UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

"COMPETÊNCIA EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS"

(Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia)

(Especialização em Psicologia da Saúde)

FERNANDO ANTÓNIO DOS SANTOS GREGÓRIO

FARO, 2008

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE BEJA

"COMPETÊNCIA EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS"

(Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia)

(Especialização em Psicologia da Saúde)

FERNANDO ANTÓNIO DOS SANTOS GREGÓRIO

FARO, 2008

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho só foi possível graças à valiosa colaboração de muitos amigos que a todo o momento me incentivaram a prosseguir. O receio de inadvertidamente poder omitir alguém, leva-me a reservar os seus nomes, na convicção de que cada um saberá que está no meu coração e que lhe ficarei eternamente grato. Pelas leituras e valiosas sugestões, pela disponibilidade para partilhar dúvidas, pela ajuda e ensinamento no tratamento e análise estatística, pelas propostas de revisão do texto, pelas pesquisas em conjunto, pela ajuda incondicional, o meu mais sincero reconhecimento.

A todos os que preencheram e devolveram o questionário, porque estou consciente que o preenchimento do mesmo exigiu razoável consumo de tempo e disponibilidade, os meus agradecimentos. A quem não o devolveu obrigado também, pois sei que não foi por mal, apenas esquecimento...um dia terão oportunidade de participar, comprometo-me a voltar a solicitar a Vossa colaboração.

O meu reconhecido apreço ao Conselho de Administração do Hospital Distrital de Faro e ao Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde de Faro pela colaboração prestada.

Ao Professor Doutor Saul Neves de Jesus, meu Orientador, os meus sinceros agradecimentos. Obrigado por ter acreditado em mim desde o primeiro momento; obrigado pelos ensinamentos, pela colaboração e paciência ao longo da execução desta dissertação. A competência emocional e a satisfação profissional que sempre demonstrou e transmitiu representam uma fonte inspiradora, um modelo a nível profissional e pessoal.

A todos um grande obrigado e...

muito Bem Hajam.

Para a Célia, a Rita e o Vicente

Eles sabem porquê.

" ... Cuidar... é uma obra comum mas única,
uma arte cujo resultado para uma pessoa
só pode ser o futuro do encontro subtil
entre diferentes competências,
todas úteis, a seu tempo, ao processo empreendido"

Hesbeen (2000)

" Enfermagem é algo
que se faz com a cabeça
o coração e as mãos "

Virginia Henderson (2007)

RESUMO

O que sentimos é o que nos liga à vida, a razão de ser, o cerne da nossa existência. A experiência subjectiva das emoções e de sentimentos, ou simplesmente a emoção, é vista como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo e que nos "liga" a nós próprios, aos outros e ao mundo (Diogo, 2006). Cuidar consiste num processo relacional, num *"meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos"*. (Watson, 2002). O acto de cuidar está impregnado de significado emocional.

Quem cuida é diariamente confrontado com a experiência de sentir e lidar com a emotividade nas situações da sua prática, num mundo onde a emoção e o sentimento têm sido tradicionalmente reprimidos. São já vários os estudos que demonstraram que enfermeiros, por lidarem com a dor, o sofrimento, a angústia, a perda, o stress e a morte, sofrem efeitos devastadores na capacidade relacional, racional e emocional.

A principal hipótese deste estudo apontando para a existência de uma relação entre competência emocional e satisfação profissional nos enfermeiros, confirma-se com r = 0,186 e p = 0,045. A fraca intensidade da relação deve-se a condicionantes socioeconómicos como incertezas geradas pelas mudanças na profissão, na carreira e regime jurídico das instituições; pouca autonomia na organização do trabalho; fraco reconhecimento do trabalho; ausência de espaço temporal suficiente para reflectir sobre a prática; insuficiente dotação de enfermeiros nos serviços; precariedade dos vínculos laborais; perda de regalias sócio-economicas e outras; alterações à carreira; incerteza e insegurança.

Palavras-chave: Competência Emocional; Satisfação; Cuidar; Enfermagem.

ABSTRACT

What we feel is what ties us to life, the reason for being, the core of our existence. The subjective experience of emotions and feelings or simply the emotion, is seen as the basis of our personality, what we have of most intimate and what ties us to ourselves, to the others and to the world (Diogo, 2006). Caring consists of a relational process, in a "World of communication and release of human feelings" (Watson, 2002). The act of caring, is evolved in emotional significance.

The one that cares is confronted on a daily basis with the experience of feeling and dealing with emotivity of his daily practice situations, in a world where emotions and feeling have been traditionally repressed. There have been several studies so far showing that nurses, due to the handling of pain, suffering, anguish, loss, stress and death, suffer devastating effects on their relational, rational and emotional habilities.

The main hypothesis of our study points out to the existence of a strong correlation between emotional competence and job satisfaction amongst nurses, and this has lately been confirmed that the with $r = 0,186$ and $p = 0,045$. That is in our opinion due to socioeconomic conditioning factors such as: uncertainty due to the changes in the profession, career and laws ruling the institutions; the weaker autonomy that nurses have in the planning of their own tasks; the poor recognition of their work by other elements of the health team; the lack of temporal space enough for a reflection of their own practice; the insufficient number of nurse jobs in the departments; the weak ties to the employing health institutions; and the recent loss of privileges of socioeconomic nature and others; career changes; uncertainty and insecurity.

Keywords: Emotional competence; Satisfaction; Caring; Nursing.

ABREVIATURAS

ESSaF – Escola Su+erior de Saude de Faro

HDF – Hospital Distrital de Faro

I. E. – Inteligência Emocional

O. E. – Ordem dos Enfermeiros

Q. I. – Quociente de Inteligência

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 18

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 25

CAPÍTULO 1 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 26

1.1 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 26

1.2 – COGNIÇÃO E EMOÇÃO 31

1.3 – DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL À COMPETÊNCIA EMOCIONAL 33

1.4 – AS CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 39

1.4.1 – AUTO-CONSCIÊNCIA 39

1.4.2 – GESTÃO DAS EMOÇÕES 42

1.4.3 – AUTO-MOTIVAÇÃO 43

1.4.4 – EMPATIA 45

1.4.5 – COMPETÊNCIAS SOCIAIS 46

CAPÍTULO 2 – TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 48

2.1 – O SIGNIFICADO DO TRABALHO 48

2.2 – O CONCEITO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 51

2.3 – MODELOS TEÓRICOS DA MOTIVAÇÃO E DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 55

2.3.1 – TEORIAS DE CONTEÚDO 56

2.3.1.1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow 57

2.3.1.2 – Teoria dos dois factores de Herzberg 60

2.3.1.3 – Teoria das Necessidades Aprendidas de McClelland 64

2.3.2 – TEORIAS DO PROCESSO 66

2.3.2.1 – Teoria das Expectativas 67

2.3.2.2 – Teoria da Discrepância 70

2.3.2.3 – Teoria do Reforço 72

2.3.2.4 – Teoria da Adaptação ao Trabalho 75

2.3.2.5 – Modelos das Características do Trabalho 76

CAPÍTULO 3 – ENFERMAGEM – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO 78

3.1 – PERSPECTIVANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM 78

3.1.1 – PARADIGMA DA CATEGORIZAÇÃO 81

3.1.2 – PARADIGMA DA INTEGRAÇÃO 83

3.1.3 – PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO 84

3.2 – CUIDAR E ENSINAR COM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA UMA MAIOR SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 90

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO 96

CAPÍTULO 4 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS 97

4.1 – DELINEAMENTO DO ESTUDO 98

4.2 – HIPÓTESES 99

4.3 – DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS 101

4.3.1 – QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO 101

4.3.2 – ESCALA DAS CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 102

4.3.3 – ESCALA DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 103

4.4 – PROCEDIMENTO 104

4.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA 105

CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUÇÃO DOS RESULTADOS 107

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA 108

5.1.1 – CARACTERISTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS 108

5.1.1.1 – Idade 108

5.1.1.2 – Género 108

5.1.1.3 – Habilitações Académico/profissionais 109

5.1.1.4 – Tempo de exercício profissional 110

5.1.1.5 – Categoria profissional 110

5.1.2 – VARIÁVEIS RELATIVAS AO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS RELAÇÕES E EMOÇÕES EM CONTEXTOS DE TRABALHO 111

5.1.3 – NÍVEIS DE GRATIFICAÇÃO PROFISSIONAL E VARIÁVEIS DE CONTEXTO 113

5.1.4 – COMPETÊNCIA EMOCIONAL 114

5.1.4.1 – Auto-Consciência 114

5.1.4.2 – Gestão das Emoções 114

5.1.4.3 – Auto-Motivação 115

5.1.4.4 – Empatia 115

5.1.4.5 – Gestão das Emoções em Grupos 115

5.1.4 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 117

5.2 – ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS E COMPARAÇÃO COM ESTUDOS ANTERIORES 118

