Validação do Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos – QDE_A

Maria do Carmo Neves da Silva

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto – APNOR – Associação de Politécnicos do Norte - para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Unidades de Saúde

Orientada por:

Professora Doutora Ana Maria Português Galvão

Professor Doutor Rui Esteves Pimenta

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Vila Nova de Gaia, Novembro, 2012

Validação do Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos – QDE_A

Maria do Carmo Neves da Silva

Orientada por:

Professora Doutora Ana Maria Português Galvão

Professor Doutor Rui Esteves Pimenta

Vila Nova de Gaia, Novembro, 2012

Resumo

O tema da inteligência emocional tem vindo a ganhar protagonismo no plano pessoal, organizacional e societário. A emocionalidade e a racionalidade devem ser ambas consideradas e valorizadas de forma equilibrada.

Este estudo teve como amostra 507 enfermeiros a trabalhar em organizações do ramo da saúde. Estes profissionais têm uma tarefa complexa, uma vez que lidam diariamente com pessoas, que devido à sua situação de saúde fragilizada, estão mais vulneráveis e com o seu estado emocional mais alterado, o que remete para a necessidade de avaliar o desenvolvimento emocional dos mesmos.

Definimos como objetivo geral contribuir para um maior conhecimento empírico sobre o desenvolvimento emocional em adultos. Os objetivos específicos são: a tradução e validação do questionário de desenvolvimento emocional em adultos (QDE_A) de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila (2010), adaptado à situação portuguesa, em enfermeiros; e a avaliação do desenvolvimento emocional dos mesmos.

No que respeita à metodologia, o estudo é de carácter quantitativo, descritivo, exploratório e inferencial. Numa amostra de 507 enfermeiros, de duas regiões com caraterísticas socioeconómicas distintas, foi aplicado o QDE_A.A validação do mesmo foi concretizada através de uma análise fatorial exploratória e de uma análise fatorial confirmatória (CFA).

Como objetivado foi conseguida a validação do QDE_A, tendo sido obtido um modelo constituído por cinco dimensões do desenvolvimento emocional, muito aproximado ao modelo proposto por Goleman (1995), sendo, assim, possível a sua utilização em investigações futuras e em intervenções na área da gestão dos recursos humanos e *coaching*. Relativamente ao objetivo de estudo, sobre o desenvolvimento emocional dos enfermeiros, verificámos que estes possuem níveis médios a elevados de desenvolvimento emocional global e que, dentro das dimensões, a auto motivação e a gestão das emoções são as mais evidenciadas, tendo em vista o incremento do desenvolvimento da inteligência emocional destes profissionais.

Palavras-chave: Desenvolvimento emocional, processo de validação de escala, gestão de recursos humanos, *coaching*.

Resumen

Hoy en día, el tema de la inteligencia emocional ha ganado importancia en el plan personal, organizacional y societario. La emoción y la razón deben ser al mismo tiempo consideradas y valoradas de manera equilibrada.

Este estudio tuvo una muestra de 507 enfermeros que trabajan en las organizaciones dedicadas a la salud. Estos profesionales tienen una tarea compleja, una vez que trabajan a diario con personas, que por su salud debilitada, están más vulnerables y con su estado emocional alterado, lo que presupone un desarrollo emocional de estos profesionales.

El objetivo general es contribuir un mayor conocimiento empírico sobre el desarrollo emocional de los adultos. Los objetivos específicos son: la traducción y validación de la encuesta sobre desarrollo emocional de adultos (QDE_A) de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, y Soldevila, (2010), que ha sido traducido y adaptado a la realidad portuguesa, en enfermeros; y la evaluación del desarrollo emocional de dichos enfermeros.

Con respecto al método, el estudio tiene carácter cuantitativo, descriptivo, exploratorio y deductivo. En una muestra de 507 enfermeros de dos regiones con características socioeconómicas distintas, fue aplicado el QDE_A. Su validación fue concretizada a través de una análisis factorial exploratoria y de una análisis factorial confirmatoria (CFA).

De acuerdo con el objetivo, se logró la validación del QDE_A, que resultó en un modelo de cinco dimensiones de desarrollo emocional muy próximo al modelo propuesto por Goleman (1995), con la posibilidad de utilizarlo en investigaciones futuras en el ámbito de los recursos humanos y *coaching*. Con relación al objetivo de estudio del desarrollo emocional de los enfermeros, observamos que ellos poseen niveles medios o elevados de desarrollo emocional, y que, dentro de las dimensiones, el auto motivación y la gestión de las emociones son las que más se destacan, con vista al incremento del desarrollo de la inteligencia emocional de estos profesionales.

Palabras-clave: Desarrollo emocional, proceso de validación de escala, gestión de recursos humanos, *coaching*

Abstrat

The issue of emotional intelligence has become important from a personal, organizational and social perspective. Emotion and reason must be both considered and evaluated evenly.

This study was based in a sample of 507 nurses that work in health care institutions. They have a hard task because they work day after day with persons that are vulnerable and emotionally stressed as they are sick, so this situation involves an emotional growth of these professionals.

The general objective is to contribute to increase the empirical knowledge about the emotional development in adults. The specific objectives are: the translation and validation of the emotional development in adults scale (QDE_A) Perez-Escoda, Bisquerra, Soldevila and Filella (2010), that have been adjusted to portuguese population, in nursing staff; and the study of the emotional development among these professionals.

Concerning method, this study is quantitative, descriptive, exploratory and deductive. In a sample of 507 male and female nurses working in two different areas from a social and economic view, it was used QDE_A. Its validation was achieved through two kind of analysis based on facts, one was exploratory and the other was confirmatory (CFA).

The aim was succeed, and the validation of QDE_A led to a five dimensions model of emotional development, very similar to the one that Goleman (1995) proposes, which can be used in further investigations in the extent of human resources and *coaching*. Concerning the object of study, that is the emotional development of nursing staff, we found out that they have medium to high levels, and also self-motivation and emotional management are the qualities most detached, with a view to the development of emotional intelligence in these professionals.

Key-words: Emotional development, process of scale validation, human resources management and coaching

Aos Meus Pais, Filho e Família

.

Agradecimentos

Em primeiro lugar queria deixar um agradecimento aos meus orientadores que tornaram possível a realização desta dissertação de que muito me orgulho, pois aprendi muito neste processo. Foi um trabalho que contribuiu para o meu crescimento intelectual e emocional.

Um agradecimento especial a um colega e amigo Fernando Pereira por estar sempre presente. Cumpre ainda um profundo agradecimento a todas as pessoas ligadas às instituições que colaboraram e apoiaram no processo da recolha dos questionários e, claro está, a todos os profissionais que generosamente dispuseram do seu tempo e conhecimento para responder aos inquéritos.

O meu muito obrigado a todos.

Abreviaturas

AC - Auto Consciência

AM - Auto Motivação

CE - Competência Emocional

CFA - Análise Fatorial Confirmatória

DE - Desenvolvimento Emocional

EEC – Estimulo Emocionalmente Competente

GE - Gestão das Emoções

GFI – Goodness of Fit Index)

GR - Gerir Relacionamentos

GP – Grande Porto

IE – Inteligência Emocional

KMO – Kaiser–Mayer-Olkin

NrD – Nordeste Transmontano

OE - Ordem dos Enfermeiros

QDE_A - Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos

QI - Coeficiente de Inteligência

RE - Reconhecer Emoções

RMSEA – Root Mean Square Error of Aproximation)

SEM - Modelação de Equações Estruturais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice

Lista de Figuras III
Lista de Tabelas IV
Lista de Anexos V
Introdução 1
Parte I 5
Enquadramento Teórico e Conceptual 5
Capítulo I. Desenvolvimento Humano 7
Desenvolvimento humano 7
1 Teorias de desenvolvimento humano 8
Capítulo II. Inteligência Humana 11
2.1 Inteligência humana 11
2.1.1 Teorias da inteligência humana 11
2.1.2 Inteligência emocional (IE) 13
Capítulo III. Desenvolvimento emocional no âmbito das organizações do ramo da saúde 17
3.1 Emoções e competência emocional 17
3.1.1 Emoções e suas ações/manifestações 17
3.1.2 Competências emocionais 20
3.2 Competências emocionais nas organizações 22
3.3 Competências dos enfermeiros 24
3.4 Processo de *Coaching* aplicado a contextos de saúde 27
Parte II – Estudo Empírico 31
Validação do Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos - QDE_A 31
Capítulo IV. Metodologia 33
4.1 Objetivos 33
4.2 Descrição do instrumento de recolha de dados 33
4.3 Tradução e validação cultural do QDE_A 34
4.4 Constituição da amostra 35
4.5 Análise estatística dos dados 36
Capítulo V. Apresentação dos resultados 39
5.1 Caracterização Amostra 39

5.2 Validade de constructo e fiabilidade do QDE_A 40
5.3 Análise da competência emocional dos enfermeiros inquiridos 44
Capítulo VI. Análise e discussão dos resultados 51
6.1 Tradução e validação do questionário de desenvolvimento emocional de adultos (QDE_A) 51
6.2 Competência emocional e respetivas dimensões 53
Conclusões 57
Referências Bibliográficas 61
Anexos LXVII

Lista de Figuras

Figura 1- Processo de tradução e validação de escalas de acordo com o modelo de Brislin 35
Figura 2– Processo de desenvolvimento emocional..... 59

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Componentes da inteligência segundo Talent-Smart 15
Tabela 2 – Componentes da inteligência emocional de Bradberry e Greaves 15
Tabela 3 – Dimensões das competências emocionais de Pérez-Escoda. Bisquerra, Filella e Solvila 15
Tabela 4 – Cinco dimensões da inteligência emocional de Salovey e Mayer 16
Tabela 5– Características sociodemográficas da amostra(N=507) 39
Tabela 6– Correlações entre os itens e as componentes rodadas 41
Tabela 7- Valores de fiabilidade das dimensões da competência emocional. 43
Tabela 8- Correlações significativas (p<0,001) entre as dimensões da competência emocional e o total. ... 44
Tabela 9- Valores mínimos, máximos, média teórica e empírica, desvio padrão e Z score, do total e por dimensão. 45
Tabela 10– Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o género (N=507) 45
Tabela 11 - Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a classe etária (N=507) 46
Tabela 12 - Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o facto de ter ou não filhos (N=507) 46
Tabela 13- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a localidade (N=507) 47
Tabela 14- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o nível de estudos (N=507) 47
Tabela 15- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a especialidade (N=507) ... 48
Tabela 16- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a posse de outra atividade profissional (N=507) 48
Tabela 17- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço (N=507) 49
Tabela 18- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a frequência de atividades de DE (N=507) 49
Tabela 19 - Correspondência de dimensões entre o modelo de (Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila e o do presente estudo, correspondente ao modelo de Goleman 53

Lista de Anexos

Anexo I -Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos – QDE_A LXIX

Introdução

Na atualidade a ideia de gestão, antes consignada às organizações do setor privado, está cada vez mais presente nas organizações do setor público e do terceiro setor (entre as quais se encontram muitas das organizações do ramo da saúde), assim como, no quotidiano pessoal e profissional dos indivíduos. Isto é de crucial importância nas organizações de saúde, dada a combinação de fatores como os custos elevados associados aos serviços, a sua imputação à sociedade e ainda tratar-se de um bem essencial e insubstituível que é o bem *saúde.*

Entre os diferentes campos da gestão das organizações, todos igualmente importantes aos processos de desenvolvimento organizacional, neste trabalho, centramos a atenção na gestão dos recursos humanos e, dentro deste campo, nas competências emocionais dos profissionais de saúde das organizações do ramo da saúde.

O desenvolvimento dos recursos humanos, a sua qualificação e competências, é largamente reconhecido como um elemento essencial para a competitividade e excelência das organizações (Caetano, 2008; Chiavenato, 2008 e Wartzman, 2010). Trabalhar, desenvolver as qualificações e competências deve ser o foco das organizações. Ao falar em competências Pink (2010) refere um tipo diferente de inteligência, em que, os indivíduos evidenciem competências de inovação, criatividade, empatia e de leitura e significação eficaz, das situações quotidianas. Nestas competências residirá um ponto de diferenciação e sustentabilidade das organizações.

O novo paradigma, da gestão das organizações, realça que a gestão do desempenho deve assentar no equilibrio entre racionalidade e emocionalidade. Tal facto remete para a gestão das emoções de modo a capacitar os indivíduos para a autogestão das mesmas e, nesse sentido, para a importância do *coaching* como ferramenta para o desenvolvimento pessoal. "*O coaching assenta no pressuposto de que o ser humano possui inesgotável capacidade de desenvolvimento e assume-se como um processo de estímulo ao coachee para que se questione, gere novas perspetivas e assuma práticas que melhor viabilizem a obtenção dos resultados que deseja*" (Oliveira, 2007, p. 2).

A motivação, para a escolha deste tema, assenta em duas ordens de razões distintas. A primeira, reside nos novos desafios colocados à gestão das organizações de saúde, seja através da designada Nova Gestão Pública (das unidades de saúde públicas), seja através das unidades de saúde privadas, em que, em qualquer uma destas, a dimensão da emocionalidade é de extrema importância, dada a necessidade de equilibrar a gestão de custos e a qualidade do serviço prestado. A segunda está relacionada com a validação de um instrumento de avaliação do desenvolvimento emocional (DE). Este instrumento ficará disponível para os responsáveis de recursos humanos e *coaches* para que se possa aferir o nível de DE dos profissionais e indivíduos em particular.

Estes profissionais têm uma tarefa complexa, uma vez, que lidam diariamente com pessoas, que devido à sua situação de saúde fragilizada, estão mais vulneráveis e o seu estado emocional mais alterado. Neste sentido, se os profissionais de saúde souberem lidar com as suas emoções, trabalhando a competência emocional, melhor será para o próprio desempenho, para o cliente e, por sua vez, para a organização que servem. Para além destes desafios, os profissionais de saúde, passam por uma situação, de algum modo nova, que é a alteração da gestão das unidades de saúde de acordo com as orientações do novo modelo de gestão pública. Esta mudança exerce, assim, um pouco mais de pressão no seu dia-a-dia, pois têm que ter em mente os fatores económicos, para além dos cuidados de saúde. Por todos estes motivos a avaliação do DE torna-se mais pertinente.

O objetivo geral do presente trabalho é contribuir para um maior conhecimento empírico sobre o desenvolvimento emocional em adultos.

Os objetivos específicos deste trabalho consistem em:

1. Traduzir e validar culturalmente o QDE_A em enfermeiros;
2. Avaliar as características psicométricas, nomeadamente em termos da sua validade de constructo e fiabilidade para a população portuguesa;
3. Determinar a pontuação global da competência emocional dos enfermeiros e a pontuação de cada uma das respetivas dimensões;
4. Analisar de forma exploratória os dados, tendo em vista avaliar o desenvolvimento das competências emocionais dos enfermeiros;
5. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas e a competência emocional dos enfermeiros;
6. Analisar a relação entre a participação em alguma atividade de DE e as competências emocionais dos enfermeiros.

No que respeita à metodologia, o estudo é de caráter quantitativo, descritivo, exploratório e inferencial. A amostra é constituída por 507 enfermeiros, de duas regiões com caraterísticas socioeconómicas distintas, designadamente a região do grande Porto (GP) e a região do Nordeste Transmontano (NrD). Foi utilizado, como instrumento de recolha de dados, o QDE_A, versão portuguesa, desenvolvida a partir da versão catalã de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila (2010), a qual foi traduzida e adaptada à situação portuguesa. Relativamente ao estudo de validação do QDE_A, a análise dos dados foi concretizada através de uma análise fatorial exploratória e de uma análise fatorial confirmatória (CFA). A fiabilidade foi medida através do *α de Cronbach*, o qual mede a coerência

interna do instrumento. A adequação da técnica da análise factorial exploratória, com vista à validação factorial do instrumento, foi obtida através do coeficiente de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO). A CFA, que pretende explicar os dados observados, e avalia a qualidade do ajustamento de dados, no modelo teórico em questão, foi conseguida através da modelação de equações estruturais (SEM). Relativamente ao estudo das competências emocionais dos enfermeiros, o cruzamento com as variáveis sociodemográficas e profissionais, foi obtido através de teste de médias e de anova. Foram utilizados os programas informáticos PASW 20 e AMOS 20.

No que concerne à estrutura da dissertação, após a introdução, ela está dividida em duas partes. A primeira, designada por enquadramento teórico conceptual. É composta por dois capítulos, um dedicado ao desenvolvimento humano, e outro à inteligência humana. No terceiro capítulo é abordada a questão do DE no âmbito das organizações do ramo da saúde. Na segunda parte, inclui-se o estudo empírico denominado: validação da escala QDE_A e a avaliação do DE em enfermeiros, que integra a metodologia, a apresentação, análise e discussão dos resultados, as conclusões, incluindo os constrangimentos e sugestões.

Parte I

Enquadramento Teórico e Conceptual

Capítulo I. Desenvolvimento Humano

Desenvolvimento humano

A literatura evidencia um consenso, no que respeita à natureza biológica e psicossocial do processo de desenvolvimento humano, ainda que de formas diferentes, por autores como Piaget(1947), Erikson(1998), Bronfenbrenner(1979), entre outros.

O conceito de desenvolvimento do ser humano tem sofrido inúmeras alterações, no seguimento das diferentes perspetivas teóricas, da psicologia do desenvolvimento. É possível, no entanto, encontrar um certo consenso em torno das ideias principais contidas na seguinte definição: o desenvolvimento do ser humano pode ser definido como o conjunto de fenómenos quantitativos (crescimento) e qualitativos (diferenciação) que ocorrem longo de todo o ciclo de vida do indivíduo e que determinam a evolução dos aspetos físicos, cognitivos e psicossociais; a evolução destes aspetos ocorre de forma interdependente e é estimulada por fatores internos (hereditários) e externos (socioculturais e ambientais) (Geleitman,1999; Papalia, 2000).

O desenvolvimento humano pressupõe que a estrutura da personalidade se desenvolve no tempo, de um modo progressivo, diferencial e globalizante, que possibilita e legitima a divisão do desenvolvimento em estádios, ou fases mais ou menos estruturadas e específicas (Tavares & Alarcão, 1989) o que aliás já era sugerido por Piaget (1947) e Erikson (1998). Ainda segundo estes últimos autores, a estrutura da personalidade é composta por fatores (ou variáveis) psicomotores, cognitivos, afetivos, de relacionamento social, axiológicos, linguísticos, entre outros, assinalando que, em cada estádio de desenvolvimento, essa estrutura é determinada de forma diferenciada por cada um desses fatores, em que nos primeiros tempos, predominam os aspetos psicomotores e afetivos, depois os cognitivos e, finalmente, os axiológicos e de relacionamento social. Piaget (1947) refere que cada estádio pressupõe, por parte do sujeito, uma determinada estrutura, que lhe permita realizar um determinado número de tarefas, ou atividades que, sem a sua aquisição, não seriam possíveis; todos estes aspetos, na realidade, estão integrados na estrutura da personalidade do sujeito que se exprime através da linguagem na sua aceção mais ampla; da linguagem como expressão do humano (dos seus comportamentos mais variados) que se desenvolve no tempo da sua existência.

