



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, GESTÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Gestão - Especialização Gestão e Administração de Unidades de Saúde**

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

**ÂNGELA CRISTINA DE JESUS REBELO**

**Orientadora: Professora Doutora Rosa Martins**

**Viseu, Outubro de 2012**







**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS**

**DEPARTAMENTO DE ECONOMIA, GESTÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Gestão - Especialização Gestão e Administração de Unidades de Saúde**

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

**ÂNGELA CRISTINA DE JESUS REBELO**

Dissertação Apresentada para Obtenção  
do Grau de Mestre em Gestão  
Especialidade em Gestão e Administração  
de Unidades de Saúde

**Orientadora: Professora Doutora Rosa Martins**

**Viseu, Outubro de 2012**



Dedico esta Dissertação aos meus pais, António e Leónida, pelo carinho, incentivo e apoio em todas as decisões importantes da minha vida. Obrigada por me terem escolhido...





## **AGRADECIMENTOS**

Uma investigação jamais é o produto de um só indivíduo. De facto, seria um trilha longo e solitário, se não pudesse contar com o auxílio e apoio de quem me deu coragem para poder percorrer este caminho e comigo se alegrou com o resultado final.

O primeiro agradecimento destina-se à Professora Doutora Rosa Martins, pela confiança depositada ao ter aceite a orientação desta investigação, e por toda a disponibilidade e incentivo constantes, que se tornaram um valioso estímulo para a prossecução do trabalho. Obrigada ainda pela paciência e pelos firmes princípios de sabedoria e exemplo de vida.

Agradeço à Professora Doutora Luísa Faria e ao Mestre Nelson Lima Santos que autorizaram a utilização do Questionário de Competência Emocional e disponibilizaram todos os documentos necessários à sua aplicação.

À Dr<sup>a</sup> Inês Guerreiro, Unidade de Missão dos Cuidados Continuados e Integrados que autorizou a realização da presente investigação na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Ao Dr. Filipe Simões e aos funcionários da Biblioteca da Universidade Católica Portuguesa de Viseu, por terem sido sempre prestáveis em responder aos meus pedidos de bibliografia.

A todos os profissionais de saúde da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que participaram neste estudo, sem os quais este trabalho não se podia materializar.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus pais e irmã pelo apoio, compreensão, paciência e incentivo dado ao longo destes dois anos de Mestrado.

Um muito obrigado a todas as pessoas não citadas, e que direta ou indiretamente colaboraram na realização desta investigação.



## RESUMO

**Introdução:** Ao longo dos últimos anos, diversos estudos têm demonstrado que o sentido das emoções na saúde tem vindo progressivamente a ser valorizado, bem como o reconhecimento de que, a Inteligência Emocional (IE) é a que melhor responde às exigências dos atuais sistemas de saúde.

**Objetivo:** Avaliar a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares têm efeito significativo nessa Inteligência.

**Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional. A amostra é constituída por 106 profissionais de saúde a exercerem a sua atividade profissional em unidades de internamento da RNCCI na região centro do País. O instrumento de colheita de dados agrega um questionário de caracterização sociodemográfica, um de caracterização profissional, a Escala de Apgar Familiar e por último, o Questionário de Competência Emocional (QCE). Para o tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS versão 19.

**Resultados:** A amostra é maioritariamente feminina, casada, com uma média de idades de 34,13 anos. As classes profissionais mais representadas são a médica, a de enfermagem e de fisioterapia. Os dados obtidos revelam associações significativas entre a Inteligência Emocional e a profissão, o grau académico, a formação e a funcionalidade familiar. As restantes variáveis em estudo não influenciam a IE da nossa amostra. Como variáveis preditivas de IE aferimos o número de elementos do agregado familiar e a funcionalidade familiar, sendo esta última a que apresenta maior peso preditivo.

**Conclusão:** Perante tais evidências, torna-se claro que, os profissionais de saúde devem apostar no desenvolvimento das habilitações académicas e a RNCCI fomentar a formação dos seus cuidadores formais. Para além disso, a funcionalidade familiar dos profissionais do cuidar deve ser estimulada com vista à prestação de cuidados emocionalmente inteligentes que contribuam para a humanização dos cuidados de saúde.

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



## ABSTRACT

**Introduction:** Over the past few years, several studies have shown that the sense of emotions in health has been progressively enhanced, and that the Emotional Intelligence (EI) is the one that best meets the demands of today's healthcare systems.

**Aim:** Assess the Emotional Intelligence of health professionals of the National Network for Integrated Continuous Care (NNICC) and verify the extent to which socio demographic, family and professional variables have significant effects on that Intelligence.

**Methodology:** This is a quantitative, non-experimental, transverse study in a descriptive and correlational logic of analysis. The sample consists of 106 health professionals who work in internment units NNICC in the center of the country. The instrument for data collection adds a sociodemographic questionnaire, a professional characterization questionnaire, the Family Apgar Scale and finally the Emotional Competence Questionnaire (ECQ). For the statistical analysis we used SPSS version 19.

**Results:** The sample is mostly female, married with an age average of 34.13 years. The most represented professional categories are the medical, nursing and physiotherapy. Data collected Data showed significant associations between emotional intelligence and the profession, the academic degree, training and family functionality. The other study variables did not influence EI in our sample. As predictive variables of EI we assessed the number of members of the household and family functionality, the latter being the one with the greatest predictive weight.

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

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



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centro de Saúde
APA	Associação Americana de Psicologia
APF	Associação Portuguesa de Fisioterapeutas
ARS	Administração regional de Saúde
CPP/2010	Classificação Portuguesa das Profissões 2010
CRP	Constituição da república Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CV	Coeficiente de Variação
DP	Desvio Padrão
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECI	Emotional Competency Inventory
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
EGA	Equipa de Gestão de Alta
EP	Erro Padrão
EQ-i	Emotional Quotient Inventory
IE	Inteligência Emocional
K	Kurtose
MEIS	Multifactor Emotional Intelligence Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
QCE	Questionário de Competência Emocional
QE	Quociente de Inteligência
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SK	Simetria de Skewness
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados





## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS	xvii
ÍNDICE DE FIGURAS	xix
INTRODUÇÃO	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO 1 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS</b>	<b>7</b>
1.1. Conceito de Saúde	7
1.2. Profissionais de Saúde	9
1.3. Níveis de Prestação de Cuidados de Saúde	10
1.4. Cuidados de Saúde Primários	12
1.5. Cuidados Secundários ou Hospitalares	13
1.6. Cuidados Terciários - Cuidados Continuados Integrados	14
1.6.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	14
1.6.1.1. <i>O que é a Rede e quais os seus objectivos</i>	14
1.6.1.2. <i>Princípios e Direitos inerentes à RNCCI</i>	16
1.6.1.3. <i>Modelo de Coordenação</i>	17
1.6.1.4. <i>Tipologia de serviços da RNCCI</i>	19
1.6.1.5. <i>Acesso à Rede, ingresso e mobilidade</i>	25
<b>CAPÍTULO 2 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR</b>	<b>29</b>
2.1. Conceptualização e Evolução Histórica da Família	29
2.2. Etapas do Ciclo de Vida Familiar	31
2.3. Funções e Competências da Família	33
2.4. Funcionalidade familiar	34
2.5. Funcionalidade Familiar versus Profissionais de Saúde	36

<b>CAPÍTULO 3 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL</b>	<b>39</b>
3.1. Inteligência	39
3.2. Emoção	41
3.2.1. Neurofisiologia da emoção	43
3.2.2. Emoção versus Razão/Cognição	45
3.3. Inteligência Emocional	47
3.3.1. Evolução histórica e conceptualização	47
3.3.2. Modelos de Inteligência Emocional	49
3.3.2.1. <i>Modelos de aptidões/habilidades de Salovey e Mayer (1990)</i>	49
3.3.2.2. <i>Modelos mistos</i>	51
3.3.3. Instrumentos de medida da inteligência emocional	54
3.4. Importância da Inteligência Emocional nos Serviços de Saúde	57
3.5. Estado da arte sobre inteligência emocional	59
 <b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b>	 <b>63</b>
<b>CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA</b>	<b>65</b>
4.1. Questão de investigação	65
4.2. Conceptualização do estudo	66
4.3. Tipo de estudo	68
4.4. Objetivos	69
4.5. Variáveis	69
4.6. Hipóteses	71
4.7. População e Amostra	73
4.8. Instrumento de colheita de dados	73
4.9. Procedimentos de colheita de dados	79
4.10. Tratamento Estatístico	80
 <b>CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	 <b>85</b>
5.1. Análise Descritiva	85
5.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra	85
5.1.2. Caracterização profissional da amostra	88
5.1.3. Aplicação da escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar	91
5.1.4. Resultados relativos às dimensões de competência emocional do QCE	94

<b>5.2. Análise Inferencial</b>	<b>95</b>
<b>CAPITULO 6 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	<b>111</b>
<b>6.1. Características sociodemográficas</b>	<b>111</b>
<b>6.2. Características profissionais</b>	<b>114</b>
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>127</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>143</b>



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Modelo das aptidões/habilidades de Salovey e Mayer (1990)	50
<b>Tabela 2</b> - Modelo de Competências Emocionais de Goleman	52
<b>Tabela 3</b> - Resumo estrutural do questionário	74
<b>Tabela 4</b> - Classificação da Apgar Familiar	76
<b>Tabela 5</b> - Consistência interna da escala de Apgar Familiar	76
<b>Tabela 6</b> - Consistência interna do Questionário de Competência Emocional	78
<b>Tabela 7</b> - Matriz de correlação de Pearson entre subescalas da inteligência emocional	79
<b>Tabela 8</b> - Estatísticas descritivas da Idade/Gênero dos profissionais de saúde	86
<b>Tabela 9</b> - Caracterização Sociodemográfica da amostra	87
<b>Tabela 10</b> - Caracterização Profissional dos elementos da amostra	90
<b>Tabela 11</b> - Dados Escala de APGAR Familiar	92
<b>Tabela 12</b> - Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar	93
<b>Tabela 13</b> - Estatísticas das dimensões da competência emocional dos participantes	94
<b>Tabela 14</b> - Teste de Mann-Whitney entre o gênero e as dimensões da competência emocional	95
<b>Tabela 15</b> - Teste de One Way ANOVA entre a idade e as dimensões da competência emocional	96
<b>Tabela 16</b> - Teste de Mann-Whitney entre estado civil e as dimensões da competência emocional	97
<b>Tabela 17</b> - Teste de OneWay ANOVA entre o agregado familiar e as dimensões da competência emocional	98
<b>Tabela 18</b> - Teste T entre o local de residência e as dimensões da competência emocional	99
<b>Tabela 19</b> - Teste T entre a profissão e as dimensões da competência emocional	100

<b>Tabela 20</b> - Teste T entre o grau académico e as dimensões da competência emocional	101
<b>Tabela 21</b> - Teste T entre o tempo na RNCCI e as dimensões da competência emocional	101
<b>Tabela 22</b> - Teste de One Way ANOVA entre o tempo fora da RNCCI e as dimensões da competência emocional	102
<b>Tabela 23</b> - Teste T entre a formação em cuidados continuados e as dimensões da competência emocional	103
<b>Tabela 24</b> - Teste de Mann-Whitney entre trabalhar noutra instituição e as dimensões da competência emocional	104
<b>Tabela 25</b> - Teste Kruskal-Wallis entre o vínculo com a instituição e as dimensões da competência emocional	105
<b>Tabela 26</b> - Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e as dimensões da competência emocional	105
<b>Tabela 27</b> - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a percepção emocional	107
<b>Tabela 28</b> - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a expressão emocional	108
<b>Tabela 29</b> - Regressão múltipla entre variáveis independentes e a capacidade para lidar com as emoções	110

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> - Tipologias de respostas na RNCCI	19
<i>Figura 2</i> - Modelo conceptual do estudo	71





## INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

António Damásio foi também um dos cientistas que mais se debruçou sobre esta temática, salientando-se que os seus estudos na área das neurociências contribuíram para a concepção de que os sistemas cognitivos e emocionais estão interligados, tendo assim demonstrado a impossibilidade de se separar a racionalidade das emoções, uma vez que a

inexistência destas modifica as decisões supostamente racionais (Agostinho, 2008; Campos, 2010).

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

Num passado não muito longínquo, as competências técnicas, eram deveras valorizadas pelas unidades e escolas de saúde e até mesmo pelos utentes (Costa, 2009).

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

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

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

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

De forma a atingirmos o objectivo supra citado estruturámos a presente dissertação em duas grandes partes: enquadramento teórico e investigação empírica. A parte respeitante ao enquadramento teórico está dividida em três capítulos, sendo que o primeiro constitui uma abordagem aos profissionais de saúde e a todos os aspetos relacionados com a RNCCI, como os objectivos, o modelo de coordenação, tipologia das unidades, o acesso à Rede, entre outros. O segundo capítulo aborda a funcionalidade familiar, fazendo-se uma breve referência à sua conceptualização, evolução histórica, etapas do ciclo familiar, funções e competências da família e por último, a relação entre a funcionalidade familiar e o desempenho laboral dos profissionais de saúde. O último capítulo constitui o pilar do enquadramento teórico, uma vez que aqui se apresenta o conceito de Inteligência Emocional. Neste capítulo faz-se uma breve referência aos conceitos de inteligência e de emoção, sendo de seguida descrita a relação entre a emoção e a razão. Finalmente abordam-se todos os aspetos relacionados com a Inteligência Emocional, como a sua definição, evolução histórica, os modelos de IE, os instrumentos de medição da IE, a importância deste constructo nos serviços de saúde e por último, o estado da arte da Inteligência Emocional.

A segunda parte da nossa dissertação refere-se à investigação empírica, sendo que no quarto capítulo são expostas as considerações metodológicas que nortearam o nosso estudo e no quinto faz-se a apresentação e análise dos resultados obtidos junto de uma amostra de 106 profissionais de saúde a exercerem na RNCCI, alvo de um questionário anónimo e de autopreenchimento. No sexto e último capítulo discutem-se os resultados decorrentes do nosso estudo confrontando-os com outros que se debruçaram sobre a mesma temática. Terminamos com a apresentação das conclusões, onde são igualmente apresentadas as limitações do nosso estudo e sugestões para futuras investigações.



## **PARTE I**

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

Apresentaremos na Parte I deste trabalho, a revisão bibliográfica que cimentou a investigação empírica, procurando fazer uma análise do acervo bibliográfico existente sobre a problemática em estudo. Assim sendo desenvolvemos três capítulos: o primeiro faz uma caracterização dos profissionais de saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados; o segundo faz uma abordagem sobre Funcionalidade Familiar e por fim, o capítulo nuclear desta investigação, dedicado ao desenvolvimento do constructo Inteligência Emocional.



## **CAPÍTULO 1 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade, bem como, o aumento da esperança média de vida, têm contribuído para o progressivo envelhecimento da população. Tais alterações conduzem inevitavelmente a uma mutação no perfil das patologias, surgindo assim, um conjunto de novas carências de saúde e sociais, que exigem diferentes respostas para satisfazer as necessidades dos indivíduos com dependência funcional (Comissão Europeia, 2008; Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

Paralelamente, o conceito de família foi comportando, analogamente, transformações devido à emancipação da Mulher no mundo do trabalho, o que modificou a conjuntura social desenvolvida na História, onde a Mulher constituía o núcleo da família, com a função de cuidar e auxiliar os seus entes (Santos & Pavarini, 2011).

As mutações sócio-demográficas supra citadas, bem como diminuta cobertura de serviços de cuidados continuados a nível nacional, a prevalência de doenças crónicas incapacitantes e um sistema de saúde baseado em paradigmas de doença aguda ou de prevenção conduziram à exigência da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Branco, 2010; Rodrigues, 2009).

A RNCCI constitui assim um dos projectos mais revolucionários ocorrido em Portugal em torno das políticas sociais, tendo resultado da parceria entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, em que o co-financiamento e parceria são incumbências da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Rodrigues, 2009).

### **1.1. Conceito de Saúde**

Ao longo dos séculos, o conceito de saúde tem sido alvo de interesse e estudo por parte de filósofos, cientistas e governantes. Com a evolução dos tempos, a doença percepcionada como um fenómeno intrínseco ao panorama social começou a estar implícita na conceptualização de saúde (Araújo, Brito, & Novaes, 2008).

Os avanços científicos das ciências sociais e humanas conduziram à ideia de que a saúde de um indivíduo está relacionada com as suas condições de vida. Tal entendimento contribuiu para a construção conceitual de saúde após o final da Segunda Guerra Mundial, altura em que surgiu a OMS e definiu saúde como “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” passando a saúde a ser considerada um dos direitos fundamentais de todo o ser humano independentemente da raça, religião, condições económicas e sociais (Araújo et al., 2008, p.118).

A conceptualização de saúde instituída pela OMS principiou as preocupações com a saúde dos indivíduos, conduzindo a reuniões sucessivas por parte de diversos países, com o intuito de perceberem quais os aspetos que determinam e controlam a saúde. Uma das principais reuniões ocorreu em Alma-Ata, em 1978, tendo resultado na Declaração de Alma-Ata que estabeleceu orientações para a política de saúde, concedendo especial ênfase ao envolvimento dos indivíduos, à cooperação entre os diversos setores da sociedade, bem como à criação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Daí em diante, a saúde passou a ser percebida como um recurso de extrema importância que influencia o desenvolvimento social (Martins, 2005).

O conceito de saúde da OMS persiste há mais de meio século, contudo durante esse período, as ciências sociais e biológicas evoluíram notavelmente, facultando conhecimentos que contribuíram para a evolução do Homem, enquanto ser social (Araújo et al., 2008). Na definição de saúde da OMS, reconhecida universalmente, estão contidos diversos aspetos que se interligam e que influenciam a saúde do Ser Humano. Nesta óptica, a saúde é compreendida como pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, mentais e sociais do Homem, tendo em conta, aspectos como, a carga genética e a procura constante do equilíbrio com o ambiente (Martins, 2005).

Segundo Badziak e Moura (2010), a OMS considera os fatores biológicos da saúde, mas também o processo saúde-doença como produto do binómio corpo-mente e da sua interação com o meio ambiente. Outro aspeto essencial admitido na definição da OMS é o facto da saúde ser encarada positivamente, e não apenas como a simples inexistência de doença. As estratégias e políticas públicas devem assentar na compreensão dos principais aspetos (idade, género, hábitos alimentares, actividade profissional) que influenciam a condição de saúde, para que dessa forma, as entidades governamentais possam instituir diferentes níveis de intervenção, como é o caso dos cuidados continuados.



Apesar das inúmeras metamorfoses no conceito de saúde, os doentes e os profissionais de saúde mantêm os seus lugares de protagonistas, no complexo Mundo da Saúde.

## **1.2. Profissionais de Saúde**

A Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, abreviadamente denominada por CPP/2010, elaborada reconhece os seguintes profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, especialistas em medicina tradicional e alternativa, médico dentista, profissional paramédico, farmacêuticos, veterinários, nutricionistas, fisioterapeutas, especialistas em saúde ambiental, audiologistas e óticos (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A presente investigação debruça-se essencialmente sobre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, pelo que nos parece lógico abordar com mais pormenor essas três classes profissionais.

De acordo com a CPP/2010, a atividade profissional dos médicos compreende “ o estudo, diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, enfermidades, lesões e outros danos físicos e mentais em humanos através da aplicação de princípios e procedimentos da medicina moderna” (Instituto Nacional de Estatística, 2011, p.142).

No que respeita à classe de enfermagem, iremos apenas focar-nos nos enfermeiros de cuidados gerais, visto ser inexequível apresentar as definições de todas as especialidades de enfermagem (reabilitação, saúde mental e psiquiátrica, comunitária, médico-cirúrgica, entre outras) que prestam cuidados na RNCCI. Assim, os enfermeiros de cuidados gerais têm a seu cargo as seguintes funções: coordenar, organizar, realizar, supervisionar e avaliar intervenções de enfermagem, solicitadas pela condição de saúde do indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reintegração social; definir técnicas e meios a usar na prestação de cuidados de enfermagem; manter e recuperar as funções vitais; administrar a terapêutica prescrita, elaborar e realizar protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; guiar o utente sobre a administração e utilização de medicamentos e tratamentos; produzir e participar em investigações científicas da área da enfermagem (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A Ordem dos Enfermeiros refere que o enfermeiro de cuidados gerais presta cuidados de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção e comunga da definição explicitada na CPP/2010 (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

De acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, as funções do fisioterapeuta consistem em estruturar e efetuar tratamentos adequados à reabilitação; manutenção e desenvolvimento das capacidades físicas dos deficientes e lesionados; colaborar no diagnóstico funcional através dos sintomas dos pacientes; preparar e executar os programas de tratamento recorrendo a técnicas de terapia manual, hidroterapia, electroterapia, inibição e facilitação neuromuscular; efetuar treino funcional adequado para as actividades da vida diária; preparar relatórios das observações realizadas e evolução do doente e por último, participar em programas de prevenção e de reabilitação (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

A Associação Portuguesa dos Fisioterapeutas (APF) sustenta a definição de fisioterapeuta descrita no Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro:

O Fisioterapeuta centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseadas na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, de incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida. (Artigo 5.º)

### **1.3. Níveis de Prestação de Cuidados de Saúde**

A Constituição da República Portuguesa (CRP) preconiza que o acesso dos indivíduos a cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve

pautar-se pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial (Entidade Reguladora da Saúde , 2011).

A Lei de Bases da Saúde, determina que o SNS deve ser universal relativamente à população abrangida, prestando ou garantindo de forma integrada cuidados globais, que devem ser tendencialmente gratuitos, tendo sempre em consideração as condições económicas e sociais dos indivíduos, de forma a garantir a equidade no acesso de cuidados de saúde dos utentes, com vista a diminuir os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados. Por último, a mesma Lei de Bases refere que o SNS deve apresentar uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada (Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto).

Os indivíduos têm direito a usufruir de todo o tipo de cuidados de saúde, sendo para tal necessária “uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” ( alínea b) do n.º 3 do artigo 64º da CRP, 2005).

No que concerne aos cuidados de saúde aos utentes do SNS, os mesmos são afeiçoados através da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, a qual engloba (n.º 4 da Base XII da Lei de Bases da Saúde) em primeira linha, os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde, e numa segunda linha, em complementaridade, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos.

A Lei de Bases da Saúde, Base XIII reporta-se aos níveis de cuidados de saúde referindo que: “Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica sobre os utentes” (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto). O legislador impôs assim, um sistema de saúde estratificado, no qual, os serviços de saúde se devem articular entre si, em prol dos interesses dos pacientes que, de forma equitativa devem aceder aos cuidados de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

O atual sistema de saúde do nosso país está estruturado em níveis diferenciados de prestação de cuidados: os primários, os secundários ou hospitalares e os terciários ou continuados (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

#### **1.4. Cuidados de Saúde Primários**

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sido alvo de diversos debates, no entanto, é consensual e cientificamente comprovado que os sistemas de saúde baseados nos CSP manifestam mais vantagens que do que aqueles que se alicerçam nos cuidados hospitalares (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; OMS, 2008).

A Declaração de Alma-Ata de 1978 apontou para a necessidade de uma ação iminente por parte das entidades governamentais, dos profissionais da saúde e da comunidade mundial, de impulsionar a saúde da população mundial, o que conduziu ao reconhecimento da importância de cuidados de saúde próximos dos cidadãos e a relevância da promoção da saúde e prevenção da doença (Entidade Reguladora da Saúde, 2011; Meireles, 2010).

Na Conferência Internacional de Alma-Ata, os CSP foram definidos como:

Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto com dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde (artigo VI da Declaração de Alma-Ata).

Na perspectiva da Campos (2008) e da OMS (2008), os CSP são o elemento chave de um sistema de saúde, pois constituem o primeiro acesso dos utentes e da família aos cuidados de saúde, quer nas situações de doença, quer quando os indivíduos estão

saudáveis, sendo estes cuidados de saúde prestados nos locais onde os indivíduos residem e trabalham.

Tal como no resto do Mundo, também em Portugal, os CSP estão associados aos centros de saúde estando estes organizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) de acordo com o Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Os CSP conduzem a melhores resultados na saúde da população, maior igualdade, melhor acessibilidade, maior continuidade dos cuidados, menos custos, superior relação custo-efetividade e por último, mas não menos importante, maior satisfação dos indivíduos nos cuidados prestados (Starfield, Shi, & Macinko, 2005).

Perante a atual turbulência sócio-económica torna-se imperativo que, as entidades governamentais mundiais admitam que a complementaridade e articulação são indispensáveis para que os sistemas de saúde proporcionem mais e melhor saúde para as populações. Para tal é importante o investimento nos CSP a nível global, conforme preconizado no notável Relatório Mundial da Saúde de 2008 da OMS e do Alto Comissariado da Saúde, com o lema: *CSP, Agora mais que nunca* (Oliveira, 2010; OMS, 2008).

### **1.5. Cuidados Secundários ou Hospitalares**

De acordo com Santana e Costa (2008), os cuidados secundários ou hospitalares constituem um conjunto de atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação. Geralmente este nível de cuidados é prestado em ambiente hospitalar, realizado a pacientes que se encontrem em fase aguda de doença, com necessidade de intervenções clínicas especializadas, exigindo o recurso a meios tecnológicos diferenciados.

Segundo a Entidade Reguladora da Saúde (2011), os cuidados secundários são cuidados de saúde diferenciados, nomeadamente, consultas externas de especialidade, intervenções cirúrgicas, internamento, e serviços de urgência aos indivíduos de determinada região geográfica.

A articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares é benéfica pois minimiza os custos com a saúde, favorece a celeridade dos cuidados e melhora a qualidade dos serviços prestado (Pinheiro, 2008)

## **1.6. Cuidados Terciários - Cuidados Continuados Integrados**

O aumento da esperança média de vida e da prevalência de patologias crónicas conduziu à necessidade da criação de um novo nível de cuidados, os Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

Os cuidados terciários atenuam a sobrecarga dos cuidados secundários, nas condições clínicas em que os indivíduos já não necessitam de cuidados hospitalares, mas sim de uma continuidade de cuidados menos especializados, do que os prestados nos serviços hospitalares (Pinheiro, 2008). Toda esta conjuntura contribui para o aparecimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006) sobre a qual se debruça o nosso estudo e que será de seguida abordada ao pormenor, bem como todos os aspetos relacionados com a mesma.

### **1.6.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho de 2006, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Em 2006, com a introdução do Decreto-Lei, institui-se uma estratégia nacional singular para Portugal Continental e um novo modelo de prestação de cuidados incluído no SNS, que é dirigido através de uma Rede nacional e intersectorial, uma vez que se completaram as políticas do setor da Saúde e da Segurança Social, com parcerias com o setor social e privado (Branco, 2010).

#### ***1.6.1.1. O que é a Rede e quais os seus objetivos***

De acordo com o Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho os Cuidados Continuados Integrados podem ser definidos como:

O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação

de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (Artigo 3.º)

A Rede é composta por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e apoio social, localizadas em serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social e as autarquias locais, estruturando-se em dois níveis, a nível regional e a nível local (Artigo 2.º do Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI é um processo de evolução progressivo com 3 fases predefinidas, que se prolongam até 2016. A 1ª fase terminou no ano de 2008, com a execução de um terço das respostas às necessidades identificadas; a 2ª fase terminará no ano 2012, objetivando-se atingir dois terços das necessidades. E, finalmente em 2016, a 3ª fase, no final da qual se pretende uma cobertura de 80% das necessidades da população portuguesa em condição de dependência. Assim, o ano de 2016 é a limite para a plena concretização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Branco, 2010).

Esta Rede é constituída por um agregado de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social ao abrigo de protocolos celebrados com o Estado, criando assim, novas respostas que fomentam a continuidade de cuidados a indivíduos em situação de dependência e com perda de autonomia (Instituto da Segurança Social, 2012).

O artigo 5.º do Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho advoga que os cuidados continuados integrados baseiam-se nos paradigmas da reabilitação global e da manutenção, constituindo um processo activo e contínuo, que se prolonga por um período para além da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, e que visam reabilitar, readaptar, reintegrar e manter qualidade de vida, mesmo em condições clínicas irreversíveis, como é o caso das condições paliativas.

O artigo 4.º do mesmo Decreto-Lei explicita que o objetivo geral da RNCCI é “A prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência”. Ainda o mesmo artigo 4.º descreve os seguintes objetivos específicos da Rede:

- Melhorar as condições de vida e bem-estar dos indivíduos em situação de dependência, prestando apoio ao nível da saúde e apoio social;

- Manter os indivíduos com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no seu domicílio, sempre que o apoio domiciliário possa ser garantido, com vista à manutenção de conforto e qualidade de vida;
- Promover o apoio, acompanhamento e internamento adequado às necessidades clínicas e sociais de cada utente;
- Melhorar continuamente a qualidade dos serviços e cuidados prestados;
- Envolver e habilitar os familiares e cuidadores informais na prestação de cuidados, fomentando a sua capacidade de resposta às necessidades dos seus familiares;
- Garantir a coordenação e articulação em rede dos diversos serviços, sectores e níveis de diferenciação dos diferentes elementos envolvidos na Rede;
- Evitar possíveis falhas presentes nos serviços e nos equipamentos.

Para a OMS, o objetivo dos Cuidados Continuados é assegurar que uma pessoa em situação de dependência, possa ter acesso a bons níveis de qualidade de vida, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis (Branco, 2010).

No que concerne, aos custos dos cuidados continuados integrados verifica-se que nas Unidades de Internamento de Média e de Longa Duração são cobrados valores tendo em conta a capacidade económica de cada utente. Por sua vez, em Unidades de Convalescença e de Cuidados Paliativos, não são cobrados quaisquer custos ao utente (Branco, 2010).

#### ***1.6.1.2. Princípios e Direitos inerentes à RNCCI***

Uma vez que a Rede visa garantir cuidados adequados às necessidades dos indivíduos em situação de dependência, tem por base diversos princípios, entre eles: prestação de cuidados individualizados assentes na humanização do Ser Humano; equidade no acesso e na mobilidade entre os vários tipos de unidades e equipas da Rede; proximidade na prestação de serviços; multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados; sistema de avaliação integral das carências definindo-se frequentemente objetivos de funcionalidade e autonomia e avaliando-se os resultados obtidos; promoção de uma reabilitação contínua e manutenção da funcionalidade;



envolvimento dos utentes e das suas famílias, não só no plano individual de intervenção, mas também no encaminhamento para as unidades e equipas existentes; co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados e, por último, eficácia e qualidade por parte de todas as unidades e equipas na prestação dos cuidados (Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Branco, 2010).

A atuação da Rede estabelece ainda a garantia dos direitos de dignidade; preservação de identidade; privacidade; informação; não discriminação; integridade física e moral; exercício de cidadania e consentimento informado das intervenções. Qualquer indivíduo que entre na RNCCI, tem garantidos estes direitos básicos (Artigo 7.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

#### ***1.6.1.3. Modelo de Coordenação***

A Rede assenta num modelo de intervenção integrada e estruturada que prediz distintos tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e de apoio social. Preconiza ainda, uma articulação com os diferentes níveis de cuidados de saúde do sistema de saúde, e com os serviços e equipamentos do sistema de segurança social. Para tal é essencial uma correta coordenação entre os diversos setores e recursos locais, com vista a uma articulação em rede que garanta a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados (Artigo 8.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Branco, 2010).

A direção e coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados decorre em três níveis de coordenação, a Central/Nacional, Regional e Local, incluindo profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e da segurança social (assistentes sociais) e ainda elementos das autarquias locais (Rodrigues, 2009).

A coordenação a nível nacional está a cargo da Unidade de Missão Cuidados Continuados Integrados, que é responsável pelo estabelecimento das diretrizes e a condução inter-setorial da Rede solidificando assim, o apoio institucional à estratégia de implementação de respostas de cuidados continuados integrados em articulação com as redes nacionais de saúde e de segurança social (Lopes et al., 2010; Rodrigues, 2009). Este nível de coordenação articula-se com a coordenação regional e local, sendo neste campo de ação que surgem as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e as Equipas de

Coordenação Local (ECL), tendo cada uma delas competências e áreas de atuação específicas (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2010).

A nível regional, a coordenação da RNCCI é constituída por cinco equipas (ECR) constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes de cada Administração Regional de Saúde (ARS) e dos centros distritais de Segurança Social, de acordo com o que é definido no Despacho Conjunto n.º 19040/2006, dos Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e da Saúde. A ECR é dimensionada de acordo com as necessidades e os recursos existentes e composta por profissionais com conhecimentos e experiência nas áreas de planeamento, gestão e avaliação. Estão sedeadas nas ARS Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011a).

As ECR articulam com a coordenação nacional e local e são responsáveis pela elaboração de propostas de planeamento das respostas necessárias; indicação a nível central dos planos de ação anuais; orientação e consolidação dos planos orçamentais das actividades realizadas e os respectivos relatórios, submetendo-os à coordenação nacional; planeamento de formação específica e contínua para os diversos profissionais; celebração dos contratos para a implementação e funcionamento de unidades; avaliação e controlo dos resultados dos contratos; apontar medidas correctivas; alimentação do sistema de informação que suporta a gestão da Rede e, por último, estimular a divulgação de informação adequada à população sobre a Rede (Artigo 10.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

A nível local, as ECL são também constituídas, de modo multidisciplinar, por representantes da ARS e da Segurança Social, devendo incluir, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um assistente social e, quando necessário, um representante da autarquia local, nomeado pelo respectivo presidente da Câmara Municipal (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011b). As ECL articulam com a coordenação a nível regional, de modo a assegurar o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local, competindo-lhes identificar as necessidades e sugerir à coordenação regional respostas para as mesmas; firmar os planos orçamentados das actividades anuais, e elaborar os respectivos relatórios, reencaminhando-os à coordenação regional; auxiliar e assistir o cumprimento dos contratos estabelecidos na Rede; impulsionar a instituição de parcerias para a prestação de cuidados no respectivo serviço comunitário de proximidade e sustentar o sistema de informação que suporta a gestão da Rede (Artigo 10.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). O modelo de coordenação e gestão da Rede Nacional de

Cuidados Continuados Integrados pretende uma articulação enérgica das diferentes equipas coordenadoras, para que dessa forma, se garanta a conformidade das respostas às diversas lacunas existentes na área da saúde (Branco, 2010).

