação da CE global destes enfermeiros, para além da ordem verificada nas dimensões preditivas não seguir a teoria.

TABELA 18: Análise de regressão *Stepwise* para a variável dependente Competência Emocional global ($p<0,01$): valores de predição/explicação (r^2), mudança do r^2 , graus de liberdade (gl), F estatístico, coeficientes de determinação (β), níveis de significância (p)

Regressão Linear Múltipla para a variável dependente Competência Emocional global									
Variáveis Preditivas	r^2	Mudança do r^2	Graus de liberdade		F	p	B	t	p
Auto-consciência ^a	0,66	0,66	1	102	199,19	0,000	0,39	17,26	0,000
Gestão de emoções em grupos ^b	0,86	0,20	2	101	320,31	0,000	0,40	25,30	0,000
Auto-motivação ^c	0,95	0,08	3	100	573,95	0,000	0,28	12,35	0,000
Gestão de emoções ^c	0,98	0,03	4	99	1046,62	0,000	0,26	11,67	0,000
Empatia ^e	1,00	0,02	5	98	-	-	0,22	-	-

a) Preditores: (Constante), Autoconsciência

b) Preditores: (Constante), Autoconsciência, Gestão de emoções em grupos

c) Preditores: (Constante), Autoconsciência, Gestão de emoções em grupos, Automotivação

d) Preditores: (Constante), Autoconsciência, Gestão de emoções em grupos, Automotivação, Gestão de emoções

e) Preditores: (Constante), Autoconsciência, Gestão de emoções em grupos, Automotivação, Gestão de emoções, Empatia

Terminada a análise do perfil de CE global dos enfermeiros no contexto dos CSP, da fiabilidade do instrumento, do estudo das correlações e efetuada a análise das variáveis

preditivas de CE global, passámos a analisar as questões de investigação levantadas para o estudo considerando análises de estatística inferencial.

5.7 Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da competência emocional e a competência emocional global

A análise inferencial tal como referido na metodologia assentou em pressupostos que permitiram a utilização de técnicas paramétricas (teorema do limite central). Somente a variável nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho foi submetida a tratamento estatístico não paramétrico (*Correlação de Spearman*) devido a ser uma variável ordinal. Todos os resultados obtidos entre as variáveis sociodemográficas e a CE global foram apresentados. No entanto, relativamente aos resultados entre as variáveis independentes e as dimensões da CE só foram apresentados quando apresentaram significância estatística. A apresentação dos resultados foi organizada de acordo com as questões de investigação enunciadas aquando da metodologia. No entanto, sempre que os resultados obtidos originaram tabelas de dimensões impossíveis de as apresentar sem quebras, optámos por as colocar em anexo, sendo sempre feita a sua referência correspondente no documento.

Neste subcapítulo, analisámos as variáveis sociodemográficas, profissionais e de satisfação com a vida que podiam influenciar a CE global e as dimensões da CE da amostra em estudo.

Será que existe relação entre a idade e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Relativamente à relação entre a idade e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários não verificámos a existência de diferenças estatísticas significativas (Tabela 19).

TABELA 19: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Idade (*Teste One-Way Anova*)

Idade							
21-25 (n=4)	31-35 (n=7)	36-40 (n=40)	41-45 (n=22)	46-50 (n=16)	51-55 (n=7)	56 ou mais (n=7)	
Autoconsciência							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
4,75 (0,80)	5,13 (0,83)	4,99 (0,98)	5,05 (0,99)	4,84 (0,92)	5,21 (0,96)	4,95 (0,83)	0,20 (0,986)
Gestão de emoções							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
4,79 (0,53)	5,12 (0,60)	4,82 (0,81)	4,86 (0,84)	4,60 (0,75)	4,92 (0,83)	5,12 (0,46)	0,58 (0,767)
Automotivação							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
4,14 (1,06)	4,96 (0,59)	4,80 (0,90)	5,14 (0,66)	4,83 (0,98)	4,78 (0,93)	5,33 (0,53)	1,10 (0,370)
Empatia							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
4,20 (0,63)	5,31 (0,72)	4,95 (1,09)	4,91 (0,84)	5,16 (0,72)	5,40 (0,65)	4,97 (0,96)	1,28 (0,266)
Gestão de emoções em grupos							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
3,67 (0,41)	4,60 (0,81)	4,25 (1,08)	4,49 (0,81)	4,70 (0,64)	4,79 (0,83)	4,60 (0,97)	1,89 (0,079)
Competência Emocional global							
M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	M (Dp)	F (p)
4,35 (0,31)	5,02 (0,48)	4,77 (0,74)	4,90 (0,62)	4,81 (0,65)	5,00 (0,64)	5,00 (0,45)	0,68 (0,686)

Será que existe relação entre o sexo e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

De acordo com a Tabela 20, e conforme o resultado do *Teste t-Student* para amostras independentes não verificámos a existência de diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres ao nível da percepção das dimensões da CE e da CE global.

TABELA 20: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Sexo (*Teste t-Student para amostras independentes*)

Sexo			
	Feminino (n=85)	Masculino (n=19)	t (p)
Auto-Consciência	M (Dp) 4,93 (0,89)	M (Dp) 5,26 (1,02)	-1,45 (0,151)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,81 (0,77)	M (Dp) 4,94 (0,73)	-0,67 (0,504)
Auto-Motivação	M (Dp) 4,85 (0,81)	M (Dp) 5,09 (0,98)	-1,12 (0,267)
Empatia	M (Dp) 5,05 (0,78)	M (Dp) 4,85 (1,43)	0,60 (0,559)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,49 (0,77)	M (Dp) 4,31 (1,50)	-0,51 (0,614)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,83 (0,58)	M (Dp) 4,92 (0,90)	-0,45 (0,660)

Será que existe relação entre o estado civil e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Relativamente à percepção das dimensões da CE e da CE global em função do estado civil, os resultados obtidos revelaram, segundo o *Teste One-Way Anova*, que não se verificaram diferenças estatísticas significativas (Tabela 21).

TABELA 21: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Estado Civil (*Teste One-Way Anova*)

Estado Civil					
	Solteiro (n=13)	Casado (n=79)	União de Facto (n=4)	Divorciado (n=8)	F (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,65 (0,74)	M (Dp) 5,01 (0,94)	M (Dp) 5,16 (1,09)	M (Dp) 5,27 (0,99)	0,86 (0,463)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,56 (0,53)	M (Dp) 4,81 (0,77)	M (Dp) 5,61 (0,82)	M (Dp) 5,13 (0,74)	F (p) 2,45 (0,068)
Auto-motivação	M (Dp) 4,33 (0,88)	M (Dp) 4,98 (0,81)	M (Dp) 4,68 (0,46)	M (Dp) 5,11 (0,94)	F (p) 2,59 (0,057)
Empatia	M (Dp) 4,63 (1,00)	M (Dp) 5,03 (0,93)	M (Dp) 5,05 (0,89)	M (Dp) 5,43 (0,77)	F (p) 1,29 (0,282)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,26 (0,89)	M (Dp) 4,47 (0,98)	M (Dp) 4,17 (0,62)	M (Dp) 4,77 (0,78)	F (p) 0,62 (0,603)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,49 (0,41)	M (Dp) 4,87 (0,67)	M (Dp) 4,96 (0,58)	M (Dp) 5,13 (0,64)	F (p) 1,97 (0,124)

Será que existe relação entre a formação académica e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Conforme a Tabela 22 a perceção das dimensões da CE e da CE global não variaram de modo estatisticamente significativo em função da variável formação académica.

TABELA 22: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Formação Académica (*Teste One-Way Anova*)

Formação Académica					
	Licenciatura (n=51)	Pós-Graduação (n=12)	Pós-Licenciatura Especialização (n=29)	Mestrado (n=12)	F (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,99 (0,97)	M (Dp) 4,86 (0,98)	M (Dp) 4,89 (0,74)	M (Dp) 5,35 (1,03)	0,81 (0,490)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,85 (0,82)	M (Dp) 4,76 (0,59)	M (Dp) 4,82 (0,72)	M (Dp) 4,86 (0,84)	F (p) 0,05 (0,985)
Auto-motivação	M (Dp) 4,83 (0,86)	M (Dp) 4,92 (0,83)	M (Dp) 4,86 (0,79)	M (Dp) 5,21 (0,91)	F (p) 0,67 (0,570)
Empatia	M (Dp) 4,93 (1,00)	M (Dp) 5,08 (0,900)	M (Dp) 5,00 (0,72)	M (Dp) 5,33 (1,14)	F (p) 0,62 (0,606)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,48 (1,04)	M (Dp) 4,38 (1,09)	M (Dp) 4,48 (0,65)	M (Dp) 4,38 (0,29)	F (p) 0,07 (0,974)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,83 (0,66)	M (Dp) 4,80 (0,72)	M (Dp) 4,81 (0,54)	M (Dp) 5,04 (0,79)	F (p) 0,41 (0,748)

Será que existe relação entre os motivos/razões para ser-se enfermeiro e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Verificámos através dos resultados da Tabela 23, que a percepção das dimensões da CE e da CE global em função dos motivos/razões para ser-se enfermeiro não apresentaram relações com significância estatística.

Todavia, verificámos que os enfermeiros sem sentido de motivação, ou seja, “sem motivo especial” para se tornarem enfermeiros, apresentaram-se sensivelmente menos frequentemente competentes relativamente às dimensões da CE e da CE global, com a exceção da autoconsciência.

TABELA 23: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função dos Motivos/razões para ser enfermeiro (*Teste One-Way Anova*)

	Motivos/razões para ser enfermeiro				F (p)
	Interessante (n=61)	Aconselhamento com colegas (n=6)	Curiosidade (n=8)	Sem motivo especial (n=29)	
Auto-Consciência	M (Dp) 5,01 (0,91)	M (Dp) 4,71 (0,66)	M (Dp) 5,27 (0,87)	M (Dp) 4,92 (1,02)	0,49 (0,691)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,84 (0,73)	M (Dp) 4,76 (0,42)	M (Dp) 5,21 (0,82)	M (Dp) 4,73 (0,85)	F (p) 0,85 (0,471)
Auto-Motivação	M (Dp) 4,97 (0,79)	M (Dp) 4,76 (0,64)	M (Dp) 4,95 (1,17)	M (Dp) 4,75 (0,91)	F (p) 0,51 (0,673)
Empatia	M (Dp) 5,14 (0,86)	M (Dp) 5,27 (0,53)	M (Dp) 5,00 (0,83)	M (Dp) 4,72 (1,11)	F (p) 1,52 (0,215)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,49 (0,81)	M (Dp) 5,08 (0,70)	M (Dp) 4,88 (0,71)	M (Dp) 4,14 (1,17)	F (p) 2,68 (0,051)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,89 (0,58)	M (Dp) 4,88 (0,40)	M (Dp) 5,08 (0,77)	M (D) 4,67 (0,78)	F (p) 1,15 (0,333)

Será que existe relação entre possuir formação em Competência Emocional e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Decorrente da análise da Tabela 24, não verificámos diferenças estatísticas significativas ao nível da percepção das dimensões da CE e da CE global, em função de quem possui formação em competência emocional e quem não possui formação nesta área.

TABELA 24:Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função de Possuir formação em Competência Emocional (*Teste t-Student para amostras independentes*)

Possuir formação em Competência Emocional			
	Não (n=89)	Sim (n=11)	t (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,98 (0,97)	M (Dp) 5,02 (0,72)	-0,14 (0,888)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,86 (0,78)	M (Dp) 4,70 (0,71)	0,62 (0,540)
Auto-motivação	M (Dp) 4,91 (0,89)	M (Dp) 4,80 (0,56)	0,39 (0,700)
Empatia	M (Dp) 4,99 (0,91)	M (Dp) 5,05 (1,11)	-0,23 (0,820)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,44 (0,93)	M (Dp) 4,38 (0,97)	0,19 (0,847)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,84 (0,67)	M (Dp) 4,80 (0,57)	0,21 (0,833)

Será que existe relação entre o sentimento de que a profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

De acordo com os resultados da Tabela 25, não observámos diferenças estatísticas significativas em função da perceção que os enfermeiros têm da sua profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal ao nível da CE global ($F=2,98$, $p=0,055$).

Relativamente às dimensões da CE, no *Teste One-Way Anova* (Tabela 25), verificámos diferenças significativas ao nível da autoconsciência ($F(2,101)=3,17$; $p=0,046$) e a gestão de emoções em grupos ($F(2,101)=4,93$; $p=0,009$). Neste sentido, foram realizadas comparações entre os grupos, no sentido de localizar as diferenças, através do *Teste de Bonferroni* (Tabela 26). Apesar da existência de diferenças estatísticas significativas na dimensão autoconsciência, não foi possível determinar entre que grupos se localizavam as diferenças. Este fato pode dever-se ao tamanho da amostra. No que respeita, à dimensão gestão de emoções em grupos, verificámos (Tabela 26) que as diferenças se localizavam quando se compararam os elementos que percecionavam que a profissão não era uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal ($M=2,92$; $Dp=1,53$) e os que percecionavam a profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal ($M=4,53$; $Dp=0,91$).

TABELA 25: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Percepção da profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal (*Teste One-Way Anova*)

Percepção da profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal					
	Não (n=2)	Sim (n=97)	Não sei (n=5)	Graus de liberdade	F (p)
Auto-Consciência	M (Dp) 3,56 (1,33)	M (Dp) 5,03 (0,90)	M (Dp) 4,58 (0,82)	2-101	3,17* (0,046)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,50 (0,91)	M (Dp) 4,85 (0,77)	M (Dp) 4,69 (0,71)	2-101	F (p) 0,30 (0,741)
Auto-Motivação	M (Dp) 4,50 (1,11)	M (Dp) 4,90 (0,85)	M (Dp) 4,86 (0,68)	2-101	F (p) 0,23 (0,795)
Empatia	M (Dp) 4,00 (1,41)	M (Dp) 5,06 (0,93)	M (Dp) 4,68 (0,33)	2-101	F (p) 1,63 (0,201)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 2,92 (1,53)	M (Dp) 4,53 (0,91)	M (Dp) 3,70 (0,25)	2-101	F (p) 4,93* (0,009)
Competência Emocional global	M (Dp) 3,90 (1,24)	M (Dp) 4,88 (0,64)	M (Dp) 4,52 (0,28)	2-101	F (p) 2,98 (0,055)

* A diferença média é significativa no nível 0.05.