Autores mais recentes como Baltes e Mayer (2001) promotor do paradigma *Lifespan*[1], Dubar (1997) que atribui grande importância aos processos de socialização secundária, na esteira de Erikson (1998), alargam o processo de desenvolvimento do indivíduo a todo o ciclo de vida. Assim, falar de desenvolvimento humano é falar do corpo, pensamento, sentimentos, emoções, ao longo do ciclo vital. Conseguir comparar com o que era, o que está a ser, com o que gostaríamos que fosse e, torná-lo possível, era o ideal. Paúl (2005), a propósito do envelhecimento, fala na necessidade de manter o controlo da vida, redefinindo objetivos, de forma a otimizar a adaptação, ideia que, pensamos, podemos estender a outras etapas da vida dos indivíduos. Podemos falar, de um processo de desenvolvimento, influenciado não só pela idade, mas também por acontecimentos de vida, que de algum modo foram significativos para o indivíduo.

Tendo como referência a ideia central da teoria de desenvolvimento ecológico de Bronfenbrenner (1979), e da teoria psicossocial de Erikson (1998), de que os contextos socializantes devem ser meios de desenvolvimento ótimo, o DE e a forma como podemos tirar partido do mesmo é, da maior importância, para desenvolver contextos de vida mais positivos e favoráveis.

1 Teorias de desenvolvimento humano

As teorias do desenvolvimento humano evidenciam pontos comuns entre si, tendo como objetivo principal, a compreensão do desenvolvimento humano. Neste ponto, dada a sua adequabilidade ao nosso estudo, vamos destacar os contributos de Piaget(1947), Erikson (1998) e Bronfenbrenner (1979). Os dois primeiros, pela atenção que dispensam à natureza psicossocial do desenvolvimento humano e, o terceiro pela ênfase nas dinâmicas de interação entre o indivíduo e o contexto cultural no desenvolvimento dos indivíduos.

Segundo a teoria psicogenética de Piaget (1947) o ser humano possui, de forma inata, um conjunto de competências de natureza biológica, também designados por fatores invariantes (elementos básicos para o desenvolvimento humano), que carecem de ser ativados pela interação social e experiência (igualmente elementos básicos para o desenvolvimento humano) para se tornarem efetivos, pela busca constante de novas formas de organização e adaptação. Este processo de aquisição de conhecimento, baseado na assimilação/acomodação, dá origem a níveis crescentes de complexidade, que possibilitam a operacionalização de ações sucessivamente mais complexas, dentro do quadro das ações humanas. O processo de assimilação/acomodação implica a reflexão e cognição, sobre os acontecimentos; neste processo é essencial a interação social e os mecanismos de recompensação (que tanto podem ser gratificantes como frustrantes). Piaget (1947) distingue cinco estágios de desenvolvimento humano, desde o nascimento até à idade adulta, dos indivíduos. Nesta perspetiva o

[1] Ideia teorizada por Baltes e Mayer (2001) segundo o qual o desenvolvimento do ser humano ocorre ao longo de todo o ciclo de vida e, portanto, o indivíduo preserva as suas qualidades ontológicas, incluindo a aprendizagem,ao longo de todo o ciclo de vida.

desenvolvimento humano é então universal mas sensível a variações com origem nos contextos culturais de socialização.

Erikson (1998) propõe a denominada teoria psicossocial do desenvolvimento humano. Esta teoria tem muitos pontos coincidentes com a teoria de Piaget (1947), contudo dá maior atenção ao efeito da interação social, no desenvolvimento dos indivíduos, aproximando-se muito da perspetiva do interacionismo simbólico de Mead, segundo a qual a formação das sociedades e dos indivíduos é um processo de influência mútua. Erikson (1998), alarga os processos de socialização (desenvolvimento do indivíduo enquanto ser bio/pisco/social) humana, a todo o ciclo de vida, razão pela qual a sua teoria também é referida como a teoria dos oito estágios, em que os três últimos estágios coincidem com a idade adulta e o envelhecimento.

Este autor destaca ainda a importância dos contextos socializantes serem contextos de desenvolvimento ótimo, isto é, contextos que maximizem as oportunidades de experiências de aprendizagem em ambientes "pedagógicos" positivos (teoria do desenvolvimento ótimo). Erikson não rejeita a importância das experiências negativas, contudo, realça que as positivas se devem sobrepor às negativas, como forma de viver os diferentes estádios, de forma saudável e socialmente eficaz. Todos os estágios são interdependentes e igualmente importantes. No entanto, tendo em conta, a natureza deste trabalho, o sexto e sétimo estágio, respetivamente denominados da intimidade/isolamento (20 a 35 anos) e generatividade/estagnação (35 a 60 anos), são de particular importância nos processos dinâmicos, de construção e consolidação das competências emocionais, dos indivíduos. Na linha de Piaget (1947), Erikson (1998) refere que as sociedades estabelecem mecanismos institucionais (princípios, normas, valores, etc.) que enquadram o desenvolvimento dos indivíduos, as quais apresentam variações de natureza cultural.

A teoria bio ecológica de Bronfenbrenner (1979) baseia-se na assunção da ideia de interdependência (bidirecional, dinâmica) entre o indivíduo e o contexto. A ecologia do desenvolvimento humano, envolve o estudo científico, da acomodação progressiva e mútua, entre o ser humano (ativo e em desenvolvimento) - as propriedades mutantes dos ambientes em que este se move e dos contextos mais amplos, em que esses ambientes estão inseridos (Pedro, 2009). Segundo a mesma autora, o ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas concêntricas, contendo no seu interior o sujeito, sendo este influenciado diretamente e indiretamente, pelos diferentes níveis do ambiente que o circunda; o seu comportamento só tem sentido quando analisado nesses contextos. Segundo Tudge (2008), esta teoria perspetiva que, o desenvolvimento do indivíduo pode apenas ser descrito em relação a valores, crenças e práticas, de um determinado contexto cultural e histórico, pelo que, esta teoria tem um caráter contextualista, embora não preencha todos os critérios do contextualismo, dado que, assinala o mesmo autor, não considera com o detalhe necessário, a diversidade cultural inerente a qualquer contexto sociocultural. Como forma de explicitar a sua teoria, Bronfenbrenner

(1979) propõe o modelo “PPCT” do desenvolvimento, no qual são consideradas as inter-relações entre quatro conceitos-chave: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo (Tudge, 2008). Bronfenbrenner (1979), refere os processos proximais, como sendo aqueles que enquadram de forma mais intensa e prolongada, a interação entre o organismo humano biopsicológico ativo em evolução e as pessoas, objetos e símbolos do ambiente externo, imediato e mais distante, assim como a influência da forma, o vigor, o conteúdo e a direção, das mudanças sociais, que ocorrem continuamente, no espaço e no tempo, ao longo do ciclo de vida. Quanto ao fator pessoa, valoriza as características pessoais dos indivíduos que são trazidas para qualquer situação de interação social, designadamente caraterísticas de demanda (de estímulo pessoal imediato em relação ao outro), de recurso (cognitivo e emocional) e de força (temperamento, motivação e persistência). Em relação ao contexto, Bronfenbrenner (1979) distingue entre quatro sistemas interrelacionados: micro, meso, exo e macro, em que os dois primeiros são de interação direta (nos quais o indivíduo se situa de forma próxima e prolongada) e os dois últimos de interação distante e indireta (equivalente à cultura e a condições exteriores).

Em síntese, o ser humano, para além de possuir um conjunto de competências inatas, que necessitam de ser ativadas, necessita ainda de adquirir conhecimentos, de aprender a lidar com princípios, normas, crenças, valores, etc., que estão institucionalizados na sociedade e enquadram o desenvolvimento do próprio indivíduo. Estes referenciais externos (princípios, normas, crenças e valores, etc.) necessitam de ser pensados, refletidos, assimilados e acomodados, de modo a gerar comportamentos desejados e de modo a que, se torne natural, a busca constante de novas formas de adaptação, que proporcionem o seu bem-estar, o que passa também pela gestão relacional.

Capítulo II. Inteligência Humana

2.1 Inteligência humana

O conceito de inteligência, dada a sua complexidade, provavelmente não pode ser captado por uma única definição; havendo definições que valorizam os traços biológicos e outras que exploram os elementos cognitivos (Branco, 2004). Piaget (1947) sustenta que no desenvolvimento mental da criança, a inteligência não aparece num momento determinado, antes surge através de exercícios reflexivos e de práticas; o autor acrescenta que a inteligência é um equilíbrio entre as ações do organismo sobre o meio e as ações inversas. Branco (2004) refere que, *"ser inteligente implica saber gerir todos os recursos de que dispomos, e aceitar todas as limitações de processamento e do próprio conhecimento, para aprender mais, para conhecer mais, mas, sobretudo, para viver melhor*" (p. 64). Para esta autora, todas as definições de inteligência implicam adquirir informação, aprender com essa informação e raciocinar com ela – todas as inteligências implicam habilidades mentais associadas a operações cognitivas.

2.1.1 Teorias da inteligência humana

Binet (1903) concebia a inteligência como uma capacidade dinâmica em desenvolvimento e educável, o que o enquadra dentro da teoria desenvolvimentista. Binet (1903), adotou uma abordagem de medição da inteligência, através de tarefas intelectuais, que incluíam tarefas do quotidiano e da vida fora da escola. Abreu (1979), citado por Branco (2004), sugere que a adaptação inteligente consiste no estabelecimento de estruturas cognitivas antecipadoras de acontecimentos e situações problemáticas futuras, permitindo a elaboração de projetos, ou planos de ação e, de instrumentos úteis à sua concretização. Apesar de ter desenvolvido uma conceptualização mais abrangente, Binet (1903) é sobretudo reconhecido pelo desenvolvimento de testes de medição do coeficiente de inteligência (QI). Este facto é mais um exemplo da tendência, ainda hoje verificada, para predomínio da valorização da inteligência racional em detrimento de outras. O QI, de acordo com a literatura, diz respeito à denominada inteligência analítica, também designada como inteligência académica, inteligência racional ou inteligência inerte.

Spearman (1904), citado por Branco (2004), desenvolveu a denominada teoria fatorial que sugere que a inteligência deveria ser conceptualizada como uma capacidade única, geral, hereditária e fixa de resolução de problemas. De acordo com Almeida (1988), Spearman (1927) sugere três momentos: a apreensão de experiências em que *"uma pessoa tem uma capacidade maior ou menor de observar o que vai na sua própria mente; não somente sente, como sabe que sente; não só se esforça, como*

sabe que se esforça; não só conhece, como sabe que conhece"; a educação das relações *"quando uma pessoa tem na mente duas ou mais ideias (usando-se este termo para incluir quaisquer itens de conteúdo mental, quer percebido quer pensado), possui uma capacidade maior ou menor para trazer à mente quaisquer relações que possam existir entre elas"*; e a educação dos correlatos *"quando uma pessoa tem na mente uma ideia e uma relação, ela possui uma capacidade maior ou menor de trazer à mente a ideia correlacionada"* (p. 40). Isto é, após a descoberta de relações entre os termos, estas podem também constituir-se em fundamentos para outras relações, e assim sucessivamente.

De acordo com Branco (2004), no seguimento destas teorias, há uma renovação teórica que tem procurado ultrapassar as limitações do conceito de QI, que segundo Sternberg (1985), mede as aptidões linguísticas e matemáticas, que denomina por inteligência analítica. Dessa renovação teórica fazem parte a teoria triárquica de Sternberg (1985), a teoria das inteligências múltiplas de Gardner (1983/1993) e os modelos de inteligência emocional de Peter Salovey em colaboração com Mayer (1990) e Daniel Goleman (1995) que *"recolhe, organiza e sintetiza quase tudo o que foi publicado sobre inteligência emocional"* (Branco, 2004, p. 175).

Sternberg (1985; 1988) investigou sobretudo a inteligência prática e a inteligência do sucesso, que é uma habilidade de gerir, de saber quando utilizar a inteligência analítica (a que os testes de QI medem, e mesmo assim nem toda), a inteligência criativa e prática. Sternberg (1985; 1988) alerta para o facto da conceção triárquica da mente humana (inteligência analítica, criativa e prática) poder ajudar a compreender melhor o processo de crescimento cognitivo. Estas componentes são interdependentes, mas podem ser usadas de forma independente, todavia saber combiná-las de forma adequada, ao problema a resolver é, muito importante para o sucesso pessoal e profissional. Para o mesmo autor a inteligência é a adaptação intencional, é sempre orientada para objetivos, por mais vagos ou subconscientes que sejam. Quando aplicada ao mundo real a inteligência cumpre três funções: adaptar-se ao ambiente existente, selecionar novos ambientes ou transformar os ambientes existentes em novos ambientes (Branco, 2004).

Gardner (1983/1993) sustenta que existem várias inteligências, independentes umas das outras; que cada inteligência tem os seus poderes e as suas limitações; que a mente está longe de ser uma tábua rasa. Este autor, rejeita a existência de um tipo único, monolítico e estático da inteligência, ou uma inteligência linguística e lógica-matemática. Para ele, a inteligência é uma habilidade para resolver problemas, ou para criar produtos, que são valorizados no âmbito de um ou mais contextos culturais. Gardner (1983/1993) assinala então sete tipos de inteligências: linguística e lógico-matemática (inteligências académicas-padrão); espacial, musical, cinestésica; interpessoal e intrapessoal (inteligências pessoais). Gardner 81983/1993) acredita no poder cognitivo das emoções e dos sentimentos, das ideias e da imaginação humana.

Branco (2004) relaciona a teoria de Gardner (1983/1993) com o modelo de Goleman. Goleman (1995) desenvolveu a denominada teoria da inteligência emocional. Como escreve Branco (2004) Goleman (1995), tal como Gardner (1983/1993), salienta a importância da perceção das atitudes, das emoções e dos sentimentos das outras pessoas para o relacionamento interpessoal. A possibilidade de educar as várias inteligências apoia-se numa atitude humilde de aceitação, de que as inteligências que possuímos têm pontos fortes, mas também pontos fracos; e que é da auto consciência (componente da inteligência emocional de Goleman) das nossas limitações e das nossas potencialidades, do empenho pessoal em colmatar as nossas lacunas e em desenvolver todas as nossas potencialidades, que se abre o caminho ao progresso intelectual de cada um de nós. A importância da dimensão Auto consciência na inteligência emocional, é já abordada na inteligência de sucesso de Sternberg (1996), quando refere que para obter sucesso pessoal e profissional, é exigida uma auto consciência reflexiva e atuante e um sujeito ao comando, que é capaz de orientar todas as suas potencialidades, para a concretização dos seus objetivos. Uma outra dimensão de Goleman (a auto motivação) também vem no seguimento da inteligência de sucesso de Sternberg, em que pessoas com inteligência de sucesso motivam-se a si próprias. Para além destas duas dimensões o modelo de Goleman (1995) integra ainda as dimensões da gerir as emoções, reconhecer as emoções dos outros e gerir relacionamentos.

2.1.2 Inteligência emocional (IE)

A inteligência emocional é responsável pela forma como gerimos o nosso comportamento, como nos relacionamos com os outros e pelos resultados que alcançamos na nossa vida de acordo com as decisões que tomamos. Está relacionada com a capacidade de gerir o comportamento, gerir relacionamentos, assim como, com a realização pessoal, a felicidade e com o sucesso profissional.

Autores como Damásio (2011) e Goleman (2010), assinalam que, em certo sentido, temos dois cérebros, duas mentes e dois tipos de inteligência; o que fazemos é determinado não só pela inteligência racional mas também pela inteligência emocional; *"o intelecto não pode funcionar no seu melhor sem a inteligência emocional"* (Goleman, 2010, p. 50); por vezes tomar decisões é difícil pois perde-se o acesso à aprendizagem emocional (Damásio, 2011). Dizem ainda os autores mencionados que estas inteligências não são opostas, são separadas, no entanto, a posse simultânea de inteligência racional e emocional faz com que ocorra a mistura entre intelecto e acuidade emocional.

Goleman, no seu livro "Inteligência Emocional" de 2010, evidencia que pessoas com um QI mais elevado, que tinham tido classificações mais elevadas na universidade, em comparação com colegas menos dotados em relação ao QI, não eram particularmente bem-sucedidas no que respeita a salários, produtividade ou estatuto nas respetivas áreas. Igualmente estas pessoas (com QI elevado) nem sempre eram bem-sucedidas, no relacionamento com os outros e, noutros aspetos das suas vidas. A capacidade de saber lidar com as frustrações, controlar as emoções e relacionar-se com as

outras pessoas, para as pessoas que evidenciavam um QI menos elevado e com notas menos elevadas, tinham sido as responsáveis pelo seu êxito e bem-estar na vida em geral. A inteligência académica, por si só, não garante a melhor preparação para o futuro, ou para as oportunidades, que as vicissitudes da vida oferecem (Goleman, 2010).

> *Lyn Offerman, James Bailey, Nicholas Vasilopoulos, Craig Seal e Mary Sass, todos da George Washington University, avaliaram a contribuição relativa da competência emocional e da capacidade cognitiva para o desempenho individual e de equipa. Descobriram que a IE (Inteligência Emocional) tem de facto um impacto, particularmente no desempenho da equipa, e que esse impacto é maior do que o da inteligência cognitiva." (Hughes & Terrell, 2009, p. 44)*

A inteligência emocional é responsável pela forma como gerimos o nosso comportamento, como nos relacionamos com os outros e pelos resultados que alcançamos na nossa vida de acordo com as decisões que tomamos. Está relacionada com a capacidade de gerir o comportamento, gerir relacionamentos, assim como, com a realização pessoal, a felicidade e com o sucesso profissional.

Coloca-se então a questão de como medir a inteligência emocional. Goleman (2010) refere que talvez nunca venha a existir uma forma de medir a inteligência emocional. Todavia, na atualidade existe uma ampla investigação sobre a inteligência emocional e cada uma das suas dimensões e a forma de proceder à sua avaliação (Goleman, 2010) .

Verifica-se, na literatura, que existem vários formas de designar as dimensões da competência emocional, que podem ser agrupadas em competências pessoais e sociais. Quanto à competência pessoal, ela associa a capacidade de ter consciência, das manifestações que ocorrem no próprio, em relação às emoções que sentimos, assim como gerir o comportamento e tendências das mesmas. A competência social está relacionada com a compreensão do comportamento e motivações de outras pessoas e como se gere os relacionamentos, (Bradberry & Greaves, 2008; Goleman, 2010; Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, & Soldevila, 2010; Talent Smart, 2010).

Como podemos observar no Tabela 1, segundo Talent-Smart (2010), temos quatro componentes da inteligência emocional: consciência de si, autocontrolo, consciência social e a gestão de relações, conforme a relação entre o que cada um vê e o que faz com o próprio e com os outros.

Tabela 1 – Componentes da inteligência segundo Talent-Smart

	O que eu vejo	O que eu faço
Competência pessoal	Consciência de si	Autocontrolo
Competência social	Consciência social	Gestão de relações

A Tabela 2, de acordo com os autores Bradberry e Greaves (2008), apresenta quatro dimensões que estão subdivididas em duas competências primárias, a que chamam a competência pessoal e a competências social, respetivamente, uma como sendo o resultado das competências de auto consciência e autogestão, e a outra como resultado da competência social e gestão dos relacionamentos.