#### ***1.6.1.4. Tipologia de serviços da RNCCI***

A prestação de Cuidados Continuados Integrados é assegurada por unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias que integram a RNCCI (Instituto da Segurança Social, 2012). Neste sentido, é essencial evidenciarem-se as diferentes tipologias e unidades (Figura 1) de Cuidados Continuados existentes na Rede, encontrando-se as mesmas apresentadas figura 1 (Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho):

<b>Unidades de Internamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unidades de Convalescença;</li> <li>•Unidades de Média Duração e Reabilitação;</li> <li>•Unidades de Longa Duração e Manutenção;</li> <li>•Unidades de Cuidados Paliativos.</li> </ul>
<b>Unidades de Ambulatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Unidades de Dia e Promoção da Autonomia.</li> </ul>
<b>Equipas Hospitalares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Equipas de Gestão de Altas;</li> <li>•Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.</li> </ul>
<b>Equipas Domiciliárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Equipas de Cuidados Continuados Integrados;</li> <li>•Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos.</li> </ul>

*Figura 1* - Tipologias de respostas na RNCCI. Fonte: Diário da República 109 Série I-A Decreto-Lei n.º 101/2006.Elaboração Própria.

De seguida, far-se-á uma caracterização sintética de cada uma das unidades respeitantes às tipologias acima expostas.

### Unidades de Internamento

De acordo com o Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, a unidade de convalescença é:

Uma unidade de internamento independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processos crónicos. (Artigo 13.º)

A unidade de convalescença preconiza a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral de um indivíduo que apresente perda transitória de autonomia, com potencial de recuperação e sem necessidade de cuidados hospitalares de agudos. Esta tipologia de internamento dirige-se a internamentos com previsão até 30 dias consecutivos e podem coexistir em concomitante com as unidades de média duração e reabilitação (Artigo 13.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Os utentes das unidades de convalescença são, maioritariamente, provenientes dos serviços de Medicina Interna, Oncologia, Cirurgia, Ortopedia/Traumatologia e Neurologia apresentando grau elevados de dependência funcional, com grande necessidade de reabilitação intensiva. Este tipo de unidade objetiva a maximização dos ganhos em saúde através da reabilitação e consequentemente da independência funcional dos utentes, contribuindo assim, para a gestão das altas dos hospitais de agudos, para a otimização das unidades de média duração e longa duração (Branco, 2010).

A unidade de convalescença está sob direcção de um médico e assegura cuidados médicos permanentes, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e

administração de fármacos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer (Artigo 13.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Rodrigues, 2009).

O Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho define a unidade de média duração e reabilitação, como:

Uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável.

(Artigo 15.º)

A unidade de média duração e reabilitação tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação total do indivíduo que apresente uma condição de dependência funcional potencialmente recuperável. Neste tipo de unidade, os internamentos têm uma duração previsível entre 30 a 90 dias, e pode coexistir com as unidades de convalescença e com as de longa duração (Artigo 15.º do Decreto – lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

Os utentes destas unidades são oriundos de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio, e têm necessidade de cuidados integrados em regime de internamento, mas não necessitam de cuidados tecnologicamente diferenciados. Dentro desta tipologia, podem existir unidades com características singulares, dirigidas a grupos específicos de doentes. O regime de unidade de dia destina-se a indivíduos em situação de dependência, cujas condições clínicas e sociofamiliares lhes possibilitam a estadia no domicílio, mediante a prestação de cuidados em regime de dia (Rodrigues, 2009).

Esta tipologia de internamento tem o propósito de evitar a permanência desnecessária em hospitais de agudos colaborando assim, no processo de gestão de altas dos mesmos. Simultaneamente, objetivam a diminuir da utilização desnecessária de unidades de convalescença e de longa duração e promover a reabilitação e a independência dos utentes (Branco, 2010).

As unidades de média duração e reabilitação são geridas por um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e asseguram os mesmos cuidados prestados na unidade de convalescença com o acréscimo de terapia ocupacional (Rodrigues, 2009).

O Artigo 17.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho descreve a unidade de longa duração e manutenção como uma unidade de internamento "temporária ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio". Este tipo de unidade faculta cuidados que previnem e retardam o agravamento da situação de dependência, favorecendo a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. No entanto, esta tipologia contempla a oportunidade de internamento, por período inferior ao previsto no número anterior, em situações temporárias, decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, até 90 dias por ano, designando-se esse processo de descanso do cuidador (Branco,2010).

Os utentes das unidades longa duração e manutenção são doentes que devido à sua condição de dependência, ou por razões de doença ou de patologias associadas à idade necessitam de Cuidados Continuados Integrados. Os doentes ingressam nesta tipologia de unidades vindos de instituições de saúde ou de solidariedade e segurança social ou, ainda, do domicílio. O internamento em longa duração e manutenção pode coexistir com a unidade de internamento de média duração (Rodrigues,2009).

Esta tipologia de internamento pretende maximizar as competências para atividades de vida diária, coadjuvar a gestão das altas dos hospitais de agudos, promover a autonomia e a satisfação de necessidades sociais dos doentes (Branco, 2010).

A gestão da unidade de longa duração e manutenção está a cargo de um técnico da área de saúde ou da área psicossocial e presta cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, animação sociocultural, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das actividades da vida diária, apoio nas actividades instrumentais da vida diária (Rodrigues, 2009).

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, a unidade de cuidados paliativos é:

Uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde. (Artigo 19.º)

A unidade de cuidados paliativos é gerida por um médico e assegura cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico laboratorial e radiológicos, próprios ou contratados, prescrição e administração de fármacos; cuidados de fisioterapia, acompanhamento e apoio psicossocial e espiritual; atividades de manutenção, higiene, confortam e alimentação e convívio e lazer, gestão do luto (Rodrigues, 2009).

#### Unidade de Ambulatório

A unidade de Dia e de Promoção de Autonomia promove a autonomia de indivíduos em situação de dependência, que apresentem condições clínicas e sociofamiliares que lhes possibilitam a permanência no domicílio, sendo que os cuidados de reabilitação e/ou manutenção são prestados em regime de ambulatório (Lopes et al., 2010). Este tipo de unidade deve articular-se com as restantes unidades da Rede ou com respostas sociais, funcionando oito horas por dia, pelo menos nos dias úteis, ministrando actividades de manutenção e de estimulação, cuidados médicos, cuidados de enfermagem periódicos; controle fisiátrico periódico, apoio psicossocial, animação sociocultural, alimentação e higiene pessoal (Artigo 22.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho; Rodrigues, 2009).

### Equipas Hospitalares

A Equipa de Gestão de Altas (EGA) é uma equipa hospitalar multidisciplinar que prepara e gere as altas hospitalares dos utentes que necessitam de acompanhamento pós-hospital devido a problemas de saúde e sociais. Esta Equipa está sediada no hospital de agudos e deve incluir, um médico, um enfermeiro e um assistente social (Artigo 23.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). A EGA articula com as equipas terapêuticas hospitalares de agudos para o planeamento das altas hospitalares, com as equipas coordenadoras distritais e locais da Rede e com as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados dos centros de saúde (Artigo 24.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho). De acordo com Rodrigues (2009), a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos, que possui formação em cuidados paliativos e tem um espaço físico próprio para o planeamento das suas ações e deve incluir, um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Este tipo de equipa intra-hospitalar presta orientações diferenciadas em cuidados paliativos aos serviços do hospital, podendo ainda executar cuidados diretos e orientação para o plano individual de intervenção aos doentes internados em estado avançado.

O Artigo 26.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho refere que a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos assegura formação em cuidados paliativos às equipas terapêuticas do hospital e aos profissionais que prestam cuidados continuados, cuidados médicos e de enfermagem continuados, tratamentos paliativos complexos, consulta e acompanhamento de doentes internados, assessoria aos profissionais dos serviços hospitalares, cuidados de fisioterapia, apoio psicoemocional ao doente e familiares e ou cuidadores.

### Equipas Domiciliárias

Segundo o Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) é:

Uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários,



decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio. (Artigo 27.º)

A ECCI opera conjuntamente com o centro de saúde e com entidades de cariz social, com vista a uma avaliação integral dos doentes. Esta equipa auxilia-se dos recursos locais disponíveis, no campo de ação de cada centro de saúde, e dos serviços comunitários, designadamente com as autarquias locais (Branco, 2010). Esta Equipa presta cuidados domiciliários de enfermagem, cuidados médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde aos utentes, familiares e cuidadores e apoio nas actividades da vida diária (Rodrigues, 2009).

A equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos tem formação em cuidados paliativos e é constituída por um médico e um enfermeiro. Esta equipa presta apoio especializado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às unidades de média e de longa durações e manutenção. Para além disso, assegura ainda, sob a direção de um médico, a formação em cuidados paliativos às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários. Intervém também na avaliação integral do utente, nos tratamentos e intervenções paliativas a utentes complexos, na gestão dos procedimentos de articulação entre os recursos e os níveis de saúde e sociais, na assessoria às equipas de cuidados continuados integrados e na assessoria aos familiares e ou cuidadores (Artigo 30.º do Decreto – Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho).

#### ***1.6.1.5. Acesso à Rede, ingresso e mobilidade***

A acessibilidade é um dos aspetos mais relevantes para a igualdade e equidade em saúde. Para dar resposta a este objetivo, a RNCCI tem desenvolvido três aspetos fundamentais: a cobertura total do território nacional, o modelo de organização e de gestão

e a política de qualidade. Um dos constrangimentos que coloca em causa a acessibilidade e a igualdade em saúde prende-se com as assimetrias geográficas e demográficas que ainda se registam em Portugal. A natureza policoncelhia das ECL é um constrangimento que prejudica a celeridade dos processos de referenciação efetiva na Rede. Outros constrangimentos são as ECCI apresentarem uma dispersão geográfica regional com algum grau de aleatoriedade, a dificuldade em encontrar profissionais de saúde disponíveis e com a formação na área dos cuidados continuados e ainda os efeitos secundários da densidade populacional (Lopes et al., 2010).

Independentemente de todos os obstáculos supra mencionados, a RNCCI presta cuidados de saúde e social a todos os indivíduos que se apresentem dependência funcional temporária resultante do processo de convalescença; dependência funcional continuada; idosos com debilidade; inaptidão grave e patologia severa, em fase avançada e terminal (Branco, 2010).

O ingresso na Rede ocorre através do Hospital (EGA) ou do centro de saúde (ECCI) na sequência de um diagnóstico de situação de dependência. A EGA do hospital onde o utente está internado faz, no início do internamento, a referenciação para a RNCCI através de uma proposta apresentada à Equipa de Coordenação Local, tal como ocorre quando o ingresso é efetuado através do centro de saúde (Rodrigues, 2009).

O modelo organizacional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados compreende um leque diversificado de unidades e equipas de cuidados, que se diferenciam pela especificidade de cuidados que prestam. Através de uma abordagem integrada, articulada e sistemática, os utentes podem circular pelas diversas unidades ou equipas, tendo em conta a necessidade de cuidados dos mesmos (Decreto-lei nº101/2006 de 6 de Junho).

A RNCCI tem tentado colmatar a inexistência de respostas no nosso país para indivíduos que apresentam estados de dependência, ao mesmo tempo, que constitui um método que tem contribuído para o desbloquear dos hospitais de agudos, que são fundamentais para a resolução de quadros agudos. Assim, parece-nos que estamos perante um projecto que, apesar de ainda ter algumas deficiências devido ao facto de ser recente, poderá num futuro próximo garantir uma panóplia de respostas fundamentais às características biopsicossociais da nossa população (Branco, 2010).

Após revisão bibliográfica parece-nos peremptório afirmar que, o atual contexto demográfico e epidemiológico em termos de saúde constitui novos e exigentes reptos para os profissionais de saúde, que deverão ser encarados como uma oportunidade de realização

profissional e de reafirmação da importância das profissões da área da saúde nas modernas sociedades ocidentais (Martins & Melo, 2008).



## **CAPÍTULO 2 – FUNCIONALIDADE FAMILIAR**

Nos últimos séculos, aspetos do tipo económico, religioso, sociocultural e político, contribuíram profundamente para as metamorfoses verificadas na estrutura basilar da família. Deste modo, a família nuclear deixou de ser o modelo prevalente, assistindo-se nos dias de hoje, a diferentes formas de organização e funcionamento familiar (Andrade & Martins, 2011), que conduzem a uma constante necessidade de adaptação dos papéis sociais tradicionais (Rocha, 2009).

Presentemente, a família e o trabalho representam domínios de inexorável importância para a construção e compreensão da nossa identidade, da nossa existência e dos novos e diferentes sistemas familiares, pois só dessa forma, indivíduos e famílias atingem o equilíbrio biopsicosocioemocional (Brotheridge & Lee, 2005; Silva, 2010).

### **2.1. Conceptualização e Evolução Histórica da Família**

A multiplicidade de formas de conceber e definir a família, remete-nos no mínimo para duas causas: a primeira relaciona-se com as diferenças culturais e de valor, a segunda com os níveis de discursos religiosos, legais, culturais, políticos e sociais, até à específica tradição de cada família e de cada indivíduo (Ventura, 2010).

A palavra família provém do vocabulário “*famulus*” que significa servo ou escravo. Este termo remete para o carácter possessivo das relações familiares entre os povos primordiais, onde a Mulher cedia ao seu marido e onde os filhos pertenciam aos pais, que tinham direitos plenos sobre eles (Nunes, 2008).

Na Roma Antiga predominava um sistema familiar patriarcal, onde um extenso número de indivíduos se encontrava sob o poder do mesmo chefe. Já na Idade Média, os vínculos matrimoniais contribuíram para o aparecimento de novas famílias, onde se tinha em conta a descendência gerada, originando assim, a família paterna e materna (Torres, 2008).

Com a Revolução Francesa, apareceram os casamentos laicos no Ocidente e, com a Revolução Industrial os fluxos migratórios contribuíram para o aparecimento de cidades maiores. Todas estas alterações sociodemográficas conduziram a uma consolidação dos laços familiares e à formação de pequenas famílias. Outro aspeto (mais recente) mas que contribuiu fortemente para a transformação da família, foi a emancipação da Mulher (Nunes, 2008).

De facto ao longo dos tempos são inúmeros os autores e as ciências que se debruçaram sobre o estudo e análise da família, o que tem dificultado o estabelecimento de uma definição com carácter universal.

Na perspetiva de Nave e Jesus (2005) a família é um sistema social em rede, com estrutura, organização e cultura própria, dirigido por regras, valor e crenças, que lhe confirmam identidade e particularidade.

Na óptica macrosocial, a família é uma das estruturas responsáveis por auxiliar e cooperar para a manutenção da ordem social. Numa perspetiva microsocia, a própria família pode ser encarada como um sistema, podendo ser analisadas as posições e os papéis que os membros da família detêm (Hanson & Lynch, 2007).

Para Nunes (2008), a família constitui um conjunto social primordial que influencia e é influenciado por outros indivíduos e instituições.

As definições contemporâneas da família caracterizam-se por ser mais inclusivas e possibilitam diversas configurações familiares, desde famílias nucleares a amplas redes de parentesco, parceiros do mesmo género ou adultos séniores que optaram por viver juntos (Magina, 2011). Nesta perspetiva, o atual conceito de família não se limita à estrutura da família tradicional, constituída por pai, mãe e filhos, mas sim a diferentes estruturas como, por exemplo, famílias monoparentais, famílias constituídas por avós e netos e, em alguns países, famílias homossexuais (Serrano, 2007). Este cenário leva Nunes (2008) a referir que nas sociedades ocidentais predomina a chamada crise da família moderna, tendo como causas a perda da transmissão de valores tradicionais pela família; a superioridade do individualismo sobre o sentimento familiar; as alterações dos padrões de relacionamento entre mães e filhos devido ao papel ativo das mães na sociedade contemporâneas, o controlo da fecundidade e por último, a repulsa do casamento por parte dos jovens casais.

Pese embora a diversidade de conceitos, todos eles preconizam a existência de elementos comuns no seio de uma família, nomeadamente: valores e características próprias; agregado de indivíduos unidos por laços de parentesco e sistema de relações

interdependentes com funções de manutenção, proteção e sobrevivência (Nunes, 2008). No entanto, Hanson e Lynch (2007) advogam a existência de quatro aspetos, que distinguem a família de outros grupos: os elementos da família permanecem próximos por um período superior aos dos outros grupos; as famílias são interrelacionais; as relações entre os elementos da família podem ser de natureza biológica, legal ou por afinidade e as relações familiares estão interligadas numa desenvolvida rede de relações.

Em suma, a família é um sistema social que tem funções importantes na sociedade, designadamente de natureza afetiva, educativa, social e reprodutiva. As mutações que se assistiram ao longo dos tempos não perturbaram a função afetiva da família, sendo esta considerada um aspeto determinante na postura da família e na percepção que os seus elementos têm sobre a sua funcionalidade (Andrade & Martins, 2011).

## **2.2.Etapas do Ciclo de Vida Familiar**

O conceito de ciclo de vida familiar refere-se à história de cada família, à sua evolução ao longo da vida. Como vimos anteriormente, a família é um sistema que se altera no tempo, sendo que o seu processo evolutivo resume-se ao avanço sucessivo até novos estágios de desenvolvimento e crescimento. Assim sendo, o ciclo de vida da família refere-se às transformações que ao longo do tempo originam *stress*, perda de equilíbrio familiar e que consequentemente influenciam o seu funcionamento (Hanson & Lynch, 2007).

Na perspetiva de Nunes (2008), o ciclo de vida da família compreende períodos de equilíbrio, transição, adaptação e momentos de desequilíbrio que envolvem estadios novos e mais complexos, que conduzem ao desenvolvimento de novas competências e à reorganização do tecido relacional, com vista a uma nova ordem familiar.

Michael Solomon em 1973 deu início à discussão sobre o ciclo de vida familiar, delineando cinco estágios distintos. Muitos outros estudiosos se seguiram, dividindo o ciclo de vida familiar em diferentes números de estágios. Todavia, o ciclo de vida familiar mais reconhecido e aceite, é o do sociólogo Duvall, cujo entendimento é de que ao longo do tempo, a família passa por diversas etapas de transição previsíveis que, no caso da família nuclear típica, são: casamento, nascimentos, escolarização e adolescência dos filhos, saída dos filhos de casa, reforma e viuvez (Ventura, 2010). Estes eventos

circunscrevem os oito estágios do desenvolvimento da família, apresentados por Duvall, e que descreve como:

- Casal sem filhos;
- Família com filhos pequenos (criança mais velha, do nascimento aos 30 meses);
- Família com filhos em idade pré-escolar (criança mais velha dos 30 meses aos 6 anos);
- Família com crianças em idade escolar (criança mais velha dos 6 aos 13 anos);
- Família com adolescentes (criança mais velha dos 13 anos até aproximadamente aos 20 anos);
- Família com adultos jovens a sair de casa (desde que o primeiro filho sai até que o último deixe a casa);
- Família de meia idade (ninho vazio até à reforma);
- Família idosa (da reforma à viuvez) (Ventura, 2010).

Mais tarde, em 1996, Relvas apresenta um ciclo de vida da família diferente e que é constituído pelas seguintes etapas: Formação do casal; Famílias com filhos pequenos; Famílias com filhos na escola; Famílias com filhos adolescentes e Famílias com filhos adultos (Nave, 2006).

É interessante perceber que frequentemente o termo família se apresenta apenas a partir do nascimento do primeiro filho, o que sugere que a primeira fase (Formação do casal), não é ainda encarada como verdadeira família. Não obstante, essa fase é bastante importante na negociação e definição de regras, normas, papéis e inclusive na construção da identidade familiar (Nave, 2006).

A análise histórica deste assunto, mostra que todas as fases do ciclo da família são caracterizadas por (in) capacidade de adaptação e mudança, pressão social, *stock* de recursos afetivos e emocionais, organização de papéis, normas e regras. Todas estas particularidades instituem um conjunto de aspetos que, pela sua dinâmica interativa e evolutiva, influem terminantemente a (dis) funcionalidade das famílias e a sua consequente repercussão no (des) ajustamento dos comportamentos dos seus elementos. Por isso se diz que ao longo do ciclo vital da família, ocorrem diversos momentos de crise, que proporcionam crescimento e desenvolvimento familiar, e onde a capacidade de adaptação à mudança projeta o sistema familiar para elevados níveis de complexidade e funcionalidade. Assim sendo, torna-se necessário que a família esteja apta para responder a todas as



situações de crise e de desequilíbrio, não de uma forma reativa, mas sim numa vertente preventiva (Nave & Jesus, 2005).

### **2.3. Funções e Competências da Família**

O conceito de função está relacionado com o de estrutura social, referindo-se este último às regras que caracterizam quaisquer relações sociais, como ocorre no seio de uma família (Nunes, 2008).

Segundo Serra (2005), a principal função da família é a de proteção, ou seja, cabe à família a tarefa de auxiliar emocionalmente na resolução de problemas e conflitos, contribuindo para a construção de uma barreira defensiva contra agressões externas.

Para Hanson e Lynch (2007) as funções da família integram: amor e afeto; cuidados diários e manutenção da saúde; suporte económico, desenvolvimento da identidade; socialização e orientação; desenvolvimento educacional e vocacional; lazer, descanso e recuperação.

Já para Nunes (2008), as famílias adotam ou rejeitam funções de protecção e socialização, como resposta às necessidades da sociedade onde estão inseridas. Assim, para aquele autor, as funções da família preconizam dois objectivos, um de natureza interna, que inclui a protecção psicossocial dos elementos, e outro de natureza externa, que remete para o desenvolvimento e adaptação às diversas culturas que a família vai contactando ao longo do seu ciclo de vida.

O termo competência surge pela primeira vez ligado à família pela autoria do psicoterapeuta Ausloos, em 1996, que assumiu como família competente “aquela que é capaz de resolver os problemas que se lhes põem” (Ausloos, 1996, p. 29).

O conceito da competência da família pode ser analisado de acordo com cinco critérios: saber-saber (conhecimentos/informação); saber-ser (personalidade/relação); saber-fazer (práticas/inação); saber-estar (atitudes/posturas) e saber-organizar (normas/papéis/regras) (Nave, 2006). O mesmo autor defende ainda que uma família é competente, quando é capaz de vencer os novos desafios e resolver os antigos problemas, tendo sempre presente que, nem sempre os mesmos caminhos nos conduzem aos mesmos lugares.

Trivette, Dunst, Deal, Hamer, e Propst (1990) enumeram doze competências e/ou qualidades que devem estar presentes em qualquer grupo familiar: (1) comprometimento

para fomentar o bem-estar e o desenvolvimento dos membros da família; (2) análise dos aspetos que os membros da família fazem bem e estimular a melhoria contínua; (3) disponibilidade para conviver com todos os elementos familiares; (4) perseverança; (5) congruência entre os membros da família; (6) comunicação entre os membros da família; (7) regras, valores e crenças que estabeleçam expectativas acerca dos comportamentos aceitáveis e desejáveis; (8) estratégias que fomentem o funcionamento positivo nos momentos de vida normativos e não normativos; (9) empenhamento na resolução de problemas; (10) positivismo; (11) flexibilidade e a adaptabilidade aos papéis e por último, equilíbrio entre os recursos internos e externos da família.

Soresi, Nota, e Ferrari (2007) apontam competências relacionadas com características que designa de inter e intra-individuais dos membros da família, nomeadamente: tomada de decisões, resolução de problemas; estratégias de lidar com conflitos, capacidade para manter relações satisfatórias entre pais e filhos, e ajustando de forma eficaz situações que surjam.

## **2.4.Funcionalidade familiar**

Para Mazza e Lafevre (2005) a funcionalidade familiar é descrita em termos da adaptação, companheirismo, desenvolvimento, afetividade e capacidade de resolução da família junto aos seus membros. Os mesmos autores citam Mioto e Stamm, que descrevem a funcionalidade familiar como o exercício das relações familiares que se vão criando no seio das famílias ao longo do seu ciclo de vida.

De acordo com a teoria geral dos sistemas, nada ocorre de forma isolada, ou seja, uma alteração num dos componentes afecta todos os outros, tendo impacto em todos os membros do sistema. Esta teoria adapta-se à perspectiva de funcionalidade familiar apresentada e defendida por Andrade e Martins (2011). Para as autoras, a funcionalidade familiar pode ser refletida pela comunicação adequada entre seus membros, tornando-se importante que as mensagens transmitidas entre os seus elementos sejam claras, diretas e satisfatórias, e que os recetores estejam preparados para as ouvir.

Na verdade, o modo singular como cada família reage aos eventos diários e fomenta o seu desenvolvimento caracteriza a funcionalidade dessa mesma família. As diversas características sociais e psicológicas dos membros da família estabelecem os aspetos que definem a funcionalidade familiar, e lhe conferem identidade (Trivette et al.

1990). Não existem modos de funcionamento familiar corretos ou errados, existem sim, formas de funcionalidade distintas que derivam da conjugação de três aspetos: as crenças e valores da família, os padrões de interacção familiar e as competências da família (Magina, 2011).

Para Santos e Pavarini (2011) existem diversos sistemas familiares, uns maduros e/ou funcionais, e outros imaturos e/ou disfuncionais. No entanto para Andrade e Martins (2011), o modo como os elementos da família interagem entre si e com os outros é que determina e prediz a funcionalidade ou a disfuncionalidade familiar.

Morales e Mesa (2009) advogam que uma família funcional pauta-se pela flexibilidade relacional, apresentando menor dificuldade de adaptação, o que promove o desenvolvimento e a maturação saudável e plena dos seus membros. Mais recentemente, Santos e Pavarini (2011) defendem que uma família funcional tem capacidade para responder a conflitos e momentos de crise sem qualquer prejuízo da estabilidade emocional do sistema familiar.

Para Martini, Sousa, Gonçalves, e Lopes (2007), as famílias disfuncionais não executam as suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital em que se encontram. Qualquer alteração no papel de algum dos membros pode levar à desestruturação do sistema familiar. Na perspectiva de Santos e Pavarini (2011), na família disfuncional os elementos enfatizam os seus interesses particulares em detrimento do grupo e não assumem os seus papéis dentro do sistema familiar. Neste tipo de família, os laços afetivos são superficiais e volúveis, os membros não se adaptam a novas situações nem reajustam os seus papéis frente às mesmas, fomentando assim a divergência no sistema familiar.

A funcionalidade familiar é influenciada por crenças, aspetos culturais, socio-económicos e pela etnicidade (Magina, 2011). Um estudo realizado por Barakat, Lutz, Nicolaou, e Lash (2005) aferiu que o estatuto socioeconómico influencia significativamente o funcionamento da família, verificando-se que estatutos socioeconómicos mais elevados evidenciam melhor funcionamento da mesma. De acordo com Magina (2011) carências económico-financeiras, questões laborais e apoio social limitado constituem aspetos que podem comprometer a funcionalidade das famílias. Este paradigma é reforçado por Boyar e Mosley (2007) ao referirem que o exercício profissional e a família se influenciam mutuamente, podendo causar os chamados conflitos trabalho-família e/ou conflitos família-trabalho. Também Segantin e Maia (2007) referem que contextos organizacionais marcados por *stress* ocupacional conduzem a relações tensas e conflituosas no seio familiar dos profissionais.

Deste modo torna-se fundamental avaliar a funcionalidade familiar dos indivíduos, sendo que esta pode ser mensurada através de um instrumento designado por Apgar Familiar, que será utilizado na presente investigação. Esta escala permite avaliar a satisfação dos elementos da família, no que respeita à ajuda que lhes é concedida pelos restantes elementos dessa família (Andrade & Martins, 2011).

## **2.5.Funcionalidade Familiar versus Profissionais de Saúde**

A experiência emocional está presente em toda a situação relacional, e os serviços de saúde não são excepção, podendo mesmo ser considerados verdadeiros núcleos de fortes interações emocionais. O constante contato entre os profissionais de saúde e os utentes envolve fatores que influenciam o estado emocional de ambos (Agostinho, 2008). Assim, os profissionais de saúde sentem necessidade de contar a alguém as situações emocionais extremas que decorrem do seu exercício profissional, sendo o ambiente familiar o contexto que pode proporcionar uma maior compreensão e afetividade para tais desabafos profissionais (Mercadier, 2004).

Para Ruviano e Bardagi (2010), as profissões da área da saúde envolvem níveis elevados de comprometimento e envolvimento emocional, pois o desempenho desses profissionais compreende um conjunto de atividades que requerem um controlo mental e particularmente emocional muito superior a outras profissões .

No entanto, tal como nas restantes organizações, também nas unidades de saúde o êxito depende das competências técnicas, sociais e emocionais por parte dos profissionais de saúde. Dessa forma, o sucesso daquelas unidades, que no caso da saúde se refere à qualidade de vida do indivíduo e à condição humana, apenas é alcançado quando todos os profissionais trabalham num clima de harmonia, onde o contributo de cada elemento da equipa depende de forma peremptória das suas qualidades emocionais (Martin & Boeck, 2002). Todavia, tais aptidões emocionais podem ser deterioradas pelo facto dos profissionais de saúde serem diariamente expostos a situações de desgaste emocional, que conduzem a pressões emocionais e problemas interpessoais, como exemplo perturbações do sono, depressão, ansiedade, perturbações sociais e orgânicas, que comprometem o desempenho profissional e se repercutem inevitavelmente na esfera familiar (Agostinho, 2008). Estas ideias são corroboradas pelo estudo de Kandolin, que permitiu aferir a

presença de três aspetos do Síndrome de *Burnout*<sup>1</sup>, a fadiga psicológica, a perda de satisfação no trabalho e o endurecimento de atitudes em profissionais de saúde que trabalhavam por turnos, como é o caso dos médicos e enfermeiros. O mesmo estudo concluiu que estes transtornos se refletiam no contexto familiar e social (Costa, 2009).

Similarmente Queirós, Fernández\_Berrocal, Extremera, Carral, e Queirós (2005), defendem que o profissional de saúde que pertença a uma família dita funcional detém uma maior experiência para lidar com problemas pessoais e conflitos emocionais. Assim, a família dos profissionais de saúde, poderá ser a âncora que permite a manutenção do equilíbrio entre a razão e a emoção em contexto laboral (Santos & Pavarini, 2011). Pese embora este facto, há também que reconhecer, que a família pode constituir uma fonte de suporte emocional e de conforto, como também uma fonte de conflitos emocionais (Queirós et al., 2005) que inevitavelmente irá influir o estado emocional e consequentemente o desempenho dos profissionais de saúde (Goleman, 2003).

A relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente deve pautar-se por atitudes emocionalmente literadas transmitindo dessa forma ao doente compreensão, confiança e disponibilidade para o ouvir (Veiga Branco, 2004). O mesmo autor advoga que, o profissional de saúde deve ser capaz de adequar e equilibrar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser, de forma racional e emocional nos diferentes contextos práticos da sua vida.

Neste capítulo procurou-se realizou-se uma revisão da literatura mais relevante sobre a funcionalidade familiar. Este objetivo impôs que se fizesse uma abordagem aos conceitos de família, à evolução histórica, ao ciclo vital da família suas funções e competências. Conceptualizou-se e caracterizou-se ainda a funcionalidade familiar (família funcionais e disfuncionais) relacionando-a por último, com a prestação de cuidados dos profissionais de saúde.

No capítulo que se segue, far-se-á uma abordagem a variável *major* da presente investigação, ou seja, a Inteligência Emocional e todos os aspetos que lhe são inerentes e/ou relevantes para o estudo.

---

<sup>1</sup> A psicóloga Maslach debruçou-se sobre este síndrome na área dos serviços/cuidados definindo-o como uma reação psicológica a situações crónicas stressantes no mundo do trabalho referindo três fatores multidimensionais deste síndrome: exaustão emocional; despersonalização e perda de realização pessoal e profissional (Trigo, Teng, Hallak, 2007).



## **CAPÍTULO 3 – INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

A Inteligência Emocional constitui um constructo psicológico relativamente recente que tem alterado o conceito do que é ser-se inteligente, acrescentando aos domínios da inteligência aspetos como as emoções e sentimentos (Woyciekoski & Hutz, 2009).

O termo inteligência emocional remete-nos de imediato para uma interdependência entre a inteligência e as emoções, o que justifica iniciar o presente capítulo com uma breve abordagem destes dois conceitos e relação simbiótica entre os mesmos. Posteriormente abordar-se-á o conceito de inteligência emocional e aspetos inerentes ao mesmo, tais como a evolução histórica da IE, modelos teóricos e os diferentes instrumentos de avaliação da mesma. Por último, faremos uma reflexão sobre a importância da inteligência emocional na área da saúde, bem como o estado da arte da mesma.