5.2.1 – COMPETÊNCIA EMOCIONAL 119

5.1.4.1 – Auto-Consciência 119

5.2.1.2 – Gestão das Emoções 120

5.2.1.3 – Auto-Motivação 120

5.2.1.4 – Empatia 121

5.2.1.5 – Gestão das Emoções em Grupos 121

5.2.2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 122

5.3 – ESTUDO DA NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS 124

5.3.1 – COMPETÊNCIA EMOCIONAL 124

5.3.2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL 126

5.4 – TESTES DE HIPÓTESES 127

CONCLUSÕES 140

BIBLIOGRAFIA 146

ANEXOS – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS 154

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A natureza mutável do contexto de trabalho Peiró, Prieto, & Roe, 1996, in Seco, 2000, p.57.....50
Figura 2 – Modelo de motivação das teorias de conteúdo (adaptado de Ferreira, Neves e Caetano, 2001, p. 262).....56
Figura 3 – Comparação dos modelos de motivação de Maslow e Herzberg (in Fachada, 2003, p. 105) 61
Figura 4 – da satisfação profissional segundo o modelo de Herzberg (in Santos, 2001, p. 88).....62
Figura 5 – Modelo explicativo da teoria das expectativas (retirado de Chiavenato, 1987, p.281).....68
Figura 6 – Modelo explicativo da teoria da equidade em relação aos *inputs* e resultados (retirado de Chiavenato, 1987, p. 280).....71
Figura 7 – Todo o comportamento depende das consequências (Adaptado de Frederico, 2006).....73
Figura 8 – Modelo de Análise do estudo.....100
Figura 9 – Histograma da variável "Competência Emocional".....125
Figura 10 – Histograma da variável (capacidade) Gestão das Emoções em Grupos 126
Figura 11 – Histograma e *"Q-Q Plot"* de Satisfação Total.....127

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Os cinco blocos de características de Inteligência Emocional (Goleman, 1997) 35
Quadro 2 – Os cinco blocos de competências de Inteligência Emocional (Goleman, 1999) ..... .36
Quadro 3 – Os cinco blocos de características de Inteligência Emocional (Goleman, 1997) 38
Quadro 4 – Itens invertidos na Escala das Capacidades da Inteligência Emocional 103

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis "idade" e"Género" 109

Tabela 2: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis "anos de serviço " e "habilitações académicas" 110

Tabela 3: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis "Categoria Profissional" e "Habilitações Académicas" 111

Tabela 4: Apresentação da distribuição dos valores das frequências absolutas e relativas das variáveis: "Percepção da Relação Interpessoal com os utentes e o Sucesso do Cuidar" por "anos de serviço" 112

Tabela 5: Apresentação da distribuição dos valores das frequências absolutas e relativas das variáveis: "Percepção da relação entre Estabilidade Emocional e a Relação Interpessoal com os utentes" por "anos de serviço" 112

Tabela 6: Factores e circunstâncias consideradas como importantes para ser Enfermeiro 113

Tabela 7: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, relativo às capacidades da competência emocional comparados com a média obtida por Veiga Branco 115

Tabela 8: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, relativo às capacidades da competência emocional obtido após ponderação 116

Tabela 9: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo observado, relativo a cada item e ao Score total de Satisfação Profissional 118

Tabela 10: Número de factores extraídos, variância explicada, e alfa de Cronbach, obtidos nos estudos de Veiga Branco (2005) e no presente estudo para a escala de Competência Emocional e por cada uma das capacidades que a integram 121

Tabela 11: Pesos ou saturações factoriais de cada item nos três factores retidos, os seus "*eigenvalues*", (valor próprio) e a percentagem de variância explicada por cada factor 123

Tabela 12: Coeficiente alfa de Cronbach obtido para escala de satisfação profissional 124

Tabela 13: estudo da normalidade. Teste de Kolmogorv-Smirnov 125

Tabela 14: Matriz da correlação de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional 128

Tabela 15: Matriz da correlação de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional nos sujeitos da amostra com 20 ou mais anos de serviço 130

Tabela 16: Matriz da correlação de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional nos sujeitos da amostra com 3 ou menos anos de serviço 131

Tabela 17: Influência de cada uma das capacidades sobre a Competência Emocional 134

Tabela 18: Influência exercida pela variável idade sobre a satisfação Profissional, sobre a Competência Emocional e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional 135

Tabela 19: Influência exercida pela variável "Género" sobre a satisfação Profissional, sobre a Competência Emocional e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional 136

Tabela 20: Influência exercida pela variável "Habilitações Académico-Profissionais" sobre a satisfação Profissional, sobre a Competência Emocional e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional 137

Tabela 21: Influência exercida pela variável Tempo de Exercício Profissional sobre a satisfação Profissional, sobre a Competência Emocional e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional 138

Tabela 22: Influência exercida pela variável Categoria Profissional sobre a satisfação Profissional, sobre a Competência Emocional e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional 138

INTRODUÇÃO

Até há bem pouco tempo pensava-se que as competências técnicas eram o principal elemento para a determinação do sucesso dos indivíduos na organização e destas no mundo. A enfermagem e outras profissões de ajuda não eram excepção. Desde logo, o que era ensinado na escola colocava a ênfase na vertente tecnicista. Acreditava-se que as emoções prejudicavam o trabalho, que o influenciavam de uma forma negativa e as pessoas eram avaliadas em função da correcta execução técnica e até por apresentarem uma certa *"frieza"* nas relações com os outros. Nas palavras de Damásio (2000):

> *"Ao longo da maior parte do século XX, a emoção não foi digna de crédito nos laboratórios. Era demasiado subjectiva, dizia-se. Era demasiado fugidia e vaga. Estava no pólo oposto da razão, indubitavelmente a mais excelente capacidade humana, e a razão era encarada como totalmente independente da emoção…A emoção não era racional, e estudá-la também não era."* (p.59)

Porém, cada vez mais os novos contextos organizacionais, face ao processo de globalização, preconizam a procura de uma nova relação entre a empresa e as pessoas. Cada vez mais, o sucesso dos indivíduos depende de outros factores além do Quociente de Inteligência (QI) e do espírito de trabalho.

O crescente interesse pelo mundo das emoções, e consequentemente pela investigação associada a emoções e sentimentos, tem enriquecido grandemente o conhecimento nesta área e levou ao surgimento de uma nova área de estudo das emoções nas organizações – a Inteligência Emocional – que progressivamente tem vindo a ganhar importância no meio académico, sendo simultaneamente atractiva para o grande público em geral. A década de 90 deu uma grande ênfase a esta temática que tem sido tratada principalmente pela psicologia, no entanto, tem também surgido nos últimos anos, em

estudos da neurociência, entre nós divulgados especialmente por António Damásio que considera que a Inteligência Emocional é um termo que foca a sua atenção no *"talento humano"*, que embora sendo um termo simples, incorpora a complexidade da capacidade humana (Damásio, 2000).

O que sentimos é o que nos liga à vida, a razão de ser, o cerne da nossa existência. A experiência subjectiva das emoções e de sentimentos, ou simplesmente a emoção, é vista como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo e que nos "liga" a nós próprios, aos outros e ao mundo (Diogo, 2006). Nesta linha de pensamento Damásio (2000), que considera que nos últimos anos uma nova geração de cientistas transformou a emoção no seu tema preferido, refere que *"a emoção faz parte integrante dos processos de raciocínio e tomada de decisão, para o pior e para o melhor"* (p.61)

Para Goleman (2002), todo o processo relacional é contaminado por emoções. Analogamente, Watson (2002) defende que o processo de cuidados é um processo relacional, um *"meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos"*.

O enfermeiro é então confrontado com a experiência de sentir e lidar com a emotividade nas situações da sua prática, num mundo *"onde a emoção e o sentimento devem ser reprimidos, esquecidos ou colocados em segundo plano."* (Diogo, 2006). Ser cuidador é ser confrontado com o extremo dos limites. Os limites físicos (trabalhar de noite num serviço de urgência, prestar muitos cuidados de higiene durante a manhã…), também limites psicológicos (suportar a angustia de um esquizofrénico, gerir o sofrimento de uma pessoa deprimida, acompanhar uma criança com doença oncológica em fim de vida ou prestar cuidados a um corpo após a morte…).

Vários estudos demonstraram que enfermeiros da prática clínica, por lidarem com a dor, o sofrimento, a angústia, a perda, o stress e a morte, sofrem efeitos devastadores na

capacidade relacional, racional e emocional. Ao pretender compreender o outro, o enfermeiro pode ser invadido pelos sentimentos e problemas da pessoa que cuida, pela sua dor e sofrimento. A este propósito, Goleman (1999) faz referência ao caso duma enfermeira que desenvolve uma *"depressão por empatia"*.

Por outro lado, também os docentes enfrentam dificuldades de ensinar a aprender, isto é, desconhecem muitas vezes como os alunos podem aprender e quais os processos que devem realizar para que os seus alunos adquiram, desenvolvam e processem as informações ensinadas e apreendidas em sala de aula (Martins, 2004).