Tabela 2 – Componentes da inteligência emocional de Bradberry e Greaves

Auto consciência	Auto gestão
Consciência social	Gestão relacional

Na Tabela 3, de acordo com Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila, (2010), as competências da inteligência emocional é o conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais.

Tabela 3 – Dimensões das competências emocionais de Pérez-Escoda. Bisquerra, Filella e Solvila

Consciência emocional	Regulação emocional	Autonomia emocional	Competências sociais	Competências para a vida e bem-estar

Goleman (2010) menciona a definição básica de inteligência emocional de Salovey e Mayer (1990), em que a divisão é feita em cinco domínios Tabela 4: auto consciência, que é a capacidade de conhecer as nossas próprias emoções; gerir emoções, que é saber lidar com as sensações de modo apropriado e é uma capacidade que nasce do autoconhecimento; Auto motivação associada ao autocontrolo emocional (adiar a recompensa e dominar a impulsividade) que permite desempenhos de grande qualidade em todas as áreas; pessoas que possuem esta aptidão, tendem a ser as mais produtivas e eficazes em tudo o que fazem; reconhecer as emoções dos outros, particularmente em profissões que envolvam prestação de cuidados, o ensino, as vendas e a gestão; e, gerir relacionamentos no âmbito das interações pessoais.

Tabela 4 – Cinco dimensões da inteligência emocional de Salovey e Mayer

Auto consciência	Gerir emoções	Auto motivação	Reconhecer as emoções	Gerir relacionamentos

Em síntese, a inteligência emocional é uma capacidade flexível que pode, voluntariamente, ser melhorada, através de um processo de aprendizagem. Esta aprendizagem acontece caso estejam presentes condições tais como: uma forte motivação para mudar e aprender; a prática constante de novos comportamentos e a sua avaliação. Importante na inteligência emocional é a capacidade de transformar os impulsos e as emoções em ação racional de modo alcançar e gostar do que se consegue.

Capítulo III. Desenvolvimento emocional no âmbito das organizações do ramo da saúde

3.1 Emoções e competência emocional

Os conceitos de emoção e de competência emocional encontram-se tratados na literatura verificando-se pontos de consenso mas também divergências entre eles. Neste ponto abordaremos diferentes definições de emoções, das suas formas de manifestação e das dimensões da competência emocional.

3.1.1 Emoções e suas ações/manifestações

As emoções são essenciais à manutenção da vida e, em alguns casos, são cruciais para a sobrevivência sendo também úteis e mobilizando-nos para o que é mais importante na nossa vida, providenciando-nos diferentes momentos de satisfação. Ekman (2007) refere que as emoções evoluíram, uma vez que existiu essa necessidade, por parte dos seres humanos, dado que houve e há uma preparação do organismo para lidar rapidamente com os eventos mais importantes. Damásio (2011) sublinha que as emoções, enquanto mecanismos biológicos de autorregulação, têm duas funções: uma reação do organismo a uma situação indutora (Estimulo Emocionalmente Competente – EEC) presente no meio exterior; e outra que é a regulação do estado interno do organismo, através de modificações do corpo (ritmo cardíaco, pressão sanguínea, etc.) que visam preparar o organismo para a reação supracitada.

Goleman (2010) refere que são sentimentos e raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões, variações, mutações e tonalidades. Refere ainda que há muito mais subtilezas de emoções do que nós temos palavras para descrevê-las. Ekman (2007) fala em emoções primárias e universais no seguimento da sua descoberta de que as expressões faciais (quatro delas como a ira, tristeza, medo e prazer) são reconhecidas por pessoas pertencentes a culturas de todo o mundo, incluindo povos pré-letrados, presumivelmente ainda não expostos ao cinema ou à televisão, o que sugere o carácter de universalidade.

Na literatura, são propostas diferentes famílias básicas de emoções, por diferentes teóricos. Goleman (2010) refere que nem todos esses teóricos estão de acordo quanto a elas, mas, mesmo assim, apresenta as seguintes famílias: Ira (fúria, ultraje, ressentimento, cólera, exasperação, indignação, vexação, acrimónia, animosidade, aborrecimento, irritabilidade, hostilidade e, talvez no extremo, ódio e violência patológica); Tristeza (dor, pena, desânimo, desalento, melancolia, autocomiseração, solidão, abatimento, desespero, e, quando patológica, depressão profunda); Medo (ansiedade,

apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, como psicopatologias, fobia e pânico); Prazer (felicidade, alegria, alívio, contentamento, satisfação, delícia, divertimento, orgulho, prazer sexual, excitação, êxtase, agrado, euforia, gratificação, bom-humor, arrebatamento, entusiasmo e, no extremo, mania); Amor (aceitação, amizade, confiança, bondade, afinidade, devoção, adoração, fascinação, ágape): Surpresa (choque, espanto, assombro, admiração); Aversão (desespero, desdém, troça, repugnância, nojo, desagrado, repulsa); Vergonha (culpa, embaraço, desgosto, remorso, humilhação, arrependimento, mortificação e contrição).

Damásio (2011), distingue entre emoções primárias, secundárias e de fundo e evidencia que *"os sistemas em que assentam as emoções incluem não só o conjunto tradicionalmente reconhecido de estruturas cerebrais designado por sistema límbico, mas também alguns córtices pré-frontais e, bem como, os sectores que mapeiam e integram sinais enviados do corpo para o cérebro"* (p. 19).

Será interessante distinguir *estados de espírito, temperamentos e doenças* emocionais.

Goleman (2010) refere que cada emoção tem um núcleo emocional básico, do qual emanam em ondas sucessivas, incontáveis mutações "aparentadas". No exterior a essas ondas estão os *estados de espírito*, que tecnicamente falando, são mais atenuados e duram mais tempo do que uma emoção e definem um tom afetivo. Os *temperamentos* segundo Goleman (2010, p. 311) é *"a prontidão para evocar uma emoção ou em estado de espírito que torna a pessoa melancólica, tímida ou alegre"*. As doenças emocionais, como a depressão clínica e a ansiedade constante *"graças às quais certas pessoas se sentem perpetuamente encurraladas num estado tóxico".*

As emoções, de acordo com Damásio (2011), são programas complexos, em grande medida automatizados, de ações modeladas pela evolução. As emoções, por exemplo a raiva o medo, tristeza ou repulsa são expressas no nosso corpo, quer exteriormente quer interiormente "até às vísceras" refere Damásio. Ekman (2007) sublinha, que as emoções produzem alterações no nosso cérebro que nos mobilizam para lidar com as situações que enfrentamos, que alteram automaticamente o sistema nervoso, o qual regula os batimentos cardíacos e respiratórios, a transpiração e outras manifestações e alterações no nosso corpo. As emoções também enviam sinais para o exterior, alterações no rosto, nas nossas expressões, na voz e na postura do corpo. Em certas circunstâncias, as emoções perturbam o raciocínio. Pessoas que se deixam dominar por emoções intensas tornam muitas vezes as situações difíceis ainda mais complicadas; as emoções mal controladas e mal orientadas são uma das principais origens de comportamento irracional (Damásio, 2011). *"As ações geradas pela mente emocional contêm um sentido de certeza particularmente forte, um subproduto de uma maneira esquemática e simplificada de ver as coisas que pode ser perfeitamente desnorteante para a mente racional.*" (Goleman, 2010, p. 312).

Ekman (2007) sugere que por vezes é essencial a rapidez com que as emoções nos dominam, antes de nos apercebamos inteiramente dessa realidade. O inconveniente, desse "radar" contra o perigo, que nos pode salvar, é que pode estar errado por ser instantâneo. As emoções são inatas, automatizadas e estabelecidas pelo genoma, que invoca sempre o espectro do determinismo genético, mas que podem ser educáveis e personalizáveis, segundo Damásio (2011). Este processo educacional das emoções ocorre pela vivência de experiências repetidas, induzidas por um Estímulo Emocionalmente Competente (EEC), em que essas experiências ficam memorizadas no corpo, para voltarem a ser repetidas nos momentos em que o mesmo EEC é percecionado, porém vividas e geridas de forma emocionalmente mais inteligente, encurtando aquilo que Ekman (2007) designa, por período refratário das emoções.

De acordo com Ekman (2007) as emoções, por vezes, envolvem-nos em situações problemáticas. Estas situações acontecem quando as nossas emoções são inapropriadas e acontecem segundo três possibilidades: podemos sentir e mostrar a emoção certa mas na intensidade menos própria (exemplo: uma preocupação justificada, mas de um modo exagerado); podemos sentir a emoção certa, mas mostrá-la de uma forma errada (exemplo: a nossa fúria é justificada mas silenciamo-nos o que pode ser contra produtivo e mesmo infantil); e, o terceiro tipo, mais difícil de alterar do que os dois primeiros, em que não se trata de uma questão de intensidade ou da forma como expressamos a reação da emoção, mas sim uma questão de sentirmos a emoção completamente errada, de todo injustificada (exemplo, não é uma questão de intensidade ou forma de mostrar medo, mas sim de nos apercebermos depois de que não havia razão alguma para ter medo).

É importante fazer a distinção entre sentimento e emoção. Autores como Hughes e Terrell (2009) diferenciam sentimentos das emoções. As emoções ficam encobertas por alguns componentes racionais e de lógica, enquanto nos sentimentos permanece uma determinada preparação no sentido da compreensão e da inteligência, *"são perceções executadas em mapas cerebrais*" (Damásio, 2011). Todos experienciamos as mesmas emoções (pelo menos as de caráter universal, segundo Ekman (2007), mas experienciamos de modos diferentes. Estarmos conscientes/atentos quando *"we are becoming emotional"* é algo importante para se conseguir conduzir as emoções. Ser capaz de reconhecer as próprias emoções, os próprios sentimentos, pois os nossos comportamentos são muitas vezes dominados por acessos de repulsa, medo, tristeza, etc., será esta a primeira etapa para desenvolver a inteligência emocional. Ao reconhecer que uma emoção está a guiar o nosso comportamento (pressupõem estar consciente), podemos adequar melhor a nossa reação e posterior ação. Saber se a ação que tomamos, em relação a essa emoção, é a indicada, saber identificar qual a intensidade a colocar nessa mesma ação,de modo a criar uma situação mais construtiva possível e assim atingir os objetivos delineados, é o que se deve alcançar; assim é importante ser capaz de reconhecê-las. Refere Goleman (2010) que a inteligência emocional está relacionada com um conjunto de competências que se baseiam na capacidade de reconhecer os próprios sentimentos e os

dos outros servindo de guia ao pensamento e à ação. Há sempre mais do que uma maneira de respondermos e de nos comportarmos, perante uma emoção, o importante é aprender como o fazer da forma mais assertiva.

Quem possui este tipo de habilidades e comportamentos (inteligência emocional), e sabe que o pode aprender ou desenvolver, tem possibilidades de se sentir melhor consigo próprio e ser mais eficiente e bem sucedido no trabalho, alcançando assim um bem-estar que é desejo de todos. As descobertas de LeDoux (1996) indicam que embora haja diferenças individuais estáveis nos padrões de ativação no circuito central de emoções, também existe uma pronunciada plasticidade (LeDoux, 1996). A notícia de neuroplasticidade indica que o nosso cérebro pode mudar e de facto muda mesmo depois do seu processo de crescimento e desenvolvimento estar completo na idade adulta. Os córtices pré-frontais, a amígdala e o hipocampo, estão envolvidos na perceção, utilização e gestão das emoções. (Bryan, 2006). LeDoux (1996) refere que para tal, necessita-se de "renovação do sistema elétrico" do nosso cérebro e isso implica compreender o objetivo, o compromisso e muita prática. Com esta descoberta reforça a ideia de que aprender, controlar e desenvolver as emoções é possível. Esta ideia é também mencionada por Damásio (2011), que refere que a emoção pode ser "educável e personalizável".

Goleman (2010) fala de um segundo tipo de reação emocional, que é mais lenta do que a resposta rápida (emoção), que é o sentimento. Assim esta reação é mais deliberada e, tipicamente, temos perfeita consciência dos pensamentos que a ela conduzem. Assim, os nossos pensamentos – cognição – desempenham um papel essencial de quais serão as emoções despertadas. O exemplo dado por Goleman (2010), sobre esse segundo tipo de reação emocional, refere-se a emoções mais complexas como por exemplo o embaraço ou a apreensão por causa de um exame, as quais demoram segundos ou minutos a desenvolverem-se. Resumindo há emoções que surgem através da perceção imediata e outras através do pensamento refletido. Diz Goleman (2010) que não é fácil modificar o tipo de emoções que determinado pensamento vai provocar, mas podemos, e fazemo-lo frequentemente, escolher aquilo que pensamos. Consegue-se através da mente racional que, embora não decida habitualmente que emoções «devemos» ter, pode controlar o curso dessas reações.

3.1.2 Competências emocionais

Com base na conceção sobre a Inteligência Emocional divulgada por Goleman (1995) e introduzida por Salovey e Mayer (1990) e com a conceção teórica de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila (2010), iremos detalhar as dimensões da competência emocional. Verifica-se, de acordo com os autores já referenciados, um certo consenso em agrupar estas dimensões em dois grupos, designadamente: as competências pessoais (auto consciência, gestão das emoções e auto motivação) e as competências sociais (reconhecer emoções e gerir relacionamentos).

Uma competência é, a capacidade de se ter uma elevada perceção de si, em relação às emoções que emergem. Identificar e localizar a emoção é crucial. A consciência emocional como diz o Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila (2010) é *"a capacidade para tomar consciência das próprias emoções, incluindo a habilidade para captar o clima emocional de um determinado contexto"* (p. 370). Esta elevada perceção de si corresponde, no nosso entender, à dimensão da auto consciência no modelo de Goleman (2010), pois, segundo este autor, a auto consciência é a capacidade de conhecer as próprias emoções, ser-se capaz de designar a emoção pelo nome. A raiva, o medo, o desprezo, a tristeza ou repulsa que o corpo expressa através de sinais como a sudação, rubor, tensão muscular, entre outras. Quando estas emoções saem fora do nosso controlo e não lhes damos a orientação certa, surgem os comportamentos irracionais, dos quais, a maior parte das vezes, há arrependimentos e são geradores de situações de mal-estar. Nesta situação não podemos dizer que somos inteligentes emocionalmente.

Outra competência emocional é a gestão das emoções (Goleman, 2010). Gerir emoções implica saber *lidar com,* ou seja planear, organizar, liderar e controlar situações. É possível fazer uma correspondência entre a gestão das emoções de Goleman (1995) e duas das competências emocionais de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila (2010),que são a regulação das emoções e a autogestão emocional. Em que a regulação das emoções é a capacidade para utilizar as emoções de forma adequada; supõe a tomada de consciência e da relação entre emoções, cognição e comportamentos; ter boas estratégias de *"afrontamiento";* capacidade para auto gerar emoções positivas (auto estima, responsabilidade, capacidade para analisar criticamente as normas da sociedade, capacidade para procurar ajuda e recursos, assim como autoeficácia pessoal); e a autonomia emocional é o "… conjunto de características relacionadas com a autogestão emocional".

Outra competência é, a auto motivação. O termo motivação provém da palavra latina *movere*, que significa deslocar-se. De um modo geral, motivo é o que dá origem a um comportamento específico devido a existir um impulso que leva a pessoa a agir de determinada forma (Chiavenato, 2008). Auto motivar é tomar a direção, é deslocar-se no caminho das emoções positivas, é caminhar no sentido de que se é responsável pelo que nos acontece. Por exemplo, deixar-se dominar pela ansiedade, pela frustração, por pensamentos e situações do passado menos positivas, sem ser no sentido de aprendizagem, mas só constatações, não há deslocação no sentido de tomar uma ação para a melhoria, não há motivo para construir positivamente. O "espaço" com que ocupamos a nossa mente está invadido, cheio, não havendo lugar ou oportunidade para pensar positivamente e construtivamente.

Reconhecer emoções é uma competência que pertence ao grupo das competências emocionais sociais, como é reconhecido em Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila (2010). Estes autores definem esta competência como *"a capacidade de manter boas relações com as outras pessoas. Isto*

implica dominar habilidades sociais básicas, comunicação efetiva, respeito, atitudes pró-sociais, assertividade, etc." (p.369). Perceber as emoções que os outros estão a sentir, sintonizar-se com o que os outros estão a sentir, isto é, ser empático. Goleman (1995) já fazia uso da mesma designação. Goleman (2010) refere ainda que as pessoas empáticas são mais sensíveis aos sinais sociais subtis que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam.

Por fim, temos a competência que Goleman (2010) designou por Gestão de relacionamentos e Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila (2010) designa por competências para a vida e bem-estar. Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila (2010), referem que é a *" capacidade para adotar comportamentos apropriados e responsáveis para a solução de problemas pessoais, familiares, profissionais e sociais, orientados para o alcance de um bem-estar de vida pessoal e social"*. Todas estas capacidades são essenciais para que aconteça uma gestão eficaz de relacionamentos.

3.2 Competências emocionais nas organizações

As organizações atuam em contextos cada vez mais competitivos distinguindo-se pela sua excelência. Esta realidade é, igualmente, válida para as organizações do sector da saúde. Caetano (2008) é da opinião, que os recursos humanos são um dos fatores determinantes, da competitividade das organizações. Na atualidade as organizações que se distinguem pela sua excelência apresentam como vantagem competitiva, incontornável e não imitável, os seus recursos humanos. Segundo Chiavenato (2008) as pessoas são elementos impulsionadores da organização e capazes de dotá-la do talento indispensável à sua constante renovação e competitividade num mundo cheio de mudanças e desafios. É também, no conhecimento dos colaboradores, na sua qualificação e competências (desenvolvimento das capacidades humanas), que reside a produtividade e o sucesso das organizações, e não apenas nas ferramentas, nas máquinas e no capital que as organizações fornecem (Wartzman, 2010).

Segundo Pink (2010) deveremos pensar por referência a uma "Era Conceptual".[2] A "Era da Informação", ainda prevalece, mas já não é suficiente para que as organizações se distingam no mercado, pois, como refere, *"o futuro pertence a um tipo muito diferente de pessoas, com um tipo diferente de inteligência: pertence a quem é capaz de criar, empatizar, reconhecer padrões ou gerar significado…"* (p. 13). O autor é ainda da opinião que ambas são necessárias, mas considera que a "Era Conceptual" será determinante para o sucesso das organizações.

Neste sentido é necessário olhar para o futuro, no qual as pessoas devem ter desafios maiores, em que é importante algo mais do que tecnologia e o domínio da informação, para se alcançar a excelência organizacional e o bem-estar pessoal e social. Cada indivíduo depara-se, assim, com

[2] A era conceptual privilegiará a criação, a empatia, a habilidade para o reconhecimento de padrões e a construção de sentido. Exige também a capacidade de compreender as relações entre as relações.

novos desafios o que obriga a pensar estrategicamente o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Pink, 2010).