TABELA 26: Distribuição dos resultados da comparação das diferenças entre grupos para as dimensões Autoconsciência e Gestão de Emoções em Grupos (*Teste de Bonferroni*)

Comparações múltiplas							
Teste Bonferroni							
Variável dependente	I) Profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal?	J) Profissão será uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal?	Diferença			Intervalo de Confiança 95%	
			média (I-J)	Erro	Sig. (p)	Limite inferior	Limite superior
Auto-consciência	Não	Sim	-1,476	0,645	0,073	-3,046	0,094
		Não sei	-1,012	0,755	0,550	-2,851	0,826
	Sim	Não	1,476	0,645	0,073	-0,094	3,046
		Não sei	0,463	0,414	0,797	-0,544	1,471
	Não sei	Não	1,012	0,755	0,550	-0,826	2,851
		Sim	-0,463	0,414	0,797	-1,471	0,544
Gestão de emoções em grupos	Não	Sim	-1,609*	0,646	0,043*	-3,183	-0,035
		Não sei	-0,783	0,757	0,910	-2,626	1,060
	Sim	Não	1,609*	0,646	0,043*	0,035	3,183
		Não sei	0,825	0,415	0,148	-,1846	1,836
	Não sei	Não	0,783	0,757	0,910	-1,060	2,626
		Sim	-0,825	0,415	0,148	-1,836	0,184

* A diferença média é significativa no nível 0.05.

Será que existe relação entre o tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sentem, quando pensam no seu trabalho e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

De modo a verificar a existência de relação entre o tipo de sentimentos/emoções que o enfermeiro de alguma forma sente quando pensa no seu trabalho e a percepção da CE global e as dimensões da CE, foram realizados vários testes *t-Student* para amostras independentes. Decorrente do fato de terem sido efetuados vários testes a vários sentimentos resultou numa tabela de proporções que não permitiu a sua colocação no texto sem que houvesse quebra da mesma, assim optámos por colocar a mesma em anexo. Assim, em conformidade com os resultados expostos na Tabela (Anexo II) verificámos que:

- A percepção de CE global ($t(102)=1,97$; $p=0,051$) não apresentou relação com significado estatístico entre o sentir raiva, fúria e cólera e o não sentir raiva, fúria e cólera quando o enfermeiro pensa no seu trabalho; no entanto, apresentou-se próxima do limite da significância estatística. Relativamente à autoconsciência ($t(102)=3,51$; $p=0,001$), a maioria da amostra sentia sentimentos positivos ($M=5,06$; $Dp=0,64$). Todavia houve uma minoria ($M=4,76$; $Dp=0,67$) que assumiu estes sentimentos negativos.
- A percepção de CE global ($t(102)=2,92$; $p=0,004$), da dimensão autoconsciência ($t(102)=2,62$; $p=0,010$), da gestão de emoções ($t(102)=2,47$; $p=0,015$) e da automotivação ($t(102)=3,22$; $p=0,002$), apresentaram significância estatística entre o facto de sentir medo ou não sentir medo quando o enfermeiro pensa no seu trabalho, apresentando médias mais elevadas aqueles que não sentiam este tipo de sentimento.
- A percepção de CE global ($t(102)=2,38$; $p=0,019$), da autoconsciência ($t(102)=2,05$; $p=0,043$), da gestão de emoções ($t(102)=2,87$; $p=0,005$) e da automotivação ($t(102)=2,96$; $p=0,004$), variaram de modo significativo (do ponto de vista estatístico), entre o facto de o enfermeiro quando pensava no seu trabalho sentir vergonha ou não sentir, apresentando médias mais elevadas aqueles que não sentiam este tipo de sentimento.
- A percepção de CE global ($t(102)=1,72$; $p=0,089$), não apresentou significância estatística entre o facto de o enfermeiro sentir angústia quando pensava no trabalho e não sentir. No entanto, relativamente à dimensão autoconsciência ($t(102)=2,46$; $p=0,016$), à dimensão gestão de emoções ($t(102)=2,12$; $p=0,036$) e à dimensão automotivação ($t(102)=2,23$; $p=0,028$), verificámos diferenças estatísticas significativas entre o facto de o enfermeiro sentir angústia quando

pensava no seu trabalho e não sentir, apresentando médias mais elevadas aqueles que não sentiam este tipo de sentimento.

- A percepção de CE global ($t(102)=-2,57$; $p=0,011$), da autoconsciência ($t(102)=-2,27$; $p=0,025$), da gestão de emoções ($t(102)=-2,16$; $p=0,033$) e da automotivação ($t(102)=-2,30$; $p=0,024$), apresentaram significado estatístico entre o facto de o enfermeiro sentir o sentimento de dever cumprido quando pensava no seu trabalho e não sentir, apresentando médias elevadas os enfermeiros que sentiam este tipo de sentimento.
- Relativamente à percepção de CE global ($t(102)=3,70$; $p=0,001$), da autoconsciência ($t(102)=4,07$; $p=0,000$), da gestão de emoções ($t(102)=2,15$; $p=0,034$) e da automotivação ($t(102)=3,48$; $p=0,001$), verificámos diferenças estatísticas significativas entre o facto de o enfermeiro sentir o sentimento de incerteza quando pensava no seu trabalho e não sentir, apresentando médias mais elevadas aqueles que não sentiam este tipo de sentimento.
- A percepção de CE global ($t(102)=1,72$; $p=0,089$), não apresentou significado estatístico entre o facto de o enfermeiro ficar ou não ficar por vezes ansioso que acabasse a sua tarefa. No entanto, relativamente à dimensão autoconsciência ($t(102)=2,46$; $p=0,016$), a percepção variou de modo significativo entre o facto de o enfermeiro ficar por vezes ansioso que acabasse a sua tarefa e não ficar, apresentando médias mais elevadas aqueles que não sentiam este tipo de sentimento.

Verificámos ainda que a CE global e as dimensões da CE não apresentaram relações com significado estatístico relativamente a sentimentos/emoções tais como: interesse, tristeza, alegria, surpresa, aflição, alívio, sinto coisas confusas...não sei bem explicar, acho que gosto da minha vida de enfermeiro e outra opção.

Será que existe relação entre o ter consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem perante situações perturbadoras e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

No sentido de perceber qual a relação que existia entre o ter consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem perante situações perturbadoras e as dimensões da CE e a CE global, foram igualmente, realizados vários testes *t-Student* para amostras independentes. Atendendo a que o número de sentimentos enunciados foi em número elevado, os resultados originaram uma tabela com uma proporção que não permitiu a sua inclusão no

texto sem que houvesse quebra da mesma, assim optámos por colocar a mesma em anexo. Assim, em conformidade com a Tabela (Anexo III) observámos que:

- A percepção de CE global ($t(102)=1,93$; $p=0,056$) não apresentou significado estatístico em função de perante situações perturbadoras, ter ou não ter consciência do sentimento ... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como. No entanto, a dimensão autoconsciência ($t(102)=2,24$; $p=0,027$) e a dimensão gestão de emoções ($t(102)=3,03$; $p=0,003$), apresentaram diferenças estatísticas significativas, sendo que os enfermeiros que não tinham este tipo de consciência de sentimento apresentaram uma média mais elevada, ou seja, os enfermeiros que tinham mais consciência dos seus sentimentos eram os que melhor conseguiam fazer uma gestão mais efetiva das suas emoções.
- A percepção de CE global ($t(102)=-0,16$; $p=0,877$) não apresentou significado estatístico em função de perante situações perturbadoras, ter consciência ou não ter do sentimento ... eu não tenho tido experiências com perturbações.... No entanto, a autoconsciência ($t(102)=-2,26$; $p=0,026$), apresentou significância estatística, apresentando uma média mais elevada aqueles que referiram que não têm tido experiências com perturbações. Variou igualmente de modo significativo, relativamente à gestão de emoções em grupos ($t(102)=2,11$; $p=0,037$), sendo que aqueles que tinham consciência de não ter tido este tipo de experiências com perturbações apresentaram uma média mais baixa.
- A percepção de CE global ($t(102)=2,60$; $p=0,011$), da autoconsciência ($t(102)=3,55$; $p=0,001$), da automotivação ($t(102)=2,00$; $p=0,048$), apresentaram diferenças estatísticas significativas em função de perante situações perturbadoras, ter consciência ou não ter do sentimento ... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo..., apresentando médias mais elevadas aqueles que não tinham este tipo de sentimento.
- A percepção de CE global ($t(102)=-1,64$; $p=0,105$), não variou de modo significativo entre o facto de ter consciência do sentimento que os invadem e não ter relativamente a ... sei sim, e procuro tentar falar com alguém.... No entanto, a gestão de emoções ($t(102)=-3,00$; $p=0,003$), apresentou diferenças estatísticas significativas entre o facto de ter consciência dos sentimentos que os invadem perante situações perturbadoras e não ter, apresentando uma

média mais elevada aqueles que tinham este tipo de sentimento/comportamento.

A consciência ou não dos sentimentos tais como: ... nem sei bem o que sinto... só após algum tempo (1 a 6 meses) é que me vem à memória o que senti; ... aquilo morre ali... só sei o que estou a sentir, quando falo com alguém (ex.: colega, amigo) acerca desse episódio; ... aquilo passa... não me lembro de nada; ... para mim é claro, lembro-me exatamente do que senti ao longo do processo/conflito...; ... eu não tenho tido experiências com perturbações...; e ...sei lá... não sei... eu não dou valor a essas coisas de sentimentos e conflitos..., não apresentaram significância estatística ao nível da CE global.

Será que existe relação entre o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Analisando a Tabela 27, verificámos que não se estabeleceram correlações com significância estatística entre a CE global, as dimensões da CE e a variável nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho, com exceção da dimensão autoconsciência ($r_s=0,23$; $n=104$; $p=0,018$) que apresentou uma correlação positiva fraca, com significância estatística.

TABELA 27: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função do Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho: *Correlação de Spearman* (r_s), nível de significância (p) e número de casos (n)

Correlação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho								
Variáveis		Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de emoções em grupos	CE global	Nível de satisfação
Nível de satisfação	rs	0,231*	0,163	0,094	0,127	0,020	0,143	1,000
	p	0,018	0,099	0,340	0,198	0,839	0,147	
	n	104	104	104	104	104	104	104

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Será que existe relação entre a satisfação com a vida e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

A satisfação com a vida apresentou uma correlação positiva baixa e muito significativa com a perceção de CE global ($r=0,37$; $n=104$; $p<0,001$), o que foi revelador que uma maior satisfação com a vida está associada a uma maior perceção de competência emocional (Tabela 28). Relativamente às dimensões da CE: a autoconsciência estabeleceu uma correlação positiva moderada ($r=0,43$; $n=104$; $p=0,000$), já a gestão de emoções e a

automotivação apresentaram ambas uma correlação positiva baixa, de igual valor ($r=0,34$; $n=104$; $p=0,000$). Observámos que a empatia e a gestão de emoções em grupos não estabeleceram uma relação estatisticamente significativa com a variável satisfação com a vida.

TABELA 28: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função da Satisfação com a vida: *Correlação de Pearson (r)*, nível de significância (*p*) e número de casos (*n*)

Correlação entre as dimensões da CE e a CE em função da Satisfação com a vida								
Variáveis		Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de emoções em grupos	CE global	Satisfação com a vida
Satisfação com a vida	r	0,432**	0,339**	0,339**	0,173	0,031	0,373**	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,079	0,757	0,000	
	n	104	104	104	104	104	104	104

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Será que existe relação entre a categoria profissional e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Os resultados alusivos à perceção das dimensões da CE e da CE global (Tabela 29), não apresentaram relações com significado estatístico em função da categoria profissional.

TABELA 29: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Categoria Profissional (*Teste One-Way Anova*)

Categoria Profissional				
	Enfermeiro (n=65)	Enfermeiro Especialista (n=37)	Enfermeiro Gestor (n=2)	F (p)
Autoconsciência	M (Dp) 4,89 (0,94)	M (Dp) 5,17 (0,90)	M (Dp) 4,69 (0,27)	1,16 (0,318)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,76 (0,78)	M (Dp) 4,96 (0,74)	M (Dp) 5,07 (0,10)	F (p) 0,93 (0,400)
Automotivação	M (Dp) 4,84 (0,11)	M (Dp) 5,00 (0,13)	M (Dp) 4,93 (0,36)	F (p) 0,45 (0,640)
Empatia	M (Dp) 5,01 (0,88)	M (Dp) 5,04 (0,79)	M (Dp) 4,70 (0,51)	F (p) 0,13 (0,878)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,43 (0,87)	M (Dp) 4,53 (1,07)	M (Dp) 4,00 (0,00)	F (p) 0,37 (0,695)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,79 (0,67)	M (Dp) 4,95 (0,63)	M (Dp) 4,70 (0,13)	F (p) 0,83 (0,438)

Será que existe relação entre o tempo de exercício da profissão e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Atendendo aos resultados contidos na Tabela 30, constatámos que não se verificaram relações com significância estatística entre as dimensões da CE e a CE global em função do tempo de experiência profissional.

TABELA 30: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Experiência Profissional (*Teste One-Way Anova*)

Experiência Profissional						
	<2 anos (n=2)	2-5 anos (n=3)	6-10 anos (n=2)	11-20 anos (n=65)	>21 anos (n=32)	F (p)
Auto- Consciência	M (Dp) 4,56 (1,33)	M (Dp) 4,88 (0,13)	M (Dp) 5,31 (0,62)	M (Dp) 4,97 (1,01)	M (Dp) 5,04 (0,78)	0,20 (0,936)
Gestão de emoções	M (Dp) 5,21 (0,30)	M (Dp) 4,33 (0,82)	M (Dp) 5,64 (1,01)	M (Dp) 4,80 (0,82)	M (Dp) 4,87 (0,68)	F (p) 1,06 (0,378)
Auto- Motivação	M (Dp) 4,14 (1,82)	M (Dp) 4,33 (0,36)	M (Dp) 4,71 (0,61)	M (Dp) 4,87(0,87)	M (Dp) 5,06 (0,75)	F (p) 1,07 (0,374)
Empatia	M (Dp) 4,00 (0,85)	M (Dp) 5,13 (1,33)	M (Dp) 5,70 (0,14)	M (Dp) 4,94 (1,00)	M (Dp) 5,19 (0,72)	F (p) 1,31 (0,271)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 3,75 (0,59)	M (Dp) 4,61 (1,80)	M (Dp) 5,25 (0,35)	M (Dp) 4,35 (0,98)	M (Dp) 4,65 (0,77)	F (p) 1,23 (0,303)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,38 (0,54)	M (Dp) 4,64 (0,55)	M (Dp) 5,30 (0,34)	M (Dp) 4,80 (0,72)	M (Dp) 4,96 (0,48)	F (p) 0,93 (0,448)

Será que existe relação entre o vínculo profissional com a instituição e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Perante os resultados da Tabela 31, constatámos que o vínculo profissional não estabeleceu uma relação estatisticamente significativa com a perceção das dimensões da CE e da CE global.