Em profissões onde as relações interpessoais assumem papel primordial, é fundamental que os seus profissionais possuam conhecimentos e saberes nas áreas do relacionamento e da competência emocional, pois só assim poderão desempenhar as suas funções (Cuidar/ensinar) com base no paradigma humanista. Hélvio de Jesus (2006) fazendo referencia a Caruso (1999) defende que:

> *"a inteligência emocional é especialmente importante para as profissões que nos põem em contacto com outras pessoas, nos fazem trabalhar informalmente em equipas ou requerem empatia e compreensão de outro…sem inteligência emocional a profissão pode tornar-se difícil, mas podemos aprendê-la. Da lista de profissões apresentada por Caruso (1999), a enfermagem é uma das que mais requer inteligência emocional."* (p.121).

Emoções, sentimentos, afectos, … são fenómenos inerentes à humanidade, com características comuns, mas distintos entre si (Goleman, 1999; Damásio, 2003) e com significado neuro morfológico diferenciado, mas de importância vital no comportamento relacional, decisório, cognitivo … e portanto na aprendizagem. O acto de aprender está carregado de significado emocional (Branco, 2004).

Já em 1973, no primeiro artigo conhecido sobre competência, McClelland sugeria a avaliação da "*performance* " de um profissional através do teste das suas Competências em detrimento do teste de Inteligência (QI), e afirmava que o teste de Competências seria melhor preditor que o teste de Inteligência. (McClelland , 1973; citado por Ceitil, 2006).

McClelland (op. Cit.) considera que o melhor preditor para aquilo que uma pessoa é capaz de fazer ou irá fazer no futuro, será aquilo que espontaneamente ela pensa e faz numa situação não estruturada – ou então aquilo que ela já fez em situações semelhantes no passado. São os modos concretos utilizados na mobilização de capacidades para acções concretas que distinguem uma pessoa de elevada performance de uma pessoa de médio desempenho. (Ceitil, 2006).

Ser *"emocionalmente inteligente"*, refere Goleman, (2002) permite gerir adequada e eficazmente os sentimentos e as emoções, promovendo a cooperação interpessoal, o sucesso organizacional e consequentemente a sua própria "*satisfação profissional"*. Todas as pessoas que pretendam obter sucesso nas suas tarefas, terão de saber controlar e gerir com a máxima destreza as emoções próprias e as dos outros. Se por um lado as emoções positivas tendem a estimular o êxito profissional pelo facto de haver entusiasmo na realização da tarefa e consequentemente uma minimização do esforço dispendido, por outro, em sentido oposto, quando se está sob influência de emoções negativas, ou quando existe algum desentendimento com algum colega, o rendimento/produtividade do indivíduo, a eficácia, eficiência e efectividade na resolução de problemas e na tomada de decisão será menor e o esforço acrescido. Se um clima positivo incrementa produtividade, eficácia e satisfação; já um clima negativo aumenta o absentismo, frustração e fraco desempenho (Cotovio, 2007).

Foi neste contexto que surgiu o tema desta investigação: ***"COMPETÊNCIA EMOCIONAL E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS",*** baseado na convicção de que a enfermagem é uma ciência de relação onde as dimensões da Inteligência Emocional estão constantemente presentes no quotidiano de qualquer enfermeiro e de que a competência emocional dos enfermeiros está associado à satisfação profissional.

A escolha do tema insere-se na problemática de intervenção da Psicologia da Saúde, pois é a área científica que mais tem estudado quer um, quer outro constructo.

O tema é actual, pertinente e à partida parece exequível e de interesse para a profissão. Sendo muitos os autores que escreveram e investigaram a Inteligência Emocional, foram John Mayer e Peter Salovey os precursores deste constructo, ao pretenderem desenvolver uma forma científica de avaliar as habilidades das pessoas no que concerne às emoções (Neto & Marujo, 2002). É no entanto com Goleman, em grande parte devido à enorme divulgação das sua obras nos *"media"* que as tornou "*best sellers"* internacionais, que ocorre o grande "*boom"* da Inteligência Emocional. Mais recentemente, outros autores se têm vindo a dedicar ao estudo da Inteligência Emocional como David Caruso e Nicola Schutte.

A noção de Inteligência Emocional é algo que actualmente muito se valoriza e trata-se da *"capacidade da pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa, de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desanimo subjugue a faculdade de pensar; de sentir empatia e ter esperança"* (Goleman, 1997)

A Inteligência Emocional é definida por Goleman (1999) como sendo a capacidade das pessoas reconhecerem os seus sentimentos e os dos outros, de se motivarem e de

gerirem as emoções em si e na sua relação com os outros. Assim sendo, parece ser clara a relação existente entre Inteligência Emocional e o cuidar, uma vez que os requisitos inerentes a tal arte, pressupõem um conjunto de competências essenciais ao sucesso pessoal e profissional das quais se salienta a competência emocional, baseada nas cinco dimensões da Inteligência Emocional preconizadas por Goleman (Auto-Consciencia; Auto-Regulação; Motivação; Empatia e Aptidões Sociais).

Nesta linha de pensamento, entendemos a competência emocional em enfermagem como sendo o desenvolvimento e a aplicação dessas mesmas cinco dimensões, de forma a atingir a qualidade na intervenção cuidativa (Faísca, Gregório & Pereira, 1995), o sucesso pessoal e profissional e implicitamente, uma boa relação interpessoal dotada de adequada gestão de sentimentos, emoções e comportamentos que culminarão em elevados níveis de desempenho e de satisfação profissional.

Face ao exposto, emergiu esta investigação cujo objectivo geral foi o de estudar a competência emocional e a satisfação profissional nos enfermeiros da carreira hospitalar e da carreira docente (que neste estudo optámos por designar como enfermeiros da prestação de cuidados e enfermeiros do ensino respectivamente). Especificamente, pretendemos conhecer a relação entre cada um dos referidos constructos nesta população e a influência exercida sobre cada um por parte de algumas condições ou variáveis sócio demográficas.

Os problemas de investigação enraízam-se nos meios onde a pratica se exerce e geralmente nascem da observação e da reflexão, pontos de apoio sobre os quais se insere a prática, a pesquisa e a teoria. A escolha deste tema de investigação contextualiza-se na experiência como profissional de prestação de cuidados de enfermagem e de gestão enquanto enfermeiro chefe em serviços onde as decisões têm que ser tomadas com

rapidez, eficiência, eficácia e efectividade bem como pela simultânea vivência de situações na prática do exercício da docência, questionando-me por vezes, quais os factores/variáveis que influenciam a competência e a satisfação profissional dos enfermeiros quer num quer noutro contexto.

Assim, em função dum interesse pessoal, da prática e experiência profissional e de uma prévia pesquisa bibliográfica, emerge como relevante estudar a relação entre a competência emocional e a satisfação profissional dos enfermeiros.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Na Parte I apresentaremos, fundamentalmente, o resultado da nossa pesquisa bibliográfica que serviu de base à contribuição prática que descreveremos na segunda parte.

Visando um amplo conhecimento da competência emocional e da satisfação profissional dos enfermeiros, procurando evitar um discurso exaustivo e fastidioso, desenvolveremos três capítulos distintos: Inteligência Emocional; Trabalho e Satisfação Profissional e Enfermagem - Contextualização da profissão.

Além da fundamentação teórica, desenvolveremos alguma reflexão pessoal acerca de cada temática.

CAPÍTULO 1

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Neste capítulo pretende-se esclarecer um dos aspectos da temática em causa. Revisitaremos a Inteligência Emocional, de acordo com os principais teóricos, recolhendo informação sobre o actual estado da arte, o que fornecerá um suporte teórico fundamentado, essencial à compreensão e à definição/construção de um fio condutor para o estudo.

1.1 - EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

"Inteligência Social" era o conceito que, antes de existir a noção de *Inteligência Emocional*, mais se lhe assemelhava e fora proposto por Edward Thorndike num artigo publicado em 1920, em que o autor notava que esta eficácia interpessoal era de importância vital para o êxito em diversas áreas (Goleman, 2006). Segundo ele, era a capacidade de lidar com sucesso em contextos sociais, estabelecendo relações sociais produtivas e favoráveis ao progresso social e do indivíduo.