Gerir o desempenho, que integra a emocionalidade e a racionalidade é um dos paradigmas da atual gestão. Figueiredo (2008), respondendo à questão de como garantir a competitividade das organizações na era do conhecimento, refere que, um dos passos é assumir o impacto que as emoções têm na performance organizacional, e reconhecer, avaliar e controlar as nossas emoções e a dos outros para a obtenção de resultados positivos. Isto tanto é verdade em contextos de saúde, como em contextos familiares como nas necessidades da comunidade e no trabalho (Covey, 2004).

Existem pessoas com elevado QI que nem sempre têm sucesso e outras com QI moderado que têm resultados surpreendentes. De acordo com Goleman (2010), esta diferença reside frequentemente nas capacidade da inteligência emocinal. Também sugere que indivíduos emocionalmente inteligentes demonstram ser excelentes nas relações humanas, revelando marcadas capacidades de liderança e boa performance no trabalho. Refere ainda que pessoas que possuem a competência da auto motivação tendem a ser mais produtivas e eficazes em tudo o que fazem.

Uma das competências importantes é saber controlar produtivamente as emoções[3]. Para melhor saber controlar as emoções, será importante identificá-las e conhecer quais as componentes da inteligência emocional. Pessoas inteligentes emocionalmente, têm êxito quanto aos seus resultados, mesmo desconhecendo quais as competências que integram a inteligência emocional. Ao identificá-las as pessoas poderão potenciar ainda mais o seu desempenho. O desconhecimento do exercício da inteligência emocional, frequentemente, é a causa do menor desempenho, ao passo que, o seu conhecimento é facilitador da excelência dos resultados Bradberry e Greaves(2008).

"Dominar o poder da inteligência emocional no trabalho e em casa já não é uma escolha. Hoje em dia para se ser bem-sucedido e realizado, tem de se aprender a maximizar estas competências, pois são aquelas que empregam uma mistura de razão e sentimento que alcançam os maiores resultados." (Bradberry & Greaves, 2008, p. 31).

Quanto mais as organizações estiverem dotadas de pessoas, conhecedoras de que o DE é possível, pois a *"inteligência emocional é flexível"* (Bradberry & Greaves, 2008), mais potenciará os bons resultados. Quanto mais oportuna e dirigida, for a intervenção junto das pessoas, maior a probabilidade de sucesso destas e consequentemente das organizações de que fazem parte.

Segundo Culver (1998), os processos cognitivos devem controlar as emoções, para que estas trabalhem para nós e não contra nós. Conhecer as competências emocionais parece ser essencial para o desenvolvimento da pessoa como um todo integrado e, assim, capacitá-las para a autogestão

[3] Controlar produtivamente as emoções é ter mais responsabilidades, é ter mais capacidade de concentração na tarefa entre mãos e mais atenção, é ser menos impulsivo, ter mais autocontrolo… (Goleman, 2010).

das emoções. Conhecer-se a si mesmo e conseguir um estado de bem-estar e harmonia consigo próprio, é condição *sine qua non* para estar bem com os outros. Corretamente utilizadas, as emoções são um elemento essencial para uma vida bem-sucedida e satisfatória. Ter consciência emocional, trabalhar no sentido da auto consciência, dotar-se de competências de autogestão e de gestão relacional, será o caminho a percorrer em que todos ganham.

3.3 Competências dos enfermeiros

A atenção às competências é um dos aspetos importantes, no quadro do novo paradigma de gestão das organizações, em particular da nova gestão pública. Isto é tanto mais importante quanto são reconhecidas as pressões que os desafios organizacionais colocam nos colaboradores, os quais têm de conciliar a gestão criteriosa dos recursos (eficiência organizacional) ao mesmo tempo que garantir a máxima qualidade dos cuidados prestados.

A formação e qualificação dos técnicos de saúde, a celebração de acordos e convenções, entre outros, tais como os planos de desempenho estão a cargo do Estado. A política de recursos humanos, na área da saúde, ainda é muito debilitada e talvez por isso encontramos nesta área uma estrutura centralizada e burocrática e pouco direcionada para questões como o desenvolvimento organizacional que para além de outros pontos a ter em atenção, implica a preocupação com os níveis de motivação dos colaboradores e com a sua eficácia e eficiência do desempenho. (Rego, 2008)

Na literatura, encontramos várias propostas de caracterização das competências profissionais em geral. Destacamos a proposta de Resende (2000), pela sua abrangência, que as agrupa as competências em: técnicas, intelectuais, cognitivas, relacionais, sociais, políticas, empresariais e organizacionais. As competências técnicas, também chamadas de específicas, são de domínio apenas de determinados especialistas; as cognitivas são aquelas que aparecem em todas as ações, auxiliando na mobilização das capacidades pessoais; as relacionais englobam habilidades práticas de relações e interações; as intelectuais estão relacionadas com a aplicação de aptidões mentais, como a capacidade de perceção e discernimento em determinadas situações; as sociais e políticas envolvem relações e participações na atuação em sociedade e as competências empresariais e organizacionais são aquelas que se destinam aos objetivos de gestão e organização de empresas.

Os profissionais de cuidados de saúde são um grupo muito diversificado constituído por médicos, enfermeiros, administrativos (assistentes técnicos), auxiliares de ação médica (assistentes operacionais), assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, técnicos de radiologia, técnicos de saúde ambiental, técnicos de saúde oral (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro). Estes profissionais, de acordo com a sua especificidade, para além dos cuidados de saúde clínicos, têm a seu cargo outras tarefas não clínicas, associadas a tarefas de gestão (quer

de recursos materiais, quer de recursos humanos). Neste trabalho focamos os enfermeiros, por serem o grupo mais numeroso entre os profissionais de saúde em 2009 (INE, 2010).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril e da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, o/a Enfermeiro(a) Responsável por Cuidados Gerais é o/a profissional que possui competências em três domínios: científico, técnico e humano. Deste modo pode prestar cuidados de enfermagem gerais a uma pessoa ou a grupo de pessoas (família e à comunidade). Por seu turno, o Regulamenton.º122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 estabelece que o/a enfermeiro(a) especialista, para além de ter um domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas, têm que ter níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Também podemos ler neste regulamento que as competências destes especialistas estão alinhadas com a definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ou seja, competências comuns (aplicados em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários), e "também envolve a dimensão da educação dos clientes [4] e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar a prática da enfermagem."(Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 2011)

Como se verifica, dependendo do âmbito em que se definem as competências, assim têm denominações diferentes e abrangências diferentes. Contudo todas elencam quer competências técnicas, onde incluiremos as intelectuais, cognitivas, políticas, empresarias, organizacionais, científicas, quer competências humanas, onde incluiremos, as relacionais, sociais, comunicativas, desenvolvimento de cidadania.

Uma das formas, possíveis, de operacionalização das competências dos enfermeiros é pensar por referência aos designados cuidados de enfermagem. A enfermagem é considerada a profissões mais emblemática das denominadas profissões de cuidado (*caring professions*), tal como definidas em Abbot e Meerabeau (1998). Esta conceção marca todo um percurso histórico da enfermagem em que a componente afetiva do cuidado é, paradoxalmente, fator de profissionalização (diferenciação face a outras profissões do mesmo campo – traço identitário) e ao mesmo tempo fator de desprofissionalização (porque é mais dificilmente reconhecida a sua natureza científica). Embora na atualidade, a enfermagem seja largamente reconhecida como profissão, assente na sólida formação académica e na autonomia e controle sobre o trabalho. Ainda assim, frequentemente, de forma consciente ou não, muitos profissionais de saúde e outros atores sociais parecem menosprezar e

[4] O termo cliente refere-se à pessoa que é alvo dos cuidados de saúde. A opção pelo termo "cliente" relaciona-se com a conotação que este termo tem com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados. "Cliente" como participante ativo. "Cliente" como aquele que troca algo com outro, e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-indivíduo ou cliente-família ou cliente-comunidade (Pereira & Caria, 2012).

desvalorizar a componente afetiva do cuidado, permanecendo demasiado associados ao paradigma biomédico.

A enfermagem tem sofrido imensas transformações ao longo da sua história (Collière, 2000). A trajetória inicia-se pela prática de cuidados inspirada e norteada nos valores de ordem moral da religião, ao qual se sucedeu, após os anos sessenta do séc. XX, uma viragem em direção à importância crescente da ciência nas práticas de enfermagem, por força do trabalho de Florence Nightingale. Na atualidade o papel do enfermeiro encontra-se consolidado como prestador de cuidados de saúde, embora o seu contorno seja controverso e em constante transformação, entre um enfoque mais ou menos tecnicista (e por via disso subordinado à hierarquia hospitalar, sobretudo à médica) e um enfoque mais emancipador no sentido de uma prática de enfermagem mais reflexiva e autónoma (Pimentel, Pereira, & Mata, 2011), que tanto pode ter lugar em contexto hospitalar como em contexto comunitário. O próprio ensino da enfermagem tem sofrido inúmeras transformações sempre no sentido de uma maior duração e teorização científica dos conteúdos curriculares, envolvendo não apenas conteúdos disciplinares do campo das ciências médicas e da saúde, mas também do campo das ciências sociais, empresariais e comportamentais.

Apesar desta transformação constante, de forma mais ou menos interiorizada ao nível do discurso e das práticas, verifica-se um consenso com a ideia de que o trabalho do enfermeiro exige competências tanto no domínio técnico como no relacional e ético. Amendoeira (2004) refere que os enfermeiros devem ter um papel importante na mobilização efetiva das energias, capacidades e potencialidades das pessoas que cuida, como elementos essenciais ao seu processo de recuperação; o que pressupõe uma prática profissional assente numa maior autonomia técnica.

Importa ainda lembrar aqui o trabalho Swanson, que, em 1993, desenvolveu o conceito de processo de cuidado de enfermagem. De acordo com esta autora, o cuidado de enfermagem é um processo composto por cinco fases: *maintaining belief, knowing, being with, doing for, enabling* (Swanson, 1993). De realçar a fase denominada *"being with"* (estar com) apela de forma clara a uma proximidade, física e também emocional entre o cuidador (enfermeiro) e pessoa ou grupo de pessoa cuidada. Emana desta conceção uma necessidade de implicação, que extravasa a simples relação técnica, como forma de valorizar a componente emocional na relação terapêutica. A propósito também a fase *"maitaining belief"* e *"enabling"*, são elementos importantíssimos no processo de envolvimento e de desenvolvimento pessoal, da pessoa cuidada e, no consequente esforço de promoção para a saúde. Ambas também carecem das competências emocionais e comunicacionais do prestador de cuidados. Como sublinha Pereira (2012), há nesta conceção de cuidado um misto subtil mas poderoso, entre os valores da ciência, da ética e da cultura das pessoas, das suas grandezas e debilidades, para as quais as competências emocionais são essenciais.

A terminar este ponto é devida uma referência aos motivos da escolha do grupo profissional dos enfermeiros. Assim, em sintonia com a Ordem dos Enfermeiros (OE) que afirma que os *"enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade em especial em cuidados de enfermagem*" (Enfermagem, 2003), e como se verifica que as competências que lhe são «exigidas» são em diversas áreas, torna-se fundamental uma tomada de ação e cuidado especial a estes prestadores de cuidados de saúde, não esquecendo que, são o maior número de profissionais nesta área. Assim «cuidar» do seu desenvolvimento pessoal e profissional, será uma demonstração do quanto, esta classe profissional, tem essa relevância descrita. Associada a esta ideia de desenvolvimento pessoal e profissional está a ideia da excelência organizacional, que só é conseguida com uma equipa de elevado desempenho e motivada. Dois estudos sobre a competência emocional dos enfermeiros Santos Lopes e Veiga-Branco (2012a,b) e Agostinho (2008), realçam que os enfermeiros revelam níveis médios/elevados de competência emocional, facto que, em certa medida, indicia a importância e o cuidado com o DE na profissão.

3.4 Processo de *Coaching* aplicado a contextos de saúde

O *coaching* é um processo, um percurso, uma ferramenta que o sujeito tem ao seu dispor, que lhe permite fazer escolhas/opções no sentido de potenciar/reformular os seus projetos, atingir o bem-estar, melhorar a qualidade de vida, promover o seu desenvolvimento e o autoconceito. O *coaching* surge como uma importante ferramenta para ajudar a mudar positivamente e inspirar outros a alcançar os seus objetivos, alicerçados na consciência, responsabilização e compromisso (Galvão & Neves, 2012).

Coaching sustenta-se em contributos de diversas ciências tais como: a psicologia, a sociologia a filosofia, a biologia, as ciências empresariais. Tem como objetivo prático ajudar as pessoas que se dirigem ao profissional de coaching, o coach. Esta ajuda, só resulta se for dirigida pelo coachee (cliente). O *coachee* ao aprender a reconhecer-se a si próprio, através das suas reflexões internas, incitadas pelo *coachee*, adquire uma maturidade e uma autonomia pessoal que o beneficiam no seu desenvolvimento pessoal. Esta crença que existe nos *coaches* está em sintonia com Rogers (2009), que concebeu e experimentou um método terapêutico centrado na não-diretividade, distanciando-se assim de todos os que atribuem ao terapeuta um papel mais, ou menos, importante na análise clínica. Contudo o processo de *coaching* não se pode designar como processo terapêutico, pois é condição fundamental que o *coachee* não esteja doente mas sim a necessitar de ajuda para se descobrir como ser autónomo e capaz de se realizar e encontrar o seu caminho em direção ao seu bem-estar (Galvão & Neves, 2012).

Neste sentido, o *coaching* é um processo de desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, que decorre no âmbito de uma relação profissional, continuada mas limitada no tempo, entre o *coach e* o *coachee*, que ajuda a obter resultados extraordinários na vida, na profissão e nas organizações. O *coach* é um guia, um acompanhante, num processo de "soprar brasas", como menciona Wolk (2009), colaborando na identificação e superação de obstáculos no desenvolvimento e crescimento do *coachee*. A tarefa do *coach* consiste em ajudar o *coachee* a aprender a ser um observador, do seu próprio *eu*. Visa revelar o potencial do *coachee* para maximizar a sua própria performance, ajudando-o mais a apreender do que ensinando-o. *Coaching* é um tipo particular de aprendizagem que requer transformação pessoal. A aprendizagem é a incorporação de novas crenças acerca do próprio, das suas relações, e do mundo que o rodeia, sustentado na teoria de Bronfenbrenner (Tudge, 2008) que diz que o desenvolvimento do indivíduo é descrito por relação a valores, crenças e práticas de um determinado contexto cultural e histórico. Estes valores, crenças e práticas serão trabalhados no processo de *coaching* para potenciar o desenvolvimento pessoal do *coachee.*

O *coachee* como cliente (quer seja na sua vida pessoal ou profissional) aprofunda o seu autoconhecimento, aumenta a sua eficácia, o seu rendimento e melhora a sua qualidade de vida (ICF, 2012). O *coaching* promove no sujeito dois movimentos, o ir em profundidade (dentro de si) e o ir em extensão (para o mundo). Desta interface resultará o chegar ao ponto desejado.

O desenvolvimento transformacional para o estado desejado de bem-estar é conseguido pelo equilíbrio, pela congruência, entre corporalidade, linguagem e emocionalidade. Estas três dimensões são os elementos importantes da interação social, sendo através delas que comunicamos com os outros e também tomamos consciência da nossa própria identidade (identidade de ego ou identidade sentida[5]).

A corporalidade diz respeito à linguagem do corpo, do gesto, da postura, sendo um sinal, um espelho, do estado emocional dos indivíduos. A corporalidade é importante uma vez que pode ser uma primeira etapa a trabalhar. Por vezes aprender a descontrair a parte muscular do corpo, a respirar calmamente, a deixar de ranger os dentes, a andar corcovado, encolhido, numa postura abatida, fará parte do desenvolvimento para alcançar bem-estar. Após a química corporal estar pelo menos a ser trabalhada e consciente de que pode ser obstáculo, trabalhar a emoção do medo torna-se mais facilitada. Assumir o controlo do corpo pode tornar-se extremamente importante para o restabelecimento do bem-estar (Galvão & Neves, 2012).

[5] A identidade de ego ou identidade «sentida» é a sensação subjetiva da sua situação, da sua continuidade, do seu carácter, que advém ao indivíduo como resultado das suas experiências sociais (Goffman, citado por (Mendes, 2001)

A linguagem é o conjunto de símbolos e signos que possibilita a comunicação humana, sendo simultaneamente, produto e fator da cultura e da identidade dos indivíduos. A importância da linguagem é mencionada nas abordagens teóricas da sociologia, mais propriamente na teoria do interacionismo simbólico do filósofo Mead, na qual se defende que é a linguagem que permite aos seres humanos se tornarem auto conscientes (Giddens, 2010).

As emoções são os elementos visíveis, por vezes difusos e ambíguos, que refletem o estado de espírito dos indivíduos e que têm uma inscrição corpórea e linguística. Depreende-se, portanto, que estas três dimensões estão profundamente interrelacionadas entre si, as quais devem apresentar congruência e reconstrução entre elas.

No processo de *coaching*, aquando da escuta ativa, o *coach* descodifica o conteúdo destas três dimensões, atendendo à sua congruência e harmonia expressiva e argumentativa. Por exemplo, quando o coachee verbaliza que se sente bem a ajudar os outros mas, no entanto, o seu tom de voz e a sua expressão corpórea, denunciam falta entusiasmo ou mesmo algum incómodo ou insatisfação (denunciado por um encolher de ombros, uma expressão facial mais tensa, um olhar interrogativo). Sobre as designadas questões poderosas, elas destinam-se a incentivar o *coachee* à autorreflexão. A essência do *coaching* reside na pergunta e sua excelência na capacidade de colocar perguntas poderosas (Catalão & Penim, 2010). A colocação destas questões emana do discurso do *coachee*, sobretudo quando o mesmo utiliza expressões ambíguas, ideias imprecisas ou pouco claras, situações que suscitam dúvida ao próprio *coachee*, afirmações muito vincadas (sempre, nunca, nada). A pergunta poderosa não é de todo colocada pelo *coach* mas sim pelo próprio *coachee* no seu discurso, cabendo ao *coach* o papel de transformar ideias e afirmações em perguntas oportunas e indutoras de reflexão. São estas questões que despoletam o processo de consciencialização, aceitação ou de mudança (Galvão & Neves, 2012).

A escuta ativa e a colocação de questões poderosas facilitam a deteção de paradigmas, isto é, de crenças, de convicções profundas, que tanto podem ser inibidoras como indutoras de ação. Sendo, no primeiro caso, necessário proceder-se a sua desmontagem como condição para a mudança e, no segundo caso, ajudar o *coachee* a ver e utilizar essas crenças positivas como alavancas de mudança. Ainda relativo às questões poderosas, o coach dá primazia ao “para quê?” em detrimento do “porquê?”, dado que todo o processo transformacional se baseia na ação e é projetado no futuro desejado pelo *coachee*. Em *coaching* o passado é usado como um recurso, como um fundo de experiências de aprendizagem que importa capitalizar positivamente na projeção do futuro. O *coaching* não tem por finalidade melhorar o passado mas sim potenciar o futuro desejado (Galvão & Neves, 2012).