TABELA 31: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Vínculo Profissional com a Instituição (*Teste One-Way Anova*)

Vínculo Profissional com a Instituição				
	Contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado (n=81)	Contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo ou incerto (n=11)	Regime de mobilidade (n=12)	F (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,97 (0,97)	M (Dp) 5,28 (0,78)	M (Dp) 4,86 (0,66)	0,69 (0,502)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,81 (0,79)	M (Dp) 5,14 (0,72)	M (Dp) 4,71 (0,56)	F (p) 1,10 (0,337)
Auto-motivação	M (Dp) 4,93 (0,88)	M (Dp) 4,68 (0,87)	M (Dp) 4,86 (0,54)	F (p) 0,46 (0,634)
Empatia	M (Dp) 5,10 (0,86)	M (Dp) 4,95 (0,98)	M (Dp) 4,50 (1,24)	F (p) 2,30 (0,105)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,55 (0,83)	M (Dp) 4,44 (1,08)	M (Dp) 3,86 (1,33)	F (p) 2,88 (0,06)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,87 (0,66)	M (Dp) 4,92 (0,59)	M (Dp) 4,59 (0,59)	F (p) 1,04 (0,358)

Será que existe relação entre a unidade funcional onde exercem funções e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Conforme os resultados da Tabela 32, não observámos relações com significância estatística entre as dimensões da CE e a CE global em função de diferentes tipos de unidades funcionais onde os profissionais exerciam funções.

TABELA 32: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Unidade Funcional onde exerce funções (*Teste One-Way Anova*)

	USF Modelo A (n=33)	USF Modelo B (n=38)	UCSP (n=11)	UCC (n=12)	Outra (n=10)	F (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,73 (0,97)	M (Dp) 5,10 (0,88)	M (Dp) 5,16 (0,73)	M(Dp) 5,05 (1,11)	M (Dp) 5,15 (0,85)	0,99 (0,416)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,81 (0,92)	M (Dp) 4,79 (0,66)	M (Dp) 4,84 (0,58)	M(Dp) 4,96(0,82)	M (Dp) 4,93 (0,73)	F (p) 0,17 (0,954)
Auto-motivação	M (Dp) 4,81 (0,84)	M (Dp) 4,95 (0,86)	M (Dp) 5,03 (0,72)	M(Dp) 5,20 (0,77)	M (Dp) 4,46 (0,93)	F (p) 1,30 (0,275)
Empatia	M (Dp) 4,81 (0,83)	M (Dp) 4,98 (1,04)	M (Dp) 5,20 (0,92)	M(Dp) 5,47 (0,63)	M (Dp) 5,10 (1,03)	F (p) 1,28 (0,283)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,34 (0,95)	M (Dp) 4,46 (0,96)	M (Dp) 4,44 (0,85)	M(Dp) 4,86 (0,87)	M (Dp) 4,35 (1,05)	F (p) 0,71 (0,585)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,70 (0,69)	M (Dp) 4,87 (0,66)	M (Dp) 4,93 (0,55)	M(Dp) 5,09 (0,64)	M (Dp) 4,80 (0,57)	F (p) 0,92 (0,456)

Será que existe relação entre o número médio de horas de trabalho semanal e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Da análise da Tabela 33, constatámos a inexistência de relações estatisticamente significativas entre o número médio de horas de trabalho semanal e as dimensões da CE e a CE global, conforme evidenciou o teste de *Correlação de Pearson*.

TABELA 33: Distribuição dos resultados das correlações entre as dimensões da CE e a CE global em função da Média de horas de trabalho semanal: *Correlação de Pearson* (r), nível de significância (p) e número de casos (n)

Correlação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Média de horas de trabalho semanal								
Variáveis		Auto-consciência	Gestão de emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de emoções em grupos	Competência Emocional global	Nº médio de horas de trabalho
Nº médio de horas de trabalho	r	-0,003	0,147	0,023	-0,041	0,035	0,042	1
	p	0,980	0,137	0,817	0,680	0,721	0,668	
	n	104	104	104	104	104	104	104

* A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Será que existe relação entre a percepção de ter as condições de trabalho necessárias e as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários?

Na Tabela 34 apresentaram-se os resultados relativos às diferenças na percepção da CE global e das dimensões da CE entre os que percecionavam ter boas condições de trabalho e os que não percecionavam, sendo que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o teste *t-Student* para amostras independentes, com exceção da dimensão autoconsciência ($t(102)=-3,09$; $p=0,003$), a qual apresentou significado estatístico, sendo que quem percecionava ter as condições de trabalho necessárias, se autopercecionou mais autoconsciente ($M=5,21$; $Dp=0,83$), relativamente a quem as não percecionava ter ($M=4,67$; $Dp=0,96$).

TABELA 34: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função da Percepção de ter as condições de trabalho necessárias (*Teste t-Student* para amostras independentes)

Percepção de ter as condições de trabalho necessárias				
	Não (n=43)	Sim (n=61)	Graus de liberdade	t (p)
Auto-consciência	M (Dp) 4,67 (0,96)	M (Dp) 5,21 (0,83)	102	-3,09 (0,003)
Gestão de emoções	M (Dp) 4,76 (0,79)	M (Dp) 4,89 (0,74)	102	t (p) -0,86 (0,393)
Auto-motivação	M (Dp) 4,81 (0,77)	M (Dp) 4,95 (0,89)	102	t (p) -0,86 (0,390)
Empatia	M (Dp) 5,05 (0,75)	M (Dp) 4,99 (1,04)	102	t (p) 0,33 (0,743)
Gestão de emoções em grupos	M (Dp) 4,59 (0,76)	M (Dp) 4,36 (1,04)	102	t (p) 1,26 (0,210)
Competência Emocional global	M (Dp) 4,76 (0,60)	M (Dp) 4,90 (0,68)	102	t (p) -1,08 (0,284)

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a apresentação de resultados passámos à reflexão e discussão sobre os mesmos, recorrendo a outros estudos que investigaram a competência emocional em enfermeiros, utilizando a mesma escala. A discussão dos resultados foi dividida em três partes, de acordo com: a amostra estudada, as características do instrumento de colheita de dados e o perfil de competência emocional dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da região norte de Portugal.

A amostra estudada

A população alvo deste estudo foi constituída por 138 enfermeiros (com vínculo a um ACeS da região norte), pelo que constatámos que não foi abrangida a totalidade dos enfermeiros. No entanto, obtivemos um total de 104 participantes o que correspondeu a 75,4% da população alvo, pelo que considerámos que houve uma grande adesão ao estudo, traduzindo-se numa amostra significativa da população estudada. Mason e Bramble (1997, cit. por Coutinho, 2021) referem que índices de retorno na ordem dos 70% para investigadores que usaram questionários são considerados bons.

Relativamente à caracterização da amostra em estudo (Tabela 1), constatámos que estivemos perante um grupo predominantemente feminino – 85 enfermeiras (81,7% da amostra), que a faixa etária mais representativa correspondeu à faixa entre os 36 e os 40 anos de idade, com 40 enfermeiros (38,5%). Estes dados estiveram alinhados com os apurados no anuário de 2020, divulgado em fevereiro de 2021 pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021) que mostraram que o sexo feminino é predominante na profissão (n=64292, 81,3%) num universo de 79117 enfermeiros, e que a faixa etária mais representativa corresponde aquela que está compreendida entre os 36 e 40 anos (n=11357).

A maioria dos participantes era casado (n=79; 76%), mais de metade da amostra (n=53; 51%) possuía o grau de licenciado, 27,9% (n=29) eram enfermeiros especialistas e 11,5% (n=12) eram mestres. De acordo com o anuário de 2021 da OE o número de licenciados em enfermagem corresponde a 76,1% (n=60191), enfermeiros especialistas totalizam 26,6%

(n=21061) e o número de enfermeiros com mestrado corresponde a 5,3% (n=4183) (OE, 2021); o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, no que diz respeito, às discrepâncias existentes entre o número de enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas e entre estes e os enfermeiros com grau de mestre.

Relativamente à questão colocada aos inquiridos sobre os motivos ou razões que os levaram a optar por esta profissão, verificámos que 58% (n=61) foi por acharem a profissão interessante, estes dados refletem por um lado a evolução temporal da enfermagem enquanto profissão, tradutora de melhorias ao nível do reconhecimento social, bem como refletem uma melhoria ao nível do ensino, sendo este capaz de recrutar mais indivíduos para a profissão. A progressiva passagem de um modelo de enfermagem de cariz caritário para um modelo de enfermagem profissionalizante, assumindo o estatuto de ciência, impactou ao nível social uma nova perspetiva da profissão (OE, 2008). Não obstante, o achar interessante, pode estar também relacionado com várias emoções e sentimentos positivos como a alegria e a satisfação, que nos invadem ao ajudar o outro, direcionando para outra vertente definidora da enfermagem como uma profissão de ajuda. Goleman (2020a, p.119) por outro lado, refere que a afiliação (gostar das pessoas) pode desempenhar um papel preponderante na determinação da carreira das pessoas, ou seja, aqueles que sentem grandes necessidades de afiliação sentem-se atraídos na direção de profissões para servir os outros, como é o caso da enfermagem.

Quando questionada a amostra sobre: Pensa que esta profissão será uma mais-valia para o seu desenvolvimento pessoal, a maioria (n=97; 93,3%) responderam afirmativamente, sendo que apenas 1,9% (n=2) referiram que não.

Quanto ao fato se possuíam formação em CE, a maioria (n=89; 85,6%) dos participantes referiram que não possuíam formação, o que está alinhado com a teoria, pois este é um construto novo, que só agora está a afirmar-se nas mais variadas áreas (Goleman, 2020a, 2020b) e a figurar timidamente nos currícula escolares, apesar de Veiga-branco (2005) e Vilela (2006), nos seus estudos em professores e em enfermeiros, respetivamente, terem alertado para a necessidade de incluir a formação em CE na formação de base e na formação contínua.

O exercício profissional de enfermagem, envolve sempre um processo relacional, dentro do qual flui uma diversidade de emoções que devem ser geridas. Por conseguinte a detenção de CE impõe-se como fundamental; a esfera emocional da profissão impõe ao profissional desafios emocionais e relacionais constantes, que o mesmo deve estar apto a lidar, de

forma a proteger-se de emoções negativas que alterem o seu equilíbrio emocional ou interfiram na qualidade dos cuidados (Monteiro, Almeida, Pereira, Freitas, Guedes & Silva, 2016). Atendendo a esta premissa, foi do nosso entendimento, perceber quais eram os sentimentos e emoções sentidas por estes profissionais quando pensavam no seu trabalho. As respostas obtidas foram: “sentimento de dever cumprido” (n=71; 68,3%), seguido de “interesse” (n=67; 64,4%) e “alegria” (n=41; 39,4%). De referir que a “tristeza” também foi referida por 24% dos inquiridos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rodrigues (2017, p.81), em que o “sentimento de dever cumprido” e “interesse foram os sentimentos mais referidos, 66,7% e 64,7%, respetivamente, sendo o sentimento de “tristeza” sentido por 30,7% da amostra.

Ainda no campo dos sentimentos sentidos pelos enfermeiros quando pensavam no seu trabalho surgiram sentimentos de conotação negativa: raiva, fúria, cólera, medo, vergonha, incerteza, aflição, angústia e tristeza, os quais nos levaram a refletir sobre os fenómenos associados à profissão como stress, burnout e turnover (Gomes, 2014; Bezerra et al., 2018; Mata et al., 2016). A incidência e a prevalência destes sentimentos negativos, numa profissão de ajuda, que lida diariamente com o sofrimento humano nas mais diversas fases da vida, em múltiplos contextos concorrerá para uma maior tendência para a depressão para quem exerce a enfermagem? Esta foi uma questão que emergiu neste estudo, mas à qual o mesmo não respondeu, pelo que urge desenvolver estudos nesse âmbito.

Quando perguntado à amostra se perante situações perturbadoras tinha consciência dos sentimentos que a invadia, a mesma respondeu que: ... para mim é claro, lembro-me exatamente do que senti ao longo do processo/ conflito... (n=49; 47,1%,). Os resultados encontrados foram reveladores que a amostra se apresentou como emocionalmente competente ao nível da dimensão autoconsciência, o que foi validado pela correlação altamente significativa e positiva, que a mesma estabeleceu com a CE global. Este resultado diferiu do estudo de Rodrigues (2017, p. 81), em que apesar deste ter obtido uma percentagem mais elevada (64,7%) para a mesma questão, esta correlação não foi verificada, tendo sido inclusive a dimensão que apresentou correlação de menor intensidade. No entanto, corroborou o estudo de Ferreira (2018, p.65) que refere que os enfermeiros são os mais autoconscientes quando comparados com outros grupos profissionais, o que ajuíza que nos enfermeiros da sua amostra, esta dimensão da CE estava bem desenvolvida.

No que se relacionou com o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho a amostra expressou níveis médios altos de satisfação ($M=4,69$; $Dp=1,12$). Resultado semelhante foi encontrado por Gregório (2008, p.118), no seu estudo sobre competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros ($M=4,36$; $Dp=1,09$), sendo que de uma forma global os participantes referiram gostar do seu local de trabalho. Agostinho (2008, p.112) no seu estudo, obteve resultados de satisfação com o local de trabalho de 95,9%. No estudo de Vilela (2006, p.85) a satisfação com o local de trabalho situou-se em 99,1% ($n=212$) da amostra. Também Lopes (2013, p.56) observou na sua amostra *scores* médios relativamente ao gostar do seu local de trabalho ($M= 5,45$; $Dp=1,15$), avaliada numa escala de likert de 1 a 7 pontos. Pelo contrário, Rodrigues (2017, p.81) encontrou níveis menores de satisfação com o local de trabalho (46,1%).

Silva (2017) defende que quando os níveis de satisfação laboral estão presentes, as instituições apresentam ganhos ao nível da produtividade, *engagement* e clima organizacional. No que se refere à saúde dos colaboradores também experienciam melhor saúde física, psicológica e emocional (Sá, 2014).

Ainda no campo da satisfação, verificámos (Tabela 8) que os elementos da amostra apresentaram níveis médios altos de satisfação com a vida ($M=4,81$; $Dp=1,24$). Este resultado corroborou os resultados encontrados por Teixeira e Prebianchi (2019, p.601), no seu estudo sobre comprometimento, estresse e satisfação com a vida, em que a média de satisfação com a vida em enfermeiros foi média alta ($M=5,03$).