As investigações sobre inteligência que se seguiram focalizaram o seu interesse nos aspectos lógico-matemáticos e espácio-visuais levando ao esquecimento do conceito de Inteligência Social. A este propósito, Goleman (2006) refere que: em finais dos anos 1950, David Wechsler, que desenvolveu o teste de medição do QI, ainda hoje um dos mais amplamente utilizado, considerava a inteligência social meramente *"inteligência geral aplicada a situações sociais"*. (p.130)

Existe actualmente alguma discussão sobre que capacidades humanas são sociais e quais são as emocionais pelo facto dos dois domínios se confundirem pois *"todas as*

emoções são sociais" como observa Richard Davidson, director do laboratory for Affective Neuroscience da Universidade de Wisconsin (referido por Goleman, 2006, p.131). *"Não é possível separar a causa de uma emoção do mundo dos relacionamentos – são as nossas interacções sociais que dirigem as nossas emoções"*

Neste sentido, Goleman (op. cit) considera que o modelo de inteligência emocional que ele próprio criou, encaixou no da inteligência social sem qualquer espécie de problema, como aconteceu a outros teóricos na área. Mas acaba por considerar que "*meter simplesmente no mesmo saco inteligência social e inteligência emocional mata à nascença novos pensamentos sobre a aptidão dos seres humanos para se relacionarem, ao ignorar o que acontece quando interagimos. Esta miopia deixa «a parte social» fora da inteligência"*. (p. 131)

O conceito de *Inteligência Emocional* emerge num contexto em que inúmeras investigações que, dando ênfase aos aspectos da gestão, se multiplicam nas décadas de 1980 e de 1990, demonstrando a insuficiência, do Quociente de Inteligência (QI) enquanto preditor da vida pessoal e profissional dos indivíduos, particularmente no que respeita à *"performance"* nas organizações. Estas e os respectivos profissionais, acreditaram durante décadas que as emoções prejudicavam o profissionalismo, o raciocínio, e que, por isso, deveriam restringir os aspectos emocionais às suas vidas pessoais (Ceitil, 2006), tratando-se dum erro crasso pois as organizações que pretendam que os colaboradores contribuam com as *"mentes"* e os *"corações"* terão que aceitar que as emoções são essenciais aos novos estilos de gestão.

Assistimos então a uma mudança de paradigma sobre o entendimento do que é o *"pensar"* e o *"sentir"* e descobriu-se, subitamente, que era de todo errado considerar uma imensa distância entre um e outro conceito. Enquanto que no velho paradigma só

era permitida a expressão das emoções positivas, facilmente controláveis, no novo paradigma, mais realista, afirma-se que a questão não é saber se as pessoas têm ou não têm emoções negativas, mas saber a forma como lidar com elas. (Duck, 1993; citado por Ceitil, 2006).

Tem-se demonstrado nos últimos anos que o acto de sentir, pensar e decidir pressupõe um trabalho conjunto do cérebro emocional e do cérebro racional (Martin, 2002). Nesta linha de pensamento, Damásio (1995) refere mesmo que a inteligência sem emoção pode tornar-se numa inteligência orientada para acções que não satisfaçam os mais elementares interesses da auto-preservação. A este propósito também Goleman (1999), refere que as duas mentes, a emocional e a racional, na maior parte do tempo operam em estreita harmonia, entrelaçando os seus processos de conhecimento para nos orientar no mundo.

Coloca-se assim termo aos seculares dualismos entre o corpo e a alma e entre a razão e as emoções que teimavam em persistir. As competências emocionais passaram a ser consideradas a chave para o êxito pessoal e profissional. A excelência depende cada vez mais das competências emocionais e cada vez menos das capacidades cognitivas. Goleman (1999) refere que o QI contribui, no máximo com 20% para o sucesso na vida das pessoas, enquanto que os restantes 80% são dependentes de outras forças.

Apontam-se três eventos fundamentais que propiciaram as condições para a criação do conceito de Inteligência Emocional e que são: (1) a emergência do conceito de competências como um indicador mais preciso que o QI para a medição da *performance* de um profissional; (2) a diminuição da importância do conceito de inteligência geral (QI) devido à emergência da teoria das inteligências múltiplas; e (3) o facto da teoria das múltiplas inteligências contemplar dois tipos de inteligência semelhantes ao conceito de

inteligência emocional, designados por inteligência intrapessoal e inteligência interpessoal (Gardner, 1983; citado por Ceitil, 2006).

A ideia de múltiplas inteligências, substitui então o conceito de inteligência abstracto-académica que Binet incutira há cerca dum século. É Howard Gardner que, contrariando o paradigma da Inteligência Geral, cria e se atreve a propor um novo paradigma acerca da inteligência, um conceito múltiplo ou pluralista. Ele constitui um corpo teórico e uma série de investigações empíricas que postulam que não possuímos apenas uma inteligência geral, perspectivando uma inteligência multifacetada ou múltiplas inteligências que incidem sobre distintos aspectos da realidade e que são interdependentes. Na sua teoria, Gardner identificou sete tipos distintos de inteligências nos seres humanos e que são por ele definidas como:

- Inteligência *linguística*: um tipo de inteligência relacionada com a comunicação e especialmente desenvolvida por pessoas que se destacam pela habilidade em usar as palavras;

- Inteligência *lógica* ou matemática: especialmente desenvolvida em pessoas que possuem habilidade para pensar e calcular;

- Inteligência *espacial*: é um tipo de inteligência relativa ao espaço. Esse tipo de inteligência é importante para a arquitectura, para a escultura e para o design;

- Inteligência *corpóreo-cinestésica*: consiste na habilidade para utilizar o corpo. Esse tipo de inteligência é necessária a bailarinas e atletas de modalidades várias;

- Inteligência *musical*: tratando-se de habilidade para compor, para cantar e para tocar instrumentos e fundamental a músicos e compositores.

- Inteligência *Intrapessoal*: caracterizada por um conhecimento de si próprio, pela prática da introspecção e da análise das próprias emoções. É a auto-compreensão, o auto-

conhecimento, a tomada de consciência dos sentimentos mais íntimos, dos pontos fortes e dos pontos fracos.

- Inteligência *Interpessoal*: consiste na capacidade de conhecer e relacionar-se de uma forma positiva e saudável com os outros. Incide na compreensão entre pessoas, como trabalhar com elas, como motivá-las e sobretudo na forma como se relacionar com os outros. É de elevada importância para a liderança, para a resolução de conflitos e para a análise social, permitindo ao indivíduo gerar sentimentos de altruísmo e compaixão pelos outros. (Ceitil, 2006)

Gardner atribui assim um papel preponderante ao conhecimento que as pessoas têm de si mesmas e à sensibilidade face aos outros. São estes dois últimos tipos de inteligência (intrapessoal e interpessoal) que mais tarde inspiram os estudos de Goleman e levam à conceptualização da Inteligência Emocional que possui características semelhantes às contidas nos conceitos de inteligência intra e interpessoal (Ceitil, 2006)

Foi no início dos anos 90 que Peter Salovey e John Mayer apelidaram a inteligência interpessoal e intrapessoal como Inteligência Emocional (Neto e Marujo, 2002). Tendo então determinado que este conceito incluirá cinco domínios ou capacidades parciais distintas: reconhecer as próprias emoções, controlá-las, utilizar o potencial existente, "colocar-se" no lugar do outro e criar relações sociais (Martin & Boek, 2002).

Segundo Salovey e Sluyter (1999), a Inteligência Emocional envolve a capacidade de perceber, de avaliar e de expressar emoções. O que permite ao ser humano, crescer intelectual e emocionalmente. Ela capacita o individuo a perceber e/ou gerar sentimentos que facilitam o processo do pensamento.

Para Daniel Goleman (1999), psicólogo que despertou o mundo para o fenómeno da Inteligência Emocional, ela é *" a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e*

os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações" (p.323).

1.2 - COGNIÇÃO E EMOÇÃO

O quociente de inteligência (QI) predominou durante muitos anos sobre o quociente emocional (QE), tendo-se ensinado e incutido nas pessoas que lhes seria mais proveitoso valorizar o intelecto e desvalorizar as emoções, pois estas distorcem a informação presumivelmente mais precisa que o intelecto fornece.

Até há cerca de 20 anos atrás, nos meados da década de 80 do século XX, defendia-se que as emoções prejudicavam o normal funcionamento do raciocínio, que o correcto seria deixar as emoções em casa, longe do local de trabalho para que o desempenho não fosse prejudicado (Ceitil, 2006).

Ao longo dos tempos, o hiato entre o mundo da racionalidade e o da não racionalidade, foi sublinhado por diversos autores. Segundo eles, as emoções eram puras expressões do sentir, ausentes de validade objectiva porque não se podiam classificar ou simplesmente medir. As emoções eram então consideradas a *"areia movediça"* das ciências sociais e como tal gozavam de pouca credibilidade no meio científico.

Apesar disso, nos últimos 15 anos, obtiveram-se grandes avanços no estudo das emoções. Aprofundaram-se as tecnologias de visualização do cérebro; obtiveram-se novos dados neurobiológicos; investigaram-se as razões de sucesso na vida; perspectivaram-se novos pontos de vista e de compreensão das interacções entre as estruturas cerebrais nos momentos de paixão ou de alegria, de raiva ou de medo. Defende-se agora que é impossível separar as cognições das emoções, pois também são estas que dão o sentido da eficácia das decisões, partindo do controlo dessa

emocionalidade e da utilização racional dessa energia (Damásio 1995, 2000 e 2003; Goleman, 1997, 1999).