### **3.1.Inteligência**

Foi a partir do século XIX, altura em que Herbert Spencer e Francis Galton alertaram para a existência de uma aptidão humana geral e superior que se verificou um maior interesse pela inteligência humana (Woyciekoski & Hutz, 2009). Esta aptidão do Ser Humano foi objeto de teorias e investigações empíricas a partir do século XX, porém, continua-se a assistir até aos dias de hoje, a uma multiplicidade de conceptualizações em torno da inteligência, não havendo consenso entre os estudiosos da área (Ângelo, 2007).

Em 1936, Thorndike intentou amplificar o conceito de inteligência para além de aptidões intelectuais gerais. Nessa altura, aquele estudioso sugeriu o conceito de Inteligência Social definindo-a como a capacidade de entender as suas próprias emoções e comportamentos, bem como as dos outros e decodificar informações vindas do ambiente social (Woyciekoski & Hutz, 2009).

Em meados da década de 80, Groth-Marnat defendeu que qualquer definição de inteligência tem por base cinco áreas fundamentais: pensamento abstrato, aprendizagem a partir da experiência, resolução de problemas, adaptação a novas situações e concentração de capacidades em função de objetivos (Ângelo, 2007). Na mesma linha de

entendimento, Sternberg (1997) defende que o núcleo da inteligência é o pensamento abstrato. Tendo por base este pressuposto Mayer, Salovey, Caruso, e Sitarenios (2001) salientaram que o pensamento abstrato apenas seria exequível através do *input* de um estímulo, que definiria diferentes tipos de inteligência, de acordo com a entrada e o processamento do mesmo. Os mesmos autores referiram ainda, que o estímulo pode ser verbal, espacial, social e emocional, entre outros.

Oliveira-Castro e Oliveira-Castro (2001) explicitam que estudiosos da Psicologia têm vindo a definir inteligência, ao longo dos anos, baseando-se em diferentes abordagens, tais como a dos processos cognitivos, das características biológicas e dos traços latentes de natureza psicométrica. Os mesmos autores referiram que, apesar daquelas abordagens parecerem incompatíveis, estas podem considerar-se complementares.

Piaget comunga da perspectiva desenvolvimental, que defende o constante progresso da inteligência, daí a origem do conceito de desenvolvimento cognitivo que é marcado por sucessivas aquisições, sendo que a passagem para um novo estágio de desenvolvimento cognitivo subentende a aquisição dos precedentes (Alves, 2010).

Já para Gardner a informação armazenada intelectualmente pode ser estimulada em determinados contextos culturais, não existindo uma única inteligência, mas sim inteligências múltiplas, daí a origem da teoria das inteligências múltiplas, que este autor divulgou no seu livro *Inteligências Múltiplas – A teoria na prática* (Nascimento, 2006). Esta teoria enfatiza a importância das aptidões da inteligência em detrimento da sua estruturação e funcionamento. Gardner defende que, a inteligência compreende a capacidade que o indivíduo possui para solucionar problemas inserido em determinada comunidade cultural. A teoria das inteligências múltiplas considera a existência de sete tipos de inteligência: linguística, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésico-corporal, interpessoal e intrapessoal (Alves, 2010). Todas elas são independentes, pois cada uma possui o seu sistema de funcionamento, interagindo entre si com vista a um desempenho inteligente (Goleman, 2003; Nascimento, 2006).

Na óptica de Sternberg (2000), a inteligência humana compreende três aspetos: o mundo interno, a experiência e o mundo externo do indivíduo. O mesmo autor concebe a inteligência de acordo com as partes de informação, as quais são aplicadas à experiência de forma a satisfazer as funções de integração ao ambiente e escolha de novos contextos culturais.

Para Mayer, Salovey, e Caruso (2008), a inteligência é a habilidade mental, que possibilita o reconhecimento, a aprendizagem, a memória e o raciocínio. Já para a



Associação Americana de Psicologia (APA), a inteligência é a capacidade de favorecer de uma experiência ou de conteúdos recebidos do meio envolvente (Monteiro, 2009).

Os primeiros estudos sobre inteligência consideravam somente aspetos como a memória e a capacidade de solucionar problemas. Todavia, os constantes avanços das neurociências demonstraram aos investigadores que existiam outros aspetos de igual ou maior importância para a inteligência, os aspetos não cognitivos, como as emoções (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000; Nascimento, 2006).

### **3.2. Emoção**

Etimologicamente, a palavra “emoção” reporta-se ao movimento, por sua vez o prefixo *e-* aponta a direção (Filliozat, 1997). Assim sendo, a emoção é o movimento para o exterior, ou tal como diz Goleman (2003), o ímpeto a partir do qual agimos.

A definição de emoção não é consensual, pois trata-se de um conceito complexo, sujeito a mudanças constantes de intensidade dependendo da condição de saúde, crenças e valores do indivíduo, tornando-se assim um constructo teórico multidimensional, que tem estimulado o interesse crescente da comunidade científica (Silva, 2011).

A publicação de um livro de Charles Darwin, em 1872 intitulado *A expressão das emoções no homem e nos animais* constitui um marco importante na análise das emoções. Darwin constatou que algumas emoções conduziam a reações químicas e psicológicas em todos os indivíduos. Perante tal constatação, aquele investigador estabeleceu uma ligação entre os elementos biológicos e as experiências emocionais. No entanto, na segunda metade do século XIX, a psicologia afirmou-se como ciência, o que contribuiu para que o estudo das emoções fosse relegado para segundo plano (Martin & Boeck, 1999). Felizmente, a evolução de ciências como a filosofia, a neurofisiologia e a neuroquímica trouxeram um novo vigor ao estudo das emoções (Alves, 2010).

António Damásio, um académico e investigador português que se debruçou sobre a temática da emoção referiu que esta é um processo de avaliação mental com respostas disposicionais, que são maioritariamente dirigidas ao corpo e ao próprio cérebro e que resultam num estado emocional do corpo e em alterações mentais adicionais (Damásio, 2000). O mesmo autor refere ainda que num nível básico, as emoções fazem parte da regulação homeostática e instituem-se como um eficaz mecanismo de aprendizagem.

Salovey e Mayer (1990, p. 186) vêem as emoções como “respostas organizadas, que ultrapassam as fronteiras de muitos subsistemas psicológicos, incluindo o fisiológico, cognitivo, motivacional e sistemas experimentais”, constituindo respostas a factos internos ou externos com sentidos positivos ou negativos para a pessoa.

Goleman (1997, p. 310) refere-se á emoção como “um sentimento e aos raciocínios aí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação. Há centenas de emoções, incluindo respetivas combinações, variações, mutações e tonalidades”.

A APA define emoção como um padrão complexo de mudanças físicas, sentimentais e comportamentais em resposta a uma situação vivenciada (Monteiro, 2009).

Entre a comunidade científica assiste-se a diversas controvérsias relativamente à temática das emoções. Para os psicólogos sociais e antropólogos culturais as emoções geram-se a partir das relações entre as pessoas. Já para os psicólogos fisiológicos e cognitivos, as emoções são intrínsecas ao indivíduo. Por sua vez, os psicólogos behavioristas relegam as emoções das investigações científicas, uma vez que não constituem um comportamento passível de ser observado do exterior (Campos, 2010).

A literatura (Alves, 2010; Cunha, Rego, Cunha, & Cardoso, 2007; Mayer & Salovey, 1995) é consensual ao afirmar que, a emoção é fundamental para o desenvolvimento dos processos mentais.

As emoções podem classificar-se consoante as diferentes concepções de cada autor. Assim, encontramos referências a emoções positivas, negativas, primárias, secundárias, de fundo, entre outras (Silva, 2011)

Damásio (2000) admite três níveis de emoção, as primárias ou universais, as secundárias ou sociais e as de fundo. O mesmo autor afirma que o termo emoção remete-nos de imediato para uma das seis emoções primárias: tristeza, alegria, cólera, medo, aversão e surpresa. Todavia, defende também, a existência de emoções secundárias como o orgulho, a culpa, o ciúme e a vergonha. Este autor aglomera a calma, a tensão, o mal-estar e o bem-estar em emoções de fundo (Damásio, 2000). Jeannerod (2002) perfilha a mesma classificação que Damásio, ao referir a existência de emoções primárias e secundárias. As primeiras são inatas e dependem do sistema límbico, sendo a amígdala e o cíngulo os actores principais. As emoções secundárias são experienciadas enquanto adultos e consolidam-se sobre as primeiras (Alves, 2010).

As emoções primárias não equivalem a todos os comportamentos emocionais dos seres humanos, pois não nos encontramos constantemente num estado de tristeza, alegria,

cólera, medo, aversão e surpresa. Geralmente vivenciamos outros tipos de emoções como bem-estar, calma e tensão, as denominadas emoções de fundo de Damásio, que para aquele autor, nos auxiliam a definir o nosso estado mental, muito mais do que as emoções básicas (Goleman, 2005).

Ao abordarmos o conceito de emoção, torna-se inevitável, clarificar as diferenças entre emoção e sentimento, que apesar de diferentes, interligam-se. Para Damásio (2000), as emoções têm uma função primordial na comunicação com terceiros e na orientação cognitiva. A emoção é dirigida para o exterior, enquanto o sentimento é eminentemente interior. Aquele autor defende ainda que, os sentimentos são criados por emoções e experimentar emoções indica ter sentimentos. Mais recentemente, Damásio (2010, p.143-144) referiu que os sentimentos são “percepções daquilo que acontece no corpo e na mente quando sentimos emoções”, são “a percepção composta de tudo o que aconteceu durante a emoção lenta ou rápida, fixa numa imagem, ou trocando rapidamente uma imagem por outra”.

Após a Segunda Guerra Mundial, a investigação nas neurociências demonstrou que os estados emocionais estão relacionados com a atividade articulada de hormonas e dos neurónios (Martin & Boeck, 1999), o que nos conduz, de seguida à obrigatoriedade de uma breve abordagem da neurofisiologia da emoção.

### **3.2.1. Neurofisiologia da emoção**

Durante anos, diversos estudiosos opinavam que as regiões cerebrais implicadas nas emoções eram totalmente independentes, não existindo qualquer tipo de ligação entre as mesmas. Contudo nos dias de hoje, face às evidências das neurociências, tal ideia é imediatamente contrariada (Martin & Boeck, 1999).

Campos (2010), Damásio (2000) e Martin e Boeck (1999) advogam que a área da investigação que se dedica à compreensão das emoções indica três regiões cerebrais que estão diretamente envolvidas no mundo das emoções: o bulbo raquidiano, o sistema límbico e o neocórtex ou córtex cerebral.

Nos Humanos, o sistema límbico é entendido como o cérebro emocional, pois orienta o processamento das emoções (Silva, 2011). No passado, este sistema era considerado o núcleo das emoções, sendo aquele constituído pela amígdala, córtex orbito-

frontal e o cíngulo anterior (Siegel, 1999). Ledoux (1996) desvendou a importância da amígdala no cérebro emocional, ao verificar que aquela pode assumir o controlo das nossas ações, antes mesmo do cérebro racional (neocórtex) chegar a uma decisão.

As pesquisas de António Damásio conduziram ao conhecimento neurológico da função das emoções, bem como ao conhecimento e à compreensão das zonas cerebrais supra citadas (Silva, 2010). Todavia, até aos dias de hoje, continua a assistir-se a um debate constante sobre a natureza cerebral das emoções (Campos, 2010).

O bulbo raquidiano constitui um prolongamento da medula espinhal, sendo considerado a estrutura mais antiga do cérebro. O bulbo é responsável por funções da respiração e do metabolismo e gere os instintos, impulsos e reflexos (Martin & Boeck, 1999).

O sistema límbico interage permanentemente com o neocórtex e com o bulbo raquidiano, sendo aquele sistema constituído pelo córtex límbico, pelo hipocampo e amígdala (Alves, 2010; Damásio, 2000; Goleman, 2000). O hipocampo conjuntamente com o córtex cerebral está envolvido no reconhecimento factos e contextos da vida do indivíduo. Por sua vez, a amígdala detém o conhecimento emocional que acompanha esses factos e faculta os primeiros socorros em situações emocionais extremas, enquanto o lóbulo pré-frontal coordena e organiza as nossas emoções (Campos, 2010; Goleman, 2000; Martin & Boeck, 1999).

O neocórtex, ou cérebro racional situa-se por cima do bulbo raquidiano e do sistema límbico e permite-nos ter a capacidade de compreender as relações globais (MacKay, 2005) e gerir as emoções de forma eficaz, diminuindo os estímulos de activação enviados pela amígdala e pelos restantes centros límbico (Campos, 2010). Os lobulos pré-frontais e frontais intervêm na assimilação neocortical das emoções e possuem duas importantes funções: a primeira refere-se ao controlo das reações emocionais, travando os sinais enviados pelo cérebro límbico; a segunda função remete para o desenvolvimento de planos de acção para as diversas situações emocionais (Martin & Boeck, 1999).

Ledoux (1996) esclareceu que os sinais sensoriais provenientes do olho chegam ao cérebro passando inicialmente pelo tálamo e depois pela amígdala, um segundo sinal enviado pelo tálamo é conduzido para o neocórtex.

Segundo Goleman (2000), a emoção advém do impulso transmitido entre a amígdala e a região pré-frontal, esta última contém um conjunto de neurónios inibidores que podem restringir os impulsos da amígdala. Posteriormente é estimulado o neocórtex que modificará essa emoção desencadeando todo o processo da razão, conforme as

situações (Damásio, 1995). Goleman (2003, p.37) baseou-se nos estudos de LeDoux e Damásio, ao afirmar que “o funcionamento da amígdala e as suas interações com o neocórtex estão no cerne da inteligência emocional”.

Goleman, Boyatzis, e McKee (2002) são os autores da concepção de circuito aberto do sistema límbico mencionando que podemos ser influenciados pelas emoções dos outros, podendo mesmo levar a alterações comportamentais.

De acordo com Silva (2011) a emoção representa-se somaticamente, através de resposta pupilar lenta, secreção salivar anormal, mobilidade gastrointestinal, tensão muscular, suores frios e alterações da temperatura, da distribuição sanguínea, do ritmo respiratório e do batimento cardíaco.

Para Cunha et al. (2007), a inteligência emocional tal como a intelectual constitui uma função cerebral, que regula os impulsos e os sentimentos.

### **3.2.2. Emoção versus Razão/Cognição**

As primeiras pesquisas sobre as emoções remetem-nos para a antiga Grécia, altura em que o pensamento racional era mais valorizado do que as emoções. Todavia, esta postura de superioridade da componente cognitiva não era aplaudida por todos os estudiosos (Mayer et al., 2008). Na mesma época, Empédocles, cosmólogo da antiga Grécia, 450 a.C., desenvolveu a teoria dos quatro tipos de temperamento: colérico, melancólico, sanguíneo e fleumático. Esta teoria defendia que “o corpo humano era constituído pelos quatro elementos da natureza (fogo, terra, ar e água) relacionando-os com os quatro humores corporais: a bÍlis vermelha, a bÍlis negra, o sangue e as mucosidades (Martin & Boeck, 1999, p.11).

O *Erro de Descartes* de António Damásio contribuiu para a compreensão da interdependência entre emoção e razão, e mostrou aos investigadores, que tentar separá-los é não perceber os comportamentos, as aprendizagens e as tomadas de decisão (Silva, 2010). Tal, já tinha sido evidenciado no conceito de inteligência emocional, proposto inicialmente por Salovey e Mayer que estabeleceu desde logo a articulação entre razão e emoção (Mayer et al., 2000).

Na mesma linha de concordância, os diversos estudos de Damásio (2000,2003) permitiram concluir que a diminuição da emoção é tão nociva para o raciocínio, quanto a existência de emoção exagerada. Para além disso, a emoção parece representar o sistema

de apoio sem a qual a razão não pode funcionar de modo eficiente, demonstrando-se assim, uma forte ligação entre a emoção, a razão e decisão. O mesmo autor refere que, quando o sinal emocional é avaliado conscientemente, o indivíduo percebe mudanças do ritmo cardíaco ou contração intestinal, que o auxiliam na decisão mais adequada, com vista a evitar consequências indesejadas. Tal processo ocorre antes mesmo que o nosso próprio raciocínio nos tenha orientado para a decisão oposta (Damásio, 2003). Assim, o sinal emocional não é suplente do raciocínio, mas sim um colaborador, ampliando a sua eficácia e celeridade (Alves, 2010).

No entender de Martin e Boeck, (1999), o cérebro emocional sustenta a sobrevivência do indivíduo em situações extremas, pois é capaz de identificar rapidamente as situações de risco, ativando processos de defesa pré-programados. Em oposição, o cérebro racional abrande e relativiza os processos emotivos que se apoderam do indivíduo, aprimorando os modelos de reação do cérebro emocional que são primitivos, comparativamente aos do cérebro racional.

Goleman (2003) afirmam ser inaceitável desagregar a razão da emoção, pois é esta última que alicerça a eficácia das decisões, a partir do controlo adequado dessa emocionalidade e do uso racional dessa força. De forma sumária, a tomada de decisão compreende dois mecanismos, um de carácter cognitivo e outro de carácter emocional. Tudo isto é condizente com Damásio (2003) ao afirmar que as competências de decisão são influenciadas pelas experiências emocionais do sujeito, encontrando-se as partes cognitivas e emocionais fortemente aglutinadas.

As alterações dos paradigmas teóricos ao longo dos tempos conduziram a um conjunto de argumentos que comprovam que sentir, pensar e decidir envolvem mecanismos do cérebro racional e emocional (Martin & Boeck, 1999). Os mesmos autores advogam que “As nossas emoções determinam até que ponto podemos tirar partido do nosso potencial mental para termos uma boa seletividade precisamos para além de um QI o mais elevado possível, de qualidades como a perseverança e o otimismo” (Martin & Boeck, 1999, p.44).

Em síntese, a inteligência emocional é o resultado da interação entre cognição e emoção, sendo que a emoção conduz a um pensamento mais inteligente e a inteligência emocional auxilia o indivíduo a pensar nas suas emoções e nas dos outros. A ausência desta conexão torna o indivíduo emocional e socialmente inapto (Alves, 2010).

Torna-se assim claro, que é de extrema importância perceber o significado de inteligência emocional e compreender como se utilizam as emoções para facilitar a razão.

### **3.3.Inteligência Emocional**

A inteligência emocional não é um constructo recente, uma vez que desde os anos 90 tem sido alvo de investigações, particularmente pela psicologia. Este conceito foi mencionado em 1953 num livro de Jane Austen, onde referiu que as diversas personagens da sua obra seriam dotadas de aptidões emocionais excepcionais (Ângelo, 2007).

#### **3.3.1.Evolução histórica e conceptualização**

No início dos anos 80, como já foi referido anteriormente, Howard Gardner introduziu a noção de inteligências múltiplas, mencionadas no passado por diversos investigadores, sublinhando que, as inteligências intra e interpessoal eram marcantes na definição do tipo de inteligência mensurado por testes de Quociente de Inteligência (Alves, 2010; Salovey, Mayer, & Caruso, 2002). Na mesma década, Bar-On constitui a abreviatura de Quociente Emocional (QE) referindo-se às aptidões da inteligência emocional (Goleman, 2000).

Em 1990, a Inteligência Emocional foi abordada pela primeira vez pelos psicólogos Mayer e Salovey, como sendo uma subdivisão da Inteligência Social. Assim, a IE foi definida por aqueles autores como “a capacidade de monitorizar não só os seus sentimentos e emoções, mas também os dos outros, de os diferenciar entre si, e de usar essa informação para guiar o pensamento e comportamento”(Mayer & Salovey, 1990, p.7).

Em termos académicos, a inteligência emocional começou a ser estudada na década de 90 (Mayer, Salovey & Caruso, 2000), contudo a notoriedade do conceito teve o seu crescendo desde a publicação do livro *Emotional Intelligence* do psicólogo e jornalista Daniel Goleman, em 1995 ano em que Mayer e Salovey sustentaram que a inteligência emocional envolve três processos mentais: estimar e expressar as emoções do próprio e dos outros, reger as emoções do próprio e dos outros e utilizar as emoções de acordo com o contexto (Mayer & Salovey, 1995). Mais tarde, em 1997, aqueles estudiosos em resposta à popularização da IE procederam a uma reformulação descrevendo a Inteligência Emocional como uma “capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções

para promover o crescimento emocional e intelectual” (Mayer & Salovey, 1997, p. 10). Nesse mesmo ano, os mesmos autores reconheceram cinco habilidades que marcam a aptidão emocional (Alves, 2010): ser capaz de identificar as suas próprias emoções; ter a capacidade de controlar as suas emoções; usufruir do potencial emocional; ser capaz de se colocar na posição dos outros e por último, capacidade de estabelecer ligações sociais. Tais habilidades foram defendidas igualmente por Martin e Boeck (1999) que chegam mais longe, ao referir que a presença de tais capacidades emocionais conduz a um aumento da qualidade de vida do indivíduo.

Daniel Goleman definiu em 1998/1999, a IE como “a capacidade de reconhecer os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações” (Goleman, 2000, p.333).

Em 1999, Mayer e Salovey propuseram uma definição definitiva advogando que a IE é a capacidade de identificar os significados das emoções e as suas relações, e em resolver problemas com base nas mesmas (Ciarrochi & Mayer, 2006). Foi a partir desta última definição que Mayer e Salovey fizeram um modelo de inteligência emocional assente em quatro capacidades, o modelo das habilidades/aptidões de Salovey e Mayer, que será analisado posteriormente (Mayer, Salovey, & Caruso, 2004).

Bar-On (2000) entende a inteligência emocional conjuntamente com a inteligência social, descrevendo-a como um conjunto de capacidades não cognitivas, emocionais, individuais e interpessoais, que comunicam entre si e se influenciam mutuamente perante as exigências do contexto ambiental. Grewal e Salovey (2005), por seu lado, referem-se à IE como um agregado de habilidades que são mensuráveis e se diferenciam da personalidade e das capacidades sociais.

Matthews, Zeidner, e Roberts (2002, p. 3), resumem a IE à “competência para identificar e expressar emoções, compreender emoções, assimilar emoções no pensamento, e regular emoções positivas e negativas no próprio e nos outros”.

Em 2002, Goleman referiu que as aptidões típicas da Inteligência Emocional simetizam-se à palavra carácter, adicionando às capacidades mentais outras características da personalidade que podem auxiliar aquela inteligência (Goleman et al., 2002).

De acordo com a Associação Americana de Psicologia, a IE é a capacidade de compreender, avaliar e expor emoções de forma adequada, com vista a orientar o pensamento, a dissecar emoções, a usar o saber emocional e a organizar as próprias emoções, para que o individuo se desenvolva emocional e intelectualmente (Woyciekoski & Hutz, 2009).



No âmbito da Inteligência Emocional, o conceito de competência emocional defendido por Goleman não deve ser esquecido. Para este autor, aquele conceito constitui “uma capacidade apreendida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho” e que compreende aptidões emocionais e sociais (Goleman, 2000, p.33).

Apesar da diversidade de definições anteriormente supra citadas, nenhuma delas contemplava o pensamento sobre o sentimento, fazendo apenas referência à percepção e ao controlo da emoção. Tal vai contrariar a concepção de Damásio, pois para este autor, a IE trata-se do talento de compreender e/ou conceber sentimentos quando aqueles auxiliam o pensamento (Damásio, 2000).

Na literatura são diversas as definições de IE, umas mais focalizadas na inteligência tradicional abrangendo as emoções, e outras mais disseminadas e ampliadas, que encaram a Inteligência Emocional como um vasto conjunto de aptidões, exaustivamente investigados, como é o caso da persistência, optimismo e sociabilidade (Mayer, 2006). A par das inúmeras definições, têm igualmente sido desenvolvidos diversos modelos teóricos sobre a inteligência emocional, bem como respetivos instrumentos de medida, que de seguida serão abordados.

### **3.3.2. Modelos de Inteligência Emocional**

A literatura é consensual ao referir a existência dois tipos de modelos para a inteligência emocional (Alves, 2010; Ângelo, 2007; Goleman, 2000/2003; Mayer et al., 2000):

#### ***3.3.2.1. Modelos de aptidões/habilidades de Salovey e Mayer (1990)***

Estes modelos baseiam-se na teoria académica iniciada em 1990 por Salovey e Mayer e focalizam-se nas aptidões/habilidades mentais, nas emoções e na sua interacção com a inteligência (Ângelo, 2007).

Segundo Mayer et al. (2000) estes modelos são os únicos que equivalem, à inteligência emocional, pois descrevem-na como um tipo de inteligência, cumprindo as normas empíricas para tal: os problemas mentais têm uma resposta correta ou errada, as

aptidões mensuradas apresentam conexão positiva entre si e o seu nível varia diretamente com a idade e a experiência.

O modelo de aptidões/habilidades encara a inteligência emocional como uma inteligência padrão e define-a como um conjunto de habilidades que torna um indivíduo capaz de usar as informações vindas das emoções, com vista a gerir de forma eficaz as suas emoções e comportamentos (Salovey et al., 2002).

Os modelos de aptidões/habilidades de Salovey e Mayer baseiam-se numa óptica que assume a Inteligência Emocional como um conjunto de aptidões emocionais e cognitivas consideradas ímpares para a IE, independentes de aspetos e características da personalidade (Silva, Rosado, & Serpa, 2012).

Segundo Mayer et al. (2002), este modelo é constituído por 4 estádios de capacidades emocionais conforme apresentado na Tabela 1, sendo que cada um dos estádios se edifica sobre o estádio prévio. Cada estádio do modelo tem aptidões particulares, que agrupadas arquitectam uma definição de IE, sendo esta percebida “como a habilidade para perceber e expressar emoções, assimilar emoções no pensamento, entender as emoções e regular as emoções em nós mesmo e nos outros” (Mayer & Salovey, 1995, p.3).

### **Tabela 1**

*Modelo das aptidões/habilidades de Salovey e Mayer (1990)*

---

#### **1º Estádio - Percepção, avaliação e expressão das emoções**

A Percepção Emocional constitui a aptidão basilar da IE, refere-se às capacidades de identificar diferentes emoções de si próprio e de expressá-las em contexto social (Mayer et al., 2002).

#### **2º Estádio - Facilitação do pensamento**

Esta aptidão concentra-se em como as emoções perturbam o sistema cognitivo e como os estados emocionais auxiliam a tomada de decisão. A Emoção como Facilitadora do Pensamento reporta-se à aptidão do pensamento gerar emoções, e destas influírem o processamento cognitivo (Mayer & Salovey, 1997).

(continua)

**Tabela 1 (continuação)**

*Modelo das aptidões/habilidades de Salovey e Mayer (1990)*

---

**3º Estádio - Compreensão das emoções.**

A capacidade de Compreensão Emocional compreende três capacidades: reconhecer emoções e codificá-las; perceber o significado das emoções e de que forma se relacionam e por último, reconhecer as causas e consequências dos estados emocionais (Mayer et al., 2002).

**4º Estádio – Controlo e Regulação das emoções.**

O controlo e organização das emoções pressupõe a capacidade de reger as suas próprias emoções e a dos outros, cultivando as positivas e atenuando as negativas (Mayer & Salovey, 1997; Woyciekoski & Hutz, 2009).

---

Fonte: (Mayer et al., 2002; Mayer & Salovey, 1997)

Mais recentemente, os modelos de aptidões/habilidades foram subdivididos em dois tipos: os modelos de aptidões integradas, que encaram a inteligência emocional como uma capacidade global que é o somatório de todas essas aptidões mentais e os modelos de aptidões específicas, que se focalizam numa ou em várias aptidões mentais específicas (Ângelo, 2007).

**3.3.2.2. Modelos mistos**

Os modelos mistos vão na direcção de Goleman e Bar-On, que consideram as aptidões mentais e uma diversidade de outras características como a atividade social, a motivação e determinadas particularidades pessoais (Ângelo, 2007). A designação de modelos mistos advém do facto destes considerarem a combinação de características da personalidade, como a motivação com aspetos das habilidades da inteligência emocional (Nascimento, 2006).

Nos anos 90, Goleman sustentou o pensamento de que as capacidades cognitivas e não cognitivas (emocionais e sociais) têm uma estreita relação, sendo que as primeiras eram aperfeiçoadas pelas não cognitivas, salientando-se assim, a importância das competências emocionais e sociais para o sucesso pessoal. Foi a partir do pensamento de Goleman que emergiu o segundo modelo de inteligência emocional, o modelo misto ou combinado (Nascimento, 2006).

Goleman (1995) considera a existência de cinco competências emocionais básicas (auto-consciência, gestão das emoções, auto-motivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos) que caracterizam os indivíduos considerados emocionalmente inteligentes. No entanto, é de salientar, que a literatura não é consensual quanto à nomenclatura utilizada na descrição destas cinco habilidades.

Assim, na Tabela 2 estão descritas as cinco competências que compõe o Modelo de Competências Emocionais de Goleman, com as respectivas vinte e cinco dimensões emocionais que se encontram divididas em duas grandes áreas: a competência pessoal, que estabelece o modo como nos gerimos a nós próprios e a competência social, que remete para a forma como lidamos com as relações (Alves, 2010; Goleman, 2000, 2003; Vilela, 2006).

**Tabela 2**

*Modelo de Competências Emocionais de Goleman*

COMPETÊNCIAS PESSOAIS	
Competências que estabelecem o modo como nos gerimos a nós próprios	
<b>Auto-Consciência</b>	
(Reconhecer os nossos estados internos, predileções, recursos e instintos)	
<b>Auto-consciência</b> emocional: compreender as próprias emoções e as suas consequências	
<b>Auto-avaliação precisa:</b> reconhecer as próprias forças e limites	
<b>Auto-confiança:</b> confiança nas capacidades e no valor próprio	
<b>Gestão das emoções</b>	
(Administrar os próprios estados internos, impulsos e recursos)	
<b>Auto-domínio:</b> gerir emoções e impulsos negativos	
<b>Inspirar confiança:</b> preservar padrões de honestidade e integridade	

(continua)

**Tabela 2 (continuação)**

*Modelo de Competências Emocionais de Goleman*

<b>Ser consciencioso:</b> assumir responsabilidade pelo desempenho individual
<b>Adaptabilidade:</b> flexibilidade de mudança
<b>Inovação:</b> estar receptivo a novas ideias, abordagens
<b>Auto-motivação</b>
(Propensões emocionais que guiam e facilitam o cumprimento de metas)
<b>Vontade de triunfar:</b> trabalhar para o aperfeiçoamento e o atingir da excelência
<b>Empenho:</b> alinhar com os objectivos do grupo ou organização
<b>Iniciativa:</b> sentido de oportunidade
<b>Optimismo:</b> persistência no prosseguimento dos objetivos apesar das contrariedades
<b>COMPETÊNCIAS SOCIAIS</b>
Competências que estabelecem o modo como lidamos com as relações
<b>Empatia</b>
(Consciência dos sentimentos e preocupações dos outros)
<b>Compreender os outros:</b> compreensão dos sentimentos e das perspectivas dos outros
<b>Desenvolver os outros:</b> percepção das necessidades de desenvolvimento dos outros e consolidar as suas aptidões
<b>Orientação para o serviço:</b> adiantar, conhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes
<b>Potenciar a diversidade:</b> criar oportunidades com distintos tipos de pessoas
<b>Consciência política:</b> perceber as emoções e as relações de poder de um grupo
<b>Gestão de relacionamento em grupos</b>
(Capacidade de induzir respostas favoráveis nos outros)
<b>Influência:</b> executar tácticas eficazes de persuasão
<b>Comunicação:</b> escutar com abertura e enviar mensagens convincentes
<b>Gestão de conflitos:</b> negociar e resolver atritos
<b>Liderança:</b> inspirar e orientar grupos e indivíduos
<b>Catalisador da mudança:</b> iniciar e gerir a mudança
<b>Criar laços:</b> cultivar relações instrumentais
<b>Colaboração e cooperação:</b> trabalhar com os outros para objectivos comuns
<b>Capacidades de equipa:</b> criar sinergias de grupo no prosseguimento de objectivos coletivos

**Fonte:** Goleman (2000, 2003)

Também Bar-On recai nos modelos mistos, ao defender competências emocionais agregadas em cinco componentes - Modelo da Inteligência Emocional e Social de Bar-on (1997): componente intrapessoal que avalia a auto-identificação geral do indivíduo, a auto-consciência emocional e a assertividade; componente interpessoal que remete para a empatia, a responsabilidade social e as relações sociais; componente de gestão das emoções que se refere à aptidão para suportar pressões e controlar ímpetos; componente do estado de ânimo que considera o otimismo e a satisfação e, por último, a componente de ajuste-adaptação que remete para a capacidade de avaliar de forma correcta a realidade e ajustar-se eficientemente a novas situações de forma flexível (Shemueli, 2005).

Em sùmula, os modelos mistos combinam características da personalidade como o otimismo e a motivação, com competências emocionais (Goleman, 2003). Por sua vez, o modelo das aptidões/habilidades focaliza-se unicamente no processamento emocional da informação e na análise das habilidades relacionadas com esse processamento (Alves, 2010).

### **3.3.3. Instrumentos de medida da inteligência emocional**

Paralelamente ao desenvolvimento e discussão das concepções teóricas, também os instrumentos de medida são alvo de polémica entre os investigadores da área. Assim, o conteúdo dos instrumentos de medida de IE varia em função das diversas conceptualizações teóricas atribuídas ao termo inteligência emocional (Monteiro, 2009).

Os instrumentos inicialmente construídos para avaliar a IE mensuravam apenas a percepção emocional ou, mais especificamente, a percepção não verbal. Ultimamente, os modelos de inteligência emocional (de aptidões e mistos) sugeriram o desenvolvimento dos seguintes instrumentos para medir a inteligência emocional: os testes de aptidões ou de competências, as escalas de auto-avaliação ou auto-descrição/auto-relato e o método dos informantes (Ângelo, 2007; Mayer et al., 2000).