No que se refere a aspetos relacionados com o trabalho como enfermeiro: a maioria dos enfermeiros eram enfermeiros generalistas ($n=65$; 62,5%); um número superior exercia a profissão entre 11 e 20 anos ($n=65$; 62,5%), grande parte ($n=81$; 77,9%) exercia a sua profissão em contrato de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado, um número mais elevado desempenhava as suas funções em USF ($n=71$; 68,2%) e grande parte dos enfermeiros trabalhavam em média 35 horas ($n=57$; 54,8%). Estes dados seguiram alinhados com os resultados obtidos nos estudos em enfermeiros de Agostinho (2008), Silva (2016) e Tavares (2017).

Perante a pergunta se teriam as condições de trabalho necessárias para o desempenho da sua profissão, um número significativo de enfermeiros referiram que sim ($n=61$; 58,7%). Este resultado foi também verificado por Agostinho (2008, p.114) em que no seu estudo em enfermeiros, no contexto hospitalar, obteve 50,5% ($n=148$) de respostas que confirmavam ter as condições necessárias para o desempenho da sua profissão. Este achado foi também

encontrado por Lopes (2013, p.56), em que a amostra de enfermeiros percebeu “por norma” ter boas condições de trabalho ($M=4,45$; $Dp=1,21$).

As características do instrumento de colheita de dados

O alfa é das medidas mais utilizadas para estimar a consistência interna de um grupo de variáveis; ou seja, do instrumento de pesquisa (Fortin, 2009; Pestana e Gageiro, 2003). Para o cálculo deste coeficiente é necessário apenas proceder à aplicação do instrumento de medida. De acordo com a classificação defendida por Pestana e Gageiro (2003), já abordada na metodologia, concluímos que, para o presente estudo, a escala EVCE-r33 global, demonstrou ser adequada pois apresentou um alfa ($\alpha=0,91$) muito bom, apesar de na dimensão “gestão das emoções” ter apresentado um valor de consistência interna fraco ($\alpha=0,59$), mas ainda assim admissível. Veiga-Branco (2005), Vilela (2006) e Costa (2009), obtiveram igualmente nesta dimensão um valor de alfa ($\alpha=0,68$), ($\alpha=0,69$), ($\alpha=0,69$), respetivamente, situando-se igualmente na classificação de fraco. Já Lopes (2013) no seu estudo também obteve um valor fraco de alfa ($\alpha=0,62$) mas na dimensão autoconsciência. Francisco (2017) na sua investigação aquando do estudo de fiabilidade, obteve o mesmo resultado de alfa fraco na dimensão autoconsciência ($\alpha=0,66$) e na dimensão automotivação ($\alpha=0,64$), sendo que, no que se refere à escala global obteve um alfa próximo de muito bom ($\alpha=0,89$). É de salientar que esta escala na sua versão original (EVCE não reduzida), em todos os estudos em que foi utilizada (Anexo I), revelou-se sempre adequada para a avaliação das dimensões da CE e da CE global (Veiga-Branco, 2018).

Foi realizada a análise fatorial dos componentes principais com rotação varimax, num primeiro momento sem forçar o número de fatores, e num segundo momento, forçada a cinco fatores, de acordo com o modelo teórico que suportou a investigação. No entanto, face aos resultados obtidos, em ambos os momentos, em que verificámos existirem itens que saturavam abaixo dos 0,50, originando fatores sem qualquer item e outros com apenas um item, optámos por não avançar mais. O objetivo deste estudo não era proceder a nenhum ajustamento da escala, e por conseguinte, assumimos a escala tal qual como foi apresentada pela sua autora. De realçar também que o tamanho amostral não foi significativo, o que pode ter influenciado os resultados.

Prosseguindo com a análise do comportamento da escala EVCE-r33, realizámos uma *Correlação de Pearson* (Tabela 17), no sentido de perceber quais as relações existentes das dimensões da CE entre si, assim como a relação destas com a CE global. Neste sentido,

verificámos que a dimensão autoconsciência ($r=0,813$) apresentou a correlação mais alta e positiva relativamente à CE global, seguida da gestão de emoções ($r=0,802$) e da automotivação ($r=0,794$). A empatia ($r=0,688$) e a gestão de emoções em grupos ($r=0,574$) apresentaram ambas uma correlação moderada e positiva com a CE global, confirmando o construto teórico. Esta força das correlações corroborou os resultados de Vilela (2006, p.105), em que o mesmo obteve a mesma força de correlação entre as dimensões da CE e a CE global, mas não o mesmo sentido. Vilela (2006) obteve a seguinte correlação decrescente das dimensões: automotivação, gestão de emoções, autoconsciência, gestão de emoções em grupos e empatia. No seu estudo Agostinho (2008) encontrou por ordem decrescente: automotivação, autoconsciência, gestão de emoções, gestão de emoções em grupos e empatia. No estudo de Lopes (2013) resultou por ordem decrescente de correlações: a empatia, seguida da gestão de emoções em grupos, gestão das emoções, autoconsciência e por último a automotivação. Não obstante, verificámos ainda que as correlações existentes entre as dimensões da CE e a CE global, obtidas nesta amostra ($p=0,000$), corroboraram os resultados dos estudos de Agostinho (2008, p.138), Ferreira (2018, p.75), Gregório (2008, p.128), Lopes (2013, p.68), Rodrigues (2017, p.65) e Vilela (2006, p.105). Já no que diz respeito, às correlações das dimensões entre si, nomeadamente a autoconsciência e automotivação não apresentaram significância estatística com a gestão de emoções em grupos, o que não segue alinhado com a teoria, nem com os estudos já realizados com enfermeiros (Agostinho, 2008; Gregório, 2008; Lopes, 2013; Vilela, 2006). Apesar das diferenças encontradas neste estudo comparativamente com os estudos mencionados anteriormente, verificámos que as cinco dimensões se correlacionaram de forma estatisticamente significativa ($p=0,000$) com a CE global e que contribuíram positivamente para a mesma, corroborando o construto teórico (Goleman, 2020).

Perfil de Competência Emocional dos enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) da região norte de Portugal

Na prossecução do objetivo de conhecer o perfil de CE dos enfermeiros dos CSP procedemos à análise descritiva da CE global e das dimensões da CE e à regressão linear múltipla (*método stepwise*).

Assim o estudo do perfil da CE desta amostra passou em primeira instância pela análise descritiva de cada uma das dimensões da CE, sendo que concluímos que esta amostra de

enfermeiros dos CSP tinha a percepção de que, em média: eram autoconscientes ($M=4,99$; $Dp=0,92$) “frequente”; geriam as suas emoções ($M=4,83$; $Dp=0,76$) “frequente”; eram automotivados ($M=4,90$; $Dp=0,84$) “frequente”; eram empáticos ($M=5,02$; $Dp=0,93$) “frequente”; geriam as emoções em grupos ($M=4,46$; $Dp=0,94$) “por norma” e autopercecionavam-se globalmente emocionalmente competentes ($M=4,84$; $Dp=0,65$) “frequente”. Assim, em conformidade, com a classificação do perfil de CE em níveis, abordados anteriormente na metodologia, verificámos após uma análise individual das cinco dimensões da CE que a amostra apresentou um perfil: nível moderado na dimensão autoconsciência, nível moderado na dimensão gestão de emoções, nível moderado na dimensão automotivação, nível moderado na dimensão empatia, nível moderado na dimensão gestão de emoções em grupos e nível moderado na Competência Emocional global. Comparando a percepção desta amostra com os enfermeiros estudados por Vilela (2006), Agostinho (2008), Gregório (2008), Lopes (2013), Francisco (2017), Rodrigues (2017) e Ferreira (2018), os resultados obtidos aproximaram-se mais do estudo de Ferreira (2018, p.61) o qual obteve um valor de CE global ($M=4,82$); sendo que também este foi realizado no contexto dos cuidados ao nível da comunidade (RNCCI). No entanto, como é possível observar na Tabela que se encontra no Anexo I, a generalidade dos estudos na área da CE, envolvendo enfermeiros apresentam este grupo profissional como moderadamente competente emocionalmente.

No sentido de conhecermos quais as variáveis preditivas da CE global percecionadas pelos enfermeiros, procedemos à regressão linear múltipla (*método stepwise*). O modelo da CE global obtido foi constituído pela autoconsciência, gestão de emoções em grupos, automotivação e gestão de emoções. A autoconsciência foi a dimensão que mais explicou a percepção de CE global, contribuindo para 66% da mesma ($r^2=0,66$). Por outro lado, a gestão de emoções foi a que apresentou menor valor preditivo, explicando 3% ($r^2=0,03$) da CE global, da população estudada. No que se relacionou com a empatia, a mesma, não foi estatisticamente significativa, pelo que não foi considerada na construção do modelo de CE global da amostra. Estes resultados não corroboraram totalmente o construto teórico, relativamente, ao número de dimensões preditivas da CE global e à sua ordenação (Goleman 2020a). No entanto, Agostinho (2008, p.145) e Vilela (2006, p.108), nos seus estudos obtiveram o mesmo resultado quanto ao número de variáveis preditivas da CE global, e tal como no presente estudo, a empatia não foi preditiva no modelo de perfil da CE global. Nos estudos de Agostinho (2008) e Vilela (2006) a dimensão com maior valor preditivo, foi a automotivação (69%) e (60%), respetivamente. Contrariamente a estes

resultados encontramos o estudo de Lopes (2013, p.67) em que a empatia surgiu como a dimensão mais preditiva da CE global (61%), sendo que as cinco dimensões predisseram 100% do modelo. Também, Rodrigues (2017, p.87), verificou no seu estudo, que todas as dimensões eram preditivas da CE global, sendo a automotivação a que mais fortemente contribuía para a CE global da amostra (65%).

Outro resultado que obtivemos neste estudo, foi que no seu conjunto a autoconsciência, a gestão de emoções em grupos, a automotivação e a gestão de emoções, predisseram 98% da variância global da variável dependente CE, o que vai ao encontro dos resultados apresentados pelos estudos de Agostinho (2008, p.145) e Vilela (2006, p.108) os quais obtiveram valores de predição de CE global na ordem dos 98% e 97%, respetivamente, com as mesmas quatro dimensões. Em forma de conclusão partilhámos da opinião de Lopes (2013) que refere que o perfil em Competência Emocional resulta da autoperceção de cada população estudada e por isso a diversidade de perfis encontradas no mesmo grupo profissional.

Apesar de a empatia não fazer parte do modelo de perfil da CE destes enfermeiros, a verdade é que pela análise, foi esta a dimensão que apresentou um score mais elevado, com em média, os participantes a autopercecionarem-se como frequentemente empáticos. De acordo com Goleman (2020b, p.56) a empatia nasce da autoconsciência, a qual também se revelou estar presente frequentemente nesta amostra. Mais ainda, o mesmo autor refere que as pessoas mais empáticas são as mais sensíveis aos outros, às suas necessidades, conseguindo perceber os subtis sinais que indicam o que os outros necessitam ou desejam, algo que segundo o próprio afirma, torna-as particularmente aptas em profissões que envolvem a prestação de cuidados, como é o caso da enfermagem.

Finalizada a caracterização da amostra, no que concerne, às dimensões da CE e ao perfil de CE global, passámos de seguida a explorar as possíveis relações de influência entre as variáveis sociodemográficas e as dimensões da CE e a CE global, pelo que passámos a refletir e a discutir sobre as mesmas. O nosso interesse ao selecionar esta variedade de variáveis foi no sentido de perceber até que ponto as mesmas eram capazes de influenciar as dimensões da CE e a CE global, sendo que nos estudos realizados até à data existem dados contraditórios. Pretendemos assim, contribuir com mais um estudo de investigação afim de consolidar os achados de outras investigações, consolidando um pouco mais os conhecimentos sobre as mesmas.

Variáveis influenciadoras das dimensões da CE e da CE global

Relação entre a idade e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Do estudo da relação entre a idade e a CE global e as dimensões da CE observámos diferenças de médias entre as faixas etárias, contudo não foram estatisticamente significativas. A faixa etária [21-25], com a exceção da dimensão gestão de emoções, foi sempre a que apresentou médias mais baixas para todas as dimensões da CE e para a CE global. Este resultado foi encontrado por Ferreira (2018, p.60) que também não obteve valores com significancia estatística. No mesmo sentido, Encarnação, Soares e Carvalho (2018), numa revisão da literatura sobre “inteligência emocional: fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos”, concluíram, após a análise dos vários estudos, que a idade talvez não seja, por si só, um fator diretamente relacionado com a competência emocional. Já Vilela (2006, p.115), no seu estudo, encontrou significância estatística entre a idade e a empatia. Excetuando o estudo de Vilela, a generalidade dos estudos não confirmou esta relação. O que verificámos é que a maturidade, tal como defendida por Goleman (2020a, p.248) parece ser uma vantagem quando se trata de “cultivar a competência emocional”.

Relação entre o sexo e as dimensões da CE e a CE global da amostra

De acordo com os resultados, não verificámos diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres ao nível da perceção das dimensões da CE e da CE global, apesar de existirem diferenças de médias entre os sexos. O sexo masculino apresentou médias mais altas nas dimensões relacionadas com a competência pessoal: autoconsciência, gestão de emoções e automotivação, assim como ao nível da CE global. O sexo feminino apresentou médias mais altas na competência social: empatia e gestão de emoções em grupos. Estes resultados não corroboraram os verificados em Agostinho (2008), que encontrou diferenças estatisticamente significativas ao nível da CE global e das dimensões autoconsciência, automotivação e gestão de emoções em grupos, sendo que, e quando comparados com as enfermeiras, os enfermeiros se percecionavam mais autoconscientes e automotivados e, ainda, com melhor expressão da gestão de emoções em grupos relativamente às (já citadas) enfermeiras. Encarnação et al. (2018) numa revisão sistemática da literatura identificaram valor de influência da variável sexo para o nível da IE. Em sentido oposto, Ferreira (2018, p.59) verificou diferenças entre as médias dos grupos (feminino e masculino): o primeiro apresentou médias mais elevadas de CE global e das

cinco dimensões, numa frequência temporal “frequente”, contudo estas diferenças não eram estatisticamente significativas.