Um indivíduo com elevada competência emocional é aquele que tem também uma elevada percepção daquilo que pode ou não controlar, a partir da energia emocional que implode dentro de si. Descobriu-se, por exemplo, que as emoções são fundamentais ao processo da tomada de decisão (Damásio, 1995) e que a aprendizagem emocional pode aumentar a capacidade de aprender (Edeman, 1987 citado por Ceitil, 2006).

Reconhece-se hoje a importância da aplicação da Inteligência Emocional em diversas áreas organizacionais e as respectivas implicações a nível da satisfação, da motivação e consequentemente da produtividade, bem como da qualidade de vida das pessoas e da respectiva percepção subjectiva de felicidade.

Ao sustentar que os processos do pensamento passam pelo corpo, Damásio (1995, 2000, 2003) assume que sem emoções não existirão raciocínios assertivos, tendo constatado que em caso de lesão nos lóbulos frontais, ocorrerá uma incapacidade para sentir e exprimir emoções ao mesmo tempo que o raciocínio é perturbado. Verificou também que as pessoas com lesões na amígdala, área que considera essencial nas emoções, e no córtex singulado apresentavam défice no raciocínio e na expressão emocional, não sendo capazes de raciocinar correctamente (Branco, 2004).

Damásio (1995) veio demonstrar a impossibilidade de se separar a racionalidade das emoções defendendo que finalmente se aceita que os distúrbios psicológicos possam causar doenças no próprio corpo, apesar de há muito se saber que a dor, a excessiva preocupação ou a ira poderiam causar dano a órgãos como o coração, o estômago, ou até destruir o corpo e deixá-lo mais vulnerável a infecções. Defende o autor que não há decisões puramente lógicas nem decisões puramente emocionais. Só a existência duma

ligação entre as duas permite tomar decisões adequadas, uma vez que dispondo apenas de cálculo racional puro a mente acabará por decidir mal ou simplesmente não decidir e posteriormente lamentar-se da decisão.

Em concreto Damásio (2003) realça a crucial importância das emoções nas nossas vidas. Nas experiências que descreve verificamos que as pessoas que por qualquer motivo romperam a ligação entre a zona emocional do cérebro e a zona racional (o neocortex) continuavam a ser espertas e rápidas no seu raciocínio, deixando no entanto de ter capacidade de se relacionar com os outros. As suas existências degradavam-se por não se aperceberem dos sinais de perigo ou de irritação das outras pessoas, revelando-se incapazes de decidir correctamente, o que evidencia que *"não basta Saber, é preciso Sentir"* (Amaro, 2006).

Damásio (2003) defende mesmo que pensamos com o corpo e com as emoções, pois o processo de raciocínio passa pelo corpo através do que ele chama de "*estados de corpo"*.

Em suma, os processos da emoção e dos sentimentos em geral não estão de modo algum alheios aos da razão. Todos estes fenómenos se intersectam, numa mesma integração neural, bioquímica, endócrina, cujo cerne é constituído por controlos homeostáticos, impulsos e instintos. (Damásio op. cit.)

1.3 - DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL À COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Em 1999, Goleman desenvolve um modelo em contextos de trabalho aplicando a ideia inicial como contributo da qualidade, da eficácia e da eficiência em termos de produtividade e de resolução de conflitos relacionais e ainda de competitividade em meio laboral. É neste modelo que surge um novo conceito: o de Competência Emocional.

Goleman (1999) considera que *"Competência Emocional"* inclui simultaneamente competências sociais e emocionais, defendendo que:

> *"…uma competência emocional é uma capacidade apreendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho … a nossa Inteligência Emocional determina o nosso potencial para aprender as aptidões práticas que se baseiam em cinco elementos: Auto Consciência, Motivação, auto- domínio, empatia e talento nas relações. A nossa competência emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais"*. (p. 33-35).

Peter Salovey e D. Sluyter (1999) esclarecem que o conceito de I.E. é sustentado por um conjunto de capacidades e segundo os mesmos:

- *" **Inteligência** Emocional"* (I.E.) representa a aptidão ou a capacidade central de raciocinar com emoção, indica um potencial para o qual a pessoa estará, à priori, dotada para concretizar.

- *" **Realização** Emocional"* representa o que uma pessoa aprende sobre emoção ou informação relacionada com a emoção, expõe a acção em concreto.

- *"**Competência** Emocional"* (C.E.) existe quando alguém atinge um nível desejado de realização, diz respeito ao pós-facto.

Quando Howard Gardner (1988) conceptualizou a teoria das Inteligências Múltiplas, a que já nos referimos, incluiu no domínio das inteligências, por oposição ao modelo monolítico de Q.I., um conjunto de sete inteligências: a linguística, a lógico-matemática, a espacial, a corporal-cinestésica, e propôs também *"duas formas de inteligência pessoal (…) não muito bem compreendidas, difíceis de estudar, mas imensamente importantes"*: a interpessoal e a intrapessoal. Gardner (1988) considerou que fundamental era não só o facto de clarificar *"a pluralidade do intelecto…"* mas também o de acreditar que os indivíduos poderiam divergir nos perfis particulares de

inteligência ao nascer, mas de certeza que eles diferiam nos perfis com que terminavam, defendendo que tais inteligências poderiam ser reforçadas pela educação e ser aprendidas se fossem ensinadas.

No entanto, são Salovey e Mayer (1990) que ao revisitar as inteligências pessoais de Gardner criam e definem o termo Inteligência Emocional (I.E. ou Q.E.).

Num artigo que se tornou celebre por ser pioneiro, os autores que cunharam o nome de Inteligência Emocional (Salovey e Mayer, 1990, citados por Ceitil, 2006) tinham a intenção de equilibrar a importância das emoções com a razão, partindo do pressuposto de que o ser humano é ao mesmo tempo um ser racional e emocional, este teria sucesso na vida consoante "*a sua capacidade de raciocinar sobre as experiências emocionais e de responder de forma adaptativa às inferências geradas pela razão sobre as situações e problemas ligados ao passado e ao presente.* (p.246)

Posteriormente Goleman (1997) acolhe, trabalha e divulga o conceito apresentando-o de forma organizada e agora fragmentado em cinco capacidades específicas, com objectivos diferentes porque referentes a distintas dimensões do ser humano conforme se esquematiza no quadro 1.

Quadro 1 – Os cinco blocos de características de ilteligência Emocional (Goleman, 1997).

CONHECER AS PRÓPRIAS EMOÇÕES	• Reconhecer as emoções no momento em que elas ocorrem • Monitorar as emoções a cada momento
GERIR AS EMOÇÕES	• Gerir as emoções a fim de serem apropriadas • Capacidade de se acalmar • Capacidade de ultrapassar emoções de ansiedade ou irritabilidade
AUTO-MOTIVAR-SE	• Direccionar as emoções a serviço de um objectivo • Adiar a recompensa e controlar a impulsividade • Capacidade de entrar em fluxo
RECONHECER AS EMOÇÕES NOS OUTROS	• Empatia • Compreensão do que os outros querem ou precisam
GERIR RELACIONAMENTOS	• Capacidade de gerir as emoções dos outros • Interagir de forma construtiva com os outros

Fonte: Ceitil, Mário, (2006), pag. 255

Posteriormente, o mesmo autor, em 1999, esboça o modelo de Competência Emocional que se apresenta no quadro 2.

Quadro 2 – Os cinco blocos de competências de inteligência emocional (Goleman, 1999).

AUTO-CONSCIÊNCIA	• Auto-consciência emocional • Auto-avaliação • Auto-confiança
AUTO-REGULAÇÃO	• Auto-controlo • Honestidade/integridade • Conscienciosidade • Adaptabilidade • Inovação
AUTO-MOTIVAÇÃO	• Orientação para a realização • Implicação e empenhamento • Iniciativa • Optimismo
EMPATIA	• Compreender os outros • Desenvolver os outros • Orientação para o serviço • Gerir a diversidade • Consciência politica
COMPETÊNCIAS SOCIAIS	• Influência • Comunicação • Gestão de conflito • Liderança • Catalisador de mudança • Construtor de uma rede de relações • Colaboração e cooperação • Capacidade para trabalhar em equipa

Fonte: Ceitil, Mário, (2006), pag. 256

As três primeiras competências: Auto Consciência, Gestão de Emoções ou Auto Regulação e Auto Motivação, são pessoais e *"determinam a forma como nos gerimos a nós próprios "* (Goleman, 1999, p.34).

As duas restantes: Empatia e Gestão das Emoções em Grupos pertencem ao domínio das competências sociais e *" determinam a forma como lidamos com as relações"* (p.35).

Neste modelo (ilustrado no quadro 2), Goleman teoriza a existência de cinco blocos de competências de inteligência emocional: (1) auto-consciência, (2) auto-regulação, (3) auto-motivação, (4) empatia, e (5) competências sociais.