Os testes de aptidões mensuram a inteligência emocional na linha dos modelos de aptidões e caracterizam o nível do desempenho de cada pessoa no cumprimento de um objectivo, sendo considerados fiáveis e válidos (Mayer et al., 2000). O sujeito é induzido a executar várias tarefas, como a resolução de problemas que pressupõem a existência de uma resposta correcta relevadora de um nível de IE superior (Alves, 2010). Estes testes de

aptidões ou competências podem ser efetuados pelo método do consenso, através do qual se confrontam as respostas dos participantes com as do grupo em que estão incluídos, pelo método dos especialistas, onde as respostas dos indivíduos são confrontadas com as de um especialista, ou pelo método dos alvos, em que se averigua se a resposta dos sujeitos concorda com o comunicado pelos próprios alvos. É de notar que as interdependências entre os produtos obtidos através dos três métodos são comumente positivos (Ângelo, 2007). Um exemplo deste tipo de instrumentos é o *Multifactor Emotional Intelligence Scale* (MEIS) (Monteiro, 2009).

Os questionários de auto-avaliação, auto-descrição ou auto-relato medem a inteligência emocional na óptica dos dois modelos de IE e representam um modo menos directo de avaliar a inteligência emocional, comparativamente aos testes de aptidões/competências. Neste tipo de instrumento, os indivíduos autodescreverem-se de acordo com as respostas a diversas afirmações (Alves, 2010; Woyciekoski & Hutz, 2010). Estes questionários baseiam-se na auto-análise, autoconhecimento e autoconceito. Assim, caso o autoconceito do indivíduo seja afinado, este tipo de instrumento constitui uma medida precisa da IE, no entanto, se o autoconceito do indivíduo for diminuto, a medida dará somente informação sobre o seu autoconceito e não sobre as suas aptidões (Mayer et al., 2000). Os questionários de auto-descrição apresentam algumas desvantagens como o facto de poderem refletir apenas o autoconceito do indivíduo e as suas perceções de desejabilidade, e não a sua verdadeira inteligência emocional (Alves, 2010; Woyciekoski & Hutz, 2010). Para além disso, os indivíduos podem adulterar as respostas com vista a uma impressão favorável (Ângelo, 2007). Todavia, os questionários de auto-descrição/auto-relato comportam algumas vantagens, pois são mais simples de gerir, possibilitam o acesso a experiências internas difíceis de aceder através de medições de aptidões e permitem a avaliação de processos conscientes relacionados com a inteligência emocional (Mayer et al., 2000). De acordo com Austin (2010), os testes de aptidões e os questionários de auto-avaliação têm uma correlação positiva. Para Alves (2010), exemplos deste tipo de instrumentos são o *Trait Meta-Mood Scale*, o EQ-i de Bar-On e o instrumento proposto por Wong e Law a partir da tetradimensionalização sugerida por Mayer e Salovey.

No método dos informantes solicita-se aos observadores que avaliem e/ou posicionem um indivíduo no que respeita a determinadas afirmações, ou seja, este método de avaliação de IE focaliza-se na forma como cada indivíduo é encarado pelos outros, mensurando, na realidade, a reputação dos indivíduos (Alves, 2010; Ângelo, 2007). Tal

como os outros tipos de instrumentos, também o método dos informantes apresenta desvantagens, como o facto de a avaliação poder ser influenciada pela concepção que o informador tem sobre o indivíduo avaliado (efeito de halo). Tal como o autoconceito dos questionários de auto-descrição, também a reputação é essencial, mas não equivale necessariamente à inteligência emocional real (Mayer et al., 2000). Este método tem a vantagem de afastar os enviesamentos acrescidos das auto-descrições. No entanto, apresenta riscos, pois apenas é válido para comportamentos observáveis. Assim, sendo as aptidões mentais intrínsecas ao indivíduo, não podem ser avaliadas através do método dos informadores (Alves, 2010).

Para Kaufman e Kaufman (2001), o futuro da medição da inteligência emocional deve passar pela melhoria dos testes de aptidões e não nos questionários de auto-avaliação/auto-descrição. Os investigadores da área da inteligência utilizam por norma os testes de aptidões, pois a maioria considera, que a inteligência equivale à capacidade de desempenho atual das pessoas em matéria de tarefas mentais e não às convicções sobre essa capacidade (Ângelo, 2007; Woyciekoski & Hutz, 2009). No entanto, para alguns autores, a Inteligência Emocional não pode ser encarada uma forma de inteligência, devido ao facto de não existirem respostas objetivas para os testes de inteligência emocional (Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Os métodos de avaliação dos testes de aptidões (métodos do consenso, dos especialistas e dos alvos) suprimiriam, esse problema, pois possibilitam a determinação das respostas correctas para as questões apresentadas nesse tipo de testes (Mayer et al., 2000).

Os instrumentos que têm merecido maior atenção foram o *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)* desenvolvido por Mayer, Salovey e Caruso, o *Emotional Competency Inventory (ECI)* do famoso Goleman juntamente com Boyatzis e por último, o *Emotional Quotient Inventory (EQ-i)* de Bar-On (Mayer, 2006; Monteiro, 2009).

A presente investigação focaliza-se no âmbito do modelo das aptidões/habilidades e no método de questionários de auto-descrição. Pretendemos apresentar evidência empírica do instrumento desenvolvido e validado por Lima Santos e Faria (2005), sendo a versão portuguesa do *Emotional Skills and Competence Questionnaire* originalmente desenvolvido na Croácia por Taksic baseando-se no modelo teórico de Mayer e Salovey.



### **3.4.Importância da Inteligência Emocional nos Serviços de Saúde**

O constante progresso da sociedade ocidental, ao nível das ciências e tecnologias da saúde tem conduzido a alterações *major* na prestação de cuidados de saúde. Cumulativamente têm-se registado mutações demográficas significativas, tais como o aumento da esperança média de vida com consequente envelhecimento da população e ainda o aumento da incidência de doenças crónicas que leva progressivamente a elevados níveis de incapacidade (Escoval et al., 2010). Tais mutações exigem que os profissionais de saúde possuam competências técnicas e psicossociais singulares, nomeadamente no que respeita à componente emocional, objetivando elevados níveis de eficiência e efetividade dos cuidados, tendo sempre em vista a humanização dos mesmos (Dias & Queirós, 2010).

Os profissionais de saúde defrontam desafios cada vez maiores, relacionados com a complexidade das situações de saúde e doença que impõem uma abordagem interdisciplinar, que transborda a área da saúde e que obriga a um verdadeiro trabalho de equipa. No entanto, o trabalho em equipa exige que os seus atores possuem diversas competências, entre as quais, competências emocionais, que cada vez mais são essenciais nos complicados sistemas de cuidados de saúde, constatando-se que grupos com elevada IE podem ser fulcrais e decisivos em equipas responsáveis pelo cuidado ao doente (Costa & Faria, 2009b).

Torna-se assim, evidente a importância das emoções na saúde, pois não podemos esquecer que os profissionais de saúde lidam diariamente com situações emocionais extremas, aliadas às particularidades da condição humana (Domingues, 2009).

Na relação profissional de saúde-doente, os papéis de cada um estão bem delineados, no entanto, as emoções dos intervenientes representam uma parte dessa relação. As emoções do profissional repercutem-se no doente e nos cuidados prestados e, as emoções do doente podem refletir-se no profissional de saúde (Domingues, 2009). Daí a necessidade imperiosa dos profissionais de saúde estarem munidos de ferramentas emocionais ímpares. Todavia, temos que admitir que ainda persistem lacunas no processo formativo dos profissionais de saúde relativamente ao reconhecimento das emoções como fontes de informação terapêutica (Alves, 2010; Costa e Faria, 2009a). Ramos-Cerqueira e Lima (2002) afirmam que todos os profissionais de saúde devem possuir um agregado de saberes, afetos e experiências que lhes possibilitem atuar, pensar e comunicar com vista à eliminação de obstáculos entre a vida pessoal e profissional. Tal afirmação contraria a

concepção clássica de que a característica mais valorizada num profissional de saúde era a competência técnica e reforça a ideia de que a eficácia clínica não provém somente do domínio das técnicas, mas também, de um sistema de valores e de afectos que o profissional possui enquanto Ser Humano (Domingues, 2009). Tal vai ao encontro de Cadman e Brewer (2001), que num passado não muito longínquo, defendiam que a atuação de qualquer profissional de saúde não implica simplesmente competência clínica, mas também o cuidado e a relação com o doente, uma vez que se estabelecem relações de ajuda, devendo estes profissionais responder às emoções dos doentes, apesar de por vezes ser difícil de compreendê-las (Costa Faria, 2009b).

Infelizmente, a medicina contemporânea ainda não se debruça com atenção, sobre a Inteligência Emocional, sendo que, frequentemente, se ignora o estado emocional dos doentes, e se dirige as atenções apenas para a condição física, apesar de estar comprovado que os estados emocionais dos indivíduos têm um papel preponderante na vulnerabilidade à doença e no processo de reabilitação (Agostinho, 2008). Apesar destas evidências importa referir que, alguns profissionais de saúde consideram ainda, a emoções em contexto clínico como algo banal ou fútil. É tempo de travarmos esta concepção, de forma a colhermos benefícios terapêuticos da ligação entre emoção e saúde. Felizmente existem profissionais de saúde que escutam, sentem e prestam aos seus doentes cuidados repletos de afetividade, atenção e carinho (Costa, 2009; Goleman, 2003).

A Inteligência Emocional deverá transformar-se futuramente numa capacidade profissional cada vez mais valorizada (Costa & Faria, 2009b; Goleman, 2003). Para tal seria importante que a formação académica nas ciências da saúde incluísse o ensino de ferramentas básicas da Inteligência Emocional, como a autoconsciência, o dom de ouvir e a empatia (Goleman, 2003). Tal vai ao encontro de Veiga Branco (2004) ao afirmar que a literacia emocional não pode, nem deve, acabar na formação dos técnicos de saúde, sendo importante fazer convergir na sua formação as concepções de literacia emocional e educacional, com vista ao crescimento emocionalmente inteligente dos futuros profissionais de saúde.

Em suma, as competências emocionais são impulsionadoras e facilitadoras das relações interpessoais e do bem-estar dos indivíduos (Lima Santos & Faria, 2005), o que, no contexto de saúde, poderá constituir uma contribuição preciosa para a humanização dos cuidados.

### **3.5.Estado da arte sobre inteligência emocional**

O interesse pelas emoções no contexto laboral teve o seu crescendo nos últimos anos, pois os gestores aperceberam-se que o comportamento organizacional era fortemente influenciado por uma evidente componente emocional (motivação, conflitos, mudança) (Agostinho, 2008; Correia, 2010). O reconhecimento da importância das emoções por parte das organizações é resultado de inúmeras investigações científicas (Svyantek & Rahim, 2002) que ao longo dos anos se debruçaram sobre a temática e também, pelo aparecimento do conceito de Inteligência Emocional, amplamente reconhecido como essencial na gestão contemporânea (Correia, 2010).

Ao longo dos anos, muito se tem investigado sobre a relação da inteligência emocional com aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como é o caso da idade, do género, da actividade profissional e da família.

No que respeita à idade, Mayer concluiu nos seus estudos, que a Inteligência Emocional se desenvolve com a idade e a experiência. Os séniores quando devidamente motivados, são tão ou mais capazes de aprender ou desenvolver capacidades emocionais que os mais jovens. Assim, para Mayer, o termo que melhor caracteriza o desenvolvimento da Inteligência Emocional é a maturidade (Agostinho, 2008; Goleman, 2005). Tal é contrário aos resultados de Domingues (2009) que estudou a relação da inteligência emocional com a empatia e a satisfação no trabalho em médicos e constatou que os níveis da competência emocional empatia decrescem ao longo da carreira dos médicos, sendo evidente o afastamento entre o médico e o doente, talvez para garantir o profissionalismo e a isenção que lhe são incutidas desde a formação académica.

Também o género pode ter influência no nível de Inteligência Emocional, pois homens e mulheres apresentam comportamentos e posturas distintas perante situações emocionais idênticas. Agostinho (2008) e Goleman (2005) dizem que meninos e meninas são educados de forma distintas, no que respeita ao modo de lidar com as emoções, sendo que, regra geral, os pais discutem mais a temática das emoções com as filhas, do que os filhos. Assim, as mulheres parecem desenvolver e descrever melhor os seus sentimentos que os homens, pois estes últimos, manifestam mais dificuldade em ler expressões faciais de emoções (Agostinho 2008).

Um estudo efetuado a milhares de homens e mulheres mostrou que, as mulheres têm uma percepção emocional superior apresentando maiores níveis de empatia e melhores

competências nos relacionamentos interpessoais. Por sua vez, os homens mostram maior autoconfiança e otimismo, moldando-se mais facilmente às situações. Todavia, neste estudo foram verificadas diversas situações em que os homens eram tão empáticos como as mulheres, assim como, situações em que estas eram capazes de suportar o *stress*, tal como os homens emocionalmente mais inteligentes. Desta forma, aferiu-se que na maioria das situações, homens e mulheres compensam-se, não existindo assim, de acordo com os resultados deste estudo, diferenças significativas entre os géneros, a nível da Inteligência Emocional total (Goleman, 2005).

Também Vilela (2006) constatou no seu estudo com enfermeiros, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. No entanto, mais uma vez, a investigação de Domingues (2009) é divergente, pois a inteligência emocional total é superior no género feminino, ao nível da autoconsciência e auto-motivação, o que demonstra que as mulheres estão mais atentas às suas emoções e expressão de sentimentos e são mais aplicadas no prosseguimento dos objectivos.

No que respeita à influência da atividade profissional nas competências emocionais, Colell Brunet e seus colaboradores realizaram um estudo, com o qual pretendiam verificar quais as implicações da IE nos profissionais dos cuidados paliativos. Os resultados obtidos comprovam que os profissionais que detinham competências emocionais mais desenvolvidas lidavam melhor com a morte dos seus doentes (Vilela, 2006).

Um estudo de Vilela (2006) realizado com enfermeiros mostrou que, os que trabalham com doentes crónicos (enfermarias) autodescrevem-se emocionalmente mais inteligentes, comparativamente aos que trabalham com doentes agudos (urgências). Tal, leva-nos a concluir que as relações de proximidade com doentes crónicos conduzem ao aperfeiçoamento das competências emocionais dos enfermeiros (Agostinho, 2008).

Costa e Faria (2009b) exploraram a relação entre a competência emocional e a satisfação profissional de enfermeiros e a satisfação com o voluntariado por parte dos voluntários. Os resultados exprimem que a satisfação profissional e a satisfação com o voluntariado estão correlacionadas positivamente na dimensão de Capacidade para Lidar com a Emoção, para os enfermeiros e voluntários, e com a dimensão Expressão Emocional, para os voluntários. Para além disso, registaram-se diferenças estatisticamente significativas na percepção de competência emocional entre enfermeiros e voluntários, em benefício dos últimos.

No que respeita à classe médica, Domingues (2009) observou que os médicos especialistas estão ligeiramente mais satisfeitos com o trabalho comparativamente aos clínicos gerais. No mesmo estudo verificou-se que relativamente à empatia, os médicos especialistas registam valores mais elevados, o que contraria a concepção de que o tradicional “médico de família” é inevitavelmente mais atingível e mais interessado com o doente. Todavia, a autora do estudo reconhece que o grupo de especialistas é bastante mais jovem, o que poderá ter contribuído para aqueles resultados, visto a literatura afirmar que a empatia tende a diminuir com os anos de profissão (Hojat et al., 2004). Assim sendo, no estudo de Domingues (2009) a variável idade poderá ter funcionado como variável parasita.

Wilkin (2007) estudou a influência da empatia do profissional de saúde no doente e averiguou que os doentes recuperam mais rapidamente, sentem-se mais seguros e cooperam melhor no tratamento, nos casos em que o profissional revela empatia para com o doente e a sua condição de saúde.

Relativamente à influência da experiência profissional nos níveis de Inteligência Emocional, Lopes (2006) aferiu que a capacidade de entender as próprias emoções pode ser menor nos profissionais de saúde recém-formados, influenciando ou até mesmo impedindo a capacidade de criar uma relação empática com o doente. Tal é concordante com o estudo de Costa e Faria (2009a) efetuado a 217 enfermeiros e que demonstrou que os profissionais com mais tempo de experiência apresentam maiores competências emocionais. Em oposição, as investigações de Austin, Farrelly, Black, e Moore (2007) e Stratton, Saunders, e Elam (2008) revelam que mesmo a própria “experiência profissional” adquirida em contexto formativo pelos estudantes de Medicina provoca alterações a nível da IE, pois os níveis de empatia dos estudantes dos 2º e 3º anos são superiores aos do 5º ano. Para além disso, aqueles investigadores verificaram ainda que nas estudantes do género feminino ocorreu um decréscimo preocupante dos níveis de empatia, da fase inicial para a fase final do curso.

Debruçando-nos agora sobre a óptica da saúde e do bem-estar biopsicossocial são inúmeros os estudos que referem uma associação positiva da Inteligência Emocional com o *stress*, o humor, a auto-estima, o uso de substâncias, os estados depressivos, o autoconceito, a saúde física e psicológica e a interação social (Bar-On, 2006; Latimer, Rench & Brackett, 2008; Mayer, Roberts, & Barsade, 2008; Mayer, Salovey, Caruso, & Cherkasskiy, 2011; Meyer & Fletcher, 2007; Meyer & Zizzi, 2007; Nunez, León, González, & Martín-Albo, 2011).

Estudos de Trinidad, Ungerb, Choub, e Johnson (2004) evidenciaram que níveis elevados de IE actuam como fator protetor de hábitos tabágicos e alcoolismo em adolescentes. Tais estudos são corroborados por Meyer e Fletcher (2007) ao demonstrarem que as competências emocionais influenciam positivamente a minimização do uso de substâncias (tabaco, álcool, drogas, narcóticos, esteróides) utilizadas por atletas.

Uma meta-análise de 44 estudos e 7898 participantes efetuada por Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, e Rooke (2007) destacam que elevados níveis de inteligência emocional estão relacionados a maiores níveis de saúde mental ( $r = 0.29$ ), psicossomática ( $r = 0.31$ ) e física ( $r = 0.22$ ). Mais recentemente, Lu, Li, Hsu, e Williams (2010) demonstraram que os atletas com menores níveis de Inteligência Emocional vivenciaram maiores estados de ansiedade antes das competições, do que os atletas com maiores níveis de IE. Laborde, Brull, Weber, e Anders (2011) destacam, por sua vez, que atletas com elevadas competências emocionais experienciavam menos *stress* comparativamente aos atletas com diminutas competências emocionais.

Após a revisão teórica dos conceitos em torno da Inteligência Emocional, percebemos que ao longo dos últimos anos, a IE tem sido alvo de inúmeras pesquisas com os objetivos de compreender a inter-relação entre pensamentos, emoções e capacidades, e ainda o papel das emoções no comportamento inteligente. Tais investigações científicas têm vindo a contribuir para a aceitação plena da interdependência entre a razão e a emoção, o que conduzirá, num futuro próximo, ao reconhecimento da capacidade do indivíduo lidar com as suas emoções de forma inteligente (Woyciekoski & Hutz, 2010).

No presente capítulo efetuou-se uma pesquisa bibliográfica em torno do tema da Inteligência Emocional abordando-se aspetos como a inteligência, a relação entre as emoções e a cognição e as estruturas neurológicas envolvidas nas emoções. Foram ainda explanados os dois modelos de IE, o das habilidades e os mistos, bem como os métodos de avaliação (testes das aptidões/competências, questionários de auto-descrição e o método dos informadores). Findo este capítulo conclui-se assim, o enquadramento teórico da presente pesquisa, que se iniciou pela conceptualização dos Profissionais de Saúde e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Posteriormente efetuou-se uma breve abordagem sobre funcionalidade familiar direcionada obviamente para a vertente dos serviços de saúde e por último, apresentou-se uma fundamentação teórica aprofundada sobre a Inteligência Emocional, como foi supra citado.

De seguida serão descritos os procedimentos metodológicos perfilhados no desenvolvimento da presente investigação que orientaram a pesquisa de campo.

## **PARTE II**

### **INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

---

Na Parte II deste trabalho desenvolvemos três capítulos: no primeiro expõem-se as questões metodológicas que nortearam a elaboração do processo de investigação científica, no segundo capítulo são apresentados os tratamentos estatísticos e analisados os resultados obtidos. No último capítulo efetua-se a discussão dos resultados, procurando relacionar os resultados obtidos com outros estudos e autores que também se debruçaram sobre esta temática, alguns deles já referenciados no corpo teórico.





## **CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA**

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu-nos adquirir conhecimentos que serviram de alicerce para o desenvolvimento empírico da presente investigação científica. Após fundamentação teórica torna-se inevitável abordar a fase metodológica.

Na perspetiva de Fortin (1999, p.373), a qualidade de uma investigação científica é determinada pela adopção de uma correta metodologia, sendo que esta é definida pela mesma autora como “o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica.” Ainda segundo a mesma autora, a componente metodológica é um aspeto essencial em qualquer processo de investigação, uma vez que serve de guia durante o desenvolvimento da pesquisa. Todos estes procedimentos metodológicos e suas tomadas de decisão são fundamentais para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados obtidos e consequente resposta à problemática em estudo.

Assim sendo, o presente capítulo é constituído por um conjunto de etapas sequenciadas, onde se incluem: a questão de investigação, a conceptualização, o tipo e os objectivos do estudo, as variáveis a estudar, as hipóteses de investigação, a população e amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos efectuados e as considerações teóricas do tratamento estatístico que irá ser efetuado no capítulo seguinte.

### **4.1. Questão de investigação**

A prática clínica diária dos profissionais de saúde é marcada por constantes oscilações de emoções e obrigatoriedade de gestão das mesmas, parece-nos assim inevitável que aqueles profissionais devam apresentar competências emocionais diferenciadoras dos demais, uma vez que lidam com a condição humana (Cadman & Brewer, 2001). Alicerçadas neste pressuposto e nas interrogações que foram surgindo ao longo da pesquisa e fundamentação teórica formulámos a seguinte questão de investigação:

“Qual a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?”

De salientar que a questão anteriormente apresentada é produto da revisão da literatura especializada, de contatos com investigadores da área, de contatos diários com profissionais de saúde e suas respostas emocionais perante determinadas situações, e por último, do nosso interesse pessoal enquanto fisioterapeuta a exercer funções numa unidade de cuidados continuados integrados de longa duração e/ou manutenção.

Importa ainda referir, que estas unidades de saúde apresentam características específicas, onde o nível de Inteligência Emocional dos profissionais de saúde é essencial para a Gestão das Emoções e consequentemente para a qualidade dos cuidados prestados. Nesse sentido torna-se pertinente aferir quais as competências emocionais que os profissionais de saúde da RNCCI possuem, uma vez que as mesmas poderão constituir elementos facilitadores ou obstáculos ao processo de reabilitação biopsicossocial do indivíduo. Para além disso ambicionamos que o presente estudo conduza a uma reflexão pessoal e *qui ça* melhoria e/ou reformulação das práticas clínicas dos profissionais de saúde.

## **4.2. Conceptualização do estudo**

Num passado, não muito longínquo, Cadman e Brewer (2001) defendiam que a atuação de qualquer profissional de saúde não implicava simplesmente competências clínicas, mas também o cuidado e a relação com o doente. De facto, o profissional de saúde estabelece com os doentes relações de ajuda, logo tem que estar preparado para responder e gerir inteligentemente às suas próprias emoções, no entanto, nem sempre é fácil, pois a saúde comporta situações emocionais extremas.

As constantes reformulações dos sistemas de cuidados objetivando o aumento da qualidade dos serviços, são um impulsor de alterações dos paradigmas de atuação dos diferentes profissionais de saúde. Para que tais metamorfoses resultem em práticas clínicas de excelência, os profissionais de saúde devem munir-se de diversas competências emocionais, com vista a satisfazer as necessidades do doente (Costa & Faria, 2009a).

Cada vez mais se defendem e conhecem os benefícios do trabalho em equipa, e a saúde não é excepção. A Inteligência Emocional de uma equipa depende simultaneamente das regras estabelecidas, da cooperação, da colaboração e da confiança recíproca entre os pares, com vista à construção da identidade da equipa (Costa & Faria, 2009b). Os mesmos

autores defendem que tais características são essenciais nos complicados sistemas de cuidados de saúde, constatando-se que grupos com elevada IE podem ser fulcrais e decisivos em equipas responsáveis pelo cuidado ao doente.

Espera-se que os profissionais de saúde demonstrem sensibilidade profissional para identificar a vulnerabilidade do doente e, em simultâneo, diferenciar, de forma consciente, os seus próprios sentimentos e os do doente (Akerjordet & Severinsson, 2007).

As competências emocionais são impulsionadoras e facilitadoras das relações interpessoais e do bem-estar dos indivíduos, o que, no contexto de saúde, poderá constituir uma contribuição preciosa para a humanização dos cuidados (Lima Santos & Faria, 2005).

Diversos autores (Dessen & Polonia, 2007; Nave & Jesus, 2005) referem que tais competências devem ser desenvolvidas no seio familiar, e estimuladas desde a infância. Isto reforça o papel fulcral que a família tem na construção da identidade de cada indivíduo pois, apesar das alterações sofridas ao longo das gerações no conceito de família, a função afectiva da família é uma dimensão que tem perdurado ao longo dos tempos (Andrade & Martins, 2011).

A família é o primeiro ambiente de socialização do indivíduo, tendo um forte impacto e influência no comportamento humano (Dessen & Polonia, 2007). Assim, as relações familiares condicionam a atividade profissional de cada indivíduo, conduzindo, por vezes ao chamado conflito família-trabalho, quando não persiste um equilíbrio entre aqueles dois domínios. Boyar & Mosley (2007) advogam que a participação num domínio (família ou trabalho) pode levar ao sucesso no outro. Esta convicção vai de encontro ao conceito de facilitação entre a família e trabalho, que segundo Frone (2003, p.145) pode ser definida como “a extensão em que a participação na família (trabalho) é facilitada em virtude da experiência, aptidões, e oportunidades ganhas e desenvolvidas no trabalho (família) ”. Assim torna-se claro e compreensível que a funcionalidade familiar de cada indivíduo influenciará o seu desempenho organizacional e este por sua vez, dependerá das competências técnicas e emocionais de cada profissional (Costa & Faria, 2009b; Mendes, 2008).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados agrega algumas das questões referidas anteriormente, como competências emocionais e funcionalidade familiar, pois constitui uma resposta social e de saúde, com vista a garantir a continuidade de cuidados a indivíduos que se encontram em condição de dependência e perda de autonomia (Instituto da Segurança Social, 2012).

A intervenção clínica ao nível dos cuidados continuados requer, por parte dos profissionais de saúde competências emocionais ímpares, pois espera-se que aqueles prestem cuidados e dêem apoio ao utente, mas também à sua família. Como tal, aqueles profissionais deparam-se diariamente com situações emocionais de extrema exigência, que requerem competências emocionais ajustadas, assertivas e diferenciadoras.

Apesar dos muitos estudos (Cadman & Brewer, 2001; Costa & Faria, 2009a; Costa & Faria, 2009b; Lima Santos & Faria, 2005) focarem a importância da inteligência emocional na prestação dos cuidados de saúde, continuamos a assistir, por parte dos quadros superiores, a uma sobrevalorização dos recursos humanos enquanto produtores, e a uma subestima da condição humana, com todas as particularidades que advêm da mesma, nomeadamente a questão das emoções.

#### **4.3. Tipo de estudo**

Para Fortin (2009) a escolha do tipo de estudo deve ocorrer no decurso da formulação do problema, quando a questão de investigação se tornou concludente. Tendo por base os pressupostos teóricos de Fortin (2009), enquadramos o presente estudo no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

A nossa pesquisa é de natureza quantitativa, na medida em que como refere Fortin (2009, p.20), é “um processo sistemático de colheita de dados observáveis e mensuráveis”. Este paradigma de investigação emprega dados numéricos para adquirir informações, descrever e testar relações entre as variáveis em estudo, através da observação de acontecimentos e fenómenos objetivos com vista a universalizar os resultados obtidos a partir de uma amostra (Fortin, 2009).

A manipulação de variáveis não é contemplada na presente investigação, daí o carácter não experimental da mesma (Fortin, 2003).

No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, pois os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo (2 meses).

Como pretendemos descrever os níveis de inteligência emocional de uma determinada população (profissionais de saúde) e estabelecer relação entre variáveis (inteligência

emocional e os diversos aspectos que a podem influenciar) com vista à sua descrição, optámos por uma investigação descritiva correlacional (Fortin, 2009).

#### **4.4. Objetivos**

Esta investigação tem como objetivo geral, avaliar a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e verificar em que medida as variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares têm efeito significativo na mesma. De acordo com o objetivo geral anteriormente explicitado delinear-se os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sócio demograficamente os profissionais de saúde da RNCCI;
- Caracterizar profissionalmente os profissionais de saúde da RNCCI;
- Identificar a funcionalidade familiar percebida pelos elementos amostrais;
- Analisar a correlação das diferentes variáveis sociodemográficas, profissionais e familiares com a Inteligência Emocional;
- Analisar quais das variáveis têm um peso preditivo sob a Inteligência Emocional nos profissionais de saúde.

#### **4.5. Variáveis**

De acordo com Fortin (2009, p.171), as variáveis são “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações susceptíveis de mudar ou variar com o tempo”, estas podem ser mensuradas, manipuladas ou controladas. No que respeita à relação entre elas, as variáveis podem ser qualificadas dependentes e independentes.

Na perspetiva de Coutinho (2011, p.69) a variável independente é aquela que “o investigador manipula, ou seja, é aquela em que os grupos em estudo diferem e cujo efeito o investigador vai determinar”. Esta variável é a que influencia, a que afecta, a variável dependente. A mesma autora define variável dependente como “a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente”, ou seja, é aquela que é influenciada.

Assim, a presente investigação possui as seguintes variáveis:

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

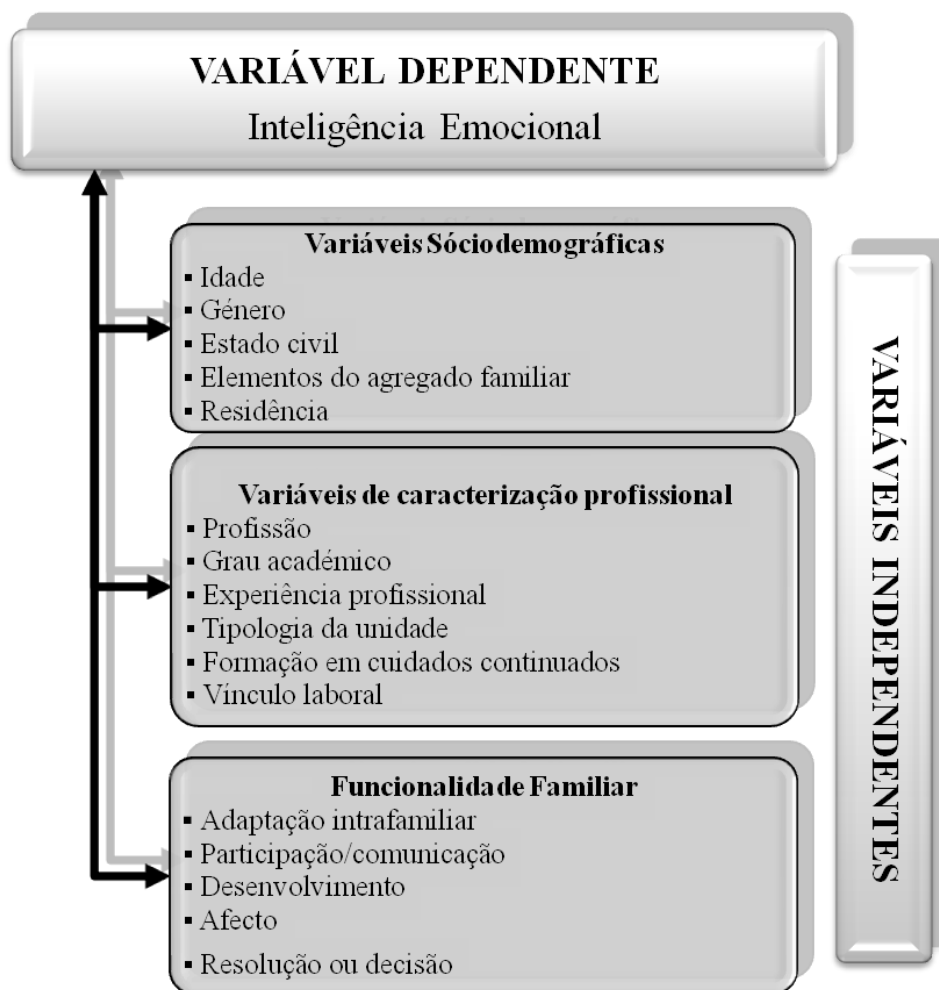
Estas variáveis no seu conjunto, visam num primeiro momento proceder a uma caracterização da amostra em termos sociodemográfico, profissional e familiar e num segundo avaliar a sua interferência na variável dependente.

A Inteligência Emocional é afectada por múltiplas variáveis como o género, a idade, a atividade profissional e a componente familiar. Assim, é de todo o interesse, que a presente pesquisa recaia e abranja essas variáveis, com vista a uma abordagem biopsicossocial e holística do Ser Humano.

Tendo em conta os aspetos supra citados, apresentaremos de seguida na Figura 2, o modelo conceptual sobre o qual a nossa pesquisa se fundamenta. O modelo permite-nos perceber os diferentes domínios que integram a nossa investigação e proporciona, em simultâneo, uma visão integral das dimensões consideradas fundamentais nesta problemática.