O *coaching* enquanto processo que beneficia do contributo de várias ciências sociais e do comportamento humano, constitui um contributo importante para o desempenho pessoal e

profissional, permitindo-lhe otimizar toda a riqueza da experiências, competências, especialização e talento que ele próprio possui e ajudar a encontrar soluções criativas para as situações no trabalho e na vida pessoal (Neves & Pereira, 2012).

Num processo de *coaching* o *coach* poderá levar o *coachee* a identificar e a desenvolver as competências emocionais. Utilizando um exemplo de um colaborador e a sua chefia direta, em que havia a perceção por parte do colaborador que a chefia não estava a valorizá-lo e a aproveitar ao máximo as suas potencialidades. Esta situação causava desconforto no colaborador, que já não se sentia bem a executar as suas tarefas. A desmotivação e a desconfiança no seu superior estavam a contribuir para esse mal-estar e, por conseguinte, a uma baixa de produtividade. Um primeiro passo seria solicitar que o *coachee* olhasse objetivamente para a situação em questão (auto consciência) de modo a que faça a aceitação da situação em si e tenha compreendido/reconhecido quais os sentimentos que persistiam. Estes são elementos chave para a mudança no caminho do DE. O próximo passo seria a gestão das emoções e para tal a auto motivação tem um papel fundamental. Assim desenvolver um plano de ação e executá-lo faz com que se caminhe com um sentido e um propósito a alcançar ajudando a lidar com as emoções negativas que possam ir surgindo durante o processo. Quanto à competência reconhecer as emoções, será necessário levar o *coachee* a colocar-se no lugar do outro de modo a visualizar e aceitar outros pontos de vista, que possam existir. Criar rutura com as crenças bloqueadoras e criar possíveis cenários de modo a construir a relação. Estas etapas são no campo pessoal, tendo em vista o bem-estar do próprio e a manutenção de uma relação. Para ter sucesso completo é necessário ativar a gestão da relação. Mostrar confiança no relacionamento e falar com a outra parte do processo, completando assim todo o processo de DE. O fim último do *coachee* é realizar a aprendizagem transformacional de modo a que aprenda formas de identificar essas competências e aumentá-las no futuro.

Em síntese, tendo em conta a nova cultura de gestão das unidades de saúde e dadas as exigências de equilíbrio entre racionalidade e emocionalidade que colocam os profissionais sob constante pressão e renovados desafios quotidianos, resulta a necessidade destes se desenvolverem como pessoas e como profissionais que trabalham em contextos de vulnerabilidade humana habitualmente presente na prestação dos cuidados de saúde. Neste sentido o coaching poderá revelar-se de grande utilidade no DE.

Parte II – Estudo Empírico

Validação do Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos - QDE_A

Capítulo IV. Metodologia

O presente capítulo começa por descrever os objetivos, a descrição do instrumento de recolha de dados utilizado, a tradução e validação cultural do QDE_A, a constituição da amostra e a descrição do tratamento estatístico dos dados. Este tipo de estudo é de carácter quantitativo, descritivo, exploratório e inferencial. Encontra-se dividido em dois momentos: a tradução e validação da escala QDE_A (momento 1) para a população portuguesa; e, avaliação do DE nos enfermeiros (momento 2).

4.1 Objetivos

O objetivo geral do presente trabalho é contribuir para um maior conhecimento empírico sobre o desenvolvimento emocional em adultos.

Os objetivos específicos deste trabalho consistem em:

1. Traduzir e validar culturalmente o QDE_A em enfermeiros;
2. Avaliar as características psicométricas, nomeadamente em termos da sua validade de constructo e fiabilidade para a população portuguesa;
3. Determinar a pontuação global da competência emocional dos enfermeiros e a pontuação de cada uma das respetivas dimensões;
4. Analisar de forma exploratória os dados, tendo em vista avaliar o desenvolvimento das competências emocionais dos enfermeiros;
5. Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas e a competência emocional dos enfermeiros;
6. Analisar a relação entre a participação em alguma atividade de DE e as competências emocionais dos enfermeiros.

4.2 Descrição do instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado o QDE_A. Este instrumento foi desenvolvido a partir da versão catalã sendo os seus autores Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila (2010), os

quais deram a sua autorização para ser traduzido e adaptado. Ainda segundo estes autores, citando Pérez, Petrides e Furnham (2005) e Faria, Costa e Costa (2008), os instrumentos disponíveis para medir a competência emocional são escassos e estão quase todos sujeitos a críticas que incidem, principalmente, sobre a falta de um quadro de análise claro e teorias sólidas com base empírica, daí nos parecer oportuno a validação deste instrumento. Este instrumento foi preparado para um grupo com um nível de educação médio a médio alto, contém 48 itens e mede cinco dimensões: a consciência emocional (com 7 itens), controle emocional (com 13 itens), a autonomia emocional (com 7 itens), competência social (com 12 itens) e habilidades para a vida e bem-estar (com 9 itens). Estas dimensões que compõem a competência emocional, desenvolvido pelo GROP, Bisquera, (2000 e 2007), citado em (Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, & Soldevila, 2010).

4.3 Tradução e validação cultural do QDE_A

A tradução da escala aplicada no presente estudo, seguiu uma abordagem metodológica sequencial composta pelas seguintes etapas: duas traduções, retroversão (conhecido também por *blind back-translation)*, revisão clínica, teste de compreensão e revisão linguística. Assim, foram tomados em atenção os cuidados preconizados por Brislin (1970), que realça que a qualidade da tradução e a equivalência entre a versão original e a versão traduzida podem ser controladas, assim como os cuidados referidos por Sechrest, Fay e Zaidi (1972), que assinalam que a tradução direta não pode ser assumida por não produzir versões equivalentes, o que determina a necessidade de ter em conta o vocabulário, a gramática e sintaxe e que a retroversão seja realizada por um nativo da língua.

Como podemos observar na Figura 1, este estudo teve um primeiro momento onde se efetuaram duas traduções a partir da escala original, (designada na referida figura por – escala original (A)), por dois linguistas/tradutores, especializados em estudos portugueses e espanhóis, como forma de assegurar a equivalência semântica e a validação cultural, obtendo as escalas alvo B e C. Procedeu-se à comparação das duas traduções, pelos tradutores e um dos orientadores do estudo (especialista na área científica), que deu origem à escala alvo D, tendo sido feitas as modificações necessárias até obter consenso à tradução inicial, conseguindo assim a escala E ou seja o QDE_A versão portuguesa. A retroversão desta versão comparada, foi executada por um nativo de língua espanhola (também especialista na área científica), de modo a verificar se havia discrepâncias entre a versão original e a versão em língua portuguesa, obtendo assim a escala original, validando deste modo a escala E (em língua portuguesa) que é a escala utilizada no nosso estudo.

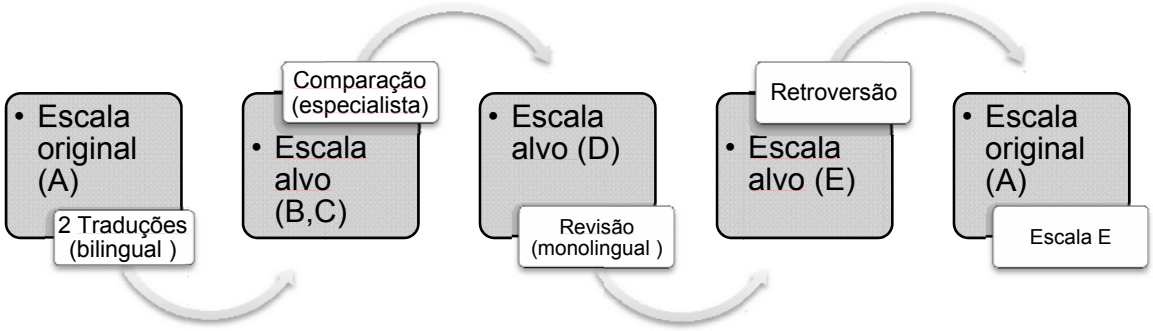

Figura 1- Processo de tradução e validação de escalas de acordo com o modelo de Brislin

O nativo deve ser *blinded,* no que diz respeito ao questionário, além de independente ao processo, para que haja neutralidade garantindo a equivalência e o uso apropriado da língua em questão. Bons tradutores por vezes são incapazes de traduzir conteúdos mais específicos e daí a importância de retroversão (Sperber, 2004).

No seguimento destas etapas, efetuou-se um teste de compreensão (pré-teste), nas mesmas condições previstas para a aplicação, com uma amostra de 10 enfermeiros. Após recolher os respetivos questionários, verificou-se que nada havia a alterar, em termos de conteúdo dos itens, pois foram preenchidos sem qualquer dúvida. Todavia, foi referenciada a dificuldade de escolha de um valor na escala de medida de 11 pontos, o que originava hesitações e um tempo de resposta mais demorado. Assim, dado que o questionário é longo (48 itens), poderia levar ao desconforto e saturação dos participantes, podendo conduzir a enviesamentos derivados do abreviar das respostas. Tendo em conta este aspeto, adotou-se a escala de Likert de 5 pontos, por se considerar que, mantendo um bom nível de análise das respostas, minimiza o esforço pedido aos participantes, quer em termos de raciocínio, quer em termos de tempo despendido. A escala de Likert de 5 pontos adotada foi a seguinte:1 – Completamente em desacordo; - 2 Em desacordo; 3 – Nem concordo nem discordo; - 4 Concordo; - 5 Completamente em acordo. O questionário final aplicado encontra-se no Anexo I.

4.4 Constituição da amostra

A população de enfermeiros ativos registados na OE é de 64535 e a população de enfermeiros na região norte é de 20494 (OE, 2011); assim, tendo por referência estes valores a nossa amostra corresponde, respetivamente, a cerca de 0,8% e a 2,5%.

O número de questionários respondidos (507) é superior a 10 vezes o número de itens do questionário, tal como preconizado na bibliografia científica (Zhao, 2009). Este rácio de 10:01 é mencionado por Osborne e Costello (2005) como sendo uma regra de ouro para determinar o tamanho da amostra. Para este tamanho de amostra a margem de erro correspondente é de 4,30%. Foram estudadas duas regiões do norte de Portugal. Na região do Grande Porto foram recolhidos 260 (51,3%) questionários de profissionais que trabalham em 7 dos 11 concelhos do Porto e na região do Nordeste Transmontano foram recolhidos 247 (48,7%) questionários de profissionais que trabalham em 3 dos 8 concelhos do Nordeste Transmontano. Procurou-se, desta forma, refletir um contexto predominantemente urbano e litoral e um contexto rural e interior. Deste modo, embora não podendo ser considerada representativa, em rigor, deste grupo profissional, a amostra é consideravelmente abrangente no que respeita aos contextos profissionais. Para a distribuição dos inquéritos pelos enfermeiros, foram inicialmente contactados os diretores de serviço, foi anotado o número de enfermeiros existentes em cada serviço, determinado o número de inquéritos a realizar em cada serviço e sorteados de forma aleatória os respondentes.

A escolha dos enfermeiros entre os profissionais de cuidados de saúde baseou-se em duas ordens de razões: (1) serem o grupo profissional mais representativo no que diz respeito a prestadores de cuidados de saúde; (2) dentro das designadas profissões de cuidado (Abbot & Meerabeau, 1998) a enfermagem é aquela que é tradicionalmente reconhecida pela sua proximidade e intensidade da inter-relação entre o profissional de saúde e o cliente, facto que aconselha a otimização das competências emocionais, tendo em vista a qualidade do serviço, a qualidade do cuidado prestado.

4.5 Análise estatística dos dados

Relativamente à análise psicométrica para a validação do QDE_A, começamos por proceder a uma análise fatorial exploratória dos dados. O método de extração, para a análise fatorial, foi a análise de componentes principais com rotação equamax. Inicialmente foram retidos 13 fatores que explicavam 58,63% da variância total. Dado o número elevado de fatores, e o facto do modelo teórico original apontar cinco dimensões da competência emocional, optamos por uma extração em que foram fixados cinco fatores, que explicam aproximadamente 40% da variância total. Optamos ainda por manter os itens que apresentam correlações superiores a 0,3 para manter a integridade do questionário.

A validade de construção do instrumento (Nunnally, 1978) foi obtida por análise fatorial exploratória (depois de verificada a adequação do método através do coeficiente de *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) para estudo das dimensões da competência emocional.

A CFA, que explica os dados observados e avalia a qualidade do ajustamento de dados ao modelo teórico em questão, foi conseguida através da modelação de equações estruturais. Quando se trabalha com variáveis latentes a modelação de equações estruturais é o método de análise estatística mais usado (Schumacker & Lomax, 2004). O índice de discrepância populacional dado pelo Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) mede se o modelo é aproximadamente correto (em oposição a 100% correto). O índice de parcimónia, dado pelo Goodness of Fit Index (GFI), mede a qualidade de ajuste. Esta análise foi obtida através do programa informático AMOS 20.

A fiabilidade foi medida através do *α de Cronbach*, que mede a coerência interna do instrumento. O tratamento e análise fatorial exploratória dos dados obteve-se através do programa informático PASW 20.

O estudo dos níveis de competência emocional dos enfermeiros segundo as caraterísticas sociodemográficas e profissionais foi realizado através de teste t de comparação de médias e de anova. No tratamento dos dados também se recorreu ao programa informático PASW 20.

No caso do teste t assumimos que a distribuição amostral das médias era assintoticamente normal. Quando recorremos à análise da variância aceitamos ligeiros desvios à normalidade uma vez que o método apresentava robustez e verificamos a homogeneidade das variâncias.

Capítulo V. Apresentação dos resultados

O capítulo está dividido em três pontos. No primeiro procede-se à caraterização da amostra. No segundo apresenta-se os resultados da avaliação das características psicométricas, nomeadamente em termos da sua validade de constructo e fiabilidade para a população portuguesa; neste ponto apresenta-se, sucessivamente, os dados relativos a: dimensões criadas e respetivos itens da análise fatorial; o número de itens por dimensão, valores de fiabilidade, a percentagem de variância explicada e o nível de adequação da análise fatorial; os valores de fiabilidade de cada uma das dimensões; as correlações entre as dimensões e a competência emocional; e, por fim os valores da CFA. No terceiro ponto apresenta-se os resultados relativos ao estudo das competências emocionais dos enfermeiros que integram a amostra, nomeadamente: Auto Consciência (AC), Auto Motivação (AM), Gestão das Emoções (GE). Reconhecer Emoções (RE) e Gerir Relacionamentos (GR).

5.1 Caracterização Amostra

Os principais resultados, referentes à caracterização amostra, encontram-se expressos na Tabela 5 Como se pode observar a grande maioria é do sexo feminino (82,2%), valor condizente com o total nacional (82%)(INE, 2012).A maioria dos inquiridos têm filhos (60,7%) e uma parte significativa trabalha há mais de 8 anos. A média de idades ronda os 38 anos com um desvio padrão de 9,2.Relativamente ao nível de estudos a maioria (93,1%) possui grau académico de licenciado. No que diz respeito à frequência de atividades formativas relacionadas com o DE, verificamos que um pouco mais de metade dos entrevistados (53,6%) frequentaram essas atividades.

Tabela 5– Características sociodemográficas da amostra(N=507)

	Caracterização	N	%
Género	Masculino	90	17, 8
	Feminino	417	82, 2
Filhos	Com filhos	308	60, 7
	Sem filhos	199	39, 3
Idade	Mínimo	21 anos	---
	Máximo	68 anos	---
	Média±Desvio Padrão	38 anos ±9,2	---
Tempo de serviço	< 1 ano	19	3, 7
	1 – 3 anos	40	7, 9
	4 – 8 anos	116	22, 9
	> 8 anos	332	65, 5
Nível de estudos	Bacharelato	11	2,2
	Licenciatura	472	93,1
	Mestrado	24	4,7
Frequência de atividades formativas relacionadas com o desenvolvimento emocional	Sim	272	53, 6
	Não	235	46, 4

5.2 Validade de constructo e fiabilidade do QDE_A

Face ao objetivo especifico 2 - avaliar as características psicométricas, nomeadamente em termos da sua validade de constructo e fiabilidade para a população portuguesa, o constructo resultante da análise fatorial realizada encontra-se expresso na Tabela 6. Foram extraídos cinco fatores, correspondentes às cinco dimensões da competência emocional, designadamente: AC, AM, GE, RE e GR, de acordo com os resultados obtidos.

Tal como é possível verificar na Tabela 6, o fator 1, designado por AC, explica 8,8% da variância e integra os itens 21, 24, 25, 29, 33, 34 e 39. O fator 2, com a designação de AM explica 8,2% da variância é constituído pelos itens 1, 3, 6, 9, 15, 19, 37, 40, 41 e 46. O fator 3 designado por GE é explicativo de 8,2% da variância e inclui os itens 2, 12, 16, 17, 18, 20, 27, 32, 35 36, 38 e 48. Quanto ao fator 4 que é explicativo de 7,2% da variância, denominado por RE possui na sua constituição os itens 5, 7, 8, 10, 11, 13, 26, 42, 44 e 45. O fator 5, que tomou a designação de GR, explica 6,8 % da variância e inclui os itens 4, 14, 22, 23, 28, 30, 31, 43 e 47.

No fator 1 (AC) as correlações dos itens com os fatores rodados variam entre 0,393 a 0,649; no fator 2 (AM) variam entre 0,320 a 0,698; no fator 3 (GE) variam entre 0,334 a 0,679; no fator 4 (RE) variam entre 0,316 a 0,608; e, por fim, no fator 5 (GR) variam entre 0,331 e 0,592.