Goleman, reforça então o modelo, apresentando 25 competências inseridas em cinco dimensões ou capacidades (quadro 2) que segundo ele (1999, p.36) apresentam algumas características específicas e que passamos a referir:

- São *independentes* entre si: Cada uma contribuirá de forma única para o desempenho no trabalho;

- São *interdependentes*: Até certo ponto, cada uma basear-se-á nas outras com interacções fortes;

- São *Hierárquicas*: assentam umas nas outras. Por exemplo a Auto Consciência é crucial para o Autodomínio e Empatia. O Autodominio e a Auto Consciência contribuem para a Auto Motivação; as capacidades da Inteligência Emocional reforçam-se mutuamente;

- São *necessárias mas não suficientes*: Possuir uma das capacidades de Inteligência Emocional não garante que a pessoa tenha a competência respectiva ou associada a essa capacidade.

- São *genéricas*: Trabalhos diferentes exigem competências distintas ou diferentes níveis de algumas dessas capacidades mas a lista geral é, em certa medida, aplicável a todo o tipo de trabalho.

Posteriormente Goleman cria uma "*Teoria da Performance"* baseada na Inteligência Emocional (Goleman, 2002), na qual distingue Inteligência Emocional de Competência Emocional. Segundo ele as competências emocionais baseiam-se na inteligência emocional, sendo necessário um certo nível de inteligência emocional para

aprender uma competência emocional (Gowing, 2001; citado por Ceitil, 2006). Desta forma, conforme afirmara Goleman (1998) Competência Emocional é uma capacidade aprendida baseada na Inteligência Emocional que resulta em alta "*performance*".

Mais tarde Goleman, Boyatzis & McKee (2002) apresentaram um modelo de inteligência emocional aplicado à liderança levando à identificação de seis estilos de liderança com inteligência emocional (estilo coercivo, estilo visionário, estilo afiliativo estilo democrático, estilo agressivo e estilo conselheiro), apresentando a versão final do modelo com base empírica comprovada e que se resume no quadro 3

Quadro 3 – Os cinco blocos de competências de inteligência emocional (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002).

Competência Pessoal	
AUTO-CONSCIÊNCIA	• Auto-consciência emocional • Auto-avaliação • Auto-confiança
AUTO-GESTÃO	• Auto-controlo emocional • Transparência • Adaptabilidade • Orientação para a realização • Iniciativa • Optimismo
Competência Social	
CONSCIÊNCIA SOCIAL	• Empatia • Consciência organizacional • Orientação para o Serviço • Optimismo
GESTÃO DE RELACIONAMENTOS	• Liderança inspiradora • Influência • Desenvolvimento dos outros • Catalisador de mudança • Gestor de conflitos • Trabalho em equipa e colaboração

Fonte: Ceitil, Mário, (2006), pag. 257-8

1.4 – AS CAPACIDADES *DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL*

Como referimos no capítulo anterior, os dois modelos apresentados por Goleman (1997 e 1999) e o terceiro apresentado por (Goleman, Boyatzis & McKee, 2002), assemelham-se, reforçam-se e complementam-se. É nesta linha de pensamento, e respeitando a ordem com que Goleman as definiu, que serão seguidamente expostas as cinco capacidades da inteligência emocional.

1.4.1 - AUTO-CONSCIÊNCIA

É a primeira capacidade, e na perspectiva de Goleman é determinante para as restantes destrezas, pressupondo três competências emocionais: (1) Auto-Consciencia emocional, (2) Auto-Avaliação exacta e (3) Auto-Confiança.

Ter Auto-Consciência emocional significa possuir capacidade para reconhecer como os sentimentos e emoções modelam as nossas percepções, actos e pensamentos e perceber também como os nossos sentimentos afectam as pessoas com quem lidamos.

Só saberemos realmente o que devemos fazer se compreendermos o que sentimos como certo para nós próprios. Reflectir, assimilar e agir acerca dos nossos sentimentos é tarefa essencial ao conhecimento da nossa consciência emocional e portanto devemos dedicar algum tempo a essa atitude reflexiva pois a auto-consciência é o caminho para dentro de si, ao encontro do próprio, que se aprofunda, em conformidade com a qualidade das relações fora de si, no encontro com os outros.

Segundo Goleman (1999), é a Auto-Consciência emocional que nos leva a manter as nossas decisões profissionais em harmonia com os nossos valores mais profundos e

"significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições" (p.34)

Por outro lado, segundo o mesmo autor, as competências profissionais são, de um modo geral, "*hábitos aprendidos"*, pelo que, poderemos sempre aprender a fazer melhor aquilo que menos percebemos. Mas para que tal ocorra é necessária uma Auto-consciência emocional, uma Auto-avaliação precisa e uma Auto-confiança, em que a primeira significa ser capaz de reconhecer as próprias emoções e os seus defeitos, a segunda de conhecer as próprias forças e limitações e a terceira significa ter confiança nas capacidades e no valor próprio.

Ter Auto-consciencia elevada inspira confiança nos outros e emana carisma. As pessoas Auto-confiantes são decisivas, assumem as decisões com determinação e sem qualquer arrogância.

Segundo Goleman (op. cit.) ter Auto Consciência *"significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições"* (p.34).

Para o mesmo autor (Goleman, 1999) a Auto Consciência Emocional é a habilidade de perceber *"como as nossas emoções afectam o nosso desempenho e a capacidade de usar os nossos valores como guia, nas tomadas de decisão"*, referindo que o processo se inicia *"…com a sintonia com a corrente de sentimentos e o reconhecimento de como essas emoções modelam as nossas percepções, pensamentos e actos"*, sendo-nos devolvida *"a percepção que os nossos sentimentos afectam aqueles com quem lidamos"*. (p. 62,63). Este facto é de elevada importância para as relações em geral e para as que se estabelecem entre enfermeiro e utente em particular. A propósito das relações enfermeiro/utente Gregório, Faísca e Pereira (1995) referem que:

> *"…no exercício da intervenção cuidativa, o enfermeiro necessita possuir um bom conhecimento de si próprio e do seu papel … pois, somente após explorar a sua própria*

vida, poderá prestar cuidados clarificados aos utentes … o conhecimento elevado de si próprio, permite-lhe distinguir de forma clara, como as suas características pessoais influenciam a qualidade da relação, o que traduzirá a sua maneira de fazer e de estar na intervenção e melhor compreender os comportamentos e sentimentos do utente" (p. 47)

É esta percepção que faz com que desenvolvamos *"…boas aptidões de relacionamento social associadas ao trabalho, incluindo as essenciais para a liderança e trabalho em equipa"* (Goleman, 1999: p.63) fundamental aos enfermeiros.

A Auto Consciência emocional é complementada pela Auto-avaliação exacta que está presente em pessoas que estão *"conscientes das suas forças e fraquezas; que são reflexivas…estão abertas a opiniões francas…capazes de revelar sentido de humor e perspectiva acerca de si próprios"* (Goleman, 1999: p.69) e significa *"conhecer os seus próprios recursos, capacidades e limites interiores"* (p.55).

Segundo Goleman existem oito aspectos ou *"pontos de cegueira"* susceptíveis de impedir a Auto Consciência emocional e que devem ser evitados: a ambição cega; a definição de objectivos irrealistas; a entrega compulsiva ao trabalho; a pressão sobre os outros e a cegueira acerca dos custos emocionais que lhes provoca; a sede de poder; a necessidade insaciável de reconhecimento e a preocupação com as aparências, num referencial exotérico de avaliação e uma necessidade de parecer perfeito.

Por fim, a ultima destreza da Auto Consciência é a Auto-confiança e esta refere-se, segundo Goleman (1999), ao *"sentido intenso do valor e das capacidades próprias"* manifestando-se em pessoas determinadas, *"capazes de manifestar perspectivas impopulares e de passar maus bocados por aquilo que está certo"*, são pessoas voluntariosas que defendem aquilo em que acreditam com capacidades de confrontação e *"resolutas, capazes de tomar decisões sólidas, apesar das incertezas e das pressões"* (p.76-80). O mesmo autor defende também a existência de características específicas

típicas de indivíduos que não têm auto-confiança, como *"o medo paralisante de parecerem ineptos"* (p.79), sendo indivíduos que facilmente desistem das suas convicções, apresentam falta de energia para defenderem as suas ideias que poderiam ser valiosas, que sob pressão apresentam uma indecisão crónica, preferindo recuar do que correr riscos, por mínimos que sejam.

Sabemos quão fundamentais são as destrezas que compõem a auto-consciencia, e que acabamos de abordar, para a pessoa em geral e duma forma muito especial para aqueles que exercem profissões de ajuda e particularmente para o exercício da enfermagem (tomada de decisão clínica) e para o exercício da docência onde a coragem e a capacidade de improviso são fundamentais. A este propósito, Cotovio (2007) refere que *" o caminho do autoconhecimento implica e implica-nos numa reflexão permanente acerca de nós e da relação que estabelecemos com os outros. É a relação connosco e com o outro que nos faz descobrir e entender, se tivermos a coragem de perguntar e de nos perguntar."* (P.108). Só conhecendo-nos teremos capacidade para conseguir conhecer o outro, e só conhecendo o outro é que poderemos ser capazes de cuidar com ele.