O presente modelo conceptual compreende três grandes domínios: (1) sociodemográfico (2) caracterização profissional e (3) a funcionalidade familiar, que se refere à percepção que o individuo tem relativamente à relação com a sua família.

Os três domínios interrelacionam-se e conduzem a profundas interferências na inteligência emocional dos profissionais de saúde da RNCCI.



*Figura 2 – Modelo conceptual do estudo. Fonte: Andrade e Martins (2011) (elaboração própria).*

#### 4.6. Hipóteses

Na perspectiva de Coutinho (2011), a formulação das hipóteses da investigação é um procedimento fundamental, pois os resultados obtidos dependem de como estas foram formuladas. Tendo por base os pressupostos teóricos expostos, a questão de investigação, as variáveis enunciadas, os objetivos definidos e o modelo conceptual adotado formulamos as seguintes hipóteses:

**Hipótese (H<sub>1</sub>)** – Existe associação entre género e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>2</sub>)** – Existe associação entre a idade e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>3</sub>)** – Existe associação entre e o estado civil e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>4</sub>)**– Existe associação entre o agregado familiar e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>5</sub>)** – Existe associação entre a residência e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>6</sub>)** – Existe associação entre a profissão e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>7</sub>)** – Existe associação entre o grau académico e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>8</sub>)** – Existe associação entre o tempo na RNCCI e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>9</sub>)** – Existe associação entre o tempo fora da RNCCI e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>10</sub>)** – Existe associação entre a formação em cuidados continuados e a as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>11</sub>)** – Existe associação entre trabalhar noutra instituição e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>12</sub>)** – Existe associação entre o vínculo a instituição e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>13</sub>)** – Existe associação entre funcionalidade familiar e as dimensões da competência emocional.

**Hipótese (H<sub>14</sub>)** – As variáveis (idade, sexo, número de elementos do agregado familiar, tempo de experiência profissional na RNCCI e a funcionalidade familiar) são preditoras da Inteligência emocional dos Profissionais de Saúde.



#### **4.7. População e Amostra**

Para Fortin (1999, p.202), a população é “uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios” e amostra é “um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Mais recentemente, Coutinho (2011) advoga que a amostra é o agregado de elementos de quem se colherá os dados, sendo que deve ter iguais características das da população de onde foi extraída.

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

Optámos por uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência, pois não podíamos especificar a probabilidade de um elemento pertencer à população, sendo que os elementos amostrais foram incluídos à medida que foram preenchendo os instrumentos de colheita de dados, até se atingir um número amostral que garantisse representatividade (Coutinho, 2011; Fortin, 2009). Trata-se portanto de uma amostragem por conveniência, uma vez que os sujeitos se encontram geograficamente acessíveis, ou seja, indivíduos pertencentes à região centro do país (Fortin, 2009).

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

#### **4.8. Instrumento de colheita de dados**

Após definição do problema, das hipóteses, das variáveis e da amostra torna-se imperativa a recolha dos dados. Esta fase da investigação vai influenciar directamente a qualidade dos resultados, bem como as conclusões da pesquisa (Almeida & Freire, 1997).

Os instrumentos de recolha de dados são ferramentas que permitem que o investigador reúna a informação necessária para a continuidade do seu estudo (Lakatos & Marconi, 1995).

De acordo com Fortin (2009) na ausência de instrumentos de recolha de dados, deve criá-los o investigador, para que dessa forma possa responder às questões de investigação desenvolvidas.

Tendo por base os objetivos da presente investigação, optámos por uma abordagem mista, ou seja, utilizaram-se instrumentos construídos por nós para o efeito, com vista à caracterização sociodemográfica e profissional (anexo 1) dos elementos amostrais e ainda, escalas edificadas por outros investigadores e já traduzidas e testadas na população portuguesa, nomeadamente o Apgar Familiar ( anexo 2) e o Questionário de Competência Emocional (QCE) (anexo 3). Assim, o nosso instrumento é composto com questões fechadas, abertas e mistas, sendo que algumas delas foram codificadas “à posteriori”. A Tabela 3 resume e explicita a estrutura do nosso questionário que é composto por quatro secções de questões.

**Tabela 3**

*Resumo estrutural do questionário*

<b>Domínios em estudo</b>	<b>Secção</b>	<b>Questões</b>
<b>Factores Sociodemográficos</b>	I	1 a 5
<b>Factores de Caracterização Profissional</b>	II	1 a 7
<b>Funcionalidade familiar (Apgar familiar)</b>	III	1 a 5
<b>Questionário de Competência Emocional</b>	IV	1 a 45

### **Secção I: Caracterização Sociodemográfica**

Com esta secção pretendemos adquirir dados de carácter pessoal, como a idade, o género, o estado civil, o número de elementos do agregado familiar e, por último, o seu local de residência. São cinco questões, sendo quatro do tipo fechado com diversas opções de resposta e uma aberta.

### **Secção II: Caracterização Profissional**

A formulação desta secção objetiva o conhecimento integral da situação académica e profissional (dentro e fora da RNCCI) dos elementos amostrais, abordando questões como a profissão, as habilitações académicas, o tempo de experiência profissional, a questão da formação específica no âmbito dos cuidados continuados, o local do exercício

profissional e, por último, o vínculo laboral. Este grupo é constituído por 7 questões, cinco fechadas, 2 abertas, estas últimas, referem-se à profissão e ao tempo de experiência profissional.

### **Secção III – Escala de Apgar Familiar**

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

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

- **Adaptação (*Adaptability*) intrafamiliar:** refere-se à utilização de recursos familiares, com vista à resolução de problemas quando o equilíbrio familiar é posto em causa;
- **Participação/comunicação (*Partnertship*)** – reciprocidade nas comunicações familiares e na tomada de decisões e consequentes responsabilidades;
- **Desenvolvimento (*Growth*)** – independência, disponibilidade da família para mutações de papéis e para alcançar a maturidade e/ou desenvolvimento psíquico, físico e emocional, sempre marcado pelo apoio familiar;
- **Afeto (*Affection*)** – presença de ligações de assistência ou carinho entre os diversos membros familiares;
- **Resolução ou decisão (*Resolve*)** – disponibilidade para outros elementos da família, estimulando-os física e emocionalmente. Tal implica a partilha de bens e espaço.

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

**Tabela 4***Classificação da Apgar Familiar*

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

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

Andrade e Martins (2011) referem ainda que, a legitimidade e credibilidade deste instrumento têm sido analisadas, uma vez que este instrumento apenas mede a satisfação familiar que a pessoa admite e verbaliza.

No que respeita à consistência interna da Apgar Familiar, o autor da escala constatou, através dos estudos onde esta foi aplicada, valores de alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,85 (Smilkstein, 1978). No caso concreto do nosso estudo, procedeu-se também à verificação da consistência interna da escala de Apgar Familiar tal como está exposto na Tabela 5. A análise demonstrou que para a globalidade dos itens um valor de alfa de Cronbach de 0,874, o que revela uma boa consistência interna. Para cada um dos itens verificou-se o mesmo registo uma vez que os valores oscilaram entre 0,827 no item 1 e 0,860 no item 3.

**Tabela 5***Consistência interna da escala de Apgar Familiar*

	Itens	Média	Dp	Correlação Item/total	Alfa
<b>1</b>	Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?	1,61	0,6	0,667	0,827
<b>2</b>	Está satisfeito como a sua família discute os assuntos?	1,39	0,635	0,576	0,837
<b>3</b>	Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?	1,42	0,667	0,470	0,860
<b>4</b>	Está satisfeito com o modo da sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex: amor, irritação, pesar)?	1,55	0,620	0,466	0,853
<b>5</b>	Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	1,57	0,636	0,531	0,856

#### Secção IV- Questionário de Competência Emocional

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

É composto por 45 itens que são respondidos através de uma escala de *Likert* de 6 pontos que oscila entre “Nunca” e “Sempre”. O QCE é constituído por três dimensões ou subescalas: a Percepção Emocional (PE) que inclui 15 itens (itens número 3,6,9,12,15,18,21,24,27,30,33,36,39,42,44) e tem uma pontuação total de 90 pontos; a Expressão Emocional (EE) que contém 14 itens (itens número 2,5,8,11,14,17,20,23,26,29,32,35,38,41) e um total de 84 pontos e finalmente, a Capacidade para Lidar (CL) com a Emoção que é composta por 16 itens (itens número 1,4,7,10,13,16,19,22,25,28,31,34,37,40,43,45) e tem uma pontuação total de 96 pontos (Costa & Faria, 2009a).

O ESCQ foi traduzido e adaptado para o contexto português (Lima Santos & Faria, 2005), passando a designar-se Questionário de Competência Emocional (QCE), no âmbito de um estudo que objetivou a validação intercultural do mesmo. O QCE foi aplicado ao contexto educativo (ensino secundário superior), tendo os valores de *alfa* das subescalas apontado para que os itens são consistentes com as dimensões a que pertencem, ou seja, a escala mostra uma boa consistência interna para as dimensões Percepção Emocional (0,84) e Expressão Emocional (entre 0,83 e 0,84) e uma consistência razoável para a dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção (entre 0,64 e 0,67). Relativamente à validade factorial, das análises realizadas com as subamostras extraíram-se três factores, que explicam cerca de 30% da variância total dos resultados (29,9% na amostra total, 30,7% na subamostra do ensino secundário e 29,9% na subamostra do ensino superior); os coeficientes de saturação e os valores de comunalidade são bons para a maioria dos itens, mas apenas satisfatórios para os itens 5, 26 e 29 (que pertencem à dimensão Expressão Emocional) e 7, 10, 13, 19, 22, 25 e 40 (que pertencem à dimensão Capacidade para Lidar com a Emoção). No que diz respeito à validade interna dos itens, observou-se uma boa correlação (superior a 0,40 em ambas as amostras) entre estes e as três dimensões de competência emocional. Os itens das dimensões Percepção Emocional e Expressão Emocional apresentaram uma validade interna satisfatória ou boa, o que reforça a boa consistência interna revelada por estas duas dimensões. Alguns itens incluídos na dimensão

Capacidade para Lidar com a Emoção, apresentam pior índice de validade interna, sendo menos representativos desta dimensão (Faria, Costa & Costa, 2008).

Em resumo, o estudo das propriedades psicométricas da escala de Medida da Inteligência Emocional revela que é efetivamente um instrumento com validade factorial pelo que tem indicação para ser aplicada em futuras pesquisas de âmbito científico, nomeadamente na área da saúde, daí termos optado por este questionário.

No nosso estudo quisemos também avaliar as propriedades psicométricas da escala e os resultados obtidos revelam uma escala com muito boa consistência interna, apresentando valores de alfa de Crombach que oscilaram entre 0,904 na dimensão capacidade para lidar com as emoções e 0,958 na percepção emocional, conforme Tabela 6.

**Tabela 6**

*Consistência interna do Questionário de Competência Emocional*

<b>Dimensões</b>	<b>Itens</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>	<b>Alpha de cronbach</b>
<b>Percepção emocional</b>	3,6,9,12,18,21,24,26,27,28,30, 31,33,36,39,42	67,88	12,407	0,958
<b>Expressão emocional</b>	2,5,8,11,13,14,17,20,23,29,32, 38,41	58,63	9,227	0,935
<b>Capacidade para lidar com emoções</b>	1,4,7,10,15,16,19,22,25,34,35, 37,40,43,44,45	75,20	9,362	0,904

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é ainda a determinação da matriz de correlação entre os seus diversos factores. Refere Fortin (2009) que as correlações não devem ser demasiado elevadas pois este facto indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, facto que nos revela uma sensibilidade a aspetos diferentes do mesmo constructo.

Para o efeito efetuamos uma matriz de correlação de Pearson, no sentido de determinar o comportamento das diferentes subescalas. De acordo com os resultados expressos na Tabela 7, verificámos que as correlações entre as três dimensões da escala, são positivas e significativamente correlacionadas oscilando entre  $r=0,812$  para o factor

percepção emocional vs capacidade para lidar com emoções e  $r=0,846$  na expressão emocional vs capacidade para lidar com as emoções.

Perante estes resultados concluiu-se que as correlações com as diferentes subescalas são todas positivas o que nos permite afirmar que quando aumenta o valor de uma dimensão aumenta também o da outra.

**Tabela 7**

*Matriz de correlação de Pearson entre subescalas da inteligência emocional*

<b>Dimensões da competência emocional</b>	<b>Percepção emocional</b>	<b>Expressão emocional</b>	<b>Capacidade para lidar com emoções</b>
<b>Percepção emocional</b>	-	0,837**	<b>0,812**</b>
<b>Expressão emocional</b>	0,837**	-	<b>0,846**</b>
<b>Capacidade para lidar com emoções</b>	<b>0,812**</b>	<b>0,846**</b>	-

#### **4.9. Procedimentos de colheita de dados**

Após delineararmos a questão de investigação, os objetivos e as variáveis em estudo iniciamos um conjunto de ações, com vista a atingir os objetivos do estudo. Primariamente, através de um requerimento via e-mail (anexo 5) foi pedida a autorização à Coordenação Nacional da Rede nacional dos Cuidados Continuados Integrados, a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) para realizarmos o presente estudo nas unidades de internamento da região Centro do país. Nesse requerimento foram apresentadas as responsáveis pela pesquisa, explicados os objetivos e importância do estudo e assumimos que todos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia seriam salvaguardados. A autorização foi deferida (anexo 6) pelas entidades acima referidas, sob o nome da coordenadora Dr<sup>a</sup> Inês Guerreiro, que nos aconselhou a estabelecer articulação com a Equipa de Coordenação Regional do Centro – Coimbra. Procedemos ao contato via e-mail (anexo 7) com aquela Equipa, a qual nos disponibilizou de imediato, os mapas das unidades de internamento da região centro com respetivos contatos eletrónicos (anexo 8). Em simultâneo, procedeu-se à colocação do instrumento de recolha de dados num formato

de questionário *on line* que era acedido através de um *link* referido no *e-mail* enviado para as unidades.

No início do mês de Janeiro, procedemos finalmente, ao envio electrónico do instrumento de recolha de dados para as diversas unidades de internamento da região centro da RNCCI. Os participantes foram instruídos, por escrito, sobre como deveriam responder aos questionários e reenviá-los. A recolha de dados foi realizada entre Janeiro e Fevereiro de 2012.

Após recolha de dados foi efectuado o tratamento estatístico dos mesmos, com posterior análise e discussão dos resultados.

#### **4.10. Tratamento Estatístico**

Para Coutinho (2011) a estatística permite organizar os dados obtidos e que a função do tratamento estatístico é transformar dados em informação.

Após a colheita de dados, efectuou-se uma primeira análise à base de dados onde foram inseridos os questionários, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e inferencial. A primeira permite estruturar a informação numérica com vista à descrição global da amostra. Para tal recorremos a frequências absolutas e percentuais, a medidas de tendência central ou de localização como médias e a medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação (CV) e desvio padrão (DP) (Almeida & Freire, 2000). O coeficiente de variação compara a variabilidade de duas variáveis, que de acordo com Pestana e Gageiro (2005) deve ser analisada da seguinte forma:

- ✓ Dispersão Baixa  $\leq 15\%$
- ✓ Dispersão Moderada  $> 15\% \leq 30\%$
- ✓ Dispersão Elevada  $> 30\%$

Utilizámos ainda medidas de simetria (Skewness) e de achatamento (Kurtosis) , de acordo com as características das variáveis em estudo. A medida de simetria de Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP) (Pestana & Gageiro, 2003). Os mesmos autores apresentam os seguintes valores de referência:



- ✓  $SK/EP \leq -1.96$  – distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita;
- ✓  $-1.96 < SK/EP \leq 1.96$  – distribuição é simétrica;
- ✓  $SK/EP > 1.96$  – a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também provém do coeficiente com o erro padrão (EP). Assim, para Pestana e Gageiro (2003), a distribuição pode ser:

- ✓  $K/EP \leq -1.96$  – distribuição é platicúrtica,
- ✓  $-1.96 < K/EP \leq 1.96$  – distribuição é mesocúrtica,
- ✓  $K/EP > 1.96$  – a distribuição é leptocúrtica.

Na opinião de Pestana e Gageiro (2005), uma distribuição é normal quando é simétrica e mesocúrtica. Conforme o recomendado, os testes de normalidade de Kolmogorov-Sminov, Skewness e Kurtosis foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa.

Para a análise bivariada aplicou-se o teste da percentagem residual que proporciona as diferenças percentuais de variável a variável, muitas vezes em detrimento do teste de Qui Quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub-amostras não permitia o uso do referido teste.

Como expõem Pestana e Gageiro (2005) a utilização dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais eficaz que o teste de qui quadrado na medida em que os resíduos ajustados na forma standardizada advertem sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis, ou os valores elevados dos resíduos indiciam uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Os autores citados consideram para uma probabilidade igual a 0.05, os seguintes valores de referência:

- ✓  $\geq 1.96$  diferença estatística significativa;
- ✓  $< 1.96$  diferença estatística não significativa.

A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna (Pestana & Gageiro, 2005).

No que respeita à estatística analítica ou inferencial, Samuels e Witmer (2003), defendem que aquela análise averigua a existência de relações entre as variáveis de uma amostra, que poderão ser universalizáveis à população. Nesse sentido utilizámos testes paramétricos e não paramétricos.

Os testes paramétricos impõem a averiguação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa apresentem uma distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras /populações (Maroco, 2007). Deste modo, impôs-se o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, tendo sido utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Maroco (2007) dilata ainda que os testes paramétricos são resistentes à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extraordinariamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam demasiado pequenas.

A estatística não paramétrica foi utilizada quando as condições de aplicação dos paramétricos, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificou (Maroco, 2007), ou seja, apenas se recorreu a estes testes quando o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor foi superior a 1.6 (Pestana & Gageiro, 2005). Os testes não paramétricos são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- ✓ O Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW) - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;
- ✓ A Análise de variância a um factor (ANOVA) ou o Teste Kruskal-Wallis, é usado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si, (Pestana & Gageiro, 2005);

- ✓ Regressão é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas -  $X_s$ ) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.
  
- ✓ Quando se utilizou apenas uma variável dependente e uma independente, efectuou-se uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.
  
- ✓ Teste de Qui Quadrado ( $\chi^2$ ) é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência ou seja os valores do teste pertencem à região crítica. Quando há relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para  $p=0.05$  (Pestana & Gageiro, 2005).

No sentido de analisarmos as correlações, recorremos à Correlação de Pearson (r), que na perspetiva de Pestana e Gageiro (2003) constitui uma medida de associação linear que utilizámos na análise das variáveis quantitativas. A Correlação de Pearson declara que os factos não estão indissolivelmente aglutinados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é assistida tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em

sentido inverso, daí os valores oscilarem entre -1 e +1, tal como é indicado por Pestana e Gageiro (2003):

- ✓  $r < 0.2$  – associação muito baixa;
- ✓  $0.2 \leq r < 0.39$  – associação baixa;
- ✓  $0.4 < r < 0.69$  – associação moderada;
- ✓  $0.7 < r < 0.89$  – associação alta;
- ✓  $0.9 < r \leq 1$  – associação muito alta.

Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto  $R$  como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

É de referir que, ao longo de toda a análise estatística, consideramos um nível de significância ( $p$ ) de 0.05, com um correspondente intervalo de confiança de 95%. Assim sendo, utilizamos os seguintes valores de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2005) e Samuels e Witmer (2003):

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico da presente investigação foi efetuado através do programa *Statiscal Package Social Science* versão 19.0 para o Windows e Word Microsoft. Optámos por apresentar os resultados em tabelas com o objectivo de permitir uma melhor apresentação da informação contida nos dados.

Findas estas considerações metodológicas, inicia-se no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

## **CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Após abordagem das questões metodológicas, designadamente a formulação das hipóteses, a descrição da amostra e a natureza dos instrumentos utilizados, estamos em condições de proceder à apresentação dos resultados, tentando averiguar se estes confirmam ou não as hipóteses formuladas.

Na perspetiva de Fortin (2009), na apresentação e análise dos resultados o investigador estuda o conjunto dos dados recolhidos segundo o tipo de estudo e o quadro de referência usados tendo em conta a descrição do fenómeno e verificação das relações entre o mesmo.

Iniciámos a apresentação dos resultados com a estatística descritiva fazendo a caracterização da amostra em função das variáveis sociodemográficas, profissionais, e ainda da funcionalidade familiar. Posteriormente é apresentada a estatística inferencial com o estudo de associação e o estudo dos efeitos de predição entre as variáveis em estudo, objectivando em última análise testar as hipóteses formuladas para a investigação.

Os resultados são apresentados em tabelas, uma vez que facilitam a visualização dos dados e permitem uma leitura clara e objetiva dos mesmos, com vista a estabelecer relações entre as variáveis em estudo. As fontes das tabelas serão omissas, uma vez que os dados foram recolhidos através do instrumento de colheita de dados. É de referir que as tabelas serão precedidos de um texto narrativo, onde se descreverá os principais resultados obtidos.

### **5.1. Análise Descritiva**

#### **5.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

##### **Idade /Género**

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

desvio padrão de 8,94 e um coeficiente de variação de 26,9 %, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Efetuada a uma análise por género verificamos que a média de idades para o sexo feminino ( $\bar{x}=31,86$ ) é ligeiramente inferior à do sexo masculino ( $\bar{x}=39,15$ ), apresentando ambos os grupos uma dispersão também moderada.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness) e de achatamento ou Kurtose (Kurtosis) levam-nos a concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é assimétrica positiva com enviesamento a direita e leptocúrtica.

**Tabela 8**

*Estatísticas descritivas da Idade/Género dos profissionais de saúde*

<b>Idade</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b>Dp</b>	<b>Sk</b>	<b>K</b>	<b>CV (%)</b>
<b>Feminino</b>	73	23	65	31,86	7,71	5,70	6,86	24,19
<b>Masculino</b>	33	23	58	39,15	9,30	0,75	-0,55	27,23
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>22</b>	<b>66</b>	<b>34,13</b>	<b>8,94</b>	<b>4,42</b>	<b>1,95</b>	<b>26,19</b>

### **Grupos etários, Estado Civil, Agregado Familiar e Local de Residência**

A distribuição dos elementos amostrais por grupos etários mostra, que o grupo com maior representatividade percentual (67,0%) se encontra no primeiro escalão [20-35]; seguindo-se o segundo [36-50] para 26,4%, e como era de esperar, apenas 6,6% integra o grupo dos [51-65] anos. Entre géneros existem ligeiras diferenças uma vez que o maior valor percentual (13,2%) dos homens se situa no segundo escalão [36-50] e 54,7% das mulheres se situa no primeiro ou seja entre os 20 e os 35 anos. De referir ainda que dos 7 elementos que integram o último escalão 6 pertencem ao género masculino.

No que respeita ao estado civil, os dados permitem-nos verificar que (44,3%) dos participantes, integra a alternativa “casados”, seguindo-se os solteiros com (33,0%), os que se encontram em união de facto com 18,9% e apenas 3,8% se encontra divorciado. Analisando o estado civil por género, constatamos que a distribuição se faz seguindo a mesma ordem da amostra total para o caso das mulheres, diferindo para os homens uma vez que estes se distribuem essencialmente pelos casados e em união de facto.

Relativamente à distribuição dos elementos que constituem o agregado familiar constatamos, que o maior valor percentual pertence ao agregado com 3 elementos com 33%, seguindo-se os que tem 4 para 24,5% e os que têm 2 para 22,6%. Com menor representatividade existem ainda aqueles têm apenas um elemento ou 5 e mais. A análise por género demonstra que são apenas as mulheres as que possuem um elemento no agregado familiar, o maior valor percentual em ambos os sexos (como referido anteriormente) recai no item correspondente aos 3 elementos.

Quanto ao local de residência verifica-se que a grande maioria (63,2%) habita em meio urbano e os restantes 36,8% em meio rural. A análise por género demonstra a mesma tendência distributiva.

**Tabela 9**

*Caracterização Sociodemográfica da amostra*

<b>Variáveis</b>	<b>Género</b>		<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>TOTAL</b>	
			N	%	N	%	N	%
<b>Grupos Etários</b>								
20-35			58	54,7	13	12,3	71	67,0
36-50			14	13,2	14	13,2	28	26,4
51-65			1	0,9	6	5,7	7	6,6
<b>Estado Civil</b>								
Solteiro			32	30,2	3	2,8	35	33,0
Casado			24	22,6	23	21,7	47	44,3
Divorciado			3	2,8	1	0,9	4	3,8
União de facto			14	13,2	6	5,7	20	18,9
<b>Agregado Familiar</b>								
1Elemento			13	12,3	-	-	13	12,3
2Elementos			20	18,9	4	3,8	24	22,6
3Elementos			23	21,7	12	11,3	35	33,0
4Elementos			16	15,1	10	9,4	26	24,5
5 e mais Elementos			2	1,8	10	9,4	12	11,3
<b>Residência</b>								
Meio rural			25	23,6	14	13,2	39	36,8
Meio urbano			48	45,3	19	17,9	67	63,2
<b>Total</b>			<b>73</b>	<b>68,9</b>	<b>33</b>	<b>31,1</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

### **5.1.2. Caracterização profissional da amostra**

#### **Profissão**

O grupo profissional mais representativo é a Enfermagem com 49,1%, seguindo-se os Fisioterapeutas com 30,2% e em terceiro lugar, os Médicos com 14,2%. Com menores valores percentuais, temos ainda os Assistentes Sociais e os Terapeutas da Fala.

Analisando a distribuição profissional por género, constatamos que os homens são em primeiro lugar Enfermeiros, segundo Médicos e terceiro Fisioterapeutas. Já as mulheres, estão distribuídas entre a Enfermagem em primeiro lugar, Fisioterapeutas em segundo e Medicina em terceiro.

#### **Grau Académico**

Considerando os dados relativos ao grau académico, podemos constatar que a maioria (47,1%) dos participantes possui o grau de licenciado, seguindo-se aqueles que possuem mestrado ou especialização com um valor próximo (46,2%), e por fim os doutorados com 6,7%.

Em termos de habilitações académicas existem algumas diferenças por género uma vez que no caso do género feminino se verifica a mesma ordenação da amostra total, mas no caso do género masculino a opção que ocupa o primeiro lugar corresponde aos mestrados/especialistas e também em maior nº absoluto com doutoramento.

#### **Tempo de experiência profissional**

Para analisar o tempo de experiência profissional dos diferentes inquiridos na RNCCI criámos dois escalões: os dados mostram que a maioria dos profissionais (50,9%) tem uma experiência superior ou igual a 4 anos e uma percentagem muito próxima (49,1%) tem uma experiência inferior ou igual a 3 anos.

Diferença, encontramos relativamente ao tempo de experiência que tem fora da rede. Também aqui criamos três grupos homogéneos que mostram que o maior grupo percentual (36,8%) tem uma experiência inferior ou igual a 2 anos, (31,1%) trabalha entre 3-7 anos e 32,1% tem uma experiência superior ou igual a 8 anos.

Avaliando esta variável por género verificamos que há uma inversão no tempo de experiência entre homens e mulheres, uma vez que as percentagens mais elevadas para as mulheres se situam nos escalões mais baixos e em contrapartida para os homens os valores



mais elevados se posicionam nos escalões mais elevados, o que nos leva a inferir que os homens possuem uma experiência profissional maior.

### **Tipologia da unidade**

Os resultados relativos à tipologia da unidade mostram que 35,8% dos participantes desempenha funções em unidades de média duração, 33,0% em unidades de longa duração, na terceira posição (20,8%) aparecem as unidades de convalescença e na última posição as unidades de cuidados paliativos. A distribuição por género não revela grandes diferenças sem relação a distribuição geral.

### **Formação**

Relativamente à questão “teve formação específica no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressar na Rede” verificamos que a maioria (53,8%) das respostas integram o item **não** e apenas 46,2% refere ter tido formação específica. A análise por género mostra que não existem diferenças estatísticas entre grupos.

### **Trabalha noutra instituição**

Quisemos ainda saber se prestavam serviço noutras Instituições e as respostas a esta questão mostram que na realidade 66,0% o faz e apenas 34,0% afirma não prestar.

A análise por género mostra que são maioritariamente as mulheres aquelas que possuem duplo emprego, contrariamente aos homens que se distribuem de forma bastante equitativa pelos dois itens. No caso dos que responderam afirmativamente, procurámos conhecer o número de instituições em que trabalhavam: os resultados demonstram que 58,3% dos respondentes referem uma 25,0% duas e 6 elementos dizem mesmo três. Apesar de terem sido as mulheres o maior grupo com duplo emprego verificamos serem os homens aqueles que apontam para o desempenho em 2 e 3 instituições.

### **Tipo de vínculo à instituição**

No que concerne ao vínculo que os profissionais têm à instituição da RNCCI, os resultados mostram que 39,6% dos profissionais estão efetivos, 28,3% estão com recibos verdes, 19,8% com contrato indeterminado e os restantes 12,3% com contrato a termo certo. A análise por género demonstra diferenças nesta variável, uma vez que as mulheres detêm vínculos mais estabilizados que os homens uma vez que estes estão em maior número a recibos verdes.

**Tabela 10***Caracterização Profissional dos elementos da amostra*

<b>Variáveis</b>	<b>Género</b>		<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>Total</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Profissão</b>								
Enfermeiros	38	35,8	14	13,2	52	49,1		
Fisioterapeutas	24	22,6	8	7,5	32	30,2		
Médicos	5	4,7	10	9,4	15	14,2		
Assistente social	4	3,7	1	0,9	5	4,6		
Terapeuta da fala	2	1,8	-	-	2	1,8		
<b>Grau Académico</b>								
Licenciatura	37	35,6	12	11,5	49	47,1		
Mestrado/especialidade	32	30,8	16	15,4	48	46,2		
Doutoramento	3	2,9	4	3,8	7	6,7		
<b>Tempo de Experiencia</b>								
<b>Na RNCCI</b>								
≤3 anos	38	35,8	14	13,2	52	49,1		
≥4 anos	35	33,0	19	17,9	54	50,9		
<b>Fora da RNCCI</b>								
≤ 2 Anos	34	32,1	5	4,7	39	36,8		
3-7 anos	23	21,7	10	9,4	33	31,1		
≥ 8 anos	16	15,1	18	17,0	34	32,1		
<b>Tipologia da Unidade</b>								
Convalescença	14	13,2	8	7,5	22	20,8		
Média duração e reabilitação	26	24,5	12	11,3	38	35,8		
Longa duração e manutenção	26	24,5	9	8,5	35	33,0		
Paliativos	7	6,6	4	3,8	11	10,4		

(continua)

**Tabela 10 (continuação)***Caracterização Profissional dos elementos da amostra*

<b>Formação</b>						
Não	38	35,8	19	17,9	57	53,8
Sim	35	33,0	14	13,2	49	46,2
<b>Número de Instituições</b>						
Não	20	18,9	16	15,1	36	34,0
Sim	53	50,0	17	16,0	70	66,0
<b>Se Sim Quantas</b>						
Uma	15	41,7	6	16,7	21	58,3
Duas	4	11,1	5	13,9	9	25,0
Três	1	2,8	5	13,9	6	16,7
<b>Tipo de Vínculo</b>						
Recibos verdes	13	12,3	17	16,0	30	28,3
Contrato a termo certo	9	8,5	4	3,8	13	12,3
Contrato a tempo indeterminado	17	16,0	4	3,8	21	19,8
Efectivo	34	32,1	8	7,5	42	39,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>68,9</b>	<b>33</b>	<b>31,1</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

**5.1.3. Aplicação da escala de Avaliação da Funcionalidade Familiar**

A tabela 11 mostra resultados estatísticos simples sobre as opiniões dos inquiridos sobre a satisfação com a ajuda da sua família: as estatísticas mostram que os participantes estão maioritariamente satisfeitos com as diferentes ajudas (maiores valores percentuais recaem no item quase sempre) prestadas pelos membros das famílias á excepção da variável “tempo” uma vez que 46,2% dos inquiridos refere satisfação essencialmente no item “algumas vezes”.

A análise por género mostra que o grau de satisfação é similar entre homens e mulheres, contudo o item mais negativo “*quase nunca*” quando é apontado é essencialmente por mulheres a excepção do item tempo onde se regista um predomínio masculino.

**Tabela 11***Dados Escala de APGAR familiar*

<div> <div>Gênero</div> <div>Variáveis</div> </div>	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Adaptação Intrafamiliar</b>						
Quase sempre	59	55,7	20	18,9	79	74,5
Algumas vezes	13	12,3	13	12,3	26	24,6
Quase nunca	1	0,9	-	-	1	0,9
<b>Participação/Comunicação</b>						
Quase sempre	47	44,3	17	16,0	64	60,4
Algumas vezes	23	21,7	16	15,1	39	36,8
Quase nunca	3	2,8	-	-	3	2,8
<b>Desenvolvimento</b>						
Quase sempre	47	44,3	15	14,2	62	58,5
Algumas vezes	24	22,6	16	15,1	40	37,7
Quase nunca	2	1,9	2	1,9	4	3,8
<b>Afeto</b>						
Quase sempre	53	50,0	18	17,0	71	67,0
Algumas vezes	18	17,0	13	12,3	31	29,2
Quase nunca	2	1,9	2	1,9	4	3,8
<b>Resolução ou Decisão</b>						
Quase sempre	26	24,5	7	6,6	33	31,1
Algumas vezes	37	34,9	12	11,3	49	46,2
Quase nunca	10	9,4	14	13,2	24	22,6
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>68,9</b>	<b>33</b>	<b>31,1</b>	<b>106</b>	<b>100,0</b>

Como já referimos o resultado final da escala obtém-se pela soma da pontuação atribuída a cada uma das perguntas que varia entre zero (0) e dez (10) pontos. A pontuação total permite classificar o tipo de relação familiar em: famílias altamente funcionais (7-10 pontos), famílias com disfunção moderada; (4 -6 pontos), e famílias com disfunção grave (0-3 pontos).