Relação entre o estado civil e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Relativamente à influência do estado civil, os resultados obtidos (Tabela 21), revelaram, que não existiram diferenças significativas entre o estado civil e as dimensões da CE e a CE global. No entanto, verificámos que o grupo dos divorciados, com a exceção da gestão de emoções, é o que apresentou médias mais altas ao nível das dimensões da CE e da CE global. O presente estudo corroborou os resultados obtidos por Agostinho (2008) e Francisco (2017), que estudaram a relação entre o estado civil e as dimensões da CE e da CE global, tendo ambos concluído que a variável estado civil não estabeleceu relação estatisticamente significativa com as dimensões da CE e a CE global.

Relação entre a formação académica e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Conforme a Tabela 22, verificámos que a perceção das dimensões de CE e da CE global não variaram de modo significativo em função da formação académica. No estudo de Adem (2013, p. 62) obteve-se o mesmo resultado do presente estudo, não tendo sido verificada relação com significância estatística entre as habilitações literárias e a IE e as suas dimensões. Em sentido contrário, Agostinho (2008, p.131) verificou que na sua amostra os enfermeiros que detinham uma especialidade ou outra formação relevante, apresentavam diferenças estatísticas significativas ao nível das dimensões de CE e CE global, relativamente aos enfermeiros sem especialidade ou outra formação relevante. Não obstante, Goleman (2020a, 2020b), refere que um nível elevado de formação académica não é sinónimo de maior competência emocional.

Relação entre os motivos/razões para ser enfermeiro e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Os resultados da Tabela 23, demonstraram que a perceção das dimensões da CE e da CE global não variaram de modo significativo em função dos motivos/razões para ser-se enfermeiro. Este resultado foi também obtido por Rodrigues (2017, p.76), o qual não encontrou relação entre as diferentes profissões e a CE e as dimensões da CE, inclusive, refere que na sua análise entre médicos e enfermeiros, não se confirmaram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões da CE. No entanto, Goleman (2020a) refere que pessoas que sintam uma grande necessidade de ajudar os outros (afiliação), terão mais tendência para seguir profissões de ajuda.

Outro resultado verificado, embora não tenha significado estatístico, é o número de participantes que selecionaram a opção “sem motivo especial”, sendo que os mesmos apresentaram médias mais baixas na CE global e em todas as dimensões da CE, com a exceção para a autoconsciência. Este achado deverá ser alvo de estudos futuros para compreender-se os motivos e as implicações na profissão.

Relação entre o sentimento de que a profissão será uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Os resultados obtidos atestaram a inexistência de diferenças estatísticas significativas em função da percepção que os enfermeiros têm da sua profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal ao nível da CE global. No que diz respeito às dimensões da CE, apenas a autoconsciência e a gestão de emoções em grupos apresentaram diferenças estatísticas significativas, que após aplicação de *teste de post hoc*, no sentido de determinar entre que grupos se verificavam, se constatou que as diferenças entre grupos eram apenas significativas para a dimensão gestão de emoções em grupos ($M=4,53$; $Dp=0.91$), ou seja, as diferenças encontravam-se entre o grupo que percecionava a profissão como uma mais valia para o seu desenvolvimento pessoal e o grupo que não tinha essa percepção, apresentando aquele uma média mais elevada.

Outros estudos vão na direção oposta, numa revisão da literatura Encarnação et al. (2018), sobre “Inteligência emocional: fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos”, obteve resultados significativos, no que diz respeito, à influência da experiência profissional na inteligência emocional, sendo que os enfermeiros sentiam que as experiências anteriores e os conhecimentos lhes proporcionavam uma maior confiança e habilidades para lidarem com situações complexas, fator que contribuía para o seu bem-estar emocional. De realçar que o valor obtido neste estudo esteve próximo da significância estatística, sendo que o tamanho da amostra pode ter contribuído para este resultado.

Relação entre possuir formação em Competência Emocional e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Decorrente da informação extraída apartir dos dados deste estudo, verificámos que não existiram diferenças significativas ao nível da percepção das dimensões da CE e da CE global, em função de quem possuía formação em competências emocionais e quem não possuía formação nesta área.

Rodrigues e Veiga-Branco (2017) contrariam estes resultados e no seu trabalho de revisão sistemática sobre determinantes da CE em enfermeiros obtiveram resultados que revelaram a correlação positiva significativa entre a competência emocional e as competências de enfermagem, no diz respeito, a conceitos importantes da profissão como: assertividade, profissionalismo, nível de desempenho e intuição. Verificaram ainda o efeito moderador/determinante da CE nas competências de enfermagem, além de ser considerada primordial para os enfermeiros, enquanto gestores emocionais, verificaram que se estabeleceram correlações altamente significativas, mas com direção oposta: positiva com o Domínio Psicológico e o ato de cuidar, e negativa com o burnout. Estes resultados foram corroborados por um estudo, onde se apresentou que a CE é tanto mais frequente quanto mais intensa a componente cuidativa.

Este resultado pode não ter apresentado significância estatística devido aos poucos participantes no estudo terem este tipo de formação, sendo que no futuro, fará sentido realizar mais estudos, com amostras representativas para tentar apurar melhor esta relação.

Relação entre o tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sente, quando pensa no seu trabalho e as dimensões da CE e a CE global da amostra

A análise dos resultados revelou a existência de vários sentimentos de cariz negativos tais como: medo, vergonha, sentimento de incerteza, angústia, raiva/fúria/cólera que esta amostra de enfermeiros sente quando pensa no seu trabalho; sendo que esta percepção influenciou de forma negativa, diminuindo a percepção da autoconsciência, gestão de emoções e automotivação bem como da CE global dos inquiridos. Por outro lado, o sentimento de dever cumprido apresentou-se como um fator positivo, aumentando a percepção (médias) das dimensões autoconsciência, gestão de emoções, da automotivação e da CE global. Estes sentimentos negativos foram também verificados por Rodrigues (2017), na sua investigação sobre determinantes de CE na abordagem ao doente crítico.

Encarnação et al. (2018), constataram após a análise de alguns estudos que as enfermeiras que se apresentavam incapazes de lidar com o sofrimento referiam sentimentos cumulativos de tristeza, sofrimento, infelicidade, angústia, ansiedade, medo, frustração, decepção e insatisfação. No entanto, os indivíduos que eram mais capazes de lidar com a angústia tinham mais comportamentos de felicidade, prazer e satisfação pessoal.

Esta realidade vai ao encontro do defendido por Goleman (2020b) que defende que as emoções e sentimentos de forte carga negativa, são fatores perturbadores que alteram o

bem-estar e minam a estabilidade emocional, já o seu oposto promove o bem-estar e assegura o equilíbrio e estabilidade emocional, melhorando a CE.

Isto parece indiciar que a profissão de enfermagem possa resultar em fator de destabilização e desorganização da homeostasia emocional e por consequência física, pois o poder das emoções quando descontroladas tomam o leme das decisões. Se no contexto do estudo de Rodrigues (2017) seria expectável alguns destes fenómenos em maior ou menor grau pelo stress e pela perigosidade da vida de quem os enfermeiros cuidam, foi surpreendente verificar que os mesmos ocorrem numa área dos cuidados com cariz preventivo e promotor da saúde. Estes resultados devem ser alvo de mais estudos na tentativa de perceber ligações ocultas entre a profissão e percepção destes sentimentos que ao que parece poderão não ter cabal explicação na especificidade dos contextos da prática. Estará relacionada com a forte componente emocional que a prática cuidativa na profissão de enfermagem comporta? Torna-se fundamental aprofundar estes resultados em estudos futuros.

Relação entre o ter consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem perante situações perturbadoras e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Os inquiridos que tinham consciência de serem invadidos por sentimentos “... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como” e “... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo...” apresentaram médias mais baixas relativamente à dimensão autoconsciência, à automotivação e à CE global. Sentimentos semelhantes foram referidos pelos enfermeiros no estudo de Rodrigues (2017), em que estes referiram já não se recordarem bem quais sentimentos sentiram, sabiam que tinham sentido algo mas não sabiam explicar. Não obstante, os sentimentos desta amostra têm uma implicação mais delicada, pois esta população apresentou uma média temporal “frequente” ao nível da autoconsciência, pelo que evidencia uma necessidade de formação ao nível da CE incisa na gestão das emoções e gestão de emoções em grupos, pois pelo que respondeu evidenciou dificuldades na gestão das emoções a vários níveis.

Nos enfermeiros que percecionavam ter consciência de que “... eu não tenho tido experiências com perturbações...” aliado à estratégia de procurar alguém para desabafar em situações perturbadoras, demonstraram ter médias mais elevadas.

A afirmação dos participantes evidenciou dificuldades na gestão das emoções pois referiram que “aquilo fica cá dentro ...e fica durante muito tempo”, o que corroborou os estudos de Gomes (2014) e Mata, Machado, Moutinho e Alexandra (2016). Num estudo

analisado na sua revisão Encarnação et al. (2018), verificaram que as dimensões de stress ocupacional, como conflitos com médicos, problemas com colegas, carga de trabalho, incerteza sobre o tratamento e problemas relacionados com doentes e os familiares eram significativamente diferentes entre quem recebeu treino em inteligência emocional e aqueles que não tinham sido alvo de intervenção. Os enfermeiros na relação terapêutica e empática que desenvolvem com os seus clientes tendem a adotar valores holísticos, de parceria e proximidade no sentido de se apropriar das dificuldades e sentimentos de quem cuidam, neste contexto específico, que é a profissão de enfermagem. Quem cuida, experiencia uma multiplicidade de emoções e desenvolve conscientemente e/ou inconscientemente múltiplas respostas emocionais viscerais como resposta ao sofrimento do outro (Diogo, 2017). A autoconsciência é considerada por Goleman (2020b, p.55) a capacidade por excelência, constituindo a pedra basilar da competência emocional, logo a existência de situações perturbadoras que a comprometam leva a que deixe de existir um leme valorativo e as emoções e comportamentos desajustados assumam o controlo.

Relação entre o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Observámos na Tabela 27, que não existiu correlação com significância estatística entre o nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho e a CE global ($r=0,14$; $n=104$; $p=0,147$) e as dimensões da CE; com a exceção para a dimensão autoconsciência ($r_s=0,23$; $n=104$; $p=0,018$) a qual apresentou uma correlação positiva fraca, com significância estatística. Lopes (2013, p.69) aquando do seu estudo com enfermeiros da RNCCI, constatou não existir uma correlação significativa entre “gosta ou não do seu local de trabalho” e a CE global e quatro dimensões da CE, tendo verificado a existência de uma correlação positiva fraca, mas relativa à gestão de emoções em grupos.

Gregório (2008, p.128) verificou existir uma correlação positiva fraca, mas estatisticamente significativa entre a satisfação profissional e a CE global e a capacidade gestão de emoções em grupos. Já Encarnação et al. (2018), concluíram que a nível profissional, o impacto da inteligência emocional é positivo e se traduz no controle de stress ocupacional e ansiedade no local de trabalho, bem como melhora a satisfação no trabalho e vínculo com o local de trabalho.

Relação entre a satisfação com a vida e as dimensões da CE e a CE global da amostra

A satisfação com a vida apresentou uma correlação positiva baixa e muito significativa com a perceção de CE global ($r=0,37$; $p<0,001$), o que revelou que uma maior satisfação com a

vida esteve associada a uma maior percepção de competência emocional (Tabela 28). Relativamente às dimensões da CE: a autoconsciência apresentou uma correlação positiva moderada, a gestão de emoções e a automotivação apresentaram ambas a mesma força de correlação positiva baixa ($r=0,339$; $n=104$; $p=0,000$).

Encarnação et al. (2018), verificaram que indivíduos com altos níveis de emocionalidade demonstraram ter mais capacidade de perceber e expressar emoções e usar essas habilidades para desenvolver e manter relacionamento com outras pessoas. Os indivíduos que eram mais capazes de lidar com a angústia tinham mais comportamentos de felicidade, prazer e satisfação pessoal. Constataram também em revisão sistemática que os participantes dos estudos que eram altamente conscientes das suas habilidades se sentiam mais felizes, mais otimistas e com mais autoestima, enquanto que os indivíduos com pontuações mais baixas apresentavam baixa autoestima e demonstravam decepção com a vida.

Relação entre a categoria profissional e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Quando analisada a relação entre a categoria profissional e as dimensões da CE e da CE global verificámos não existir qualquer relação com significado estatístico. Em sentido contrário, Agostinho (2008, p.131) verificou que na sua amostra, os enfermeiros com especialidade, apresentavam scores mais elevados na dimensão automotivação do que aqueles que não tinham especialidade, sugerindo que os enfermeiros com especialidade percecionavam em média e mais frequentemente a capacidade de se automotivarem, relativamente aos enfermeiros sem especialidade. Gregório no seu estudo sobre satisfação profissional não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a categoria profissional e as dimensões da CE e a CE global. Adem (2013, p.66) encontrou diferenças ao nível da empatia entre os grupos enfermeiro e enfermeiro especialista ($p=0,010$), inferindo que à medida que se vai progredindo na carreira se perde algumas competências para compreender os outros e saber escutar.

Relação entre a experiência profissional e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Neste estudo verificámos que os resultados relativos à percepção das dimensões da CE e da CE global (Tabela 30), se mantiveram muito semelhantes, não sofrendo grandes alterações em função do tempo de experiência profissional, não existindo por isso diferenças estatísticas significativas. Este resultado corroborou Rodrigues (2017, p.83) que no seu estudo chegou ao mesmo resultado, tendo verificado que o tempo de exercício profissional não apresentava qualquer relação de interdependência estatisticamente significativa. Igual

resultado foi obtido por Gregório (2008) na sua investigação sobre a temática “Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros” em que este concluiu que o tempo de exercício profissional não exercia qualquer influência significativa sobre a CE global e as dimensões da CE. Já Alves, Ribeiro e Campos (2012) identificaram uma correlação positiva e moderada para todas as dimensões da inteligência emocional, com exceção da empatia, em relação ao tempo de exercício da profissão e a inteligência emocional, concluindo no seu estudo que quanto maior o tempo de exercício da profissão, maior a capacidade de inteligência emocional.

Relação entre o vínculo profissional com a instituição e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Segundo os dados obtidos neste estudo, constatámos que o vínculo profissional não afetou a perceção das dimensões da CE e da CE global, uma vez que, não se verificaram diferenças estatísticas significativas em função dos vários tipos de vínculo profissional. Em sentido oposto, Adem (2013, p.72) encontrou diferenças significativas entre o tipo de vínculo que os enfermeiros possuíam para a capacidade gestão das emoções ($p=0,038$), sendo que aqueles que possuíam um contrato individual de trabalho comparativamente aos que detinham um contrato em funções públicas demonstraram uma melhor gestão das suas emoções.