Tabela 6– Correlações entre os itens e as componentes rodadas

Item	AC	AM	GE	RE	GR
21 - Sinto-me, frequentemente, triste sem saber porquê.	0,475				
24 - Sei, claramente, o propósito pelo qual quero continuar a viver.	0,393				
25 - À noite, começo a pensar e tenho muita dificuldade em adormecer.	0,553				
29 - Estou descontente comigo mesmo.	0,600				
33 - Nada do que eu possa pensar ou fazer pode mudar as coisas que me acontecem.	0,535				
34 - Algumas vezes, questiono seriamente, se vale a pena viver.	0,649				
39 - Tenho, frequentemente, a sensação de que os outros não entendem o que lhes digo.	0,535				
1 - Tenho dificuldade em relaxar.		0,443			
3 - Estou satisfeito com a minha maneira de encarar a vida.		0,605			
6 - Tenho a sensação de que aproveito bem o meu tempo livre.		0,607			
9 - Penso, frequentemente, em coisas agradáveis sobre mim.		0,698			
15 - Sinto-me uma pessoa feliz.		0,649			
19 - Quando o meu estado de ânimo não é muito bom, tento fazer atividades que sejam agradáveis.		0,320			
37 - Tenho muitos amigos.		0,338			
40 - Desanimo quando algo me corre mal.		0,340			
41 - Sei como criar oportunidades para experimentar emoções agradáveis/ positivas.		0,451			
46 - Sou capaz de manter o bom humor mesmo que falem mal de mim.		0,386			
2 - Quando me apercebo de que fiz algo mal, fico preocupado durante muito tempo.			0,465		
12 - Para me sentir bem, necessito, de que os outros vejam com bons olhos o que digo e o que faço.			0,433		
16 - É difícil para mim falar com pessoas que conheço mal, falo pouco e sinto-me nervoso.			0,547		
17 - Quando tenho de fazer algo que considero difícil, fico nervoso.			0,679		
18 - Tenho dificuldade em defender opiniões diferentes das de outras pessoas.			0,491		
20 - As mudanças assustam-me.			0,551		
27 - Quando alguém fala comigo, é frequente eu estar a pensar no que vou dizer a seguir.			0,349		
32 - É difícil para mim falar diante de muitas pessoas.			0,601		
35 - Bloqueio quando tenho de resolver conflitos.			0,334		
36 - Sinto dificuldade em expressar sentimentos quando falo com os meus amigos.			0,408		
38 - Não sei o que responder quando me elogiam ou me dizem coisas agradáveis acerca de mim.			0,406		
48 - Preocupa-me muito que os outros descubram que não sei fazer alguma coisa.			0,367		
5 - Sei colocar-me no lugar dos outros para os compreender.				0,570	
7 - Tenho facilidade em perceber, facilmente, como os outros se sentem.				0,608	
8 - Conheço bem as minhas emoções.				0,515	
10 - Quando resolvo um problema, penso: Magnifico! Consegui! Fui capaz de…!, etc.				0,372	
11 - Sei dar nome às emoções que experimento.				0,519	
13 - Reparo se os outros estão de mau ou bom humor.				0,557	
26 - Consigo fazer amigos facilmente.				0,346	
42 - Tenho facilidade em pensar nas consequências das minhas decisões.				0,361	
44 - Tenho dificuldade em perceber como se sentem os outros.				0,316	
45 - Sei descrever com facilidade os meus sentimentos.				0,550	
4 - Sinto-me facilmente ofendido, quando os outros criticam a minha conduta ou o trabalho.					0,423
14 - Tenho, frequentemente, discussões ou conflitos com pessoas próximas de mim.					0,456
22 - Aceito e respeito que os outros pensem e ajam de forma diferente da minha.					0,529
23 - Deixo-me levar, frequentemente, pela raiva e atuo bruscamente.					0,541
28 - Quando não sei alguma coisa, vou procurar informação e ajuda sem dificuldade.					0,331
30 - Espero, pacientemente, para conseguir o que desejo.					0,520
31 - Costumo moderar a minha reação quando tenho uma emoção forte.					0,592
43 - Enervo-me, facilmente, e fico alterado.					0,505
47- Quando alguém me provoca, acalmo-me e tento tranquilizar-me.					0,581
% Variância explicada	8,8	8,2	8,2	7,2	6,8

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos.

Na Tabela 7 encontram-se os valores *de* α por dimensão, a correlação item-total e o α se o item for retirado. A análise de consistência interna, através do cálculo do *α de Cronbach* revelou o valor total de 0,908. A dimensão AC é constituída por 7 itens, a AM por 10 itens, a GE por 12 itens, a RE por 10 itens e GR por 9 itens. Todas as dimensões revelam níveis de fiabilidade entre 0,7 e 0,8. Verifica-se ainda que se fosse retirado algum item do questionário, a consistência interna do instrumento ficaria igual ou diminuiria. Assim optou-se pela manutenção de todos os itens do mesmo.

Tabela 7- Valores de fiabilidade das dimensões da competência emocional.

Dimensões	Itens	Correlação Item -Total	α se Item retirado
AC (α=0,776)	21 - Sinto-me, frequentemente, triste sem saber porquê.	0,576	0,904
	24 - Sei, claramente, o propósito pelo qual quero continuar a viver.	0,443	0,906
	25 - À noite, começo a pensar e tenho muita dificuldade em adormecer.	0,426	0,906
	29 - Estou descontente comigo mesmo.	0,568	0,905
	33 - Nada do que eu possa pensar ou fazer pode mudar as coisas que me acontecem.	0,354	0,907
	34 - Algumas vezes, questiono seriamente, se vale a pena viver.	0,495	0,905
	39 - Tenho, frequentemente, a sensação de que os outros não entendem o que lhes digo.	0,496	0,905
AM (α=0,778)	1 - Tenho dificuldade em relaxar.	0,446	0,906
	3 - Estou satisfeito com a minha maneira de encarar a vida.	0,468	0,906
	6 - Tenho a sensação de que aproveito bem o meu tempo livre.	0,400	0,906
	9 - Penso, frequentemente, em coisas agradáveis sobre mim.	0,499	0,905
	15 - Sinto-me uma pessoa feliz.	0,499	0,906
	19 - Quando o meu estado de ânimo não é muito bom, tento fazer atividades que sejam agradáveis.	0,382	0,907
	37 - Tenho muitos amigos.	0,306	0,908
	40 - Desanimo quando algo me corre mal.	0,530	0,905
	41 - Sei como criar oportunidades para experimentar emoções agradáveis/ positivas.	0,477	0,906
	46 - Sou capaz de manter o bom humor mesmo que falem mal de mim.	0,409	0,906
GE (α=0,804)	2 - Quando me apercebo de que fiz algo mal, fico preocupado durante muito tempo.	0,283	0,908
	12 - Para me sentir bem, necessito, de que os outros vejam com bons olhos o que digo e o que faço.	0,296	0,908
	16 - É difícil para mim falar com pessoas que conheço mal, falo pouco e sinto-me nervoso.	0,384	0,907
	17 - Quando tenho de fazer algo que considero difícil, fico nervoso.	0,346	0,907
	18 - Tenho dificuldade em defender opiniões diferentes das de outras pessoas.	0,448	0,906
	20 - As mudanças assustam-me.	0,474	0,906
	27 - Quando alguém fala comigo, é frequente eu estar a pensar no que vou dizer a seguir.	0,280	0,908
	32 - É difícil para mim falar diante de muitas pessoas.	0,401	0,907
	35 - Bloqueio quando tenho de resolver conflitos.	0,596	0,904
	36 - Sinto dificuldade em expressar sentimentos quando falo com os meus amigos.	0,442	0,906
	38 - Não sei o que responder quando me elogiam ou me dizem coisas agradáveis acerca de mim.	0,411	0,906
	48 - Preocupa-me muito que os outros descubram que não sei fazer alguma coisa.	0,402	0,906
RE (α=0,724)	5 - Sei colocar-me no lugar dos outros para os compreender.	0,238	0,908
	7 - Tenho facilidade em perceber, facilmente, como os outros se sentem.	0,230	0,908
	8 - Conheço bem as minhas emoções.	0,418	0,906
	10 - Quando resolvo um problema, penso: Magnifico! Consegui! Fui capaz de…!, etc.	0,197	0,908
	11 - Sei dar nome às emoções que experimento.	0,390	0,907
	13 - Reparo se os outros estão de mau ou bom humor.	0,150	0,908
	26 - Consigo fazer amigos facilmente.	0,346	0,907
	42 - Tenho facilidade em pensar nas consequências das minhas decisões.	0,236	0,908
	44 - Tenho dificuldade em perceber como se sentem os outros.	0,359	0,907
	45 - Sei descrever com facilidade os meus sentimentos.	0,411	0,906
GR (α=0,733)	4 - Sinto-me facilmente ofendido, quando os outros criticam a minha conduta ou o trabalho.	0,301	0,908
	14 - Tenho, frequentemente, discussões ou conflitos com pessoas próximas de mim.	0,436	0,906
	22 - Aceito e respeito que os outros pensem e ajam de forma diferente da minha.	0,285	0,908
	23 - Deixo-me levar, frequentemente, pela raiva e atuo bruscamente.	0,538	0,905
	28 - Quando não sei alguma coisa, vou procurar informação e ajuda sem dificuldade.	0,324	0,907
	30 - Espero, pacientemente, para conseguir o que desejo.	0,309	0,907
	31 - Costumo moderar a minha reação quando tenho uma emoção forte.	0,270	0,908
	43 - Enervo-me, facilmente, e fico alterado.	0,507	0,905
	47- Quando alguém me provoca, acalmo-me e tento tranquilizar-me.	0,394	0,906
α Total = 0,908			

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos.

Verificamos igualmente que tanto o teste de esfericidade de Bartlett *(p< 0,001)* como a medida de Kaiser-Meyer-Olkin, cujo valor ascende 0,89, garantem a adequação da análise fatorial .

Na Tabela 8 podemos observar: as correlações entre as cinco dimensões do constructo; e entre estas e a competência emocional total. Obtiveram-se correlações positivas médias a elevadas, com significância estatística (p< 0,001), entre as diferentes dimensões de DE e entre estas e a competência emocional; a dimensão que apresenta correlações menores, embora com significado estatístico, são as relativas à dimensão reconhecer emoções (RE).

Tabela 8- Correlações significativas (p<0,001) entre as dimensões da competência emocional e o total.

	AC	AM	GE	RE	GR	CE
AC	1,000	,605	,593	,346	,474	,807
AM		1,000	,473	,491	,539	,807
GE			1,000	,261	,428	,787
RE				1,000	,414	,614
GR					1,000	,728
CE						1,000

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional

Os testes da CFA que, de acordo com Schumaker e Lomax (2004), revelam um bom nível de aproximação do modelo dado pelo RMSEA (0,05) e um valor muito bom da qualidade de ajuste do modelo dado pelo GFI (0,81), valores que confirmam a manutenção dos 48 itens do instrumento.

5.3 Análise da competência emocional dos enfermeiros inquiridos

Face ao objetivo especifico 3 – Determinar a pontuação global da competência emocional dos enfermeiros e a pontuação de cada uma das respetivas dimensões, na Tabela 9 são apresentados os valores das médias (teórica e empírica), dos mínimos e máximos, o desvio padrão e valores do Z score de cada dimensão e total, verifica-se que, de uma forma geral, os enfermeiros evidenciam um nível bom da competência emocional, dado que os valores das médias observadas são sempre superiores às das médias teóricas e os Z score são todos positivos.

Tabela 9- Valores mínimos, máximos, média teórica e empírica, desvio padrão e Z score, do total e por dimensão.

Fator	Mínimo	Máximo	Média teórica	Média empírica	Z score
AC	11	35	21	27,16	1,38
AM	13	49	30	34,54	0,83
GE	12	60	36	38,23	0,32
RE	25	50	30	38,10	1,90
GR	17	45	27	32,86	1,26
CE	88	208	144	156,74	0,71

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional

Face ao objetivo especifico 4 – Analisar de forma exploratória os dados, tendo em vista avaliar o desenvolvimento das competências emocionais dos enfermeiros e face ao objetivo especifico 5 - Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas e a competência emocional dos enfermeiros, nas Tabelas de 10 a 18 apresentam-se, sucessivamente, os níveis de competência emocional dos enfermeiros, de acordo com as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas, segundo as diferenças de médias e respetivo nível de significância estatística.

No que respeita ao género verifica-se, na Tabela 10, que apenas na dimensão AM se registam diferenças estatisticamente significativas apresentando os enfermeiros (género masculino) uma média superior (p=0,016). Nas restantes dimensões e no total as diferenças não se revelam significativas do ponto de vista estatístico.

Tabela 10– Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o género (N=507).

	Variável - Género			
	Masculino	Feminino		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,79 ± 4,15	27,029 ± 4,52	2,144	0,144
AM	35,79 ± 5,19	34,27 ± 5,453	5,828	0,016
GE	38,99 ± 7,16	38,05 ± 6,90	1,329	0,250
RE	37,92 ± 4,36	38,13 ± 4,257	0,186	0,666
GR	33,28 ± 4,28	32,76 ± 4,70	0,896	0,344
CE	159,53 ± 17,9	156,13 ± 18,06	2,624	0,106

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

No que concerne à classe etária verifica-se, na Tabela 11, que os indivíduos entre os 30 e os 39 anos são aqueles que revelam um nível mais baixo na gestão dos relacionamentos (p<0,045).

Tabela 11 - Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a classe etária (N=507)

	Variável - Classe Etária (anos)					
	20-29	30-39	40-49	> 50		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	Média±dp	Média±dp	F	Valor p
AC	27,46 ± 4,55	27,21 ± 4,21	27,27 ± 4,27	26,23 ± 5,33	1,163	0,323
AM	34,96 ± 5,44	33,87 ± 5,47	34,92 ± 5,50	34,84 ± 5,09	1,477	0,220
GE	37,95 ± 7,38	37,65 ± 6,50	39,40 ± 6,30	37,87 ± 8,37	1,836	0,140
RE	38,53 ± 4,05	37,78 ± 4,63	38,06 ± 4,03	38,23 ± 4,10	0,778	0,507
GR	33,27 ± 4,49	32,15 ± 4,90	33,51 ± 4,27	32,67 ± 4,66	2,706	0,045
CE	157,66 ± 18,33	154,85 ± 18,05	158,97 ± 16,91	155,67 ± 19,63	1,547	0,202

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Tabela 12) que o facto de ter ou não filhos não influencia, com significado estatístico, os níveis de competência emocional dos enfermeiros.

Tabela 12 - Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o facto de ter ou não filhos (N=507)

	Variável - Filhos			
	Com filhos	Sem filhos		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,11 ± 4,54	27,23 ± 4,35	0,086	0,770
AM	34,59 ± 5,53	34,45 ± 5,29	0,077	0,782
GE	38,27 ± 6,85	38,14 ± 7,12	0,046	0,831
RE	37,96 ± 4,31	38,30 ± 4,21	0,775	0,379
GR	32,84 ± 4,69	32,88 ± 4,55	0,011	0,918
CE	156,79 ± 18,12	156,64 ± 18,03	0,008	0,927

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Relativamente à variável localidade, verifica-se, na Tabela 13, que esta não influencia, com significado estatístico, os níveis de competência emocional dos enfermeiros.

Tabela 13- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a localidade (N=507)

	Variável - Localidade			
	Grande Porto	**Nordeste Transmontano**		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,45 ± 4,52	26,85 ± 4,40	2,253	0,134
AM	34,62 ± 5,72	34,45 ± 5,12	0,112	0,738
GE	38,39 ± 7,10	38,04 ± 6,80	0,316	0,574
RE	37,74 ± 4,51	38,47 ± 3,98	3,73	0,054
GR	32,58 ± 4,70	33,14 ± 4,56	1,858	0,173
CE	156,73 ± 18,22	32,85 ± 4,67	0	0,995

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Tabela 14 permite-nos verificar que o grau académico causa impacto significativamente (p=0,044) ao nível da dimensão RE.

Tabela 14- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o nível de estudos (N=507)

	Variável - Nível de Estudos				
	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	Média±dp	F	Valor p
AC	25,18 ± 4,81	27,22 ± 4,45	27,25 ± 4,45	1,077	0,359
AM	34,18 ± 5,15	34,51 ± 5,39	35,12 ± 6,75	0,123	0,946
GE	36,72 ± 4,81	38,16 ± 6,93	40,95 ± 7,69	2,046	0,106
RE	36,54 ± 3,80	38,01 ± 4,24	40,29 ± 4,57	2,723	0,044
GR	30,81 ± 5,84	32,82 ± 4,56	34,45 ± 5,26	1,688	0,169
CE	149,72 ± 17,91	156,64 ± 17,93	162,83 ± 20,59	1,587	0,192

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Relativamente à variável ter uma especialidade, Tabela 15, esta não influencia, com significado estatístico, os níveis de competência emocional dos enfermeiros.

Tabela 15- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a especialidade (N=507)

Variável - Especialidade				
	Não	Sim		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,07 ± 4,67	27,37 ± 4,15	0,494	0,482
AM	34,33 ± 5,67	35,00 ± 4,90	1,643	0,200
GE	38,07 ± 7,00	38,55 ± 6,83	0,508	0,476
RE	37,87 ± 4,30	38,61 ± 4,17	3,248	0,072
GR	32,80 ± 4,82	32,98 ± 4,19	0,156	0,693
CE	156,08 ± 18,78	158,21 ± 16,28	1,499	0,221

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

No que concerne à condição de possuir ou não outra atividade profissional (**Tabela 16)** verifica-se que os indivíduos que a possuem revelam um maior nível mais elevado na gestão das emoções (p<0,013).

Tabela 16- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a posse de outra atividade profissional (N=507)

Variável - Outra atividade profissional				
	Sim	Não		
Dimensão	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,98 ± 4,24	27,02 ± 4,49	2,897	0,089
AM	35,34 ± 5,62	34,40 ± 5,39	1,860	0,173
GE	40,09 ± 6,78	37,90 ± 6,93	6,251	0,013
RE	37,58 ± 4,63	38,18 ± 4,20	1,213	0,271
GR	32,95 ± 4,68	32,84 ± 4,63	0,040	0,841
CE	159,69 ± 17,72	156,24 ± 18,09	2,293	0,131

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Relativamente à variável tempo de serviço (Tabela 17) esta não influencia, com significado estatístico, os níveis de competência emocional dos enfermeiros.

Tabela 17- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com o tempo de serviço (N=507)

	Variável - Tempo de Serviço					
	< 1 ano	1 - 3 anos	4 - 8 anos	> 8 anos		
Dimensões	Média ± dp	Média±dp	Média±dp	Média±dp	F	Valor p
AC	25,78 ± 5,73	28,17 ± 4,06	27,65 ± 4,28	26,94 ± 4,48	2,015	0,111
AM	33,31 ± 5,45	34,95 ± 5,65	34,62 ± 5,67	34,53 ± 5,33	0,407	0,748
GE	37,36 ± 9,14	37,95 ± 7,17	38,75 ± 6,76	38,11 ± 6,87	0,370	0,775
RE	37,42 ± 3,84	38,57 ± 3,89	38,20 ± 4,41	38,04 ± 4,29	0,368	0,776
GR	32,89 ± 5,30	33,35 ± 3,91	32,78 ± 4,83	32,82 ± 4,62	0,166	0,919
CE	151,63 ± 22,25	158,7 ± 16,76	157,87 ± 17,86	156,39 ± 18,04	0,856	0,464

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Relativamente ao objetivo especifico 6 – Analisar a relação entre a participação em alguma atividade de DE e as competências emocionais dos enfermeiros, verifica-se, na Tabela 18, que os indivíduos que frequentaram essas atividades revelam melhor nível de auto motivação ($p<0,010$) e de reconhecimento das emoções ($p<0,013$).

Tabela 18- Níveis de competência emocional dos enfermeiros de acordo com a frequência de atividades de DE (N=507)

	Variável – Atividade de Desenvolvimento Emocional			
	Não	Sim		
Dimensões	Média ± dp	Média±dp	t	Valor p
AC	27,02 ± 4,64	27,31 ± 4,26	0,529	0,467
AM	33,96 ± 5,64	35,20 ± 5,11	6,606	0,010
GE	38,02 ± 6,80	38,44 ± 7,13	0,454	0,501
RE	37,6 ± 4,37	38,60 ± 4,10	6,195	0,013
GR	32,71 ± 4,87	33,02 ± 4,35	0,543	0,462
CE	155,45 ± 18,57	158,22 ± 17,38	2,957	0,086

AC– Autoconciência; AM–Auto Motivação; GE–Gerir Emoções; RE –Reconhecer Emoções; GR–Gerir Relacionamentos; CE- Competência Emocional. dp – desvio padãu

Capítulo VI. Análise e discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados, iremos, neste ponto, passar à análise e discussão dos mesmos. Começamos pela análise e discussão do instrumento QDE_A e, em seguida, serão analisados e discutidos os resultados obtidos sobre o DE dos enfermeiros, quer em termos do nível de competência emocional global, quer quanto ao nível de cada dimensão da competência emocional, e, de que forma as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas, influenciam o DE dos mesmos. A análise tem em vista avaliar o DE dos profissionais de saúde, de modo a encontrar um equilíbrio entre a otimização dos recursos organizacionais, a qualidade dos cuidados e a satisfação do profissional, quer em termos de carreira, quer em termos pessoais.