1.4.2 - GESTÃO DAS EMOÇÕES

A Gestão das Emoções (Goleman, 1997) posteriormente definida como **Auto-Regulação** (1999) não significa excesso de domínio nem implica a negação ou repressão de sentimentos verdadeiros. Pelo contrário, implica uma manifestação intencional de sentimentos uma vez que a omissão continuada destes, em especial dos sentimentos negativos intensos, pode diminuir a capacidade intelectual e consequentemente a capacidade de decisão, pode prejudicar o pensamento e pode interferir com as relações sociais.

Auto-regulação significa gerir os próprios estados internos, os impulsos e os recursos. Segundo Goleman, trata-se da capacidade emergente do auto-conhecimento ou da Auto Consciência.

A capacidade de Auto-Regulação revela-se por vezes pela ausência de manifestações emocionais, como por exemplo, manter-se imperturbável sob um elevado nível de stresse, ou lidar com uma pessoa hostil sem recorrer à violência. Os enfermeiros em geral e os que cuidam em serviços como os de Urgência, os de Cuidados Intensivos ou de Psiquiatria em especial sabem como essa capacidade pode ser fundamental na sua intervenção cuidativa.

É esta capacidade que permite tranquilizarmo-nos afastando medos e ansiedades e a ela estão associadas cinco destrezas (Goleman, 1999): o *Autodomínio*, que significa gerir eficazmente as emoções e os impulsos negativos; *Inspirar Confiança* através da preservação de padrões de integridade e honestidade; *Ser Consciencioso* assumindo com segurança e responsabilidade o desempenho pessoal; a *Adaptabilidade* traduzida na flexibilidade em lidar com mudanças e desafios, e a *Inovação* que pressupõe abertura a novas informações, a novas ideias e abordagens.

Gerir emoções toma uma importância capital uma vez que só dessa forma elas poderão ser reconhecidas, valorizadas e utilizadas na resolução de problemas. Todos concordarão que a capacidade de reconhecer a tristeza, a raiva e a ansiedade, será o primeiro passo para as resolver e que reconhecer a alegria e a felicidade facilitará a sua preservação.

1.4.3 - AUTO-MOTIVAÇÃO

A terceira dimensão, Auto-Motivação (Goleman, 1997) ou simplesmente Motivação (1999) ou motivarmo-nos a nós mesmos, pressupõe aquilo a que o autor

denomina *"fluxo"* ou *"estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem"* (Goleman, 1999). A capacidade de fluir ou o estado de fluxo é então definido como o momento em que *"as pessoas se excedem a si mesmas numa actividade, ou os momentos onde a excelência se consegue sem esforço"* (p.113)

É extremamente importante que as pessoas se sintam motivadas. Quanto mais motivadas e persistentes se sentirem, maiores capacidades terão para atingir os objectivos. A concentração que nos absorve e nos faz perder a noção do tempo quando desempenhamos determinada tarefa, ou a paixão que depomos no nosso trabalho são resultantes do *"fluxo"* que leva as pessoas a desenvolverem a criatividade e a motivação intrínseca, fenómenos emocionalmente inteligentes que levam a pessoa a envolver-se espontaneamente num processo de aprendizagem ao longo da vida. O vencimento, os aumentos, as bonificações, as promoções são outros factores que estimulam a prossecução dos objectivos mas as motivações mais poderosas são as internas. São as emoções que nos motivam, que constituem o fluxo de cada um de nós, que nos faz correr e empenhar em determinada tarefa.

Auto-motivação é a habilidade de criar sinergias (somar todas as partes acrescentando um valor maior que o valor unitário de cada uma delas) entre os seus sentimentos e direccionar-se para uma meta.

Goleman (1999) defende que a motivação agrega destrezas específicas como: (1) a *Vontade de Vencer*, tradutora do trabalho pessoal de se aperfeiçoar, ou mesmo de atingir um padrão de excelência, orientando-se para os resultados, correndo riscos calculados, para melhorar os resultados; (2) a *Entrega ou Empenho*, que é a capacidade de se envolver activamente em objectivos mais abrangentes que os de natureza estritamente

pessoal, numa missão mais vasta; (3) a *Iniciativa e o Optimismo* que são habilidades de antecipação e persistência, visíveis em pessoas que aproveitam as oportunidades, que se transcendem a si mesmas, relativamente aos objectivos.

O mesmo autor refere que motivarmo-nos é *"usar as nossas preferências mais profundas, para avançar e nos guiar para os nossos objectivos, para nos ajudar a tomar a iniciativa e ser altamente eficientes e para preservar face a contrariedades e frustrações"* (Goleman, 1999, p. 324). Neste sentido, Damásio (2000) defende que *"há uma relação íntima entre os sentimentos de fundo e os impulsos e motivações: estes exprimem-se directamente nas emoções de fundo, e geralmente só nos apercebemos da sua existência através dos sentimentos de fundo"* (p. 327)

Branco (2005) considera que:

> *" na origem do étimo como na vida, emoção e motivação têm o mesmo significado ao nível das suas funções profundamente básicas mas essenciais, com que a ontogénese dotou os seres para se organizarem e subsistirem. É por isto que a motivação é emocional, e é o facto de o sujeito percepcionar esta motivação a partir de e sobre si mesmo, que o fenómeno é auto emocional."* (p.190)

Todos concordaremos que para superar as dificuldades que diariamente exercem pressão sobre os enfermeiros do cuidar ou do ensino, a motivação parece ser a condição fundamental.

1.4.4 - EMPATIA

A quarta dimensão – **Empatia** – é definida por Goleman (1999) como a capacidade de tomar consciência dos sentimentos, das necessidades e das preocupações dos outros, sendo capaz de estabelecer laços de sintonia com as pessoas e de se *"colocar no seu lugar"*, promovendo o sentimento de partilha com o outro, a *"consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações dos outros"* (p. 35). Para este autor, saber

escutar é essencial ao estabelecimento de uma relação empática e, quando a essência do trabalho são as pessoas, quando se trata de profissões de ajuda, a empatia é um requisito de excelência para melhorarmos e aperfeiçoarmos as nossas relações.

A empatia, que Goleman (1999) considera *como "a aptidão fundamental de todas as competências sociais importantes na vida laboral"* (p.145) e defende que esta capacidade inclui: (1) *a compreensão dos outros* - possuir a percepção dos sentimentos e das perspectivas dos outros e interessar-se activamente pelas suas preocupações; (2) *o desenvolvimento dos outros* - aperceber-se das necessidades de desenvolvimento dos outros e promover as suas aptidões; (3) *a orientação para o serviço* - antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos outros; (4) *o potenciar a diversidade* - cultivar oportunidades com pessoas diversificadas e (5) *a consciência política* - capacidade que permite aperceber-se das correntes sociais, emocionais e politicas numa organização, das relações de poder subjacentes a um determinado grupo.

Saber ouvir sem interromper, ter espírito aberto e compreensivo, seguir o interlocutor em sintonia, ter arte para ler os canais não-verbais, o tom da voz, o gesto e a expressão facial, são destrezas-chave da empatia e fundamentais para o processo de comunicação.

A empatia é uma condição "*sine qua non"* de eficácia social na vida profissional dos enfermeiros quer sejam da prática do cuidar ou da prática da docencia. As pessoas dotadas de empatia reconhecem muito mais rápida e eficazmente as necessidades dos clientes podendo satisfazê-las de forma muito mais eficiente.

1.4.5 – COMPETÊNCIAS SOCIAIS

A quinta dimensão – **Aptidões ou Competências Sociais** – relacionada com o convívio externo entre as pessoas, com o desenvolvimento social isento de atritos e com

o controlo das regras sociais (Goleman, 1999). Esta designação substitui a que inicialmente se apelidava de Gestão de Relações em Grupos e surge quando Goleman desenvolve o conceito de Gestão de Emoções em Grupos.

Esta competência, caracterizada pela capacidade de induzir os outros a responder de forma desejável e eficaz, inclui o que Goleman entende por: Influência; Comunicação; Gestão de Conflitos; Liderança; Catalisador de Mudança; Criar Laços; Colaboração e Cooperação; Capacidades de Equipa; e distingue, na perspectiva deste autor, os profissionais de eleição, referindo também que as pessoas com baixo potencial emocional, geralmente, estabelecem interacções sociais medíocres.