Relação entre a unidade funcional onde exerce funções e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Neste estudo, os resultados obtidos não apresentaram a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os diferentes tipos de unidades funcionais, onde os profissionais exercem funções e as dimensões da CE e a CE global. No entanto, verificámos a existência de diferenças mínimas de score de CE global entre as diferentes tipologias, visto que a perceção de CE global ser maioritariamente “frequente” para todas as tipologias de unidades. No entanto, os enfermeiros que exerciam funções em UCC apresentaram, neste estudo, na generalidade das dimensões da CE, bem como ao nível da CE global, médias mais elevadas comparativamente com os enfermeiros que exerciam funções noutra tipologia de cuidados. Este achado corroborou o resultado obtido por Lopes (2013, p.71), que no seu estudo numa amostra constituída por 154 enfermeiros que prestavam cuidados em 148 unidades da RNCCI, verificou a existência de diferenças mínimas entre cada uma das tipologias de unidade de internamento, no que diz respeito à média de CE global, sendo

que a unidade de longa duração ($x=4,16$; $s=0,38$) apresentou o valor mais baixo e a de paliativos o mais elevado ($x=4,54$; $s=0,28$).

Já Vilela (2006, p.104) encontrou no seu estudo diferenças estatísticas significativas entre a CE global e o tipo de serviço, sendo que os enfermeiros que trabalhavam com utentes crónicos se autopercecionavam com maiores capacidades de CE global do que os que trabalhavam com utentes agudos.

Atendendo a estes dois estudos, verificámos que em certa medida, resultado obtido no presente estudo, vai ao encontro dos resultados obtidos em ambos os estudos, por um lado porque as UCC's integram a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e por outro lado porque os clientes alvo dos cuidados de saúde, prestados por estas unidades, são portadores de doenças crónicas. A falta de significância pode estar relacionada com o tamanho da amostra.

Relação entre a média de horas de trabalho semanal e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Conforme evidenciou o teste de Correlação de Pearson (Tabela 33) não encontrámos relação estatística significativa entre a variável média de horas de trabalho e as dimensões da CE e a CE global. Este resultado corroborou os estudos de Adem (2013, p.79) e de Rodrigues (2017, p.78), em que os investigadores não encontraram significância estatística entre o número de horas e a CE global e as dimensões da CE.

Relação entre a percepção de ter as condições de trabalho necessárias e as dimensões da CE e a CE global da amostra

Perante os resultados obtidos, verificámos não existirem diferenças significativas de valores nas dimensões da CE e da CE global, quer haja ou não as condições de trabalho necessárias. Em exceção, verificámos que esta variável tinha um estatuto diferenciador para a autoconsciência ($t=-3,09$; $p=0,003$): quando os enfermeiros percecionavam ter as condições de trabalho necessárias apresentavam valores mais elevados de autoconsciência, de forma diferenciada e estatisticamente significativa.

7. CONCLUSÃO

Finalizado este trajeto de investigação faz sentido refletir sobre o mesmo e da forma como este foi desenvolvido, planeado e executado. Abordar as limitações e os contributos do mesmo, bem como sugerir outros focos de atenção que levem a novas investigações na área e permitam um conhecimento melhor sobre a temática.

De forma clara sentimos que a nossa motivação, aliada à relevância atual que a CE assume no contexto das profissões de saúde, constituiu um dos focos para a realização deste estudo, sendo que a mesma veio a demonstrar-se altamente profícua e gratificante, não só porque resultou de uma ambição nossa obter este conhecimento, bem como pelo processo de aprendizagem realizado, e também pelos resultados obtidos.

De acordo com os objetivos delineados para este estudo, associada à verificação da escassez de bibliografia sobre competência emocional em enfermeiros, neste contexto, assim como ao contexto pandémico vivenciado pareceu-nos de todo pertinente e oportuno desenvolver um trabalho de investigação de carácter quantitativo, exploratório, do tipo descritivo, transversal e correlacional nesta área temática. Assim, de forma rigorosa e criteriosa desenvolvemos uma revisão bibliográfica, como meio de nos apropriarmos dos conceitos inerentes à problemática em estudo, algo que nos permitiu ter uma maior perceção da relevância da CE, neste grupo profissional, bem como nos possibilitou a delimitação do estudo, a definição dos objetivos e a formulação das questões de investigação. A conceptualização teórica teve por base os conceitos de IE de Goleman e de CE de Veiga-Branco. O enquadramento teórico permitiu-nos um conhecimento de outros estudos no campo da CE, não somente nestes profissionais como em outros, os quais no seu conjunto nos possibilitaram e ajudaram na discussão dos resultados obtidos.

Com este estudo pretendíamos contribuir para a melhoria da gestão e formação de recursos humanos em Enfermagem, através da caracterização das dimensões da CE dos Enfermeiros no contexto dos CSP. Em conformidade com a metodologia delineada seleccionámos o instrumento de medida a utilizar, a Escala Veiga da Competência Emocional versão reduzida de 33 itens (EVCE-r33), a qual permite compreender os comportamentos e atitudes preconizados por Goleman à luz do conceito de CE proposto por Veiga-Branco

(2005). Este instrumento de medida avalia as cinco dimensões da competência emocional: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de emoções em grupos, sendo que no seu conjunto determinam a CE global. Refletindo sobre a metodologia adotada e os dados colhidos, verificámos terem sido adequados para a concretização e finalidade do estudo. E apesar da consistência interna da subescala gestão das emoções se ter verificado fraca devido ao valor de alfa obtido ($\alpha=0,59$), mas admissível, verificámos que o instrumento, no seu conjunto, obteve uma consistência interna muito boa ($\alpha=0,91$), atribuindo fiabilidade aos resultados. Assim, concluímos que a EVCE-r33 exibiu um elevado grau de confiabilidade, indo ao encontro dos estudos já existentes, na sua versão original.

Os resultados obtidos no presente estudo, foram comparados relativamente a outros estudos já realizados, e que investigaram tanto o tema como a população. Decorrente desta análise comparativa, verificámos que os resultados do presente estudo, em muitos aspetos corroboraram estudos anteriores, sendo que o oposto também se verificou. Não obstante, alguma diversidade de resultados concluímos que não existe um único modelo de perfil de CE dos enfermeiros, e que cada realidade específica, pela sua natureza singular pode constituir a emergência de diferentes perfis de CE. Assim, como resultados mais relevantes desta investigação obtivemos que esta amostra de enfermeiros de CSP tinha a perceção de que em média: eram autoconscientes frequentemente; que geriam as suas emoções frequentemente; eram frequentemente automotivados; eram empáticos frequentemente; e por norma geriam emoções em grupos. Relativamente à CE global estes profissionais autopercecionaram-se frequentemente competentes emocionalmente. Assim concluímos, que a população estudada apresentou um nível de perfil moderado relativamente à CE global. A autoconsciência resultou ser a dimensão que estabeleceu maior valor de correlação com a CE global. Em relação aos determinantes da CE, verificámos que as variáveis preditivas da CE global corresponderam a apenas quatro dimensões nesta amostra de enfermeiros: autoconsciência, gestão de emoções em grupos, automotivação e gestão de emoções; diferente do construto teórico. A autoconsciência foi a dimensão que mais fortemente contribuiu para a CE global da amostra, sendo por si só responsável por 66% do valor preditivo da CE global, contrapondo com a gestão de emoções que se apresentou como a dimensão com menor representatividade no valor preditivo da CE global. A empatia não foi preditiva para a CE global da amostra.

A amostra estudada quando questionada sobre: sentimentos/emoções sentidas quando pensa no seu local de trabalho, referiu sentimentos de medo, vergonha, sentimento de

incerteza; e se tinha consciência dos sentimentos perante situações perturbadoras respondeu ...sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro...e fica cá dentro durante muito tempo..., os quais estabeleceram relações estatisticamente significativas com a CE global. Os enfermeiros que percecionaram estes sentimentos apresentaram-se a nível temporal menos frequentemente competentes emocionalmente, ou seja, apresentaram valores de médias mais baixos comparativamente com quem não experienciava estes sentimentos/emoções. Ao contrário, o sentimento de dever cumprido apresentou significado estatístico positivo com a CE global, sendo que quem o vivenciava apresentou-se frequentemente competente emocionalmente. A satisfação com a vida constituiu-se também como uma variável influenciadora da CE global, tendo ficado visível que a uma maior satisfação com a vida esteve associada uma maior percepção de CE global.

A dimensão da autoconsciência estabeleceu relações com significância estatística com as seguintes variáveis: percepção da profissão como mais valia para o seu desenvolvimento pessoal, percepção de ter as condições de trabalho necessárias, sentimento de dever cumprido, ... eu não tenho tido experiências com perturbações...; sendo que quando percecionadas pelos enfermeiros, estes apresentaram um valor de média mais alto comparativamente com quem não os vivenciavam. Inversamente os sentimentos de conotação negativa tais como: raiva/fúria/cólera, medo, vergonha, sentimento de angústia, sentimento de incerteza, por vezes fico ansioso que acabe a minha tarefa, ... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo..., ... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como; quando percecionados pelos participantes, os mesmos apresentaram-se frequentemente menos autoconscientes. Relativamente à força das correlações com as variáveis: nível de satisfação acerca da sua instituição de trabalho e satisfação com a vida, a mesma estabeleceu uma correlação baixa e moderada, respetivamente.

A dimensão gestão de emoções estabeleceu relações com significância estatística com as variáveis: medo, vergonha, sentimento de angústia, sentimento de incerteza, ... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como, sendo que os participantes que os percecionavam apresentaram-se menos frequentemente competentes na gestão das suas emoções. O sentimento de dever cumprido, ... sei sim, e procuro tentar falar com alguém... quando presentes influenciaram positivamente os participantes, passando estes a autopercecionarem-se frequentemente competentes na gestão das suas emoções. Esta dimensão estabeleceu uma correlação positiva baixa, e muito significativa com a variável satisfação com a vida.

A automotivação estabeleceu relações com significância estatística com as variáveis: medo, vergonha, sentimento de angústia, sentimento de incerteza, ... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo..., apresentando aqueles que percecionavam este tipo de sentimentos valores de média mais baixos, o que resultou na percepção de menos automotivados frequentemente. A satisfação com a vida estabeleceu uma correlação baixa e positiva, altamente significativa com a dimensão automotivação. O sentimento de dever cumprido influenciou positivamente esta dimensão, sendo que quem o sentia autopercecionou-se frequentemente automotivado.

A gestão de emoções em grupos apresentou-se significativa ao nível estatístico para com a variável percepção da profissão como mais valia para o seu desenvolvimento pessoal, autopercecionando-se os enfermeiros que a referiram como gerindo frequentemente as emoções em grupos. No que diz respeito relativamente à variável ... eu não tenho tido experiências com perturbações..., a mesma influenciou negativamente esta dimensão passando a apresentar os que a referiram, a frequência temporal menos frequentemente competentes na gestão das emoções em grupos.

Não obstante, este grupo de enfermeiros ter apresentado um nível moderado alto de CE global, a verdade é que é possível e desejável, que o mesmo seja alvo de uma intervenção em CE afim de melhorar ainda mais a sua CE global, preparando-os para obter ainda mais sucesso nas diferentes áreas da sua vida: pessoal, familiar, social e profissional. Tal como defendido por vários autores, a CE pode ser aprendida ao longo da vida, sendo que em diferentes momentos da vida podemos ter necessidade de mais competências numa área em detrimento de outra, pois à medida que as circunstâncias da vida se alteram, seja relacionada com o emprego ou com a vida pessoal teremos de nos readaptar e reequilibrar socorrendo-nos das melhores competências que nos permitirão alcançar, novamente, o sucesso nas diferentes esferas da vida.

Relativamente ao que diz respeito, à ausência da dimensão empatia como variável preditiva no modelo de perfil de CE global deste grupo de enfermeiros, é importante referir e reforçar que esta foi a dimensão que obteve um maior score na amostra estudada, reveladora do quanto esta dimensão influencia os cuidados de enfermagem.

Resumidamente e em forma de conclusão estas significâncias estatísticas reveladas pelos resultados obtidos neste estudo demonstraram e reforçaram a premência de novos estudos, no sentido de estudar e compreender o que está na origem destes sentimentos

negativos, assim como no desenvolvimento de estratégias de mitigação ou resolução dos mesmos na experiência individual de cada enfermeiro.

Neste estudo identificámos algumas variáveis que parecem influenciar as dimensões da CE e a CE global dos enfermeiros. Não obstante, em virtude do procedimento da amostragem, da dimensão da amostra e do fato de contemplar apenas uma organização, não nos permite fazer generalizações destes resultados, sendo que os resultados ficam circunscritos apenas a esta amostra estudada.

Limitações do estudo

Neste percurso foram sentidas algumas dificuldades, a nível teórico e a nível prático, que considerámos importante partilhar. Sentimos algumas limitações ao nível teórico, relacionadas com, por exemplo, o impacto das variáveis sociodemográficas definidas ao nível da CE e em encontrar estudos que apresentassem as relações entre estas. Ao nível empírico, deparámo-nos com dificuldades na aplicação dos questionários. A demora nas instituições a fim de obter o parecer favorável à realização do estudo teve uma demora de seis meses, até à saída do consentimento favorável. Este processo encontrou outra dificuldade, no envio, via email institucional para os participantes, devido ao contexto pandémico vivido nas instituições, estes dois atrasos determinaram a aplicação dos questionários para plena época de férias dos possíveis participantes, esta junção de factos comprometeram a concretização dos prazos previstos inicialmente para a recolha dos dados, condicionando como é exetável a organização e tratamento dos mesmos. Outra condicionante foi o atual clima pandémico que exigiu dos profissionais de saúde, mais disponibilidade do que seria habitual, para as organizações de saúde com centenas de horas extraordinárias, o que a nível pessoal e académico também se refletiu nos atrasos na execução do estudo por dificuldade em conciliar tempo para a vertente da investigação. Outra dificuldade que se prendeu com o próprio investigador foi o número de variáveis que selecionou para o estudo o que originou uma maior necessidade de tempo para poder tratar os dados e proceder à sua análise.

Sugestões e aplicabilidade do estudo

A nível profissional reiterámos o desejo que o mesmo possa constituir um contributo para uma gestão de pessoas mais eficiente, na área da enfermagem, no contexto CSP. Desejámos ainda que o mesmo possa ter contribuído para a consolidação do conhecimento das variáveis de influência relativas à competência emocional e às suas dimensões, e ao

mesmo tempo sensibilizado para a importância que a CE apresenta na esfera laboral e pessoal dos enfermeiros, uma vez que a detenção da mesma, influencia a saúde dos colaboradores e das organizações, bem como promove as condições para uma prestação dos cuidados mais efetiva e eficiente.