A análise e discussão dos resultados serão referenciadas pelos contributos do enquadramento teórico e conceptual, assim como dos escassos estudos, por nós identificados, sobre esta matéria específica e o grupo profissional deste estudo, designadamente os estudos já referidos de Faria, Costa e Costa (2008); Agostinho (2008) e de Santos Lopes e Veiga Branco (2012a,b).

6.1 Tradução e validação do questionário de desenvolvimento emocional de adultos (QDE_A)

De acordo com o objetivo específico 1 que foi traduzir e validar culturalmente o QDE_A foi selecionado o Questionário de Desenvolvimento Emocional para Adultos sendo os seus autores de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila (2010) a qual foi traduzida e adaptada da versão catalã para a versão portuguesa. Este instrumento foi escolhido por ser conhecido e medir DE que é foco do nosso estudo.

Foram seguidos os passos de acordo com o modelo de Brislin (1970) que realça a qualidade da tradução e a equivalência entre a versão original e a versão traduzida, pois é um modelo reconhecido como mais fiável no que diz respeito ao desenvolvimento de um instrumento equivalente de acordo com o original (Yu, Lee, & Woo, 2003). Após este procedimento, podemos dizer que conseguimos obter um instrumento equivalente e com qualidade garantida que mede o DE em adultos (Anexo I).

Dando resposta ao objetivo especifico 2 - a avaliação das características psicométricas os resultados obtidos, para avaliar a fiabilidade e a estrutura fatorial da versão portuguesa do QDE_A permitem-nos considerar como muito boa a fiabilidade do instrumento (α=0,908) e aproximada à do instrumento original (α=0,92) e à de uma escala semelhante desenvolvida por Faria, Costa e Costa (2008) com o

valor de (α=0,92). Verificamos ainda que a estrutura de cinco dimensões tem valores que são considerados bons (α que varia entre 0,7 e 0,8) (Maroco, 2006).

De realçar, que se manteve a integridade do questionário e como tal utilizaram-se valores superiores a 0,03 na extração de fatores; esta decisão é apoiada pelo constatação de que a retirada de qualquer item faria sempre diminuir a fiabilidade de cada dimensão. Outro aspeto a mencionar é de que, na análise fatorial de primeira ordem, foram retidos inicialmente 13 fatores que explicavam 58,6% da variância total, mas tendo em conta o modelo teórico, que só tem cinco fatores, optamos pela análise fatorial de segunda ordem, fixando o valor de acordo com o modelo teórico (cinco dimensões). Os cinco fatores explicam, aproximadamente 40%, da variância total que é aceitável, quando comparado com o valor encontrado pelo estudo de Faria, Costa e Costa (2008) que explicava 36% da variância total; este valor de variância pode ainda ser explicado por se tratar de medir variáveis latentes e como tal sujeitas a alguma subjetividade. Todavia os valores da fiabilidade (α=0,908) e o de validade (KMO=0,89), assim como os valores da análise confirmatória RMSE (0,5) e de GFI (0,8) confirmam a validade e qualidade do modelo. Os dados apontam ainda correlações positivas e médias a elevadas entre as diferentes dimensões da competência emocional e entre estas e a competência emocional total o que mais uma vez indicia a validade do modelo.

Estes resultados confirmam também o acerto da decisão de modificação da escala de medida e da reconfiguração das dimensões (Tabela 19).

Quanto à primeira modificação, a adoção de uma escala de medida de apenas 5 pontos, enquanto a escala original utilizava 11 pontos, facto que, como foi referido anteriormente, facilitou muito o processo de resposta dos inquiridos. Quanto à segunda modificação, verificamos que as denominações das dimensões obtidas, no nosso estudo, estavam mais próximas do modelo de Goleman (1995) do que do modelo do estudo original, pelo que se optou por manter a mesma designação das dimensões do modelo de Goleman (1995), para tal: agrupou-se duas das dimensões de Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella, e Soldevila, (2010) (consciência emocional e autonomia emocional) fazendo-as corresponder à dimensão gerir emoções de Goleman (1995); e manteve-se a dimensão auto motivação (Goleman, 1995) que não está presente na versão original da escala. Assim, a dimensão AC é composta por 7 itens, a AM por 10, a GE por 12, a RE por 10 e a GR por 9 (Tabela 19).

Tabela 19 - Correspondência de dimensões entre o modelo de (Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila e o do presente estudo, correspondente ao modelo de Goleman .

Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella e Soldevila, 2010	De acordo com o estudo (em sintonia com Goleman 1995)
Consciência emocional	Auto consciência
Regulação emocional e Autonomia emocional	Gerir emoções
–	Auto motivação
Competências sociais	Reconhecer as emoções
Competências para a vida e bem-estar	Gerir relacionamentos

6.2 Competência emocional e respetivas dimensões

Passando à análise e discussão do objetivo 3 e 4, que são respetivamente determinar a pontuação global da competência emocional dos enfermeiros e a pontuação de cada uma das respetivas dimensões e analisar de forma exploratória os dados, tendo em vista avaliar o desenvolvimento das competências emocionais dos enfermeiros verificamos que existe um amplo consenso de que ter um conhecimento acerca das emoções que nos "abordam" é um patamar no DE. Dando assim dar seguimento à caminhada no sentido de atingir o bem-estar quer pessoal quer a nível profissional. Como refere Ekman (2007) não podemos interromper as nossas emoções mas isso não significa que não as podemos gerir.

No nosso estudo verificamos que os enfermeiros evidenciam ter um nível médio a elevado de DE total (Z score = 0,71), valor que é condizente com os estudos de Agostinho (2008) e Santos Lopes e Veiga-Branco (2012 a,b).

Os valores de cada dimensão do DE, por sua vez, apresentam igualmente níveis médios a elevados, embora apresentando diferenças sensíveis entre elas. Os melhores níveis de DE, medidos pelo Z score verificam-se na dimensão reconhecer emoções (1,90), auto consciência (1,38) e gerir relacionamentos (1,26). As dimensões com menor desenvolvimento e que, portanto, invocam maior necessidade de intervenção são, a gestão das emoções e a auto motivação com valores de Z score inferiores a 1 (0,32 e 0,83, respetivamente). A explicação para estes valores poderá residir no facto de que estas dimensões, implicarem uma mudança que recai apenas sobre o próprio indivíduo (são ambas dimensões emocionais pessoais); o facto da dimensão auto consciência (igualmente uma dimensão emocional pessoal), não acompanhar as duas anteriores, poderá residir no facto de implicar apenas uma mudança ao nível do auto conhecimento e não uma mudança ao nível da ação.

Passando à relação entre os níveis de competência emocional dos enfermeiros com as variáveis sociodemográficas e profissionais estudadas, que corresponde ao objetivo 5, verificamos o seguinte:

quanto às variáveis sociodemográficas e profissionais, verificamos que nenhuma delas revela diferenças com significado estatístico, relativamente ao DE dos enfermeiros (género, p=0,106; classe etária, p=0,202; ter ou não filhos, 0,927; localidade, p=0,995; nível de estudos, p=0,192; especialidade, p=0,221, coexistência ou não com outra atividade profissional, p=0,131; tempo de serviço, p=0,464 e frequência de atividades de DE, p=0,086). Relativamente à variável especialidade, os nossos dados apresentam resultados contraditórios aos de Agostinho (2008), que indica diferenças significativas nas dimensões gestão das emoções e auto motivação, que curiosamente são as dimensões com menores níveis de DE, no presente estudo. O mesmo se verifica, em relação à dimensão tempo de serviço, em que o estudo deste autor evidencia que, quanto maior o tempo de serviço, melhor é o nível da dimensão gerir relacionamentos. Todavia, devemos realçar que esse estudo decorreu apenas em hospitais, enquanto o nosso incluiu hospitais e centros de saúde, podendo residir aqui uma explicação para a discordância dos resultados, sendo esta uma questão a merecer estudo mais aprofundado no futuro.

Relativamente às dimensões do DE verificam-se diferenças estatisticamente significativas em relação às seguintes:

No que respeita ao género, os enfermeiros apresentam níveis de auto motivação (AM) mais elevados que as suas colegas do sexo feminino (p=0,016); o mesmo foi observado no estudo de Agostinho (2008); esta diferenciação remete para a necessidade de estudo das suas razões, dado que no âmbito do nosso estudo não conseguimos adiantar qualquer justificação.

Em relação à classe etária, verificam-se diferenças, com significado estatístico, na dimensão gerir relacionamentos (GR), embora muito próximas do limite de não significância (p=0,045). Os indivíduos entre os 30 e o 39 anos são aqueles que evidenciam menor nível de DE, nesta dimensão, enquanto que os indivíduos entre os 40 e os 49 anos de idade, são os que revelam maior nível de desenvolvimento, nesta dimensão. A explicação poderá residir no facto da faixa etária dos 30 aos 39 anos, coincidir com o desempenho de funções organizacionais que interferem mais com os diferentes níveis de decisão e de poder de decisão, dentro das instituições, como é reconhecido, na literatura sobre a sociologia das profissões e as carreiras profissionais (Friedberg, 1995; Bourdieu, 1989).

Relativamente ao nível de estudos encontramos diferenças com significado estatístico em relação à dimensão reconhecer emoções (RE) (p=0,044), sendo que quanto maior é o nível de estudos maior é o nível de DE nesta dimensão. Este valor está alinhado com o estudo de Agostinho (2008) embora neste caso o maior nível de desenvolvimento diga respeito à competência emocional global. Estes dados parecem indiciar de que estas matérias são abordadas nos graus de qualificação superiores, nomeadamente em cursos de especialização e de pós-graduação.

No que respeita a variável ter ou não outra atividade profissional verifica-se que quem possui outro atividade revela níveis de DE no que toca à gestão das emoções (GE) maior do quem não tem (p=0,013). Esta diferença merece igualmente aprofundamento posterior, embora possamos avançar que o facto de se estar ocupado com mais atividades parece favorecer a gestão das emoções; quem tem outro emprego mostra, *a priori*, uma maior proatividade e disponibilidade para manter o controlo sobre a sua vida.

A terminar o capítulo de análise de resultados, relativamente à frequência de uma atividade formativa sobre DE (objetivo 6 - analisar a relação entre a participação em alguma atividade de DE e as competências emocionais dos enfermeiros), os dados indicam que os indivíduos que as frequentaram evidenciam maior DE na dimensão auto motivação e reconhecer emoções. Estes dados remetem para a necessidade premente de aprofundamento das razões destas diferenças.

Conclusões

A partir dos resultados deste estudo, e tendo como referência o objetivo geral do presente trabalho, que é o de contribuir para um maior conhecimento empírico sobre o desenvolvimento emocional em adultos, é possível extrair as seguintes conclusões principais.

Relativamente à tradução e validação cultural e psicométrica do QDE_A consideramos que o objetivo foi alcançado, pois foram satisfeitos os critérios de validação do instrumento. Obtivemos um modelo constituído por cinco dimensões do DE muito aproximado ao modelo proposto por Goleman (1995). Em função destes resultados, consideramos que o instrumento pode ser utilizado em investigações futuras sobre esta temática e, com os cuidados e alterações necessárias, poder ser aplicado a outros contextos profissionais e em intervenções na área da gestão dos recursos humanos e *coaching*.

Relativamente ao DE dos enfermeiros, os dados evidenciam que os mesmos possuem níveis médios a elevados de DE global, e que, dentro das dimensões, a auto motivação e a gestão das emoções, são as que são suscetíveis de atenção prioritária, tendo em vista o incremento da inteligência emocional, destes profissionais.

A análise do DE dos enfermeiros, em relação às variáveis sociodemográficas e profissionais revela diferenças com significado estatístico ao nível de: 1) os homens enfermeiros apresentam níveis mais elevados de auto motivação em relação às suas colegas do sexo feminino; 2) a faixa etária dos 30 aos 39 anos revela um valor inferior de DE na dimensão gestão de relacionamentos o que, pensamos, resulta do seu maior envolvimento com os mecanismos de decisão e de poder inerentes à instituição; este facto poderá estar relacionado com as diferenças de capital de competências, reais ou simbólicas, nos diferentes domínios, e/ou com a possibilidade dos profissionais nesta faixa etária estarem de tal modo implicados na realização das suas tarefas de natureza técnico-científica que podem dar menor atenção, de forma consciente ou inconsciente, à gestão de relacionamentos; 3) os enfermeiros com níveis académicos mais elevados revelam maior capacidade para reconhecer emoções, o que indicia que estas matérias estão mais trabalhadas nos níveis académicos mais elevados; 4) os enfermeiros que possuem outra atividade profissional evidenciam maior nível de DE na gestão das emoções, o que atribuímos a sua maior proatividade e controlo e gestão da vida; por fim, 5) os enfermeiros que frequentaram atividades formativas no âmbito do DE revelam maior nível de auto motivação e reconhecimento de emoções, o que sugere uma maior predisposição inicial para a auto motivação; quanto ao reconhecimento das emoções poderá ser explicado pela sua facilidade relativa de interiorização no contexto do ensino/aprendizagem.

Relativamente à referência dos constrangimentos do estudo devemos apontar os seguintes: 1) detetamos quer ao nível da aplicação do questionário e sobretudo ao nível da análise do mesmo que

algumas questões colocadas (itens) podem ser melhoradas; 2) não sendo propriamente uma limitação, o facto de a nossa análise determinar uma maior aproximação ao modelo teórico de Goleman (1995) do que o das dimensões encontradas no estudo original, pode indiciar que algumas questões formuladas não são as mais ajustadas às dimensões esperadas; 3) em termos do processo de validação do instrumento não pudemos fazer a comparação completa entre o nosso estudo e o original pelo facto de não termos tido acesso à relação dos itens que compõem cada dimensão do estudo original, situação que foi ultrapassada dado o modelo se revelar idêntico ao de Goleman (1995); 4) no nosso estudo, na dimensão reconhecer emoções tivemos de incluir também o reconhecimento de emoções nos próprios, enquanto Goleman (1995) refere apenas em reconhecimento das emoções dos outros; 5) talvez em resultado de todos os constrangimentos a variância explicada é relativamente modesta; a outro nível, 6) a aplicação dos questionários colocou algumas dificuldades e atrasos dado que os mesmos foram sujeitos à aprovação pelas comissões de ética, das unidades de saúde, embora, como foi reconhecido pelos responsáveis das mesmas a natureza da investigação não implicasse em si mesmo questões éticas profundas; isto fez com que concentrássemos a realização dos questionários num número relativamente restrito de unidades de saúde.

Por fim, a vivência deste longo processo de aprendizagem, plasmado pela conceção e concretização deste estudo, permite-nos apontar algumas sugestões, tendo em vista o DE destes e de outros profissionais de saúde. Optamos por sintetizar as sugestões a dois níveis: ao nível da intervenção prática no terreno e ao nível mais teórico e conceptual.

Quanto ao nível da intervenção prática, verificamos que a literatura e os diplomas legais que enquadram a profissão de enfermagem, sublinham a importância das competências de natureza técnico-científica e das competências humanas e, dentro destas últimas, as competências relacionais. No entanto, verifica-se uma lacuna, ou um entendimento muito superficial, da natureza, especificidade e importância das competências emocionais pessoais e do reconhecimento de emoções. Os mesmos diplomas legais invocam a importância dos enfermeiros fazerem parte dos processos de tomada de decisão clínica e organizacional, todavia esquecem, como refere Goleman (2010) que as competências emocionais são fundamentais aos processos de tomada de decisão. Assim, embora os enfermeiros demonstrem nível médio a elevado de competência emocional, como demonstra o nosso estudo e outros estudos referenciados, em enfermeiros, existe ainda uma grande margem de evolução para o DE destes e de outros profissionais de saúde. Logo, a nossa sugestão vai no sentido de que, quer os profissionais, individualmente, quer as organizações, tomem consciência das necessidades de DE e para tal devem incluir no perfil de competências as matérias relativas a este. Mais em concreto, como decorre das conclusões do nosso estudo, dado que as dimensões com menores níveis de DE são a gestão das emoções a auto motivação, eventualmente, em ações de caráter formativo, estas devem merecer uma atenção especial e prioritária. Como também sugere

Goleman (2010),as pessoas que possuem maior nível de DE superam melhor as adversidades e constroem percursos de vida mais eficazes, com mais bem-estar, para si e para os outros.

Ao nível teórico-conceptual,os ensinamentos adquiridos na realização deste estudo, permitem-nos sugerir, detalhar e aprofundar os conceitos de DE, tornando-o, mais prático, mais operativo, designadamente nos contextos organizacionais e em processos de DE como é o caso do *coaching*.

Tomando como ponto de partida o modelo de Goleman (1995) desenvolvemos o esquema da Figura 2 que procura evidenciar duas ideias principais.

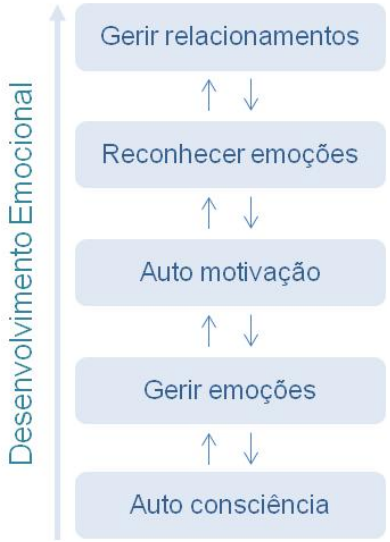

Figura 2– Processo de desenvolvimento emocional

A primeira é a ideia de interdependência, entre as cinco dimensões das competências da inteligência emocional. Esta ideia de interdependência, embora sugerida implicitamente na literatura, não está, segundo o nosso entendimento, devidamente explicitada, pelo que consideramos do maior interesse a sua explicitação.

A segunda ideia, emerge da consideração de vários conceitos abordados no enquadramento teórico e concetual, designadamente: do conceito de assimilação/acomodação (ou seja acomodação progressiva do desenvolvimento) sugerido por Piaget (1947) e Bronfenbrenner (1979) que está relacionado com o patamar inicial da auto consciência; o conceito de melhoria contínua (Kaizen)[6] e o conceito de equilíbrio progressivo sugerido por alguns teóricos do desenvolvimento humano, como Piaget (1947), Bronfenbrenner (1979) e Erikson (1998) , de que é possível o desenvolvimento ótimo e

[6] "Kaizen" é a expressão japonesa que significa mudar para melhor na vida em geral, isto é, a nível pessoal, familiar, social e no trabalho. É um processo quotidiano que sugere uma relação humanizada.

este inclui a gestão das emoções; e, o conceito de processos proximais (relacionais) de Bronfenbrenner (1979) e o conceito de inteligência de Gardner (1983/1993) que define como sendo a habilidade para resolver problemas, ou para criar produtos/soluções que são valorizados em contextos culturais, conceitos estes que evidenciam a importância dos dois últimos patamares do DE que são o reconhecimento das emoções e a gestão dos relacionamentos (competências emocionais sociais).