Múltiplos estudos têm revelado que a funcionalidade da família causam um “efeito intenso na satisfação geral da vida”, por isso aplicámos a escala de Apgar familiar, que tem por objectivo avaliar a funcionalidade familiar percebida. Os valores encontrados nos participantes do estudo oscilam entre 0 (Min) e 10 (Max), com uma  $\bar{x} = 7,57$ ;  $Dp = 2,19$ .

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

Centrando a nossa atenção na distribuição dos profissionais pelos três níveis funcionais do Apgar familiar verificamos, (tabela 12) que as percepções são muito positivas uma vez que os valores percentuais mais elevados (72,7%) nos três grupos estão associadas a famílias altamente funcionais, seguindo-se as moderadamente funcionais e por fim um pequeno grupo que acha ter disfunções acentuadas.

A distribuição por género mostra a mesma tendência distributiva pelos diferentes itens, contudo os valores do teste Qui-Quadrado demonstram que existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ( $X^2=8,089$ ;  $p=0,018$ ).

**Tabela 12**

*Distribuição dos inquiridos pelos níveis de funcionalidade familiar*

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

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

#### 5.1.4. Resultados relativos às dimensões de competência emocional do QCE

A tabela 13 contém os resultados relativos às dimensões das competências emocionais dos profissionais que participaram no nosso estudo.

Relembramos que o QCE é constituído por três dimensões ou subescalas: Percepção Emocional (15 itens, que oscila entre 15-90 pontos), Expressão Emocional (14 itens, que oscila entre 14-84 pontos), e Capacidade para Lidar com a Emoção (16 itens, que oscila entre 16-96 pontos).

Assim considerando a dimensão “*percepção emocional*” constatamos que os valores da amostra oscilam entre um valor mínimo de 33 e um máximo de 87, correspondendo-lhe uma média de 67,87, um desvio padrão de 12,40 e um coeficiente de variação de 18,27%, o que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Já a dimensão “*expressão emocional*” tem valores que oscilam entre um mínimo de 34 e um máximo de 74, correspondendo-lhe uma média de 58,63: o desvio padrão é de 9,22 e o coeficiente de variação de 15,72%, indicando também a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Por fim a dimensão “*capacidade para lidar com emoções*” tem valores que oscilam entre um mínimo de 48 e um máximo de 89, correspondendo-lhe uma média de 75,19: o desvio padrão é de 9,36 e o coeficiente de variação de 12,44%, indicando uma fraca dispersão em torno da média.

As medidas de assimetria ou enviesamento (Skewness) e achatamento ou Kurtose (Kurtosis), das 3 dimensões levam-nos a concluir que estamos perante uma distribuição, que é assimétrica negativa com enviesamento a direita e mesocúrtica.

**Tabela 13**

*Estatísticas das dimensões da competência emocional dos participantes*

<b>Dimensões da competência emocional</b>	<b><i>Min</i></b>	<b><i>Máx</i></b>	<b><math>\bar{x}</math></b>	<b><i>Dp</i></b>	<b><i>Sk</i></b>	<b><i>K</i></b>	<b><i>CV (%)</i></b>
<b>Percepção emocional</b>	33	87	67,87	12,40	-3,65	0,79	18,27
<b>Expressão emocional</b>	34	74	58,63	9,22	-3,10	-0,35	15,72
<b>Capacidade para lidar com emoções</b>	48	89	75,19	9,36	-4,17	1,28	12,44

## 5.2. Análise Inferencial

Terminada a análise descritiva dos dados passaremos à apresentação e análise inferencial no sentido de procedermos à verificação de hipóteses formuladas.

**H1** – Existe associação entre o género e as dimensões da competência emocional.

Para verificarmos a influência do género nas dimensões da competência emocional, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Ao observar a tabela 14, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0.05$ ) em nenhuma das dimensões da escala para as duas variáveis em estudo.

Não obstante, verificamos pela ordenação das médias, que são os elementos do género masculino aqueles que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões, o que significa que são também os que possuem melhores competências emocionais. Face aos resultados somos levados a rejeitar a hipótese formulada afirmando que o género não influencia a inteligência emocional dos inquiridos.

**Tabela 14**

*Teste de Mann-Whitney entre o género e as dimensões da competência emocional*

<b>Género</b> <b>Dimensões</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>	<b>U</b>	<b>P</b>
	<b>Ord-media</b>	<b>Ord-media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	52,12	56,56	1103,500	0,490
<b>Expressão emocional</b>	52,46	55,80	1128,500	0,604
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	52,62	55,45	1140,000	0,660

## H2 – Existe associação entre a idade e as dimensões da competência emocional.

De forma a entender a associação entre idade e as três dimensões da competência emocional, dos Profissionais de Saúde efetuou-se o teste One-Way ANOVA. A tabela 15 mostra que não existem diferenças estatísticas significativas nas dimensões da percepção emocional ( $p=0,236$ ) e capacidade para lidar com emoções ( $p=0,478$ ) mas existe diferença estatística ( $p=0,047$ ) para a dimensão expressão emocional, o que significa que o grupo de profissionais com idades entre 30-35 anos possui mais competências ao nível da expressão emocional do que os restantes grupos. Não obstante a rejeição da hipótese, para as duas dimensões sem significância verifica-se que os sujeitos com idades superiores a 36 anos possuem competências ao nível das capacidades para lidar com os outros mais elevada que os mais novos, já em relação á percepção emocional continua a destacar-se o grupo com idade entre os 30-35 anos.

Posto isto, podemos concluir que se aceita parcialmente a hipótese formulada para a dimensão expressão emocional (a idade exerce influência sobre a expressão emocional) rejeitando-se para as restantes dimensões.

**Tabela 15**

*Teste de One Way ANOVA entre a idade e as dimensões da competência emocional*

Idade \ Dimensões	≤ 29	30-35	≥ 36	F	P
	Ord-media	Ord-media	Ord-media		
<b>Percepção emocional</b>	65,08	69,58	69,17	1,466	0,236
<b>Expressão emocional</b>	55,81	61,11	59,20	3,154	0,047
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	73,70	75,76	76,22	0,743	0,478



**H3 – Existe associação entre o estado civil e as dimensões da competência emocional.**

Para testar esta hipótese procedemos a uma recodificação da variável “estado civil” tendo resultado dois grupos: os acompanhados (casados e união de facto) e não acompanhados (solteiros, viúvos e divorciados). Assim, no sentido de perceber a influência do estado civil sobre as dimensões da competência emocional dos participantes, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Ao observar a tabela 16, constatou-se que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da escala, rejeitando-se deste modo a hipótese enunciada. Porém centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os participantes acompanhados que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os não acompanhados.

**Tabela 16**

*Teste de Mann-Whitney entre estado civil e as dimensões da competência emocional*

Estado Civil Dimensões	Não acompanhado	Acompanhado	U	P
	Ord-media	Ord-media		
<b>Percepção emocional</b>	51,13	54,88	1214,000	0,544
<b>Expressão emocional</b>	48,74	56,27	1121,000	0,224
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	48,28	56,54	1103,000	0,182

**H4** – Existe associação entre o agregado familiar e as dimensões da competência emocional.

Recorremos mais uma vez ao teste One-Way ANOVA para verificar se existe associação entre o agregado familiar e as dimensões da competência emocional dos profissionais de saúde. Para constituir grupos homogêneos procedemos mais uma vez à recodificação da variável “agregado familiar” tendo resultado os três grupos expressos na tabela 17. Os dados mostram que não existem diferenças estatísticas significativas (p> 0,05) em nenhuma das dimensões da escala, rejeitando-se neste caso a hipótese enunciada. Contudo centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os participantes com um agregado familiar com quatro e mais elementos que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os restantes grupos.

**Tabela 17**

*Teste de OneWay ANOVA entre o agregado familiar e as dimensões da competência emocional*

Agregado Dimensões	≤ 2 elementos	3 elementos	≥ 4 elementos	F	P
	Ord-media	Ord-media	Ord-media		
Percepção emocional	65,05	68,05	70,76	1,915	0,153
Expressão emocional	57,29	58,31	60,41	1,041	0,357
Capacidade de lidar com emoções	73,16	75,20	77,41	1,855	0,162

**H5** – Existe associação entre a residência e as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese recorreu-se à utilização do teste T. Os dados expressos na tabela 18, revelam que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da escala, razão pela qual rejeitamos a hipótese enunciada. Porém centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os profissionais que residem em meio urbano os que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os que residem em meio rural.

**Tabela 18**

*Teste T entre o local de residência e as dimensões da competência emocional*

<b>Local de residência</b> <b>Dimensões</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	<b>Ord-media</b>	<b>Ord-media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	67,58	68,04	-0,183	0,857
<b>Expressão emocional</b>	57,17	59,47	-1,240	0,218
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	73,84	75,98	-1,136	0,259

**H6** – Existe associação entre a profissão e as dimensões da competência emocional.

A hipótese 6 pretende constatar se a profissão dos profissionais de saúde interfere na sua competência emocional: para isso recorreu-se à utilização do teste T.

Os dados expressos na tabela 19, mostram que existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0,042$ ;  $p=0,017$ ) nas dimensões percepção emocional e capacidade para lidar com as emoções, e bastante significativas ( $p=0,004$ ) na expressão emocional.

Face aos resultados somos levados a aceitar a hipótese enunciada, podendo inferir pelos valores ordenados das médias que são os “Outros Técnicos”, que incluem fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas da fala, que detêm competências emocionais superiores aos enfermeiros e médicos.

**Tabela 19**

*Teste T entre a profissão e as dimensões da competência emocional*

<b>Grupos profissionais</b>  <b>Dimensões</b>	<b>Enfermeiro/medico</b>	<b>Outros técnicos</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	<b>Ord-media</b>	<b>Ord-media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	66,01	71,07	-2,057	0,042
<b>Expressão emocional</b>	56,70	61,94	-2,923	0,004
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	73,55	78,02	-2,427	0,017

**H7** – Existe associação entre o grau académico e as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese procedemos a uma recodificação da variável “grau académico” tendo resultado dois grupos: os licenciados e os pós-graduados (mestres especialistas e doutorados). Assim, no sentido de perceber a influência desta variável na competência emocional dos profissionais efectuamos um teste T de Student.

Ao observar a tabela 20, constatou-se que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0,097$ ) entre grupos na dimensão capacidade para lidar com as emoções, contrariamente, nas dimensões percepção emocional e expressão emocional existem diferenças estatísticas significativas ( $p=0,027$ ;  $p=0,029$ ) respetivamente, permitindo-nos afirmar que os profissionais com pós-graduações possuem maiores competências emocionais do que aqueles que tem apenas a licenciatura. Em sequência aceitamos parcialmente a hipótese enunciada, para as dimensões percepção emocional e expressão emocional e rejeitamo-la para a capacidade para lidar com as emoções.

**Tabela 20***Teste T entre o grau acadêmico e as dimensões da competência emocional*

<b>Dimensões \ Grupos</b>	<b>Licenciatura</b>	<b>Pós-graduação</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	<b>Ord-media</b>	<b>Ord-media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	65,02	70,33	-2,024	0,027
<b>Expressão emocional</b>	56,53	60,43	-2,214	0,029
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	73,57	76,59	-1,673	0,097

**H8** – Existe associação entre o tempo na RNCCI e as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese recorreu-se mais uma vez ao teste T. Os resultados obtidos (expressos na tabela 21), revelam através dos valores de p que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da escala, razão pela qual rejeitamos a hipótese enunciada. Não obstante, centrando-nos nos valores ordenados das médias verificamos que são os profissionais com tempo de serviço igual ou superior a 4 anos que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os que tem menor tempo na RNCCI.

**Tabela 21***Teste T entre o tempo na RNCCI e as dimensões da competência emocional*

<b>Dimensões \ Tempo</b>	<b>≤ 3 anos</b>	<b>≥ 4anos</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	<b>Ord-media</b>	<b>Ord-media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	66,36	69,33	-1,234	0,220
<b>Expressão emocional</b>	56,98	60,22	-1,828	0,070
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	74,30	76,05	-0,961	0,339

**H9** – Existe associação entre o tempo fora da RNCCI e as dimensões da competência emocional.

Recorremos mais uma vez ao teste One-Way ANOVA para verificar se existe associação entre o tempo de experiência profissional fora da RCCI e as competências emocionais dos profissionais de saúde (tabela 22).

Os dados mostram que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da escala, rejeitando-se neste caso a hipótese enunciada. Contudo, os valores ordenados das médias mostram que são os participantes com tempo de experiência profissional igual ou superior a 8 anos que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os outros dois grupos.

**Tabela 22**

*Teste de One Way ANOVA entre o tempo fora da RNCCI e as dimensões da competência emocional*

<b>Tempo</b> <b>Dimensões</b>	<b>≤ 2 anos</b>	<b>3 – 7 anos</b>	<b>≥ 8 anos</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
	<b>Ord- media</b>	<b>Ord- media</b>	<b>Ord- media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	65,43	67,84	70,70	1,659	0,195
<b>Expressão emocional</b>	56,58	59,78	59,85	1,527	0,222
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	73,84	75,24	76,70	0,845	0,432

**H10** – Existe associação entre a formação em cuidados continuados e as dimensões da competência emocional.

Para testar a hipótese que pretende verificar a associação entre a formação e a competência emocional, recorreu-se mais uma vez ao teste t-Student para diferença de médias. Os resultados expressos na tabela 23, revelam que existem diferenças estatísticas

altamente significativas ( $p = 0,000$ ) na dimensão expressão emocional, bastante significativas ( $p = 0,002$ ) na dimensão percepção emocional e apenas significativa na capacidade para lidar com as emoções.

Em virtude destes achados podemos afirmar que os profissionais que fizeram formação específica em cuidados continuados possuem competências emocionais superiores aqueles que não fizeram. Deste modo aceitamos como válida a hipótese enunciada.

**Tabela 23**

*Teste T entre a formação em cuidados continuados e as dimensões da competência emocional*

<b>Formação</b> <b>Dimensões</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>T</b>	<b>P</b>
	<b>Media</b>	<b>Media</b>		
<b>Percepção emocional</b>	71,42	63,75	3,241	0,002
<b>Expressão emocional</b>	61,63	55,14	3,746	0,000
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	77,24	72,81	2,488	0,016

**H11** – Existe associação entre trabalhar noutra instituição e as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese recorreu-se ao Teste U de Mann-Whitney. Ao observar os valores de  $p$  expressos na tabela seguinte, constatou-se que não existem diferenças estatísticas significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões da escala, rejeitando-se deste modo a hipótese enunciada.

A análise dos valores ordenados das médias demonstra que são os profissionais que afirmam trabalhar em outras instituições os que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões da escala comparados com os que trabalham apenas na rede.

**Tabela 24**

*Teste de Mann-Whitney entre trabalhar noutra instituição e as dimensões da competência emocional*

Outra instituição Dimensões	Não	Sim	U	P
	Ord-media	Ord-media		
<b>Percepção emocional</b>	49,90	55,35	1130,500	0,387
<b>Expressão emocional</b>	51,43	54,56	1185,500	0,619
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	51,26	54,65	1179,500	0,591

**H12** – Existe associação entre o vínculo a instituição e as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (tabela 25 ) que nos indica que são os participantes com vínculo efectivo os que apresentam médias mais elevadas nas diferentes dimensões da escala de competência emocional, contudo só se verificam diferenças estatísticas significativas na dimensão capacidade para lidar com as emoções. Face aos resultados somos igualmente levados a aceitar parcialmente a hipótese enunciada, para a dimensão capacidade para lidar com as emoções e rejeitamo-la para a percepção emocional e expressão emocional.

Efetuámos um TestPost Hoc de Tuckey para localizar as diferenças e verificamos que estas são apenas significativas ( $p = 0.028$ ) entre os Efetivos ( $M=22,59$ ) e os que têm Contrato com tempo indeterminado.



**Tabela 25**

*Teste Kruskal-Wallis entre o vínculo com a instituição e as dimensões da competência emocional*

<div> <div>Vínculo</div> <div>Dimensões</div> </div>	R. V.	C.T.C.	C.T.I.	EFFECTIVO	$\chi^2$	P
	Ord-media	Ord-media	Ord-media	Ord-media		
<b>Percepção emocional</b>	54,98	46,62	46,88	57,88	2,551	0,466
<b>Expressão emocional</b>	50,32	43,92	44,71	63,13	7,434	0,059
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	56,27	46,23	38,62	61,21	8,553	0,036

**H13** – Existe associação entre funcionalidade familiar e a as dimensões da competência emocional.

Para testar esta hipótese foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis (tabela 26) que nos indica que são os participantes que percebem ter famílias altamente funcionais aqueles que apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da competência emocional, sendo as diferenças estatísticas altamente significativas entre os grupos ( $p < 0,001$ ). Face aos resultados, aceitamos a hipótese formulada afirmando que os profissionais de saúde com famílias funcionais são também aqueles que possuem mais competências emocionais.

**Tabela 26**

*Teste Kruskal-Wallis entre a funcionalidade familiar e as dimensões da competência emocional*

<div> <div>Func. Familiar</div> <div>Dimensões</div> </div>	Disfuncional	Moderadamente	Altamente	$\chi^2$	P
	Ord-media	Ord-media	Ord-media		
<b>Percepção emocional</b>	10,70	40,58	60,31	17,722	0,000
<b>Expressão emocional</b>	14,10	43,58	59,15	13,335	0,001
<b>Capacidade de lidar com emoções</b>	11,30	41,10	60,10	16,913	0,000

**H14** – As variáveis (idade, género, nº de elementos do agregado familiar, tempo de experiência profissional na RNCCI, e a funcionalidade familiar) são preditoras das competências emocionais dos Profissionais de Saúde.

Para completar o estudo foi elaborada uma regressão linear múltipla para testar o valor preditivo de algumas variáveis independentes consideradas por nós de maior interesse estatístico (idade, género – como variável muda - nº de elementos do agregado familiar, tempo de experiência profissional na RNCCI, e a funcionalidade familiar) em relação à variável dependente inteligência emocional (tabelas, 27, 28 e 29).

Pretendemos desta forma investigar, se as mesmas (variáveis) se constituem como factores preditores da IE. Para tal procedeu-se a um teste de regressão linear múltipla, uma vez que é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente. O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos, quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras.

A tabela 27 permite-nos visualizar um erro padrão da estimativa de 11,03275 neste modelo de regressão e o valor da “*variance inflation factor*” (VIF)<sup>2</sup> permite concluir que não existem variáveis com efeito colineares, uma vez que o valor de VIF varia entre 1,177 na funcionalidade familiar e 1.123 no nº de elementos do agregado familiar.

Os resultados da regressão revelam que a primeira variável entrada é a funcionalidade familiar (nas três dimensões da inteligência emocional) por apresentar o maior coeficiente de correlação em valor absoluto.

No caso da dimensão Percepção emocional podemos verificar pelos dados da tabela 27 o seguinte: apenas entraram no modelo de regressão a variável funcionalidade familiar e o número de elementos do agregado familiar e excluídas do modelo as variáveis idade, género e tempo de experiência profissional na RNCCI.

O coeficiente de correlação é de 0,466, pelo que a proporção de variância da percepção emocional que é explicada pelo conjunto das variáveis preditoras é de 20,9%. Das variáveis incluídas no modelo a funcionalidade familiar é aquela que apresenta maior

---

<sup>2</sup> Utilizamos o valor de *variance inflation factor* para diagnosticar a multicolinearidade das variáveis, sendo que valores de VIF superiores a 10 indicam que as variáveis em estudo são colineares (Maroco, 2007).

peso preditivo, pois explica 49,4% da variância total; e inversamente o número de elementos do agregado familiar é aquele que possui menor peso explicando apenas 21,2% dessa variância.

A equação de regressão tem uma capacidade preditiva altamente significativa ( $p = 0,000$ ) e os valores dos coeficientes padronizados beta levam-nos a admitir que os profissionais de saúde que evidenciam melhores índices nas variáveis que entraram no modelo são aqueles que tendem a apresentar melhor percepção emocional.

**Tabela 27**

*Regressão múltipla entre variáveis independentes e a percepção emocional*

<b>Variável dependente = Inteligência emocional (percepção emocional)</b>					
<b>R =0,466</b>					
<b>R<sup>2</sup> =0,217</b>					
<b>R<sup>2</sup> Ajustado =0,209</b>					
<b>Erro padrão da estimativa =11,03275</b>					
<b>Incremento de R<sup>2</sup> =0,217</b>					
<b>F = 28,790</b>					
<b>P = 0,000</b>					
<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coeficiente beta</b>	<b>Coeficiente padronizado</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>colinearidade VIF</b>
<b>Constante</b>	39,976		8,071	0,000	
<b>Funcionalidade familiar</b>	2,795	0,494	5,784	0,000	1,177
<b>Número de agregado</b>	2,293	0,212	2,483	0,015	1,123
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma quadrados</b>	<b>GL</b>	<b>Média quadrados</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Regressão</b>	4219,387	2	2109,693	18,193	0,000
<b>Residual</b>	11944,019	103	115,961		
<b>Total</b>	16163,406	105			

Já para a dimensão Expressão emocional podemos verificar pela tabela 28 o seguinte: também aqui apenas entraram no modelo de regressão a variável funcionalidade familiar e o número de elementos do agregado familiar e excluídas do modelo as variáveis idade, género e tempo de experiência profissional na RNCCI.

O coeficiente de correlação é de 0,378, pelo que a proporção de variância da expressão emocional que é explicada pelo conjunto das variáveis preditoras é de 13,5%. Das variáveis incluídas no modelo a funcionalidade familiar é aquela que apresenta maior peso preditivo, pois explica 41,2% da variância total; e inversamente o nº de elementos do agregado familiar é aquele que possui menor peso explicando apenas 20,1% dessa variância.

A equação de regressão tem uma capacidade preditiva altamente significativa ( $p = 0,000$ ) e os valores dos coeficientes padronizados beta levam-nos a admitir que os profissionais de saúde que evidenciam melhores índices nas variáveis que entraram no modelo são aqueles que tendem a apresentar melhor expressão emocional.

**Tabela 28**

*Regressão múltipla entre variáveis independentes e a expressão emocional*

<b>Variável dependente = Inteligência emocional (expressão emocional)</b>
<b>R =0,378</b>
<b>R<sup>2</sup> =0,143</b>
<b>R<sup>2</sup> Ajustado =0,135</b>
<b>Erro padrão da estimativa =8,58367</b>
<b>Incremento de R<sup>2</sup> =0,143</b>
<b>F = 17,318</b>
<b>P = 0,000</b>

(continua)

**Tabela 28 (Continuação)***Regressão múltipla entre variáveis independentes e a expressão emocional*

<b>Pesos de Regressão</b>					
<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>colinearidade</b>		
	<b>beta</b>	<b>padronizado</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>VIF</b>
<b>Constante</b>	38,401		8,134	0,000	
<b>Funcionalidade familiar</b>	1,734	0,412	4,559	0,000	1,181
<b>Número de agregado</b>	0,208	0,201	2,226	0,028	1,003
<b>Análise de variância</b>					
<b>Efeito</b>	<b>Soma</b>	<b>GL</b>	<b>Média</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>quadrados</b>		<b>quadrados</b>		
<b>Regressão</b>	1627,720	2	813,860	11,466	0,000
<b>Residual</b>	7310,931	103	70,980		
<b>Total</b>	8938,651	105			

Finalmente para a dimensão Capacidade para lidar com Emoções (tabela 29) podemos verificar que do mesmo modo apenas entraram no modelo de regressão as variáveis funcionalidade familiar e o nº de elementos do agregado familiar e excluídas do modelo as variáveis idade, sexo e tempo de experiência profissional na RNCCI.

O coeficiente de correlação é de 0,558, pelo que a proporção de variância da capacidade para lidar com emoções que é explicada pelo conjunto das variáveis preditoras é de 29,8%. Das variáveis incluídas no modelo a funcionalidade familiar é aquela que apresenta maior peso preditivo, pois explica 53,7% da variância total; e inversamente o nº de elementos do agregado familiar é aquele que possui menor peso explicando apenas 24,2% dessa variância.

A equação de regressão tem uma capacidade preditiva bastante significativa ( $p = 0,004$ ) e os valores dos coeficientes padronizados beta levam-nos a admitir que os profissionais de saúde que evidenciam melhores índices nas variáveis que entraram no modelo são aqueles que tem maior capacidade para lidar com as emoções.

**Tabela 29**

*Regressão múltipla entre variáveis independentes e a capacidade para lidar com as emoções*

**Variável dependente = Inteligência emocional (capacidade de lidar com emoções)**

**R =0,558**

**R<sup>2</sup> =0,311**

**R<sup>2</sup> Ajustado =0,298**

**Erro padrão da estimativa =7,84359**

**Incremento de R<sup>2</sup> =0,058**

**F = 8,629**

**P = 0,004**

#### **Pesos de Regressão**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>Coefficiente</b>	<b>t</b>	<b>p</b>	<b>colinearidade</b>
	<b>beta</b>	<b>padronizado</b>			<b>VIF</b>
<b>Constante</b>	52,061		14,431	0,000	
<b>Funcionalidade familiar</b>	2,289	0,537	6,503	0,000	1,150
<b>Número de agregado</b>	1,976	0,242	2,937	0,004	1,003

#### **Análise de variância**

<b>Efeito</b>	<b>Soma</b>	<b>GL</b>	<b>Média</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>quadrados</b>		<b>quadrados</b>		
<b>Regressão</b>	2866,077	2	1433,039	23,293	0,000
<b>Residual</b>	6336,762	103	61,522		
<b>Total</b>	9202,840	105			

Depois das análises feitas e em jeito de conclusão podemos afirmar que a hipótese formulada é parcialmente aceite, uma vez que só algumas das variáveis se mostraram preditivas da inteligência emocional dos profissionais de saúde.

É rejeitada para as variáveis: idade, género e tempo de experiência profissional na RNCCI.

## **CAPITULO 6 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Após apresentação dos resultados é inevitável a discussão crítica dos dados obtidos na nossa amostra. Para tal, iremos ter em conta autores que já se debruçaram sobre a temática em estudo, alguns deles já referenciados no corpo teórico, bem como outras investigações realizadas com profissionais de saúde e noutras populações, que tiveram como propósito o estudo da Inteligência Emocional.

No início da nossa investigação delineamos objetivos específicos com vista a caracterizar a amostra e a compreender de que forma a Inteligência Emocional altera em função das diversas variáveis em estudo (sociodemográficas, profissionais e funcionalidade familiar). Assim sendo, a presente discussão de resultados está organizada segundo essas mesmas variáveis.

### **6.1.Características sociodemográficas**

#### **Género**

No que respeita ao género, 68,9% dos profissionais de saúde são do género feminino e 31,1% do masculino. Quando testamos a relação entre o género e a Inteligência emocional (hipótese 1) verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala do QCE, contudo é o género masculino que apresenta médias mais elevadas nas 3 dimensões do QCE. Assim sendo, para a nossa amostra, o género não influencia a Inteligência Emocional, à semelhança dos dados obtidos por Ângelo (2007), Campos (2010), Costa (2009) que também não encontraram diferenças estatísticas significativas na inteligência emocional entre os géneros, sendo que, tal como no nosso estudo, as médias dos rapazes apresentar números mais elevados do que o das raparigas. Também os resultados obtidos por Vilela (2006) são concordantes com os nossos, uma vez que constatou no seu estudo com enfermeiros, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros.

No entanto, a maioria dos autores (Agostinho, 2008; Areias, 2010; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, & Salovey, 2003; Forte, 2009; Goleman, 1997; Schutte et al.,

2007) contraria os resultados obtidos na presente investigação ao obterem valores superiores de inteligência emocional no género feminino, independentemente do instrumento utilizado para medir a inteligência emocional. A inteligência emocional está associada pela maioria dos autores ao género feminino, pelo facto das mulheres apresentarem maiores capacidades de extroversão e adaptação a novas situações emocionais (Ângelo, 2007). Similarmente, Brody e Hall (s.d.) citado por Campos (2010) e Domingues (2009) advogam que o género feminino está mais atento às suas emoções expressando com mais facilidade os seus sentimentos, e são mais competentes na substituição da palavra em detrimento de respostas emocionais.

Os resultados do nosso estudo podem ser explicados pelo facto da nossa amostra não ser equitativa, uma vez que o género feminino é o dobro do género oposto, o que poderá eventualmente ter influenciado os resultados estatísticos obtidos.

## **Idade**

As idades dos profissionais de saúde da RNCCI oscilaram entre os 22 e os 66 anos. O grupo etário mais representativo é o dos [20-35] com 67% e o menos representado é o dos [51-65].

O segundo ponto de discussão remete-nos para a influência da idade nas dimensões da competência emocional (hipótese 2), registando-se curiosamente diferenças estatisticamente significativas apenas na dimensão da expressão emocional, sendo o grupo etário dos [30-35] o que mais facilmente exprime as suas emoções. Na dimensão capacidade para lidar com as emoções são os “mais velhos” que apresentam valores médios superiores. Já no que respeita à percepção emocional, o grupo etário dos [30-35] apresenta médias ligeiramente mais elevadas. Assim sendo, na nossa amostra, a idade influencia somente uma das dimensões da inteligência emocional, a expressão emocional, o que não nos permite afirmar que, a idade influencia a competência emocional. Tais resultados estão em consonância com os estudos de Costa (2009) e Silva (2011) que se debruçaram sobre esta temática em adolescentes, jovens adultos e enfermeiros, salientando-se que ambos os autores aferiram que as competências emocionais daquelas populações não são influenciadas pela idade.

Contrariamente, Campos (2010) refere que a pluralidade da literatura aponta níveis mais elevados de Inteligência Emocional em grupos de indivíduos mais velhos comparativamente aos mais novos. Também Goleman (2000) e Agostinho (2008)



mencionam que a Inteligência Emocional é assimilada e evolui ao longo da vida, de acordo com as nossas experiências, no entanto, Mayer e Salovey (1997) defendem que o aumento da IE ocorre sobretudo até à quinta década de vida, sendo que, a partir dessa idade tal acréscimo não se verifica. Goleman (2000) define este crescimento emocional recorrendo à palavra “maturidade”, o que não se verifica no estudo de Domingues (2009) ao constatar que os níveis da competência emocional empatia decrescem ao longo da carreira dos médicos, sendo evidente o afastamento entre o médico e o doente, talvez para garantir o profissionalismo e a isenção que lhe são incutidas desde a formação académica.

É de salientar que os grupos etários da nossa amostra não são homogêneos na sua composição, por exemplo o grupo etário [20-35] é constituído por 71 elementos, enquanto que o grupo dos [51-65] apenas é composto por 7 elementos, o que em termos estatísticos poderá ter influenciado os resultados obtidos.

### **Estado Civil**

Em relação ao estado civil, os elementos da amostra são maioritariamente casados (44,3%), seguindo-se os solteiros (33,0%), sendo o estado civil com menor representação o de divorciado (3,8%). No que respeita a este ponto de discussão (hipótese 3) verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do QCE, ou seja, o estado civil não influencia as competências emocionais dos inquiridos. Estes resultados estão em conformidade com os obtidos por Costa (2009) e Forte (2009), uma vez que também não aferiram associação estatística significativa entre estas duas variáveis. Todavia, os nossos resultados contrariam os estudos de Agostinho (2008) e Campos (2010), sendo que este último advoga que, o ser casado e a partilha poderá explicar a competência de se compreender melhor o outro e a maior habilidade para se sentir o que outro sente. Analogamente, Goleman (2003) considera que o divórcio leva a consequências graves ao nível da Inteligência Emocional, sendo que na maioria dos casos, o processo de divórcio é caracterizado por desprezo, comportamentos defensivos, silêncio, pensamentos negativos e inundação emocional que se irão conduzir a uma desintegração ao nível das diversas dimensões da inteligência emocional/competência emocional.

### **Agregado Familiar**

Na nossa amostra 33,0% dos participantes pertencem a agregados familiares constituídos por 3 elementos, sucedendo-se os de 4 elementos com 24,5%, sendo os agregados familiares com 5 ou mais elementos os menos representados com 11,3%. É interessante verificar que nenhum dos participantes do género masculino que encontra inserido num agregado familiar apenas com 1 elemento, em contraste com os 12,3% do género oposto. Ao tentarmos averiguar a associação entre esta variável e a competência emocional (hipótese 4) verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala. Todavia aferimos que são os indivíduos com um elemento, ou com quatro ou mais elementos no seu agregado familiar que possuem valores de médias mais elevadas em todas as dimensões da escala.

Não foram encontrados estudos que estabelecessem relação entre a inteligência emocional e o agregado familiar dos profissionais de saúde, bem como noutras populações.

### **Local de Residência**

Os elementos da nossa amostra residem maioritariamente em meio urbano (63,2%). Em termos estatísticos não se registam diferenças significativas entre esta variável e as dimensões do QCE, contudo em termos de médias, os indivíduos que residem em meio urbano possuem valores superiores aos que residem em meio rural.

Há semelhança do agregado familiar, não foram encontrados estudos que estabelecessem relação entre a inteligência emocional e o local de residência nos profissionais de saúde, bem como noutras populações.