Como aplicação prática deste estudo compreendemos que o mesmo poderá servir, se assim os gestores o quiserem, para delinear estratégias de formação em CE a fim de dotar os seus colaboradores de mais ferramentas para poderem manter-se motivados, com altos índices de desempenho, *engagement*, satisfação e favorecerem o clima organizacional, evitando situações limite de stress, burnout, insatisfação e conflitos.

Face aos resultados obtidos perspectivámos como importante a constituição de mais estudos no âmbito desta temática em enfermeiros não só neste contexto, mas em todos os contextos de atuação destes profissionais, no sentido de identificar semelhanças e estabelecer padrões; coloca-se como prioritário também estudos no sentido de compreender os sentimentos referidos por este grupo profissional quando pensa no seu trabalho, quais as razões/motivos dos mesmos; perceber se a profissão estabelece algum grau de correlação ou de causalidade para a depressão ou síndromes depressivos; realizar estudos quase-experimentais em que se estude melhor a intervenção em competência emocional nos diversos contextos de atuação dos enfermeiros e qual o seu impacto na CE global.

No fim apraz-nos referir que foi um percurso longo, com alguns percalços no caminho, os quais se revelaram necessários para uma aprendizagem mais sólida e consistente, que nos permitiu crescer e evoluir a nível pessoal, académico e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adem, E. S. (2013). *Inteligência emocional nos enfermeiros*. (Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.) Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.19/2010>
- Afonso, J. (2013). *Competência emocional nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança, Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/9187>
- Afonso, J., & Veiga-Branco, A. (2012). Competência emocional nos fisioterapeutas da rncci – estudo descritivo. In *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação*. Oliveira de Azeméis. p. 1-12
- Agostinho, L. M. C. F. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. (Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro). Recuperado de <https://ria.ua.pt/handle/10773/3350>
- Almeida, L. S., Ferrando, M., Ferreira, A. I., Prieto, M. D., Fernández, M. C., & Sainz, M. (2009). Inteligências múltiplas de Gardner: É possível pensar a inteligência sem um factor g?. *Psychologica*, (50), p. 41-55. Recuperado de https://doi.org/10.14195/1647-8606_50_3
- Alves, J. A. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 33-42. Recuperado de <https://doi.org/10.12707/RIII1199>
- Antão, C., & Veiga-Branco, A. (2012). Competências emocionais: uma questão de género?. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. ISSN 0214-9877. 4:1, p. 19-27
- Bar-On, R. (2000). Emotional and Social Intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model Of Emotional –Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3271>
- Barrett, M. (2016). *The relationship between empathy and humor styles and secondary traumatic stress in the public mental health workplace* (Tese de Doutorado, Antioch University Santa Barbara, Califórnia). Recuperado de <http://aura.antioch.edu/etds/310/>

- Bezerra, C. M. B., Silva, K. K., Costa, J. W. S., Farias, J. C., Martino, M. M. F., & Medeiros, S. M. (2018). Prevalência do estresse e síndrome de burnout em enfermeiros no trabalho hospitalar em turnos. *Revista Mineira de Enfermagem*, 25, e1232. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190080>
- Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), 701-711. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>
- Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. In: M. Álvarez & R. Bisquerra, *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bisquerra, R., & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82. Recuperado de <http://www.ub.edu/grop/wp-content/uploads/2014/03/Las-competencias-emocionales.pdf>
- Caetano, I., & Veiga-Branco. (2012). Perfil descritivo: a competência emocional em assistentes sociais da rncci. *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação. Oliveira de Azeméis. p.1-7 – 6 e 7 de julho de 2012*. Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/10875>
- Carvalho, F. M. C. (2014). - *Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto de Cuidados de Saúde Primários*. (Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9467>
- Ceitel, M. (2007). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Chiavenato, I. (2010). *Gestão de Pessoas*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Campus Elsevier.
- Costa, A. M. G. (2009). *Competência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros*. (Tese de Mestrado. Universidade do Algarve, Faro.) Recuperado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Intelig%c3%aancia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>
- Costa, V. (2014). *As Competências Emocionais nos Decisores Políticos Portugueses*. (Tese de Doutoramento.) Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. Recuperado de <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/11518>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática* (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedina, S.A.

- Damásio, A. (2000). *O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2011). *O erro de descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates.
- Decreto-Lei n.º 298/2007 (p.5587-5596). Diário da República, Série I, n.º161/2007, de 22 de agosto de 2007. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/640665/details/maximized>
- Decreto-Lei n.º 28/2008 (p.1182-1189). Diário da República, Série I, n.º38, de 22 de fevereiro de 2008. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Despacho n.º 24101/2007 (p.30419-30419), do Ministério da Saúde. Diário da República, 2.ª série, n.º 203/2007, 22 de outubro de 2007. Acedido em https://dre.pt/pesquisa/-/search/1417164/details/maximized?p_p_auth=cxzh9DJP
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Recuperado de <https://eddiener.com/scales/7>
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusociência
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 21 (1), 20-30.
- Direção Geral de Saúde. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Recursos Humanos em Saúde (RHS)*. Recuperado de http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2014/12/2014_13_Recursos-Humanos-Saude.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Recuperado de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Ekman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.
- Encarnação, R. M. C., Soares, E. M. C., & Carvalho, A. L. R. F. (2018). Inteligência emocional: fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados

- intensivos. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 19, e33229. Recuperado de <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933229>
- Ferreira, C. A. P. (2018). *Competência emocional e interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras das unidades de cuidados de saúde primários: uma perspetiva de cuidadores formais e informais*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/17872>
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Francisco, E. F. S. S. (2017). *Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, Viseu). Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4534>
- Gabriel, A., Gomes, E., Escobar, L., Ribeiro, L., & Veiga-Branco, A. (2019). Competência emocional e supervisão clínica em enfermagem- uma praxis promotora de qualidade. In *VI Encontro de Jovens Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/20929>
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1989). *To Open Minds: Chinese clues to the dilemma of contemporary education*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1994). *Estruturas da Mente: a Teoria das Inteligências Múltiplas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence reframed*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (2003). Three distinct meanings of intelligence. In R. Sternberg, et al. (Eds.), *Models of intelligence for the new millennium* (pp. 43-54). Washington, DC American Psychological Association.
- Gardner, H. (2004). *Audiences for the theory of multiple intelligences*. Teachers College Record, 106, 212-220. Strengths: The Experience of Project Spectrum. New York: Teachers College Press. (Traducción Castellano, El Proyecto Spectrum. Tomo I: Construir sobre las capacidades infantiles. Madrid: Morata, 2000).
- Goleman, D. (2020a). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (9ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.

- Goleman, D. (2020b). *Inteligência Emocional* (26ª ed.). Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D., Boyatzis, R. & McKee, A. (2018). *O poder da inteligência emocional, como liderar com sensibilidade e eficiência*. (1ª ed.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Gomes, A. R. S. (2014). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um estudo comparativo entre médicos e enfermeiros. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 48 (1), 129-141. Recuperado de https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/252/pdf_27
- Gregório, F. (2008). *Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado. Universidade do Algarve, Algarve). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.1/732>
- International Council of Nurses. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf
- International Council of Nurses. (2012). *Reforming Primary Health Care: A Nursing Perspective. Contributing to health care reform, issues and challenges*. Recuperado de <https://kar.kent.ac.uk/55248/1/PHCNursing.pdf>
- International Council of Nurses. (2016). *Enfermeiros: uma força para a mudança – para um sistema de saúde mais resiliente*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8885/cie_vf_site.pdf
- Lei nº 95/2019 (p.55-66). Diário da República, Série I, nº 169/2019, 4 de setembro de 2019. Lisboa: Ministério Saúde. Acedido em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/124417108/details/maximized>
- Lopes, T. S. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9592/1/TANIA%20LOPES.pdf>
- Lopes, T., & Veiga-Branco, A. (2012). Competência Emocional (CE) e local de trabalho: estudo descritivo em tipologias de unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). In *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação*. Oliveira de Azeméis. 1-7
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marôco, J. (2003). *Análise estatística com utilização de SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Mata, C., Machado, S., Moutinho, A., & Alexandra, D. (2016). Estudo PreSBurn: prevalência de síndrome de burnout nos profissionais dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32 (3), 179-86. Recuperado de <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11789/11270>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence* (pp. 3–31). New York: Basic Books
- Mayer, J. D., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). *Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence*. *Intelligence*, 27, 267–298.
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://www.insa.min-saude.pt/conheca-o-retrato-da-saude-em-portugal-2018/>
- Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007). *Proposta para a reconfiguração dos Centros de Saúde – Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde. Recuperado de https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Proposta_Reconfiguracao_CS.pdf
- Monteiro, P. V., Almeida, A. N. S., Pereira, M. L. D., Freitas, M. C., Guedes, M. V. C., & Silva, L. F. (2016). Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. *Revista Mineira Enfermagem*, 20, e957. Recuperado de <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160026>
- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência Emocional dos Enfermeiros: contributos da supervisão clínica*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28831>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2019). *Relatório de Primavera: Saúde, um direito humano*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Recuperado de http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/RelatorioPrimavera2008_OPSS.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Enfermagem em Portugal*. Recuperado de file:///C:/Users/jl/Downloads/Brochura_10anos2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, URSS*. Genebra: OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5
- Organização Mundial da Saúde. (2000). Declaração de Munique - Junho, 2000. *II Conferência Ministerial de Enfermagem e Obstetrícia na Europa. Alemanha*. Recuperado de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca*. Editor da versão Portuguesa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2018). *Global Conference on Primary Health Care*. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Cuidados de Saúde Primários*. Recuperado de <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/factsheets/details/primary-health-care>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Competencies for nurses working in primary health care*. Recuperado de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/441868/Competencies-nurses-primary-health-care-eng.pdf?ua=1
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pisco, L. (2007, junho), “Criação de Agrupamentos de Centros de Saúde”, Paper apresentado na Conferência “*Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de Saúde*”, Viseu, Portugal. Acedido em <https://docplayer.com.br/18580890-Reforma-dos-cuidados-de-saude-primarios-reconfiguracao-dos-centros-de-saude-criacao-de-agrupamentos-de-centros-de-saude.html>
- Pisco, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16 (6), 2841-2852.

- Pordata. (2021). Portugal/Saúde/Recursos Humanos/ Médicos, dentistas, odontologistas, enfermeiros e farmacêuticos. Consultado em 15 de abril de 2021 através de <https://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%Bade+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmac%C3%Aauticos-144>
- Ribeiro, P. (2010). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis Editora.
- Rodrigues, P. (2017). *Determinantes da Competência Emocional de Profissionais de Saúde na Abordagem ao Doente Crítico*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança). Recuperado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/14784>
- Rodrigues, P., & Veiga-Branco, A. (2017). Determinantes da competência emocional em profissionais de enfermagem – uma abordagem sistemática. In *IV Encontro de Jovens Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança: livro de resumos*. Bragança. ISBN: 978-972-745-218-7.
- Sá, A. I. G. (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACeS – Um Indicador de Gestão* (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9468>
- Saarni, C. (1997). Emotional competence and self-regulation in childhood. In Salovey, P. & Sluyter, D. (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: educational implications*, pp 35-67. New York, Harper Collins.
- Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social Construction of the Concept. In R. Bar-on & J. Parker. (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211. Recuperado de <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Santos, L. M. dos; Almeida, F. L. de & Lemos, S. C. da. (1999). Inteligência emocional: testando a enfermagem do futuro. *Revista brasileira enfermagem*, Brasília, 52 (3), 401-412. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/reben/v52n3/v52n3a10.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde – SNS (2019). *História do SNS* [data de atualização:03-05-2021]. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Silva, M. D. D. A. (2017). *Engagement e Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros do Pré-Hospitalar*. (Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.) Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21100>
- Silva, M. A. N. C. G. M. M. (2016). *Enfermagem de Família: Contextos e processos em Cuidados de Saúde Primários*. (Tese de Doutoramento. Instituto de

Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.). Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/84294>

Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde e Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*, 22, 884-894. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/32836>

Tavares, M. C. M. (2017). *Atitude dos enfermeiros: a importância da família no cuidar*. (Tese de Mestrado. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu). Recuperado de <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/453>

Tavares, M. M. V. (2011). *A Gestão de Pessoas Novos rumos desta função nas organizações*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

Teixeira, Fabíola Dalprat, & Prebianchi, Helena Bazanelli. (2019). Comprometimento, estresse e satisfação com a vida de profissionais da saúde. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 19 (2), 598-606. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.2.15321>

Veiga-Branco, A. (2004a). *Auto-Motivação*. Coimbra: Quarteto

Veiga-Branco, A. (2004b). *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto

Veiga-Branco, A. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo*. (Tese de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/5311>

Veiga-Branco, (2018, june) - About Emotional Competence... or twenty years of learning. *Conference, European Parliament, Brussels*.

Veiga-Branco, A. (2019). Competência emocional. In J. Jardim, J E Franco, *Dicionário de Educação para o Empreendedorismo*. (pp. 132-135). Lisboa: Gradiva. ISBN 978-989-616-877-3. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/19294>

Veiga-Branco, A., Afonso, J., & Caetano, I. (2012). Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research. In *The IEA-EEF European Congress of Epidemiology and Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. Porto. ISSN 0393-2990. p. s57-s57

Vergara, S. C. (2014). *Gestão de Pessoas*. (15ª ed.). São Paulo: Atlas S.A.

Vilela, C. (2006). *Capacidades de inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. (Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro). Recuperado de <https://ria.ua.pt/handle/10773/4946>

Vilela, C. (2018). *Inteligência Emocional – Um recurso para enfermeiros: Contributos para a gestão, formação e desenvolvimento de competências*

emocionais. Beau Bassin: Novas Edições Acadêmicas. ISBN: 978-620-2-17170-0

Xavier, R. (2006). *Gestão de Pessoas na Prática*. São Paulo: Gente.