Então, sem prejuízo da circularidade entre as cinco dimensões (primeira ideia), parece-nos vantajoso, sobretudo ao nível da intervenção prática, definir um "caminho" a percorrer no processo de DE. Assim, sugerimos a ideia das dimensões se encontrarem dispostas em patamares, em que os processos de mudança (de DE) ocorrem sucessivamente: pela tomada de consciência das nossas emoções (auto consciência), pelo controlo das emoções (gestão das emoções), pela motivação para agir (auto motivação), tendo em vista melhorar o reconhecimento das emoções e a gestão dos relacionamentos. Como se depreende da ideia de circularidade não é absolutamente necessário que um patamar esteja desenvolvido a 100% para se passar ao seguinte, pois estes patamares são interdependentes e reforçam-se entre si.

As pessoas procuram otimizar o seu bem-estar nos diferentes planos da sua vida. Dessa existência faz parte a vivência das emoções. O ser humano conjuga a racionalidade e a emocionalidade. São ambas qualidades ontológicas. Não é possível viver sem as emoções, as de natureza positiva e negativa, porém, podemos fazer por viver melhor com elas. Por esse motivo torna-se importante desenvolver as competências da IE como caminho para melhor gerir o nosso comportamento e os nossos relacionamentos de modo a atingir o bem-estar desejado por todos.

Referências Bibliográficas

Abbot, P., & Meerabeau, L. (1998). *The Sociology of the Caring Professions.* London: Routledge.

Agostinho, L. M. (2008). Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos. *Dissertation Abstracts International* . Aveiro: Universidade de Aveiro.

Almeida, L. d. (1988). *Teorias da Inteligência.* Porto: Psicologia Porto.

Amendoeira, J. (Jul./Dez. de 2004). Enfermagem em Portugal: contextos, actores e saberes. *Enfermagem , 35/36*, pp. 13-22.

Baltes, P., & Mayer, K. (2001). *The Berlin Agung Study: Aging from 70 to 100.* Cambridge: University Press.

Binet, A. (1903). *L'étude experimentale de l'intellligence.* Paris: A.Costes Éditeur.

Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico.* Divel, Difusão Editorial, S.A.

Bradberry, T., & Greaves, J. (2008). *Guia Prático da Inteligência Emocional - Tudo o que precisa de saber para pôr o seu QE em acção.* Lisboa: Bertrand.

Branco, A. (2004). *Uma perspectiva mais ampla de inteligência.* Coimbra: Inforsete - A.C., Lda.

Brislin, W. R. (1970). Back-Translation for Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology , 1 no. 3*, 185-216.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Cambridge: University Press.

Bryan, S. (2006). *Emotional Intelligence and Interpersonal Conversations.* Obtido de http//eiconsortium.org/research/emotional_intelligence_and_intrapersonal_communications.pt

Caetano, A. (2008). *Avaliação de Desempenho - Metáforas, conceitos e Práticas.* Lisboa: RH.

Camara, P. B., Guerra, P. B., & Rodrigues, J. V. (2007). *Novo Humanator.* Lisboa: Dom Quixote.

Catalão, J., & Penim, A. (2010). *Ferramentas do Coaching.* Lisboa: Lidel.

Chiavenato, I. (2008). *Gestão das Pessoas: O novo papel dos recursos humanos nas organizações.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Collière, M.-F. (2000). *Promover a vida.* Lisboa: Lidel.

Covey, S. R. (2004). *The 7 Habits of Highly Effective People - Powerful Lessons in Personal Change.* New York: Free Press.

Culver, D. (1998). A Review of Emotional Intelligence by Daniel Goleman: Implications for Technical Education. *Frontiers in Education Conference. 2*, pp. 855 - 860. Binghamton, NY, USA: Watson School of Engineering and Applied Science.

Damásio, A. (2011). *O Livro da Consciência - A Construção do Cérebro Consciente.* Círculo de Leitores.

Decreto-Lei n.º 104/98. (21 de Abril de 1998). *Diário da República, 1.ª série - A, N.º 93* .

Decreto-Lei n.º 28/2008. (22 de Fevereiro de 2008). *Diário da República, 1.ª série, N.º 38* .

Dubar, C. (1997). *A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais.* Porto: Porto Editora.

Ekman, P. (2007). *Emotions revealed: recognizing faces and feelings to improve communication.* New York: Holt Paperbacks.

Enfermagem, C. d. (Outubro de 2003). Competências dos enfermeiros de cuidados gerais. *Divulgar* . Ordem dos Enfermeiros.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo da vida completo.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Faria, L., Costa, C. A., & Costa, M. (2008). Validação do Questionário de Competência Emocional (QCE): Estudo em Contexto Hospitalar com Enfermeiros. *XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, (pp. 924-930). Braga.

Figueiredo, P. R. (2008). Prefácio. In T. Bradberry, & J. Greaves, *Guia Prático da Inteligência Emocional - Tudo o que precisa saber para pôr o seu QE a trabalhar* (p. 17). Lisboa: Bertrand.

Friedberg, E. (1995). *O Poder e a Regra: Dinâmicas da Acção Organizada.* Instituto Piaget.

Galvão, A., & Neves, C. (2012). Coaching na intervenção gerontológica. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia* (pp. 253-259). Viseu: Psico & Soma.

Geleitman, H. (1999). *Psicologia* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Giddens, A. (2010). *Sociologia* (8ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence.* New York: Bantam Books.

Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional - O livro que mudou o conceito de Inteligência.* Círculo de Leitores.

Gradner, H. (1983/1993). *Frames of mind.* New York: Basic Books.

Hughes, M., & Terrell, J. B. (2009). *A Inteligência Emocional de Uma Equipa - Compreendendo e Desenvolvendo os Comportamentos de Sucesso.* Montijo: Smartbook.

ICF Portugal - International Coach Federation. (2011). Obtido em 20 de Março de 2011, de http://www.icfportugal.com/

INE. (2010). Elementos Estatísticos - Informação Geral-Saúde/2008. *Estatísticas* . Lisboa: Direção Geral de Saúde.

INE. (2012). *Estatisticas no feminino: Ser mulher em Portugal - 2001-2011.* Lisboa: INE - Instituto Nacional de Estatistica, IP.

LeDoux, J. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpining of Emotional Life.* Nova Iorque: Simon & Shuster.

Lei 111/2009. (16 de Setembro de 2009). *Diário da República, 1.ª série, N.º 180* .

Mendes, J. M. (2001). Globalização Fatalidade ou Utopia? In *O Desafio das Identidades.* Porto: Edições Afrontamento.

Neves, C., & Pereira, F. (2012). Gestão das emoções: Coaching no âmbito da gestão organizacional. *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação:"Investigar e Intervir para Mudar".* Oliveira de Azemeis: Escola Básica Comendador Ângelo Azevedo.

Nunnally, J. (1978). *Psichometric theory.* New York: McGraw-Hill.

OE. (2011). *Dados Estatisticos 2000-2010.* Ordem Enfermeiros.

Oliveira. (2007). *ICf Portugal*. Obtido em Maio de 2012, de Sobre-coaching: http://icfportugal.com

Osborne, J. W., & Costello, A. B. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Pratical Assessment, Research & Evaluation , 10, nr. 7*, pp. 1-9.

Papalia, D. E. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed Editora.

Paúl, M. C. (2005). Prefácio. In A. M. Fonseca, *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento.* Lisboa: Climepsi.

Pedro, N. (Abril de 2009). *Teoria Ecológica Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner*. Obtido em 9 de Agosto de 2012, de http://www.slideshare.net

Pereira, F. (2012). O lugar das emoções e dos sentimentos nas condições da pós-modernidade. *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação:"Investigar e Intervir para Mudar".* Oliveira de Azemeis: Escola Básica Comendador Ângelo Azevedo.

Pérez, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. *International Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 181-201). Cambridge: Hogrefe & Huber.

Pérez-Escoda, N., Bisquerra, R., Filella, G., & Soldevila, A. (2010). Construcción del Cuestionario de Desarrollo Emocionl de Adultos (QDE-A). *REOP , 21*, pp. 367-379.

Piaget, J. (1947). *La psychologie de l'intelligence.* Paris: P.U.F.

Pimentel, M. H., Pereira, F., & Mata, M. A. (Dezembro de 2011). La construcción de la identidade social y profissional de una profesión femenina: enfermería. *Revista Prisma Social. , N.7*, pp. 1-23.

Pink, D. H. (2010). *A Nova Inteligência - Treinar o lado direito de cérebro é o novo caminho para o sucesso.* Alfragide: Oficina do Livro.

Rego, G. (2008). *Gestão empresarial dos serviços públicos: uma apliação ao sector da saúde.* Porto: VidaEconómica.

Regulamento n.º 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (18 de Fevereiro de 2011). *Diário da República, 2.ª série-E, N.º 35* .

Reis, M., & Matos, M. G. (2007). Contracepção: Conhecimentos e Atitudes em Jovens Universitários. *Psicologia, Saúde & Doenças , 8 (2)*, pp. 209-220.

Resende, E. (2000). *O livro das competências: desenvolvimento das competências: a melhor auto ajuda para pessoas, organizações e sociedade.* Rio de Janeiro: Qualitymark.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa.* Lisboa: Padrões Culturais.

Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality , 9*, pp. 185-211.

Santos Lopes, T., & Veiga Branco, A. (2012a). Competência Emocional (CE) e local de trabalho: estudo descritivo em Tipologias de Unidades da Rede Nacional Cuidados Continuados (RNCC). *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional de Educação:"Investigar e Intervir para Mudar".* Oliveira de Azemeis: Escola Comendador Ângelo de Azevedo.

Santos Lopes, T., & Veiga Branco, A. (2012b). Sentimento Gratificação Profissional (SGP) e Competência Emocional (CE) dos Enfermeiros da Rede Nacional Cuidados Continuados (RNCCI). *I Congresso Internacional de Inteligência Emocional de Educação:"Investigar e Intervir para Mudar".* Oliveira de Azemeis: Escola ComendadorÂngelo de Azevedo.

Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.

Sechrest, L., Fay, T. L., & Zaidi, S. H. (1972). Problems of Translation in Cross-Cultural Research. *Journal of Cross-Cultural Psychology , 3 no. 1*, 141-56.

Sperber, A. d. (2004). *Translation and Validation of Study Instruments for Croos-Cultural Research.* Israel: Americam Gastroenterological Association.

Sperman, C. (1927). *The abilities of man: Their nature and measurments.* New York: MacMillan.

Sternberg, R. (1985). *Beyond IQ: A triarchic theory of human intelligence.* New York: Cambridge University Press.

Sternberg, R. (1996). *Successful intelligence: How pratical and creative intelligence determine success in life.* Simon and Schuster.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship* , 352-357.

Talent_Smart. (2010). Obtido em 8 de Agosto de 2010, de www.talensmart.com

Tavares, J., & Alarcão, I. (1989). *Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem.* Coimbra: Livraria Almedina.

Tudge, J. (2008). A teoria de Urie Bronfenbrenner: Uma teoria contextualista? *A teoria de Bronfenbrenner* . EUA: Universidade da Carolina do Norte em Greensboro.

Wartzman, R. (2010). *As lições de Peter F. Drucker. O essencial sobre a gestão, a sociedade e a economia.* Lisboa: Babel.

Wolk, L. (2009). *Coaching: el arte de soplar brasas.* Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

Yu, D. S., Lee, D. T., & Woo, J. (2003). Translation of the Chronic Heart Failure Questionnaire. *Nursing Research* (pp. 278-283). Elsivier.

Zhao, N. (2009). *The Minimum Sample Size in Factor Analysis*. Obtido em 26 de Abril de 2012, de Wiki of Encorelab Toronto: http://www.encorewiki.org

Anexos

Anexo I -Questionário de Desenvolvimento Emocional em Adultos – QDE_A

QDE-A[1]
QUESTIONÁRIO DE DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Questionário Nº. ☐☐☐

O objetivo deste questionário é ajudar a conhecer melhor as suas competências emocionais.
Seguidamente encontrará algumas afirmações. Leia, atentamente, cada frase e indique, classificando de 0 a 5, o seu grau de acordo ou desacordo. Antes de responder, é muito importante que pense no que realmente faz e não no que gostaria de fazer, ou no que pensa que os outros gostariam que fizesse. Assinale a resposta que mais se aproxima das suas preferências.
É muito importante que responda com sinceridade. Não há respostas corretas ou incorretas, nem boas ou más. Procure demorar o tempo suficiente em cada resposta. Se, em algum caso, não tiver a certeza de uma resposta, escolha a classificação que mais se aproxima do que faz, pensa ou sente normalmente.

Área geográfica do local de trabalho?
- ☐ Grande Porto
- ☐ Nordeste Transmontano
- ☐ Outra

Dados pessoais

1. Género ☐ M ☐ F

2. Tem filhos ☐ Sim ☐ Não

2.1 Se sim: Idade? Quantos?
- ☐ 1 - 10 ☐☐
- ☐ 11 - 20 ☐☐
- ☐ 21 - 30 ☐☐
- ☐ 31 - 40 ☐☐

3. Idade: ☐☐ (anos)

4. Nível de estudos concluído
- ☐ Ensino Superior: Bacharelato
- ☐ Ensino Superior de primeiro ciclo: Licenciatura
- ☐ Ensino Superior de segundo ciclo: Mestrado
- ☐ Ensino Superior de terceiro ciclo: Doutoramento
- ☐ Outros

5. Profissão:
- ☐ Enfermeiro (a)
- ☐ Nutricionista
- ☐ Dietista
- ☐ Assistente Social
- ☐ Fisioterapeuta
- ☐ Técnico de Radiologia
- ☐ Técnico de Análises/Laboratório
- ☐ Outra

Qual: _____

6.Especialidade
- ☐ Não
- ☐ Sim Qual:
  - ☐ Especialista em enfermagem de Reabilitação
  - ☐ Especialista em enfermagem de S.I. e Pediátrica
  - ☐ Especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica
  - ☐ Especialista em enfermagem na Comunidade
  - ☐ Especialista em enfermagem S. M. Psiquiátrica
  - ☐ Outra Qual? _____

7. Há quanto tempo trabalha?
- ☐ < 1 ano
- ☐ 1 - 3 anos
- ☐ 4 - 8 anos
- ☐ > 8 anos

8. Para além deste emprego, desenvolve qualquer outra atividade profissional?
- ☐ Não
- ☐ Sim

Se sim, em quê?: _____

9. Já participou em algum atividade relacionada com o desenvolvimento emocional?
- ☐ Não
- ☐ Sim Qual/Quais?

☐ Curso ☐ Workshop ☐ Seminário ☐ Conferência ☐ Formação ☐ Formação em coaching ☐ Outro

1 QDE_A adaptado de Pérez-Escoda *et al.* (2010) por Carmo Neves, Ana Galvão e Rui Pimenta (2012).

Instruções:

Classifique o seu grau de acordo ou desacordo nas seguintes questões, marcando o número conforme a pontuação:

Completamente em desacordo	Em desacordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Completamente em acordo
1	2	3	4	5

1. Tenho dificuldade em relaxar.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Quando me apercebo de que fiz algo mal, fico preocupado durante muito tempo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Estou satisfeito com a minha maneira de encarar a vida.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Sinto-me facilmente ofendido, quando os outros criticam a minha conduta ou o trabalho.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Sei colocar-me no lugar dos outros para os compreender.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Tenho a sensação de que aproveito bem o meu tempo livre.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. Tenho facilidade em perceber, facilmente, como os outros se sentem.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
8. Conheço bem as minhas emoções.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9. Penso, frequentemente, em coisas agradáveis sobre mim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10. Quando resolvo um problema, penso: Magnifico! Consegui! Fui capaz de...!, etc.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
11. Sei dar nome às emoções que experimento.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12. Para me sentir bem, necessito, de que os outros vejam com bons olhos o que digo e o que faço.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. Reparo se os outros estão de mau ou bom humor.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Tenho, frequentemente, discussões ou conflitos com pessoas próximas de mim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
15. Sinto-me uma pessoa feliz.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
16. É difícil para mim falar com pessoas que conheço mal, falo pouco e sinto-me nervoso.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
17. Quando tenho de fazer algo que considero difícil, fico nervoso.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18. Tenho dificuldade em defender opiniões diferentes das de outras pessoas.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19. Quando o meu estado de ânimo não é muito bom, tento fazer atividades que sejam agradáveis.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20. As mudanças assustam-me.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21. Sinto-me, frequentemente, triste sem saber porquê.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22. Aceito e respeito que os outros pensem e ajam de forma diferente da minha.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1 QDE_A adaptado de Pérez-Escoda *et al.* (2010) por Carmo Neves, Ana Galvão e Rui Pimenta (2012).

2363

23. Deixo-me levar, frequentemente, pela raiva e atuo bruscamente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24. Sei, claramente, o propósito pelo qual quero continuar a viver.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25. À noite, começo a pensar e tenho muita dificuldade em adormecer.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26. Consigo fazer amigos facilmente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
27. Quando alguém fala comigo, é frequente eu estar a pensar no que vou dizer a seguir.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
28. Quando não sei alguma coisa, vou procurar informação e ajuda sem dificuldade.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
29. Estou descontente comigo mesmo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
30. Espero, pacientemente, para conseguir o que desejo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
31. Costumo moderar a minha reação quando tenho uma emoção forte.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
32. É difícil para mim falar diante de muitas pessoas.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
33. Nada do que eu possa pensar ou fazer pode mudar as coisas que me acontecem..	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
34. Algumas vezes, questiono seriamente, se vale a pena viver.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
35. Bloqueio quando tenho de resolver conflitos.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
36. Sinto dificuldade em expressar sentimentos quando falo com os meus amigos.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
37. Tenho muitos amigos.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
38. Não sei o que responder quando me elogiam ou me dizem coisas agradáveis acerca de mim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
39. Tenho, frequentemente, a sensação de que os outros não entendem o que lhes digo.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
40. Desanimo quando algo me corre mal.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
41. Sei como criar oportunidades para experimentar emoções agradáveis/ positivas.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
42. Tenho facilidade em pensar nas consequências das minhas decisões.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
43. Enervo-me, facilmente, e fico alterado.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
44. Tenho dificuldade em perceber como se sentem os outros.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
45. Sei descrever com facilidade os meus sentimentos.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
46. Sou capaz de manter o bom humor mesmo que falem mal de mim.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
47. Quando alguém me provoca, acalmo-me e tento tranquilizar-me.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
48. Preocupa-me muito que os outros descubram que não sei fazer alguma coisa.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

1 QDE_A adaptado de Pérez-Escoda *et al.* (2010) por Carmo Neves, Ana Galvão e Rui Pimenta (2012).