## **6.2.Características profissionais**

### **Profissão**

No que concerne às classes profissionais participantes no nosso estudo, relembramos que 49,1% são enfermeiros, 30,2% fisioterapeutas, 14,2% médicos, 4,6% assistentes sociais e por último, 1,8% terapeutas da fala.

Tentámos perceber se a profissão dos elementos amostrais influencia a sua competência emocional/inteligência emocional (hipótese 6) e constatámos que existem

diferenças estatisticamente significativas nas dimensões percepção emocional ( $p=0,042$ ) e capacidade de lidar com as emoções ( $p= 0,017$ ) e bastante significativas na dimensão expressão emocional ( $p= 0,004$ ). Assim sendo, podemos afirmar que a atividade profissional dos participantes da nossa pesquisa influi a sua inteligência emocional. Verificámos ainda que são os “outros técnicos” (fisioterapeutas, assistentes sociais e terapeutas da fala) que apresentam valores médios superiores em todas as dimensões do QCE. Os nossos resultados vão ao encontro dos estudos de Vilela (2006) e de Domingues (2009) que objetivaram o estudo da inteligência emocional em enfermeiros e médicos. Domingues (2009) conclui que os médicos apresentam níveis inferiores de inteligência emocional quando comparados com enfermeiros. Também Costa e Faria (2009) estudaram as competências emocionais dos enfermeiros conjuntamente com voluntários tendo concluído que estes últimos se percebem como mais competentes na gestão emocional e na expressão de emoções do que os enfermeiros. No que respeita a estudos com outros profissionais de saúde, estes são escassos, pelo que o nosso estudo poderá “abrir portas” para que o estudo desta temática se estenda a outros profissionais de saúde. É ainda de referir que a problemática em investigação tem sido estudada noutras classes profissionais, como é o caso dos professores (Campos, 2010).

### **Grau Académico**

A maioria dos indivíduos que participaram no nosso estudo possuem uma licenciatura (47,1%), no entanto, com uma percentagem muito contígua (46,2%) registam-se os mestrados e/ou especialização. Apenas 6,7% dos participantes apresentam doutoramento.

No que respeita à relação entre esta variável e a inteligência emocional (hipótese 7) verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão capacidade de lidar com as emoções ( $p= 0,097$ ), todavia, nas dimensões percepção emocional ( $p= 0,027$ ) e expressão emocional ( $p= 0,029$ ) registam-se diferenças estatísticas significativas. Tendo em conta estes resultados, podemos afirmar que o grau académico dos participantes influencia o modo como percebem e exprimem as emoções. Para além disso, constatamos ainda que, os profissionais pós-graduados (mestrados, especializações e doutoramentos) apresentam valores médios superiores nas três dimensões da competência emocional. Estes resultados são discordantes dos obtidos por Vilela (2006) que conclui que o grau académico dos enfermeiros não influencia os seus níveis de IE. Todavia Campos

(2010) aferiu que os professores do ensino especial que possuíam especialização, nomeadamente na área auditiva, mantinham a calma com mais facilidade e expressavam-se emocionalmente de forma mais adequada perante situações desagradáveis.

### **Tempo de experiência profissional**

No que respeita à experiência profissional, achamos pertinente estudar esta variável dentro e fora da RNCCI. Assim sendo, os resultados mostram-nos que dentro da Rede 50,9% dos participantes têm uma experiência superior ou igual a 4 anos e 49,1% inferior ou igual a 3 anos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) em nenhuma das dimensões do questionário de competência emocional relativamente à experiência profissional dentro da RNCCI (hipótese 8), ou seja, o tempo de serviço dentro da Rede não influencia as competências emocionais dos profissionais de saúde que lá trabalham. Porém é de referir que os valores das médias são superiores em todas as dimensões do QCE nos indivíduos que laboram na RNCCI há 4 anos ou mais.

Quando nos debruçámos sobre o tempo de experiência profissional fora da RNCCI verificámos que 36,8% exerce a sua atividade profissional há 2 anos ou menos, 31,1% labora entre 3-7 anos e por fim, 32,1% tem uma experiência profissional superior ou igual a 8 anos. A análise inferencial à hipótese 9 permitiu-nos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do QCE. Assim sendo, o tempo fora da Rede também não influencia a Inteligência Emocional. Em suma, para a nossa amostra, a experiência profissional não influencia as competências emocionais dos profissionais de saúde.

É de salientar a inexistência de estudos que tenham investigado a experiência profissional dentro e fora da RNCCI, no entanto, encontrámos diversas investigações (Agostinho, 2008; Areias, 2010; Campos, 2010; Costa, 2009; Costa & Faria, 2009a; Costa & Faria, 2009b; Dulewicz & Higgs, 2004; Groves, McEnrue, & Shen, 2008; Vilela, 2006) que confrontaram o tempo de serviço dos profissionais de saúde e de outras populações com os níveis de IE. Assim, Costa e Faria (2009b) aferiram diferenças significativas na dimensão capacidade para lidar com a emoção, a favor dos enfermeiros com maior número de anos de exercício profissional. Similarmente, Agostinho (2008), Lopes (2006) e Vilela (2006) apuraram que os profissionais de saúde com maior experiência profissional apresentam comportamentos de gestão de emoções e de relacionamentos emocionalmente mais inteligentes. Tal é concordante com o estudo de Costa e Faria (2009a) efectuado a

217 enfermeiros e que demonstrou que os profissionais com mais tempo de experiência apresentam maiores competências emocionais.

Também Campos (2010) relata uma relação de influência entre os anos de serviço e a inteligência emocional, tendo aferido que os professores do ensino especial com mais experiência (6-16 anos) apresentavam maiores capacidades para reconhecer e gerir as suas próprias emoções. Dulewicz e Higgs (2004) afirmam que as experiências no contexto laboral contêm um impacto significativo no desenvolvimento da IE, refletindo-se nas práticas e nos comportamentos dos colaboradores. Já Areias (2010) estudou esta simbiose numa população de gestores, tendo concluído que a experiência profissional dota os indivíduos de ferramentas emocionais importantes para enfrentarem qualquer situação profissional de forma emocionalmente mais inteligente.

Analogamente ao nosso estudo, também Costa (2009) conclui não existir influência entre a variável tempo de serviço e inteligência emocional. Os resultados obtidos no nosso estudo pode remeter para o facto das atuais organizações de saúde se centrarem, por norma, nos aspetos técnico-práticos dos seus profissionais, menosprezando as vantagens da inclusão e estimulação de competências emocionais nestes contextos. Neste sentido, a experiência profissional não deixa de ser uma possibilidade de promoção da competência emocional dos profissionais de saúde, mas encontra-se profundamente relacionada com as experiências sucedidas no contexto organizacional (Costa & Faria, 2009a).

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

### **Formação em cuidados continuados**

Quando questionámos os participantes do estudo se teriam recebido formação específica no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressarem na Rede, aferimos curiosamente que a maioria (53,8%) não adquiriu qualquer tipo de formação naquela área. Em oposição 46,2%, responderam ter tido formação específica em cuidados continuados. A nível inferencial (hipótese 10) registam-se diferenças estatísticas significativas em todas as dimensões do QCE, sendo estas mais eloquentes nas dimensões da percepção emocional

( $p=0.002$ ) e da expressão emocional ( $p= 0,000$ ). Face aos resultados podemos atestar que os participantes que tiveram formação específica em cuidados continuados são emocionalmente mais competentes. Estes resultados estão em consonância com o estudo de Agostinho (2008) ao verificar que os enfermeiros que adquiriram mais formação, possuem, em média, melhor percepção das suas capacidades no contexto da Competência Emocional, quer a nível pessoal, quer a nível profissional. Contrariamente Costa e Faria (2009) concluíram que a competência emocional era idêntica entre os enfermeiros que tinham recebido e os que não tinham recebido formação.

Como relata Rego e Cunha (2004) embora se admita a existência de uma parte genética na Inteligência Emocional, há que expressar que determinadas competências emocionais são adquiridas ou desenvolvidas através da formação (Agostinho, 2008).

### **Trabalhar noutras instituições**

Centrando a nossa atenção no facto dos profissionais da Rede prestarem ou não serviços noutras instituições, constatamos que 66,0% respondeu afirmativamente, sendo que desses, 58,3% exerce em mais uma instituição, 25,0% em mais duas e finalmente, 16,7% em mais três instituições. Estatisticamente não se registam diferenças significativas entre esta variável e as dimensões da competência emocional (hipótese 11). Porém há que referir que se registam valores médios superiores de competência emocional nos sujeitos que prestam serviços noutras instituições. Os resultados obtidos são concordantes com os estudos de Costa e Faria (2009b) e Forte (2009), pois também eles não encontraram diferenças estatísticas significativas entre esta variável e a competência emocional dos seus elementos amostrais (enfermeiros).

### **Tipo de vínculo laboral**

Relativamente ao vínculo que os participantes do estudo possuem com a instituição da RNCCI, aferimos que 39,6% estão efetivos, 28,3% prestam serviços a recibos verdes, 19,8% possuem um contrato indeterminado e por último, 12,3% um contrato a termo certo.

Estatisticamente apenas se registam diferenças significativas na dimensão capacidade de lidar com emoções ( $p= 0,036$ ). Dentro desta dimensão as diferenças são mais significativas ( $p=0,028$ ) nos efetivos e nos que possuem contrato com tempo indeterminado. Desta forma, aferimos que o tipo de vínculo laboral influencia somente a

capacidade para lidar com as emoções (hipótese 12). Assim sendo, não podemos concluir que o vínculo laboral influencia a Inteligência Emocional da nossa mostra. Os nossos resultados discordam dos obtidos por Agostinho (2008), uma vez que este autor verificou que os profissionais de saúde com contrato a termo certo, ou seja numa situação instável, mantinham uma postura emocionalmente inteligente em situações de conflito, comparativamente aos profissionais que detinham contratos estáveis (tempo indeterminado ou efetivos).

### **Funcionalidade familiar**

A maioria (72,7%) dos elementos amostrais percepcionam que as suas famílias são altamente funcionais, já 22,6% percepcionam uma disfunção familiar moderada, por último, apenas 4,7% percepciona uma disfuncionalidade familiar acentuada.

Ao tentarmos perceber a influência da funcionalidade familiar na Inteligência Emocional (hipótese 13), contactámos que existem diferenças estatisticamente altamente significativas ( $p < 0,001$ ;  $p = 0,000$ ) em todas as dimensões do QCE. Para além disso verificámos ainda que são os indivíduos que percepcionam as suas famílias como sendo altamente funcionais que apresentam médias superiores em todas as dimensões da competência emocional. Deste modo, podemos afirmar com clareza que, a funcionalidade familiar dos participantes do nosso estudo influencia a sua inteligência/competência emocional.

Intentámos confrontar os nossos resultados com outros estudos, todavia percebemos que tal como sucedeu noutras variáveis, também para esta não conseguimos ter acesso a investigações que se debruçassem sobre a relação entre a funcionalidade familiar e a inteligência emocional. A questão da funcionalidade familiar tem sido amplamente estudada em populações como adolescentes e idosos. Deste modo, parece-nos que a nossa pesquisa é pioneira no estudo da relação entre a funcionalidade das famílias e a inteligência emocional dos indivíduos, nomeadamente, dos profissionais de saúde. Assim, apenas poderemos relacionar os nossos resultados com os estudos de Andrade e Martins (2011), Magina (2011), Martini, Sousa, Gonçalves, e Lopes (2007), Morales e Mesa (2009), Santos e Pavarini (2011) e Torres et al. (2009), sendo que todos eles, independentemente da população em estudo, concluíram que a funcionalidade familiar influencia diversas questões, como por exemplo, a qualidade de vida e a condição de saúde do indivíduo (biopsicossocial). É de salientar que os estudos supra mencionados aferiram

que uma maior funcionalidade familiar corresponde a uma melhor qualidade de vida dos indivíduos.

### **Variáveis preditivas da IE**

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

No nosso estudo pela análise de regressão hierárquica (método Stepwise) confirmámos que a variável independente que apresenta melhor valor preditivo da Inteligência Emocional é a funcionalidade familiar. Esta variável, só por si, é responsável por 49,4% da percepção emocional, 41,2% da expressão emocional e 53,7% da capacidade para lidar com as emoções do valor explicativo da IE dos participantes neste estudo. Em oposição, o número de elementos dos agregados familiares é a variável que apresenta menor (21,2% na percepção emocional, 20,1% na expressão emocional e 24,2% na capacidade para lidar com as emoções) poder preditivo da IE.

Os nossos resultados estão em consonância com os obtidos por Brackett, et al. (2006) e Mayer, Caruso, e Salovey (2000) ao afirmarem que as relações sociais e a funcionalidade das famílias são preditivas dos níveis de inteligência emocional.

No seu estudo, Vilela (2006) aferiu que a auto motivação era a capacidade que melhor profetizava a Inteligência Emocional, representando 60% do valor explicativo da IE dos enfermeiros.

Campos (2010) percebeu que a qualidade de vida era a variável com maior valor preditivo na Inteligência Emocional dos professores do ensino especial.

Outros estudos (Brackett & Mayer, 2003; Trinidad & Johnson, 2001) sugerem elevados valores preditivos de inteligência emocional para variáveis como o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas.

Em suma, importa salientar que para a nossa amostra é a funcionalidade familiar que detém maior peso preditivo de Inteligência Emocional.



## CONCLUSÕES

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

O atraso a nível do desenvolvimento teórico-prático do constructo das emoções e consequentemente da inteligência emocional, tem sido colmatado por recentes avanços ao nível das neurociências (Costa & Faria, 2009a; Damásio, 2000). Assim, embora ainda não apresente consistência e a autonomia teórico-conceitual e prática desejável, a Inteligência Emocional é, nos dias de hoje reconhecida como uma área de investigação incontornável para a compreensão do pensar, sentir e agir do Ser Humano (Goleman, 1997).

As mutações e as pressões que incitam, atualmente, os sistemas de saúde e em particular, os do nosso país justificam e alicerçam o interesse crescente e o aumento de investigações sobre a IE na área da saúde, como é o caso do nosso estudo. Para além disso, perante a carência (Agostinho, 2008; Alves, 2010; Costa & Faria, 2009a; Forte, 2009; Vilela, 2006) de trabalhos de investigação sobre a influência da inteligência emocional nos profissionais saúde em Portugal, e especificamente aplicados aos profissionais da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pareceu-nos pertinente a realização deste estudo de carácter quantitativo, não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

A pesquisa bibliográfica que fundamentou o enquadramento teórico, permitiu-nos compreender e otimizar a importância de cada um dos constructos em estudo para uma área profissional que se dedica à humanização dos cuidados, com todas as questões de ordem emocional e racional que lhe são inerentes.

Findo um percurso marcante quer ao nível pessoal como profissional, resta-nos tecer algumas reflexões em torno do que foi o desenvolvimento da presente investigação. Assim, as principais conclusões do nosso estudo, as limitações e as propostas para futuras investigações, são alguns dos aspetos sobre os quais ainda nos iremos debruçar.

A pluralidade das investigações na área da saúde (Agostinho, 2008; Alves, 2010; Branco, 2004; Cadman & Brewer, 2001; Costa & Faria, 2009a; Costa & Faria, 2009b; Domingues, 2009; Goleman, 2003; Lima Santos & Faria, 2005; Vilela, 2006) é consensual ao constatar a importância da IE nas profissões do cuidar. Foi com base neste suporte científico e ainda pelo facto de exercermos a nossa atividade profissional no âmbito dos cuidados continuados que chegámos a nossa questão de investigação:

“Qual a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?”

Levantada a questão e definido o objetivo geral, (avaliar as competências emocionais dos profissionais de saúde da RNCCI, bem como os fatores associados ao desenvolvimento destas competências), passaremos de seguida à síntese das principais conclusões do estudo:

- Assim, relativamente ao **perfil sócio demográfico** da amostra, verificámos que é maioritariamente feminina, com estado civil casada, inserindo-se em agregados familiares constituídos por 3 elementos. O grupo etário mais representativo é o dos 20-35 anos, seguido de perto pelo grupo dos 36-50 anos.
- No que respeita à **caracterização profissional**, constatámos que o grupo profissional mais representativo é o de enfermagem, seguindo-se a fisioterapia e a medicina. Em termos académicos, o maior grupo da amostra possui uma licenciatura, seguindo-se aqueles que possuem mestrado ou especialização, e apenas sete participantes possuem doutoramento. Dentro da RNCCI metade da amostra exerce há 4 anos ou mais, e um outro grupo há 3 anos ou menos. Surpreendentemente, a maioria dos profissionais de saúde não recebeu qualquer tipo de formação no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressar na Rede. Verificamos ainda que a maioria dos participantes tem duplo emprego, e grande heterogeneidade no vínculo laboral com a Rede.
- Reportando-nos à **funcionalidade familiar** dos participantes, concluímos que, a maioria (72,7%) percebe a integração numa família altamente funcional, uma parcela bem mais inferior refere estar inserida em redes familiares com uma moderada disfunção e apenas cinco elementos se colocam em famílias com disfunção acentuada.
- Relativamente à **inteligência emocional** verificámos que os valores das dimensões são muito satisfatórios, contudo a associação com as diferentes variáveis é que foi

sendo muito divergente. Iremos referir apenas aquelas onde se verificaram significâncias estatísticas.

- A **idade** apenas influencia a dimensão “expressão emocional” dos profissionais de saúde, sendo os indivíduos com idades entre os 30-35 anos aqueles que melhor se exprimem emocionalmente.
- A **profissão** mostrou estar associada à Inteligência Emocional da nossa amostra, sendo os fisioterapeutas assistentes sociais e terapeutas da fala, aqueles que detêm melhores competências emocionais.
- Os participantes “**pós-graduados**” percebem e exprimem-se emocionalmente de forma mais inteligente do que os licenciados, concluindo-se assim que, o grau académico influencia apenas estas duas dimensões.
- Os profissionais de saúde que receberam **formação** no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressarem na RNCCI apresentam em todas as dimensões da competência emocional valores, francamente superiores, aqueles que não receberam formação, o que confirma a importância da formação contínua.
- Aferimos que o **vínculo laboral** apenas influencia a capacidade para lidar com as emoções, salientando-se que são os indivíduos com vínculo efetivo que melhor lidam com as suas emoções.
- Relativamente às outras variáveis em estudo, o **género, estado civil, agregado familiar, tempo de serviço (na RNCCI e fora da Rede), trabalhar noutras instituições** verificou-se que não influenciam a Inteligência Emocional da nossa amostra.
- No que concerne à funcionalidade familiar concluímos que aquela influi claramente a Inteligência Emocional dos nossos participantes. Evidencia-se que os profissionais que perceberam as suas famílias como altamente funcionais são os que possuem competências emocionais mais elevadas.
- Debruçando-nos agora no último objetivo específico do nosso estudo concluímos que apenas a funcionalidade familiar e o número de elementos do agregado familiar, são variáveis preditivas de Inteligência Emocional. No entanto, importa referir que é a funcionalidade familiar que apresenta maior peso preditivo.

No que respeita aos resultados obtidos, podemos aferir que alguns destes vão de encontro aos conseguidos noutros estudos, ainda que o oposto também se tenha verificado.

De forma geral podemos afirmar que atingimos os objetivos a que nos propusemos, uma vez que o nosso estudo nos permitiu compreender quais os aspetos que mais influem a Inteligência Emocional dos profissionais de saúde das unidades de internamento da região centro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

.Estamos conscientes que tal como noutros estudos também no nosso há limitações que importa referir e que poderão ser ultrapassadas em investigações futuras.

Os resultados obtidos referem-se a uma amostra de profissionais de saúde em contexto de cuidados continuados especificamente numa só região do país, o que pode não ser representativo da população. Assim é de referir que os resultados do nosso estudo não devem ser generalizáveis ao universo de todos os profissionais de saúde. Admitimos que ao estudar profissionais de saúde inseridos noutros níveis de cuidados (por exemplo, primários) poder-se-ão encontrar resultados diferentes. Também o fato de existir um desequilíbrio de género (mais elementos do género feminino) poderá ter influenciado os resultados relativos aquela variável.

Uma outra limitação está relacionada com a utilização de instrumentos de autopreenchimento, designadamente a impossibilidade de controlar as respostas advindas dos efeitos de desejabilidade social.

Algumas unidades da Rede mostraram pouco interesse na participação no estudo, por parte dos quadros superiores, o que mostra também a falta de informação dos gestores e diretores técnicos acerca da temática e das suas mais-valias para os profissionais do cuidar. Também o período inicialmente programado para o preenchimento dos inquéritos foi exíguo, verificando-se assim a necessidade de prolongar o prazo por mais algum tempo, de forma a obter uma maior amostra. Estas duas situações balizaram de alguma forma a dimensão da amostra do estudo, contudo considerou-se que a amostra obtida foi razoável para o normal desenvolvimento do estudo.

Apesar de existirem algumas investigações na área da Inteligência Emocional no contexto da saúde, são ainda em exíguo número, o que limitou a diversidade dos autores referenciados, bem como a comparação dos resultados obtidos com esta investigação, numa área em que as emoções são de extrema importância.

Não menos importante, temos que reconhecer que os diminutos conhecimentos iniciais sobre Inteligência Emocional contribuíram para que, no decorrer deste estudo, nos interrogássemos diversas vezes se seríamos ou não capazes de alcançar a meta final.

Num futuro próximo, no âmbito do doutoramento gostaríamos de replicar o nosso estudo, numa amostra maior, para que se possa assegurar a representatividade da amostra. Parece-nos também importante que em futuras investigações se verifique um equilíbrio de género, de forma a obter-se maior homogeneidade dos resultados.

Deverá apostar-se numa dilatação da área territorial do estudo para que a região demarcada não possa ser encarada como uma possível variável que influencia os resultados. Sugere-se assim, que se estude a população dos profissionais de saúde, quer noutras regiões do país, bem como noutros contextos como cuidados de saúde primários e/ou ambiente hospitalar, por exemplo.

Ao nível da formação base e pós-graduada, propomos a inserção de estratégias pedagógicas que fomentem a aquisição de competências relacionais e emocionais nos futuros profissionais de saúde, para que estes sejam capazes de superar as contrariedades inerentes ao seu trabalho. Ainda a nível académico sugerimos incluir nos programas curriculares dos cursos de saúde conteúdos relativos à Inteligência Emocional, não só a nível teórico mas também prático.

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

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

Crentes de que o trilho a percorrer nesta área ainda é longo, acreditamos ter contribuído para a progressão da investigação na área da saúde, motivando futuras investigações, que contribuam para a literacia emocional de todos os profissionais do cuidar.



## BIBLIOGRAFIA

- Agostinho, L. M. (2008). *Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (8), 1405-1416.
- Almeida, L. S. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Alves, J. A. C. (2010). *A liderança e a inteligência emocional dos enfermeiros: chefes e especialistas*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, Viseu.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Revista Millenium*, 40: 185-199. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/13.pdf>.
- Ângelo, I. S. (2007). *Medição da inteligência emocional e sua relação com o sucesso escolar*. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade de Lisboa. Lisboa. 120 pp. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1288/1/19243\\_ulfcC091279\\_tm\\_tesefinal.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1288/1/19243_ulfcC091279_tm_tesefinal.pdf).
- Araújo, A., Brito, A., & Novaes, M. (2008). Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? *Revista Bioética*, 16 (1), 117 – 124. Acedido a 17 de Março de 2012, em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/60/63](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/60/63).
- Areias, J. A. (2010). *A Inteligência emocional na formação em Gestão da Saúde – Estudo de Caso e Proposta de modelo de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Saúde. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5687/1/RUN%20%20Tese%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Araujo%20Areias.pdf>.

- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Austin, E. J. (2010). Measurement of ability emotional intelligence: Results for two new tests. *British Journal of Psychology*, 101(3), 563-578.
- Austin, E. J., Farrelly, D., Black, C., & Moore, H. (2007). Emotional intelligence, Machiavellianism and emotional manipulation: does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43, 179-189.
- Badziak, R. P., & Moura, V. E. (2010). Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3 (1), 69-79. Acedido a 10 de Março de 2012, em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/51/114>.
- Barakat, L.P., Lutz, M.J., Nicolaou, D.C. & Lash, L.A. (2005). Parental locus of control, and quality of family function in the quality of life of children with sickle cell disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 12, 323-331.
- Bar-On, R. (1997). The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): *Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). Em R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema*, 18, 13-25.
- Boyar, S. L., & Mosley, D. C. (2007). The relationship between core self- evaluations and work and family satisfaction: The mediating role of work-family conflict and facilitation. *Journal of Vocational Behavior*, 71, 265-281.
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, Discriminant, and Incremental Validity of Competing Measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://heblab.research.yale.edu/pub\\_pdf/pub98\\_BrackettMayer2003\\_validityEI.pdf](http://heblab.research.yale.edu/pub_pdf/pub98_BrackettMayer2003_validityEI.pdf).
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., & Salovey, P. (2006). Relating Emotional Abilities to Social Functioning: A Comparison of Self-Report and Performance Measures of Emotional Intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 780-795. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://heblab.research.yale.edu/pub\\_pdf/pub102\\_BrackettRiversShiffmanLernerSalovey2006emotionandsocialfunction.pdf](http://heblab.research.yale.edu/pub_pdf/pub102_BrackettRiversShiffmanLernerSalovey2006emotionandsocialfunction.pdf).



- Branco, N. (2010). *Cuidados Continuados Integrados: Estudo de um caso*. Dissertação de Mestrado em Política Social. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2978>.
- Brotheridge, C., & Lee, R. (2005). Impact of work-family interference on general well-being: A replication and extension. *International Journal of Stress Management*, 12(3), 203-221.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9, 321-324.
- Campos, S. M. G. (2010). *A inteligência emocional em professores de educação especial da região de Viseu*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade de Granada, Granada. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://hera.ugr.es/tesisugr/1971001x.pdf>.
- Caruso, D. R., Mayer, J. D., & Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment*, 79, 306-320. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.unh.edu/personalitylab/Reprints/RP2002b-CarusoMayerSalovey.pdf>.
- Ciarrochi, J., & Mayer, J. (2006). Clarifying concepts related to emotional intelligence: a proposed glossary. Em J. Ciarrochi, J. Forgas, e J. Mayer (Eds). *Emotional Intelligence in Everyday Life*, (2ª ed.). New York: Psychological Press.
- Comissão Europeia (2008). *Health and long-term care in the European Union*. Euro barometer. Acedido a 22 de Março de 2012, em: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf).
- Constituição da República Portuguesa – VII Revisão Constitucional (2005). Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx#art64>.
- Correia, A. (2010). *Se o coração pensasse, pararia? Desenvolvimento de um instrumento de medida da Inteligência Emocional Grupal*. Dissertação de Mestrado em Psicologia das Organizações e do trabalho, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra.
- Costa, A. M. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve, Faro. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em:

- <http://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%A2ncia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>.
- Costa, M., & Faria, L. (2009a). *Inteligência emocional e satisfação profissional de enfermeiros e voluntários*. Comunicação apresentada no X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Braga. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c331.pdf>.
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009b). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE)*. Comunicação apresentada no X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas - Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Almedina.
- Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (6ª Edição). Lisboa: Editora RH.
- Damásio, A. (2000). *O sentimento de si: o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2003). *Ao encontro de espinoza: as emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência - A Construção do Cérebro Consciente*. Lisboa: Circulo de Leitores e Temas e Debates.
- Declaração de Alma-Ata (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários de 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS.
- Decreto-Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República I Série nº109 - Lei de Bases da Saúde. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.PDF>.
- Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro. Diário da República I Série – A nº 295 - Estabelece o estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.tdtonline.org/PDF/DL564-99.pdf>.
- Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho. Diário da República I Série - A nº109 - Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/06/109A00/38563865.pdf>

- Dessen, M. A., & Polonia, A. C. (2007). A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. *Revista Paidéia*, 17 (36), 21-32. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). Estudo de Integração e Continuidade de Cuidados. *Plano de Nacional de Saúde de 2011-16*. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/ICC.pdf>.
- Domingues, A. R. (2009). *Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos*. Dissertação de Mestrado em Temas de Psicologia. Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Porto.
- Dulewicz, V., & Higgs, M. (2004). Can emotional intelligence be developed? *The International Journal of Human Resource Management*, 15, 95-111.
- Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Relatório sobre “a carta dos direitos dos utentes” draft preliminar*. Porto.
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J., Rodrigues, M., Moreira, F., & Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-09-2009.pdf>.
- Faria, L., & Lima Santos, N. (2006). Competência Emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire”(ESCQ). Em C. Machado, L. Almeida, M.A. Guisande, M. Gonçalves & V. Ramalho (Coords.), *Actas das XI Conferência Internacional e Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 349-356). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Faria, L., Costa, A. C., & Costa, M. (2008). Validação do Questionário de Competência Emocional (QCE): Estudo em Contexto Hospitalar com Enfermeiros. Em A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coords.), *Actas das XIII Conferência Internacional e Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 923-930). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Farinha, R. J. S. (2007). *Optimização de redes de cuidados de saúde - Desenvolvimento de um modelo de simulação discreta com aplicação à sub-região de saúde de Setúbal*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa. Acedido a 10 de Março de 2012, em: [https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/150747/1/Tese\\_Ricardo%20Farinha.pdf](https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/150747/1/Tese_Ricardo%20Farinha.pdf).
- Filliozat, I. (1997). *A inteligência do coração*. Lisboa: Editora Pergaminho.

- Forte, A.I.C.S. (2009). *Burnout, Inteligência Emocional e Auto actualização em enfermeiros psiquiátricos*. Dissertação de Mestrado em temas de Psicologia, ramo de Psicologia da Saúde, Universidade do Porto, Porto. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54946/2/72863.pdf>.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (3ªed.) Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frone, M. R. (2003). Work–family balance. Em J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 143–162). Washington, DC: American Psychological Association.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional*. Lisboa: Editora Temas e Debates.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional* (12ª ed.). Lisboa: Soc. Industrial Gráfica.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª ed.). Temas e Debates
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). The emotional reality of teams. *Journal of Organizational Excellence*, 21 (2), 55-65.
- Grewal, D. & Salovey, P. (2005). Felling smart: the science of emotional intelligence. *American Scientist*. 93, 330-339. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: [http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c\\_c/rsrscs/rdgs/emot/salovey.emot\\_intell.amersci.05.pdf](http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/emot/salovey.emot_intell.amersci.05.pdf).
- Groves, K. S., McEnrue, M. P., & Shen, W. (2008). Developing and measuring the emotional intelligence of leaders. *Journal of Management Development*, 27(2), 225 – 250.
- Hanson, M.J., & Lynch, E.W. (2007). *Understanding familie Approaches to diversity, disability, and risk*. Baltimore: Paul Brookes.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T., Rattner, S., Erdmann, J., Gonnella, J. & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Educational*, 38(9), 934-941.

- Instituto da Segurança Social (2012). *Guia prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. 37 (4.13). . Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=22899&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=22899&m=PDF)
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões de 2010*. Lisboa: INE
- Jeannerod, M. (2002). *O cérebro íntimo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, J. C. (2001). Emotional Intelligence as an Aspect of General Intelligence: What Would David Wechsler Say? *Emotion*, 1, 258-264.
- Laborde, S., Brull, A., Weber, J. & Anders L. (2011). Trait Emotional Intelligence in Sport: A protective role against stress through heart rate variability?. *Personality and Individual Differences*. 5, 23-27.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (1995). *Metodologia científica – ciência e reconhecimento científico: métodos científicos: teoria, hipóteses e variáveis*. São Paulo: Editora Atlas.
- Latimer, A. E., Rench, T. A., & Brackett, M. A. (2008). Emotional Intelligence: a framework for examining emotions in sport and exercise groups. Em M.R. Beauchamp & M.A. Eys (eds.), *Group dynamics in exercise and sport psychology* (pp. 3-21). New York: Routledge.
- Ledoux, J. (1996). *Cérebro emocional – as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Lima Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, 275-289. Acedido a 3 de Janeiro de 2012, em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/668/1/275-289FCHS2005.pdf>.
- Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., Sousa, C., Cardozo, S., Fonseca, A., Novas, A., Eliseu, G., Serra, I., & Morais, C. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora.
- Lopes, R. C. C. (2006). Alexitimia e empatia: implicações para a prática de Enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 13, 37-43.
- Lu, F. J., Li, G. S., Hsu, E.Y., & Williams, L. (2010). Relationship between athletes’ Emotional Intelligence and precompetitive anxiety. *Perceptual and motor skills*, 110 (1), 323-38.

- MacKay, W. A. (2005). *Neurofisiologia sem lágrimas* (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Magina, E. C. V. (2011). *Qualidade de Vida e Funcionamento das Famílias de Crianças dos 0 aos 6 anos*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial Especialização em Intervenção Educativa Precoce. Universidade do Minho, Braga. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13663/1/Eug%c3%a9nia%20da%20Concei%c3%a7%c3%a3o%20Vieira%20Magina.pdf>.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, D., & Boeck, K. (1999). *QE: O que é a inteligência emocional* (2ª ed.). Lisboa: Editora Pergaminho.
- Märtn, D., & Boeck, K. (2002). *QE – O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Pergaminho.
- Martini, A. M., Sousa, F. G. M., Gonçalves, A. P. F., & Lopes, M. L. H. (2007). Estrutura e funcionalidade de famílias de adolescentes em tratamento hemodialítico. *Revista eletrónica de enfermagem*, 9(2).
- Martins, M. C., & Melo, J. M. C. (2008). Cuidados Continuados... uma aposta para o futuro! *Revista Millenium*, 34, 103-106. Acedido a 10 de Março de 2012, em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/361/1/Cuidados\\_continuados.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/361/1/Cuidados_continuados.pdf).
- Martins, M. C. A. (2005). *A promoção da saúde: percursos e paradigmas*. Instituto Politécnico de Castelo, Escola Superior de Saúde Doutor Lopes Dias, Castelo Branco. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%c3%a7%c3%a3o%20da%20sa%c3%bade.pdf>.
- Martins, M. C. A., & Melo, J. M. C. D. (2008). Emoção...emoções... que implicações para a saúde e qualidade de vida? *Revista Millenium*, 34, 125-148. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/365/1/Emo%c3%a7%c3%a3o%e2%80%a6emo%c3%a7%c3%b5es.pdf>.
- Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: science and myth*. Boston: MIT Press.

- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R. & Cherkasskiy, (2011). Emotional Intelligence. Em R.J. Sternberg & S.B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp.528-545). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D. (2006). A New Field Guide to Emotional Intelligence Em J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.). *Emotional Intelligence in Everyday Life*. 3-26. New York: Psychology Press. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EIAssets/EI2001Chapter%201%20from%20Emotional%20Intelligence%20in%20Everyday%20Life.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EIAssets/EI2001Chapter%201%20from%20Emotional%20Intelligence%20in%20Everyday%20Life.pdf).
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotion intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and preventive psychology*. 4, 197-208.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? Em P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*. 3-31. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G (2008). Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59,507–36.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits. *American Psychologist*, 63, 503–517.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232–242. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: [http://www.unh.edu/emotional\\_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2001MSCSAEmotionsArticle.pdf](http://www.unh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/Reprints...EI%20Proper/EI2001MSCSAEmotionsArticle.pdf).
- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standarts for an intelligence. *Intelligence*. 27 (4), 267-298.
- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence. *Handbook of emotional intelligence*. 15, 320-339.
- Mayer, J., Roberts, R. & Barsade, S. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology*. 59, 507–36.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *User`s Manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. Em Stenberg, R. (Eds.), *Handbook of human intelligence*. (2<sup>a</sup> Ed.). Cambridge University Press, New York.
- Mayer, J., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings and Implications. *Psychological Inquiry*, 15 (3), 197-215.

- Mazza, M. M. P. R., & Lefevre, F. (2005). Cuidar em família: análise da representação social de relação do cuidador familiar com o idoso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(1), 1-10. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci_arttext).
- Meireles, S. I. G. (2010). *Na gestão em saúde: a perspectiva da satisfação dos profissionais de saúde das unidades de saúde familiar*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/729/1/msc\\_sigssmeireles.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/729/1/msc_sigssmeireles.pdf).
- Mendes, S. V. (2008). *Efeito da disponibilização de benefícios organizacionais, da sua utilização e da percepção de suporte organizacional na facilitação do trabalho para a família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia dos Recursos Humanos, do Trabalho e das Organizações, Universidade de Lisboa, Faculdade de psicologia e de ciências da educação, Lisboa. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/751/1/17372\\_Dissertacao\\_Sandra\\_Mendes.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/751/1/17372_Dissertacao_Sandra_Mendes.pdf)
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Editora Lusociência
- Meyer, B. B., & Fletcher, T.B. (2007). Emotional Intelligence: A Theoretical Overview and Implications for Research and Professional Practice in Sport Psychology. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19 (1), 1-15.
- Meyer, B.B., & Zizzi, S. (2007). Emotional intelligence in sport: Conceptual, methodological, and applied issues. Em A.M. Lane (Ed.), *Mood and human performance: Conceptual, measurement, and applied issues* (pp. 131-154). London: Nova Science Publishers.
- Monteiro, N. L. P. (2009). *Inteligência emocional: validação de construto do MSCEIT numa amostra portuguesa*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Lisboa. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/955/1/21361\\_ulfp033573\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/955/1/21361_ulfp033573_tm.pdf).
- Morales, M. L. C., & Mesa, Y. R. (2009). Efectividad de la funcionalidade en las familias con adolescentes de primer semestre de la Fyndación Universitaria San Gil. *Avances en Enfermería*. 27(2), 71-81. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em:



- [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002009000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012145002009000200008&script=sci_arttext).
- Nascimento, S. (2006). *As relações entre inteligência emocional e bem-estar no trabalho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Universidade Metodista de São Paulo. São Paulo. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde\\_arquivos/2/TDE-2007-01-03T135525Z-125/Publico/Silvana%20Helal%20Nascimento.pdf](http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2007-01-03T135525Z-125/Publico/Silvana%20Helal%20Nascimento.pdf).
- Nave, F. J. G. M. (2006). *Os Padrões da Cultura Organizacional da Família - Uma abordagem da funcionalidade familiar, numa perspectiva organizacional*. Tese de Doutoramento especialidade de Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve, Faro.
- Nave, F. J. G. M., & Jesus, S. N. J. (2005). Ameaças à funcionalidade familiar: uma perspectiva sistémica da cultura organizacional da(s) família(s). *Educação*, 1, 11-26. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reeducacao/article/view/3787/2169>.
- Nunes, I. M. L. M. (2008). *Participação da Família nos Cuidados ao Utente Internado num Serviço de Ortopedia - Contributos Para Melhorar a Comunicação e a Qualidade dos Cuidados ao Utente*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/712/1/LC452.pdf>.
- Nunez, J., León, J., González, V., & Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto Deportivo. *Revista de Psicología del Deporte*, 20 (1), 223-242. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v20n1p223.pdf>.
- Oliveira, H. D. C. (2010). *Contratualização em cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, Vila Real. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/592/5/msc\\_hdcoliveira.pdf](http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/592/5/msc_hdcoliveira.pdf).
- Oliveira-Castro. J. M., & Oliveira-Castro K. M. (2001). A Função Adverbial de “Inteligência”: Definições e Usos em Psicologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 257-264.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidado gerais*. Divulgar. Grafinter – Sociedade Gráfica, Lda.

- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Relatório mundial de saúde 2008. Cuidados de saúde primários. Agora mais que nunca*. Acedido a 22 de Março de 2012, em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf).
- Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Mendiondo, M., Barham, E. J., & Filizola, C. L. A. (2006). Quem irá empurra minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 8 (3), 326-335. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a03.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a03.htm).
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinheiro, C. T. M. (2008). *A gestão das doenças crónicas: implicações na prática nos cuidados de saúde primários*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta, Lisboa. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1233/1/disserta%c3%a7%c3%a3o\\_Carla%20Pinheiro.pdf](http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1233/1/disserta%c3%a7%c3%a3o_Carla%20Pinheiro.pdf).
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Carral, J. M. C., & Queirós, P. S. (2005). Validação e Fiabilidade da Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://www.unh.edu/personalitylab/Assets/measures-Metamood/VALID%20E%20FIABILIDADE%20DA%20VERS%20PORTUGUESA%20MODIFICADA%20DA%20TMMS.pdf>.
- Ramos-Cerqueira, A.T.A., & Lima, M.C. (2002). A formação da identidade do médico: implicações para o ensino da graduação em Medicina. *Interface – comunicação, saúde, educação*, 6 (11), 107-116.
- Rego, A., & Cunha, P. M. (2004). *A Essência da Liderança – Mudança; Resultados; Integridade*. Lisboa: Editora RH.
- Rocha, P. M. R. B. R. (2009). *Família e Trabalho: (Des)Equilíbrios que orientam a (In)Satisfação. Valor do Apoio Social e da Vinculação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia área de especialização em Stress e Bem-Estar. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2117/1/22163\\_ulfp034793\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2117/1/22163_ulfp034793_tm.pdf).
- Rodrigues, S. M. L. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e*

- enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Educação para a Saúde. Universidade do Minho, Braga. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11489/1/tese.pdf>.
- Ruviaro, M. F., & Bardagi, M. P. (2010). Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do rs. *Barbarói*. 33, 194-216. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/1555/1317>.
- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Emotional development and emotional intelligence. *Educational implications*. Sluyter (Eds.), New York, NY: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., & Caruso, D. (2002) The positive psychology of emotional intelligence. Em C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 159-171). New York: Oxford University Press.
- Samuels, M. L., & Witmer, J. A. (2003). *Statistics for the Life Sciences*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Santana, R., & Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 29-56. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24\\_A\\_integracao\\_vertical\\_de\\_cuidados\\_de\\_saude\\_aspectos\\_conceptuais\\_e\\_organizacionais.pdf](http://gos.ensp.unl.pt/sites/gos.ensp.unl.pt/files/24_A_integracao_vertical_de_cuidados_de_saude_aspectos_conceptuais_e_organizacionais.pdf).
- Santos, A. A., & Pavarini, S. C. I. (2011). Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13(2):361-7. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a24.htm>.
- Santos, F. M. T. (2007). As emoções nas interações e a aprendizagem significativa. *Ensaio: Pesquisa em educação em ciências*, 9(2). Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://www.fae.ufmg.br/ensaio/v9\\_n2/01-as-emocoes-nasinteracoes-e-a-aprendizagem-significativa-revisado.pdf](http://www.fae.ufmg.br/ensaio/v9_n2/01-as-emocoes-nasinteracoes-e-a-aprendizagem-significativa-revisado.pdf).
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N., & Rooke, S. (2007). A meta analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.
- Segantin, B., & Maia, E. M. (2007). *Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família.

- Instituto de Ensino Superior de Londrina. Londrina. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: [http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol\\_5\\_1247866839.pdf](http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_5_1247866839.pdf).
- Serra, M. (2005). *Aprender a ser Doente: Processos de aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Serrano, A.M. (2007). *Redes Sociais de apoio e sua relevância para a intervenção precoce*. Porto: Porto Editora.
- Shemueli, R. (2005). *Inteligência Emocional – perspectivas y aplicaciones ocupacionales*. Lima: Universidade ESAN.
- Siegel, D. (1999). *A mente em desenvolvimento para uma neurobiologia da experiência interpessoal*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Silva, J., Rosado, A., & Serpa, S. (2012). Inteligência Emocional e Prática Desportiva: Uma Análise Global. *Revista Portuguesa de Fisioterapia no Desporto*. 6 (1), 17-29.
- Silva, M. J. M. (2010). *A inteligência emocional como factor determinante nas relações interpessoais - Emoções, Expressões Corporais e Tomadas de Decisão*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos. Universidade Aberta. Lisboa. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1529/1/Diserta%c3%a7%c3%a3o%20Maria%20Jo%c3%a3o%20Rosa%20Silva.pdf>.
- Silva, C. A. (2011). *Estudo de competências emocionais e sua correlação com o auto-conceito*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, Universidade Fernando Pessoa. Porto. Acedido a 21 de Março de 2012, em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2410/3/DM\\_6118.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2410/3/DM_6118.pdf).
- Simmons, S., & Simmons, J. (1997). *EQ-Como medir la inteligencia emocional. Primera guía que le enseña a aplicar sus principios en la empresa y en su vida privada*. Madrid: EDAF.
- Smilkstein G. (1978). The family APGAR a proposal for a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Soresi, S., Nota, L., & Ferrari, L. (2007). Considerations on supports that can increase the quality of life of parents of children with disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 4, 248–251.
- Starfield B., Shi L., & Macinko J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 83(3),457–502.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*. 52, 1030-1037.

- Sternberg, R. J. (2000). The Concept of Intelligence. Em R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University.
- Stratton, T. D., Saunders, J., & Elam, C. (2008). Changes in medical students' emotional intelligence: an exploratory study. *Teach Learn Med.* 20, (3): 279–284.
- Svyantek, D., & Rahim, M. (2002). Links between emotional intelligence and behavior in organizations: findings from empirical studies. *The international journal of organizational analysis*, 10 (4), 299-301.
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L.A., Fernandes, M. H., Alves, G. S., Sampaio, L. S., & Mascarenhas, C. H. M. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Avaliação Psicológica*, 8 (3), 415-423. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v8n3/v8n3a13.pdf>.
- Torres, Z. L. S. B. (2008). *Influência das Práticas Parentais Educativas no Desenvolvimento de Perturbações na Infância e Adolescência*. Tese de Doutorado. Universidade de Málaga, Faculdade de Ciências de Educação, Málaga. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17679059.pdf>.
- Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de *burnout* ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (5), 223-233. Acedido a 4 de Fevereiro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n5/a04v34n5.pdf>.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2001). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95–105.
- Trinidad, D., Unger, J., Choub, C., & Johnson, C. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*. 36, (4): 945-954.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J., Deal, A.G., Hamer, A.M., & Propst, S. (1990). Assessing family strengths and functioning style. *Topics in Early Childhood Special Education*, 10 (1), 16-35.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2010). *Coordenação*. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/organizacao/Paginas/Coordenacao.aspx>.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011a). *Equipas coordenadoras regionais*. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em: <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/organizacao/Paginas/EquipasCoordenadorasRegionais.aspx>.

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011b). *Equipas coordenadoras locais*. Acedido a 21 de Janeiro de 2012, em : <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/organizacao/Paginas/EquipasCoordenadorasLocais.aspx>.
- Veiga Branco, A. (2004). *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ventura, T. (2010). *Tipologias Familiares: Caracterização e Singularidades dos seus Ciclos Vitais*. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://pt.scribd.com/doc/85540795/tipologias-familiares>.
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública, Universidade de Aveiro. Aveiro. Acedido a 21 de Março de 2012, em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>.
- Wilkin, M. (2007). Nurse's empathy helps patients recover well. *Nursing Standard*, 21 (19), 6.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2009) Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 22 (1), 1-11. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/02.pdf>.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2010). Inteligência emocional avaliada por autorrelato difere do construto personalidade? *Psico-USF*, 15 (2), 151-159. Acedido a 28 de Janeiro de 2012, em: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v15n2/v15n2a03.pdf>.

## **ANEXOS**

---





## **ANEXO 1**

### **QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS**

#### **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL**

---





## SECÇÃO A

### Caracterização Sócio – Demográfica

**1. Idade:** \_\_\_\_Anos

**2. Género** (Assinale com um **X**):

Feminino ☐

Masculino ☐

**3. Estado Civil** (Assinale com um **X**):

Solteiro(a) ☐

Casado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

Divorciado(a) ☐

União de Facto ☐

**4. Elementos do Agregado Familiar** (Assinale uma ou duas opções com um **X**):

1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 ☐

6 ou + ☐

Pessoas com grau de dependência elevada ☐

**5. Residência** (Assinale com um **X**):

Meio Rural ☐

Meio Urbano ☐



## SECÇÃO B

### Caracterização Profissional

#### 1. Profissão

\_\_\_\_\_

#### 2. Grau Académico (Assinale com um **X** a habilitação mais elevada que possui):

Bacharelato ☐

Licenciatura ☐

Mestrado / Especialidade ☐ Especifique \_\_\_\_\_

Doutoramento ☐

Outro ☐ Qual? \_\_\_\_\_

#### 3. Tempo de experiência profissional? (Em anos)

Na RNCCI \_\_\_\_\_

Fora da RNCCI \_\_\_\_\_

#### 4. Tipologia da unidade (Assinale com um **X**):

Convalescença ☐

Média duração e Reabilitação ☐

Longa duração e Manutenção ☐

Paliativos ☐

#### 5. Teve formação específica no âmbito dos cuidados continuados antes de ingressar na Rede?

Não ☐

Sim ☐

#### 6. Presta serviços noutra instituição?

Não ☐

Sim ☐ Diga em quantas instituições? \_\_\_\_\_

#### 7. Vínculo à instituição da RNCCI (Assinale com um **X**):

Recibos Verdes ☐

Contrato a termo certo ☐

Contrato a tempo indeterminado ☐

Efectivo (a) ☐

## **ANEXO 2**

### **QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS**

#### **ESCALA DE APGAR FAMILIAR**

---





## SECÇÃO C

### Escala de APGAR Familiar

Nesta secção, pretendemos apenas conhecer a sua percepção sobre a funcionalidade da sua família. Por favor, para cada uma das questões, escolha a resposta, que melhor representa a sua experiência familiar.

**1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da sua família, sempre que alguma coisa o preocupa?**

*Quase sempre* ☐

*Algumas vezes* ☐

*Quase nunca* ☐

**2. Está satisfeito como a sua família discute assuntos?**

*Quase sempre* ☐

*Algumas vezes* ☐

*Quase nunca* ☐

**3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?**

*Quase sempre* ☐

*Algumas vezes* ☐

*Quase nunca* ☐

**4. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex.: amor, irritação, pesar) ?**

*Quase sempre* ☐

*Algumas vezes* ☐

*Quase nunca* ☐

**5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?**

*Quase sempre* ☐

*Algumas vezes* ☐

*Quase nunca* ☐





## **ANEXO 3**

**QUESTIONÁRIO DE COLHEITA DE DADOS**

**QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA FAMILIAR**

---





## SECÇÃO D

### Questionário de Competência Emocional (QCE)

Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2001)

Nas páginas seguintes vai encontrar um conjunto de afirmações, às quais pedimos que responda espontaneamente, sem pensar muito em cada uma delas, pois o que nos interessa é o que habitualmente sente e pensa acerca das mesmas. Isto não é um teste, logo, não há boas nem más respostas. O que conta é a sua opinião sincera!

Por favor, leia cada uma das afirmações que a seguir se apresentam e responda pondo um círculo ou uma cruz no número que corresponde à sua opinião, usando a escala que se segue:

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre

1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	1	2	3	4	5	6
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	1	2	3	4	5	6
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	1	2	3	4	5	6
4	Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	1	2	3	4	5	6
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	1	2	3	4	5	6
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	1	2	3	4	5	6
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	1	2	3	4	5	6
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	1	2	3	4	5	6
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou decepcionados.	1	2	3	4	5	6
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	1	2	3	4	5	6
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	1	2	3	4	5	6
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	1	2	3	4	5	6
14	Exprimo bem as minhas emoções.	1	2	3	4	5	6
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	1	2	3	4	5	6
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	1	2	3	4	5	6
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	1	2	3	4	5	6
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	1	2	3	4	5	6

1 Nunca	2 Raramente	3 Poucas Vezes	4 Algumas Vezes	5 Frequentemente	6 Sempre
------------	----------------	-------------------	--------------------	---------------------	-------------

19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	1	2	3	4	5	6
20	Consigo descrever o meu estado emocional actual.	1	2	3	4	5	6
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	1	2	3	4	5	6
22	Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	1	2	3	4	5	6
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	1	2	3	4	5	6
24	Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	1	2	3	4	5	6
25	Quando estou feliz e bem humorado(a), estudo e trabalho melhor.	1	2	3	4	5	6
26	O meu comportamento reflecte os meus sentimentos mais profundos.	1	2	3	4	5	6
27	Consigo detectar a inveja disfarçada nos outros.	1	2	3	4	5	6
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	1	2	3	4	5	6
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	1	2	3	4	5	6
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	1	2	3	4	5	6
31	Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	1	2	3	4	5	6
32	Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	1	2	3	4	5	6
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	1	2	3	4	5	6
34	Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	1	2	3	4	5	6
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	1	2	3	4	5	6
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	1	2	3	4	5	6
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	1	2	3	4	5	6
38	Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
39	Percebo quando alguém está em baixo.	1	2	3	4	5	6
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	1	2	3	4	5	6
41	Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	1	2	3	4	5	6
43	Tento manter o bom humor.	1	2	3	4	5	6
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	1	2	3	4	5	6
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	1	2	3	4	5	6

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.**

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DO PORTO

GRELHA DE COTAÇÃO  
QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2001)

O presente Questionário é CONFIDENCIAL e ANÓNIMO.

Nas páginas seguintes vai encontrar um conjunto de afirmações, às quais pedimos que responda espontaneamente, sem pensar muito em cada uma delas, pois o que nos interessa é o que habitualmente sente e pensa acerca das mesmas.

Isto não é um teste, logo, não há boas nem más respostas. O que conta é a sua opinião sincera!

MUITO OBRIGADO por nos ter disponibilizado o seu tempo para responder a este Questionário.

Por favor, leia cada uma das afirmações que a seguir se apresentam e responda pondo um círculo ou uma cruz na letra que corresponde à sua opinião, usando a escala que se segue:

A	B	C	D	E	F
NUNCA	RARAMENTE	POUCAS VEZES	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE

1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	1	2	3	4	5	6	CL
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	1	2	3	4	5	6	EE
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	1	2	3	4	5	6	PE
4	Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	1	2	3	4	5	6	CL
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	1	2	3	4	5	6	EE
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	1	2	3	4	5	6	PE
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	1	2	3	4	5	6	CL
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	1	2	3	4	5	6	EE
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou decepcionados.	1	2	3	4	5	6	PE
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	1	2	3	4	5	6	CL
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	1	2	3	4	5	6	EE
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	1	2	3	4	5	6	PE
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	1	2	3	4	5	6	CL
14	Exprimo bem as minhas emoções.	1	2	3	4	5	6	EE
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	1	2	3	4	5	6	PE
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar mal disposto(a).	1	2	3	4	5	6	CL

	A NUNCA	B RARAMENTE	C POUCAS VEZES	D ALGUMAS VEZES	E FREQUENTEMENTE	F SEMPRE	
17							EE
18							PE
19							CL
20							EE
21							PE
22							CL
23							EE
24							PE
25							CL
26							EE
27							PE
28							CL
29							EE
30							PE
31							CL
32							EE
33							PE
34							CL
35							EE
36							PE
37							CL
38							EE
39							PE
40							CL
41							EE
42							PE
43							CL
44							PE
45							CL

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

DIMENSÕES:

CL - CAPACIDADE PARA LIDAR COM A EMOÇÃO - 16 ITENS -  
 EE - EXPRESSÃO EMOCIONAL - 14 ITENS - PE - PERCEPÇÃO EMOCIONAL - 15 ITENS -

Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2001)

## **ANEXO 4**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL**

---





**Fwd: pedido**

De: **Rosa Martins** (rmartins.viseu@gmail.com)

Enviada: quinta-feira, 8 de Setembro de 2011 22:24:27

Para: **angela rebelo** (angela.rebelo@hotmail.com)

2 anexos

Artigos e comunicações de Inteligência Emocional.doc (36,0 KB) , Questionário de Competência Emocional.pdf (62,8 KB)

----- Mensagem encaminhada -----

De: Luisa faria <lfaria@fpce.up.pt>

Data: 8 de Setembro de 2011 15:42

Assunto: Re: pedido

Para: Rosa Martins <rmartins.viseu@gmail.com>

Cc: Nelson Lima Santos <limasant@ufp.edu.pt>

Caríssima Dr<sup>a</sup> Rosa Martins,

Para os devidos efeitos declaramos que autorizamos a utilização do Questionário de Competência Emocional no âmbito do estudo da sua aluna Ângela, desde que sejam cumpridos os seguintes requisitos:

- respeito pelos direitos de autor;
- respeito pelas normas gerais de utilização do questionário, expressas nas publicações sobre o mesmo;
- que nos transmitam os principais resultados obtidos com o mesmo.

Segue questionário com grelha de cotação e lista de publicações sobre o mesmo.

Mais informo que acabou de sair novo capítulo sobre o questionário, com a seguinte referência:

Faria, L. & Lima Santos, N. (2011). Questionário de Competência Emocional (QCE). In C. Machado, M. M. Gonçalves, L. S. Almeida & M. R. Simões (Eds.), Instrumentos e contextos de avaliação psicológica (vol. I, pp. 67-80). Coimbra: Edições Almedina, SA.

Saudações e votos de bom trabalho!

Luisa Faria e Nelson Lima Santos

----- Original Message ----- From: "Rosa Martins" <rmartins.viseu@gmail.com>

To: <lfaria@fpce.up.pt>

Sent: Wednesday, September 07, 2011 9:36 PM

Subject: pedido

- > Boa noite Dra luisa
- > no seguimento do mail que enviou à Angela vinha (como sua orientadora)
- > solicitar o instrumento utilizado na vossa investigação sobre a
- > inteligencia emocional
- > Grata pela atenção dispensada
- >
- > --
- > Rosa Maria Lopes Martins
- > (MD, PhD, Professor)
- > Professora Coordenadora da ESSV- IPV
- > Rua Don João Crisóstomo Gomes de Almeida, n°102
- > 3505-843 Viseu
- > Tel: 232419100
- > rmartins.viseu@gmail.com
- >
- > --



## **ANEXO 5**

### **PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À UNIDADE DE MISSÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

---





## Hotmail

## A Receber (1)

## Pastas

## Lixo (12)

Rascunhos (6)

Enviado

## Eliminado (7)

ALLIANCE FRANCAISE

APF

## CGD (24)

Dissertação de Mestrado

FISIOTERAPIA

MESTRADO

outros

UCC - registos

viagem a Londres

viagens pelo mundo

Nova pasta

## Vistas rápidas

## Documentos (2)

## Fotografias (1)

Sinalizada(s)

Nova categoria

## Messenger

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito.

Manter a sessão iniciada | Terminar sessão

6 convites

Proc. nos contact.

Pretende conversar por chat pelo Messenger a partir da pasta A Receber? Basta adicionar amigos.

Terminar sessão

Home Page

Contactos

Calendário



Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▾ Marcar como ▾ Mover para ▾ Categorias ▾ |

## Pedido de autorização para investigação científica

Voltar a mensagens |

angela rebeLO

Para secretariado@umcci.min-saude.pt

13-11-2011

Responder ▾

## UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Exma. Coordenadora da

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Ângela Cristina de Jesus Rebelo, Mestranda de Gestão em Unidades de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins pede autorização para realizar a Dissertação de Mestrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A presente investigação científica pretende avaliar os níveis de Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da RNCCI. Assim, será um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e não experimental, sendo apenas aplicado nas unidades de internamento da RNCCI situadas na região Centro do País.

Perante o exposto, aguardamos por parte de Vossa Excelência, a autorização para que a presente investigação científica possa avançar, assumindo desde já, que todos os princípios éticos da Declaração de Helsinquia serão salvaguardados.

Sem mais de momento, agradecemos a atenção disponibilizada.

Viseu, 14 de Novembro de 2011

Atentamente,

Professora Doutora Rosa Martins

Mestranda Ângela Rebelo

Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▾ Marcar como ▾ Mover para ▾ Categorias ▾ |

## Últimas notícias

Encontrado  
o assassino  
das Rugas!



Fechar anúncio  
AdChoices



## **ANEXO 6**

**AUTORIZAÇÃO DA UNIDADE DE MISSÃO DA REDE NACIONAL DE  
CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS PARA ELABORAÇÃO DO  
ESTUDO NAS UNIDADES DA REGIÃO CENTRO**

---





## Hotmail

Novo | Responder Responder a todos Reencaminhar | Eliminar Lixo Varrer ▾ Marcar como ▾ Mover para ▾ Categorias ▾ |

Opções ▾

## A Receber (1)

## Pastas

## Lixo (12)

Rascunhos (6)

Enviado

## Eliminado (7)

ALLIANCE FRANCAISE

APF

## CGD (24)

Dissertação de Mestrado

FISIOTERAPIA

MESTRADO

outros

UCC - registos

viagem a londres

viagens pelo mundo

Nova pasta

## Vistas rápidas

## Documentos (2)

## Fotografias (1)

Sinalizada(s)

Nova categoria

## Messenger

Iniciou sessão no Messenger. Para alterar o seu estado, clique no seu nome no canto superior direito.

Manter a sessão iniciada | Terminar sessão

6 convites

Proc. nos contact.

Pretende conversar por chat pelo Messenger a partir da pasta A Receber? Basta adicionar amigos.

Terminar sessão

Home Page

Contactos

Calendário



## RE: Pedido de autorização para investigação científica

Voltar a mensagens |

UMCCI UMCCI

Para angela rebeLO, hespanha@arscentro.min-saude.pt, ECR

15-11-2011

Responder ▾

Exmª Senhora

Drª Ângela RebeLO

Encarrega-me a Srª Coordenadora da UMCCI, Drª Inês Guerreiro de informar que nada tem a opor à investigação, sugerindo-se a articulação com a Equipa de Coordenação Regional do Centro (ecr@arscentro.min-saude.pt), uma vez que é a área onde pretende realizar o estudo.

Com os melhores cumprimentos

Gabriela Simões

(Secretariado)

**De:** angela rebeLO [mailto:angela.rebeLO@hotmail.com]**Enviada:** domingo, 13 de Novembro de 2011 21:31**Para:** Secretariado UMCCI**Assunto:** Pedido de autorização para investigação científica

## UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Exma. Coordenadora da

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Fechar anúncio  
AdChoices

Ângela Cristina de Jesus RebeLO, Mestranda de Gestão em Unidades de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins pede autorização para realizar a Dissertação de Mestrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A presente investigação científica pretende avaliar os níveis de Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da RNCCI. Assim, será um estudo quantitativo, transversal, descritivo-correlacional e não experimental, sendo apenas aplicado nas unidades de internamento da RNCCI situadas na região Centro do País.

Perante o exposto, aguardamos por parte de Vossa Excelência, a autorização para que a presente investigação científica possa avançar, assumindo desde já, que todos os princípios éticos da Declaração de Helsínquia serão salvaguardados.

Sem mais de momento, agradecemos a atenção disponibilizada.

Viseu, 14 de Novembro de 2011

Atentamente,

Professora Doutora Rosa Martins

Mestranda Ângela RebeLO



## **ANEXO 7**

### **PEDIDO DE COLABORAÇÃO À EQUIPA DE COORDENAÇÃO REGIONAL COIMBRA**

---



Data: 16/11/2011 [10:40:17]  
De: angela.rebelo@portugalmail.pt  
Para: ecrcentro@arscentro.min-saude.pt  
Assunto: Pedido de colaboração para investigação científica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Exma. Equipa de Coordenação Regional do Centro  
da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Eu, Ângela Cristina de Jesus Rebelo, Mestranda de Gestão em Unidades de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins pretendo realizar a Dissertação de Mestrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o objectivo de avaliar os níveis de Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da RNCCI. Para tal procedemos ao pedido de autorização à coordenação nacional, que como podem visualizar no e-mail abaixo exposto nos foi permitida, sugerindo que articulassemos com a vossa Equipa.

Nesse sentido, vimos por este meio pedir a vossa colaboração, uma vez que a nossa investigação científica apenas se debruçará sobre as unidades de internamento da RNCCI situadas na região Centro do País. Assim sendo, seria possível enviar para este e-mail uma listagem de todas as unidades de internamento da Rede com respectivos endereços electrónicos para posterior envio dos instrumentos de investigação?

Aguardamos uma resposta, agradecendo desde já a atenção por vós disponibilizada.

Viseu, 16 de Novembro de 2011

Atentamente,

Professora Doutora Rosa Martins

Mestranda Ângela Rebelo

---

From: secretariado@umcci.min-saude.pt  
To: angela.rebelo@hotmail.com  
CC: hespanha@arscentro.min-saude.pt; ECR@acs.min-saude.pt  
Subject: RE: Pedido de autorização para investigação científica  
Date: Tue, 15 Nov 2011 16:39:09 +0000

Exmª Senhora

Drª Ângela Rebelo

Encarrega-me a Srª Coordenadora da UMCCI, Drª Inês Guerreiro de informar que nada tem a opor à investigação, sugerindo-se a articulação com a Equipa de Coordenação Regional do Centro (ecr@arscentro.min-saude.pt), uma vez que é a área onde pretende realizar o estudo.

Com os melhores cumprimentos

Gabriela Simões

(Secretariado)

---

De: angela rebelo [mailto:angela.rebelo@hotmail.com]  
Enviada: domingo, 13 de Novembro de 2011 21:31  
Para: Secretariado UMCCI  
Assunto: Pedido de autorização para investigação científica

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS



## **ANEXO 8**

### **RECEPÇÃO POR PARTE DA EQUIPA DE COORDENAÇÃO REGIONAL (COIMBRA) DOS MAPAS DAS UNIDADES DA REGIÃO**

---





**Data:** 29/11/2011 [15:44:23]  
**De:** Paula Sousa <paulasousa@arscentro.min-saude.pt>  
**Para:** angelarebelofisio@portugalmail.pt  
**Assunto:** RE: Pedido de colaboraçãoparainvestigaçãocientifica

Boa tarde,

Dra. Ângela conforme solicitado, junto enviamos mapa com as instituições que pertencem à RNCCI da Região Centro, bem como respectivos contactos.

Com os melhores cumprimentos,

A ECR Centro

Paula Sousa

---

**De:** angelarebelofisio@portugalmail.pt [mailto:angelarebelofisio@portugalmail.pt]  
**Enviada:** quarta-feira, 16 de Novembro de 2011 10:40  
**Para:** ecrcentro  
**Assunto:** Pedido de colaboraçãoparainvestigaçãocientifica  
**Importância:** Alta

## UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Exma. Equipa de Coordenação Reginal do Centro  
da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Eu, Ângela Cristina de Jesus Rebelo, Mestranda de Gestão em Unidades de Saúde pela Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional das Beiras, sob orientação da Professora Doutora Rosa Martins pretendo realizar a Dissertação de Mestrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) com o objectivo de avaliar os níveis de Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da RNCCI. Para tal procedemos ao pedido de autorização à coordenação nacional, que como podem visualizar no e-mail abaixo exposto nos foi permitida, sugerindo que articulássemos com a vossa Equipa.

Nesse sentido, vimos por este meio pedir a vossa colaboração, uma vez que a nossa investigação científica apenas se debruçará sobre as unidades de internamento da RNCCI situadas na região Centro do País. Assim sendo, seria possível enviar para este e-mail uma listagem de todas as unidades de internamento da Rede com respectivos endereços electrónicos para posterior envio dos instrumentos de investigação?

Aguardamos uma resposta, agradecendo desde já a atenção por vós disponibilizada.

Viseu, 16 de Novembro de 2011

Atentamente,

Professora Doutora Rosa Martins