ANEXOS

Anexo I – Comparação cronológica do nível da Competência Emocional e alfa (α) em diferentes estudos

Tabela: Comparação cronológica do nível da Competência emocional em diferentes estudos, utilizando a EVCE ao longo de 18 anos, em Portugal (Fonte: Veiga-Branco, 2018)

Domínios		1	2	3	4	5	CE
Autores							Total
Veiga-Branco (1999/2000) n=250 - <i>Teachers</i>	x	4,83	3,78	3,76	4,61	2,83	3,97
	s	0,72	0,55	0,53	0,74	0,50	0,45
	α	0,81	0,68	0,85	0,82	0,85	0,91
Veiga-Branco (2005) n=464 - <i>Teachers</i>	x	4,16	3,48	3,63	4,60	4,36	3,99
	s	1,39	1,46	1,32	1,25	1,18	0,99
	α	0,69	0,80	0,78	0,88	0,87	0,93
Vilela (2006) n=314 - <i>Nurses</i>	x	4,05	3,55	3,43	4,87	4,44	3,96
	s	0,51	0,53	0,48	0,68	0,61	0,38
	α	0,71	0,69	0,75	0,83	0,85	-
Agostinho (2008) n=297- <i>Nurses</i>	x	4,98	4,05	4,93	4,40	4,35	4,58
	s	0,61	0,47	0,52	0,64	0,64	0,44
	α	0,71	0,77	0,75	0,84	0,86	-
Caetano (2012) n=33 – <i>Social Assistents</i>	x	4,4	4,1	3,8	3,7	4,9	4,7
	s	1,32	0,67	0,78	0,66	0,78	0,77
	α	0,85	0,83	0,84	0,85	0,88	0,95
Afonso (2013) n=58 - <i>Physiotherapists</i>	x	4,1	3,8	3,6	4,8	4,6	4,2
	s	0,47	0,71	0,56	0,64	0,70	0,48
	α	0,69	0,81	0,80	0,79	0,87	-
Alves (2012) n=438 – <i>Hig Ed. Students</i>	x	4,6	3,9	3,9	4,7	4,6	4,3
	s	0,64	0,71	0,66	0,84	0,85	0,58
	α	0,78	0,79	0,81	0,86	0,89	0,94
Lopes (2013) n=154 - <i>Nurses</i>	x	4,1	3,9	3,8	5,1	4,6	4,2
	s	1,14	1,65	1,69	1,00	1,10	1,14
	α	0,62	0,75	0,71	0,85	0,83	-
Costa (2014) n=165 - <i>Politicians</i>	x	3,95	3,12	3,30	4,83	4,61	3,73
	s	1,35	1,31	1,18	1,22	1,31	1,28
	α	0,71	0,78	0,75	0,84	0,85	-
Veiga-Branco et al. (2016) n=22 - <i>Diabetics</i>	x	4,26	3,77	3,70	3,83	4,38	3,98
	s	0,58	0,81	0,65	0,84	4,49	0,99
	α	0,61	0,85	0,74	0,84	0,88	0,92
Francisco (2017) n=174 - <i>Nurses</i>	x	4,0	3,9	3,7	4,7	4,5	4,1
	s	0,48	0,58	0,43	0,74	0,89	0,43
	α	0,66	0,71	0,64	0,86	0,85	0,89
Rodrigues (2017) n=102 - <i>Health professionals</i>	x	4,9	4,6	5,1	5,1	4,7	4,9
	s	0,66	0,62	0,67	0,74	0,76	0,55
	α	0,81	0,72	0,82	0,84	0,84	-
PSI-WELL (2018) n=472 <i>Parents</i>	x	4,27	4,01	3,99	4,96	4,82	4,40
	s	0,66	0,66	0,56	0,94	0,87	0,52
	α	0,74	0,73	0,69	0,89	0,90	0,90
PSI-WELL (2018) n=188 <i>Parents Without CSN</i>	x	4,23	3,85	3,95	4,73	4,78	4,3
	s	0,62	0,69	0,61	0,78	0,76	0,50
	α	0,73	0,79	0,83	0,85	0,89	0,92
PSI-WELL (2018) n=284 <i>With CSN</i>	x	4,28	4,12	4,03	5,11	4,85	4,48
	s	0,69	0,62	0,53	1,00	0,93	0,52
	α	0,75	0,69	0,78	0,90	0,90	0,89
Ferreira, C. (2018) n= 78 <i>Caregivers (formal and informal)</i>	x	5,11	4,59	4,98	4,73	4,54	4,82
	s	0,77	0,54	0,72	0,78	0,72	0,61
	α	0,91	0,70	0,90	0,88	0,89	0,96

1Autoconsciência, 2-Gestão de Emoções, 3- Automotivação, 4-Empatia, 5-Gestão de Emoções em Grupos

X - Média, s – Desvio padrão, α – alfa

Anexo II – Tabela de distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sente quando pensa no seu trabalho

Tabela: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função do Tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sente quando pensa no seu trabalho (Teste t-Student para amostras independentes)

Tipo de sentimentos/emoções que de alguma forma sente, quando pensa no seu trabalho				
Interesse		CE	Graus de Liberdade (gl)	t (p)
Não (n=37)	M (Dp)	4,73 (0,67)	102	-1,34 (0,182)
Sim (n=67)	M (Dp)	4,91 (0,63)		
raiva/fúria/Cólera		CE		t (p)
Não (n=98)	M (Dp)	4,87 (0,65)	102	1,97 (0,051)
Sim (n=6)	M (Dp)	4,34 (0,24)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=98)	M (Dp)	5,06 (0,89)	102	3,51 (0,001)
Sim (n=6)	M (Dp)	3,77 (0,60)		
Tristeza		CE		t(p)
Não (n=79)	M (Dp)	4,87 (0,64)	102	0,70 (0,483)
Sim (n=25)	M (Dp)	4,76 (0,67)		
Alegria		CE		t (p)
Não (n=63)	M (Dp)	4,78 (0,61)	102	-1,33 (0,187)
Sim (n=41)	M (Dp)	4,95 (0,69)		
Medo		CE		t (p)
Não (n=93)	M (Dp)	4,90 (0,63)	102	2,92 (0,004)
Sim (n=11)	M (Dp)	4,32 (0,55)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=93)	M (Dp)	5,07 (0,90)	102	2,62 (0,010)
Sim (n=11)	M (Dp)	4,32 (0,89)		
		Gestão de emoções		t (p)
Não (n=93)	M (Dp)	4,90 (0,71)	102	2,47 (0,015)
Sim (n=11)	M (Dp)	4,31 (1,01)		
		Automotivação		t (p)
Não (n=93)	M (Dp)	4,98(0,82)	102	3,22 (0,002)
Sim (n=11)	M (Dp)	4,16 (0,60)		
Surpresa		CE		t (p)
Não (n=97)	M (Dp)	4,84 (0,64)	102	-0,13 (0,896)
Sim (n=7)	M (Dp)	4,87 (0,83)		
Vergonha		CE		t (p)
Não (n=102)	M (Dp)	4,86 (0,63)	102	2,38 (0,019)
Sim (n=2)	M (Dp)	3,79 (1,03)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=102)	M (Dp)	5,01 (0,89)	102	2,05 (0,043)
Sim (n=2)	M (Dp)	3,69 (1,86)		
		Gestão de emoções		t (p)
Não (n=102)	M (Dp)	4,86 (0,73)	102	2,87 (0,005)
Sim (n=2)	M (Dp)	3,36 (1,31)		
		Automotivação		t (p)
Não (n=102)	M (Dp)	4,93 (0,81)	102	2,96 (0,004)
Sim (n=2)	M (Dp)	3,21 (0,71)		
sentimento de Angústia		CE		t (p)
Não (n=90)	M (Dp)	4,89 (0,63)	102	1,72 (0,089)
Sim (n=14)	M (Dp)	4,57 (0,73)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=90)	M (Dp)	5,07 (0,89)	102	2,46 (0,016)
Sim (n=14)	M (Dp)	4,44 (0,97)		
		Gestão de emoções		t (p)
Não (n=90)	M (Dp)	4,90 (0,73)	102	2,12 (0,036)
Sim (n=14)	M (Dp)	4,44 (0,86)		

		Automotivação	t (p)
Não (n=90)	M (Dp)	4,97 (0,79)	2,23 (0,028)
Sim (n=14)	M (Dp)	4,44 (1,06)	
sentimento de Aflição		CE	t (p)
Não (n=101)	M (Dp)	4,86 (0,63)	1,93 (0,056)
Sim (n=3)	M (Dp)	4,14 (1,01)	
sentimento de Alívio		CE	t (p)
Não (n=100)	M (Dp)	4,84 (0,65)	-0,28 (0,782)
Sim (n=4)	M (Dp)	4,93 (0,73)	
sentimento de dever cumprido		CE	t (p)
Não (n=33)	M (Dp)	4,61 (0,62)	-2,57 (0,011)
Sim (n=71)	M (Dp)	4,95 (0,64)	
		Autoconsciência	t (p)
Não (n=33)	M (Dp)	4,69 (0,98)	-2,27 (0,025)
Sim (n=71)	M (Dp)	5,13 (0,87)	
		Gestão de emoções	t (p)
Não (n=33)	M (Dp)	4,60 (0,77)	-2,16 (0,033)
Sim (n=71)	M (Dp)	4,94 (0,74)	
		Automotivação	t (p)
Não (n=33)	M (Dp)	4,62 (0,83)	-2,30 (0,024)
Sim (n=71)	M (Dp)	5,02 (0,82)	
Sentimento de incerteza		CE	t (p)
Não (n=74)	M (Dp)	4,98 (0,62)	3,70 (<0,001)
Sim (n=30)	M (Dp)	4,49 (0,58)	
		Autoconsciência	t (p)
Não (n=74)	M (Dp)	5,21 (0,84)	4,07 (0,000)
Sim (n=30)	M (Dp)	4,45 (0,91)	
		Gestão de emoções	t (p)
Não (n=74)	M (Dp)	4,93 (0,73)	2,15 (0,034)
Sim (n=30)	M (Dp)	4,59 (0,79)	
		Automotivação	t (p)
Não (n=74)	M (Dp)	5,07 (0,82)	3,48 (0,001)
Sim (n=30)	M (Dp)	4,47 (0,75)	
Sinto "coisas confusas" ... não sei bem explicar...		CE	t (p)
Não (n=97)	M (Dp)	4,86 (0,64)	1,13 (0,260)
Sim (n=7)	M (Dp)	4,58 (0,77)	
Acho que gosto da minha vida de Enfermeiro		CE	t (p)
Não (n=69)	M (Dp)	4,76 (0,68)	-1,89 (0,062)
Sim (n=35)	M (Dp)	5,01 (0,56)	
Por vezes fico ansioso que acabe a minha tarefa		CE	t (p)
Não (n=86)	M (Dp)	4,89 (0,64)	1,60 (0,113)
Sim (n=18)	M (Dp)	4,62 (0,67)	
		Autoconsciência	t (p)
Não (n=86)	M (Dp)	5,08 (0,90)	2,19 (0,031)
Sim (n=18)	M (Dp)	4,56 (0,92)	
Outra		CE	t (p)
Não (n=93)	M (Dp)	4,83 (0,66)	-0,52 (0,605)
Sim (n=11)	M (Dp)	4,94 (0,58)	

Anexo III – Tabela de distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função de Perante situações perturbadoras será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem

Tabela: Distribuição dos resultados da comparação entre as dimensões da CE e a CE global em função de Perante situações perturbadoras será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem (Teste t-Student para amostras independentes)

Perante situações perturbadoras será que tem consciência do tipo de sentimentos que o/a invadem				
... nem sei bem o que sinto... só após algum tempo (1 a 6 meses) é que me vem à memória o que senti;		CE	Graus de Liberdade (gl)	t (p)
Não (n=103)	M (Dp)	4,85 (0,65)	102	0,65 (0,518)
Sim (n=1)	M (Dp)	4,42 (-)		
... aquilo morre ali... só sei o que estou a sentir, quando falo com alguém (ex: colega, amigo) acerca desse episódio;		CE		t (p)
Não (n=97)	M (Dp)	4,84 (0,64)	102	-0,24 (0,810)
Sim (n=7)	M (Dp)	4,90 (0,84)		
... aquilo passa... não me lembro de nada;		CE		t (p)
Não (n=101)	M (Dp)	4,86 (0,63)	102	-0,62 (0,540)
Sim (n=3)	M (Dp)	4,14 (0,95)		
... sei que senti sentimentos, mas não sei dizer quais nem como		CE		t (p)
Não (n=101)	M (Dp)	4,83 (1,25)	102	1,93 (0,056)
Sim (n=3)	M (Dp)	4,64 (1,22)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=101)	M (Dp)	5,02 (0,89)	102	2,24 (0,027)
Sim (n=3)	M (Dp)	3,83 (1,50)		
		Gestão de emoções		t (p)
Não (n=101)	M (Dp)	4,87(0,73)	102	3,03 (0,003)
Sim (n=3)	M (Dp)	3,57 (0,99)		
... para mim é claro, lembro-me exatamente do que senti ao longo do processo/conflito...		CE		t (p)
Não (n=55)	M (Dp)	4,80 (0,61)	102	-0,78 (0,440)
Sim (n=49)	M (Dp)	4,90 (0,69)		
... eu não tenho tido experiências com perturbações...		CE		t (p)
Não (n=95)	M (Dp)	4,84 (0,64)	102	-0,16 (0,877)
Sim (n=9)	M (Dp)	4,88 (0,80)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=95)	M (Dp)	4,93 (0,93)	102	-2,26 (0,026)
Sim (n=9)	M (Dp)	5,64 (0,55)		
		Gestão de emoções em grupos		t (p)
Não (n=95)	M (Dp)	4,51 (0,85)	102	2,11 (0,037)
Sim (n=9)	M (Dp)	3,83 (1,55)		
... sei muito bem o que senti... e aquilo fica cá dentro... e fica cá dentro durante muito tempo...		CE		t (p)
Não (n=76)	M (Dp)	4,92 (0,70)	102	2,60 (0,011)
Sim (n=28)	M (Dp)	4,63 (0,43)		
		Autoconsciência		t (p)
Não (n=76)	M (Dp)	5,17 (0,91)	102	3,55 (0,001)
Sim (n=28)	M (Dp)	4,49 (0,78)		
		Automotivação		t (p)
Não (n=76)	M (Dp)	4,99 (0,84)	102	2,00 (0,048)
Sim (n=28)	M (Dp)	4,63 (0,79)		
...sei lá... não sei... eu não dou valor a essas coisas de sentimentos e conflitos...		CE		t (p)
Não (n=97)	M (Dp)	4,85 (0,62)	102	0,49 (0,626)
Sim (n=7)	M (Dp)	4,73 (1,00)		
... sei sim, e procuro tentar falar com alguém...		CE		t (p)

Não (n=76)	M (Dp)	4,78 (0,67)	102	-1,64 (0,105)
Sim (n=28)	M (Dp)	5,01 (0,56)		
Gestão de emoções				t (p)
Não (n=76)	M (Dp)	4,70 (0,76)	102	-3,00 (0,003)
Sim (n=28)	M (Dp)	5,19 (0,64)		