Ao longo do capítulo ora completado, procurámos transmitir varias noções e conceitos relacionados com a Inteligência Emocional. Fizemos referência à evolução do próprio conceito, à relação entre cognição e emoção, e entre Inteligência Emocional e Competência Emocional. Para finalizar descrevemos e reflectimos sobre as capacidades e dimensões da Inteligência Emocional. Estas poderão divergir de indivíduo para indivíduo tanto na profundidade e adequação como na frequência, pelo que uns poderão dominar melhor algumas delas do que outros. Cada uma focaliza-se em determinado domínio específico e no seu conjunto avaliam cinco dimensões distintas do sistema psíquico do sujeito. É por esta razão que, pese embora a existência de comportamentos e atitudes comuns entre elas, serão tratadas separadamente, tal como preconizou Veiga Branco (2005).

CAPÍTULO 2

TRABALHO E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A preocupação pelo estudo da satisfação no trabalho por parte dos gestores, teóricos e investigadores, **evidenciou**-se a partir do momento em que o modelo taylorista da organização do trabalho, preconizando que o rendimento da empresa dependia, essencialmente, da quantidade de dinheiro ganho pelos trabalhadores e da possibilidade de aquisição de determinados bens, foi posto em causa e se valorizou o factor humano da empresa.

A partir de então a satisfação no trabalho tem sido considerada de primordial importância pois é associada directa ou indirectamente à realização pessoal das pessoas e consequentemente à produtividade da empresa. Contudo, na perspectiva de Lima, Vala e Monteiro (1994), ainda nenhuma destas relações de causalidade foi empiricamente comprovada.

Apesar de alguns autores considerarem a existência de diferenças entre satisfação profissional e satisfação no trabalho, no âmbito deste estudo serão utilizados um e outro termo com o mesmo significado.

2.1 – O SIGNIFICADO DO TRABALHO

De acordo com o que é definido por qualquer dicionário de língua portuguesa, "Trabalho" significa *"exercício de actividade humana, manual ou intelectual, produtiva"; "serviço"; "lida"; "produção"; "labor", "maneira como alguém trabalha"*. "Trabalhar" é *"exercer alguma profissão"; "dar determinada forma a"; "fazer com arte", "labutar"; "empenhar-se"; "executar alguma tarefa"; "desempenhar as suas funções"*.

A palavra "trabalho", deriva etimologicamente do vocábulo latino "*tripalium*" que designa um instrumento de tortura composto por três paus ou varas cruzadas, ao qual se prendia o réu ou para torturar os cavalos que não se deixavam ferrar. Por sua vez, *trepaliare* (trabalhar) significa torturar com o "*tripalium*" (Santos, 2001; Seco, 2000; Gonçalves, 1998).

Frederico (2006) sustenta que "trabalho" tem vindo a ser considerado como um tipo de actividade que evoca desagrado e tortura.

O conceito de "trabalho", tal como hoje o descrevemos, é historicamente recente. Dos primórdios da Humanidade até à actualidade, este conceito foi sofrendo inúmeras alterações, preenchendo páginas da história com distintos valores e novos domínios. Do Egipto á Grécia e ao Império Romano, nos séculos da Idade Média e do Renascimento, o trabalho foi considerado um sinal de opróbrio, de inferioridade e de desprezo. Aquele que trabalhava era considerado socialmente inferior, mas também considerado um ser ignóbil.

Com a evolução das sociedades os conceitos alteraram-se. O trabalho-tortura, ou maldição cedeu o lugar ao trabalho como fonte de realização pessoal e social e surge o trabalho como meio que dignifica a pessoa que o exerce.

O mundo do trabalho conheceu extraordinárias mutações no decorrer dos séculos XIX e XX. Marx transforma a noção de trabalho num valor social universal, num conceito filosófico. A multiplicação da população mundial e a duplicação da esperança de vida, fenómenos que, associados á internacionalização e globalização dos processos económicos e ao desenvolvimento das tecnologias de informação e de comunicação, incrementaram um crescimento da mão-de-obra sem precedentes e as sociedades industriais sustentam então uma situação paradoxal: por um lado, a produtividade do

trabalho aumentou consideravelmente, produzindo-se mais com menos trabalho humano; por outro, se uma libertação do constrangimento do trabalho parece possível disponibilizando mais tempo para outras actividades de índole social, simultaneamente passou a lamentar-se do aumento do desemprego e do sub-emprego.

De acordo com Francés (1984), foi na década de 80 que progressivamente se assistiu a uma mutação das distintas condições e factores inerentes ao trabalho, como se representa na figura 1, tendo conduzido a uma desvalorização do mesmo, face a uma crescente importância de valores associados à família e às actividades de lazer.

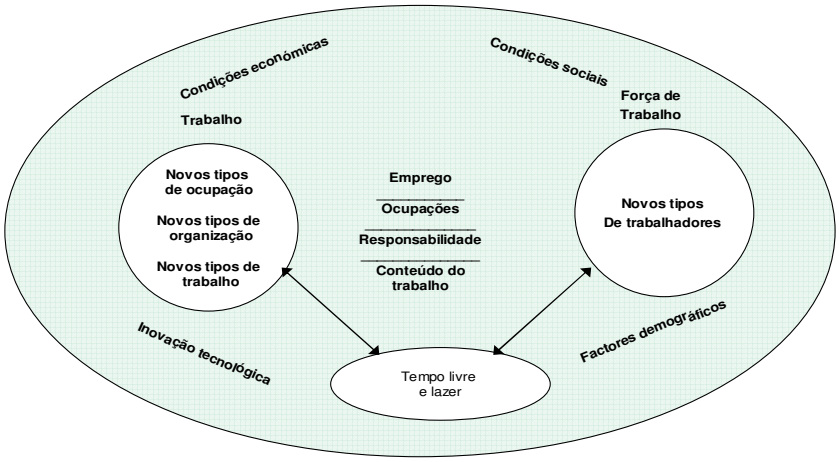

Figura 1 – A natureza mutável do contexto de trabalho
(Peiró, Prieto, & Roe, 1996, in Seco, 2000, p. 57).

Os avanços tecnológicos, a instabilidade de carreiras, o aumento da especificidade das tarefas e a diminuição da influência da Igreja Católica na sociedade civil, conduziram a uma abordagem mais ampla do conceito de trabalho, corroborando as descrições de Rodrigues (1995) e de Peiró, Prieto e Roe (1996), para quem o trabalho representa um

espaço que possibilita ao indivíduo um aumento da auto-estima e de realização pessoal, fomentando progressivamente a sua autonomia, independência e consequentemente a sua satisfação profissional (*in* Seco, 2000).

2.2 – O CONCEITO DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O fundamento histórico para a investigação sobre a satisfação no trabalho radica nos estudos de Elton Mayo, nos anos 1930, na Western Electric Company, ao revelarem a componente emocional e afectiva da natureza humana na situação de trabalho que o levaram a concluir que os trabalhadores satisfeitos produzem mais, encontrando-se a satisfação dependente das boas relações com os colegas de trabalho, da sua identificação com o grupo e do sentimento de que os objectivos pessoais se encontram inter-relacionados com os da organização.

A satisfação profissional é um assunto de grande interesse tanto para quem trabalha nas organizações como para os estudiosos da matéria. Na última década, inúmeros estudos teóricos e empíricos tiveram a satisfação profissional como seu principal pano de fundo. Esta preocupação pelo fenómeno da satisfação profissional deve-se a vários tipos de razões. Por um lado, porque o bem-estar geral é um dos principais objectivos de vida (Seco, 2000); por outro, por se tratar dum constructo com implicações noutras atitudes e comportamentos, tanto individuais como organizacionais.

Relativamente aos profissionais de saúde, a avaliação da satisfação tem mesmo enquadramento legal desde a lei de bases da saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), que refere a satisfação profissional como um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde. (Graça, 1999).

Alguns estudos realizados, nomeadamente através de inquéritos de opinião, ao longo das últimas décadas, demonstraram que cerca de 80% dos profissionais afirmam estar satisfeitos com o trabalho que realizam, embora não em todas as dimensões (Robbins, 1996).

Para Marquis e Huston (1999) a escola do desenvolvimento, considera que o individuo se pode desenvolver atingindo a sua satisfação e realização pessoal por intermédio de factores e pressupostos inerentes ao trabalho e ao próprio trabalhador. Partindo desta perspectiva, os estudos sobre satisfação deixam de se centrar nos factores extrínsecos ao trabalho, passando a considerar-se a forma como os indivíduos encaram a sua relação com o próprio trabalho e as possibilidades de desenvolvimento que este lhes oferece. Assim, Herzberg em 1977 desenvolveu a teoria dos dois factores – higiénicos ou motivacionais – demonstrando que há factores responsáveis pela satisfação profissional que contrastam com os factores que produzem insatisfação profissional. (Santos, 2005).

A satisfação no trabalho é definida como um conjunto de sentimentos positivos ou negativos que o indivíduo manifesta em relação ao seu trabalho (Smith, Kendall & Hulin, 1969, citados por Seco, 2000) resultante da comparação do que é supostamente esperado de determinada situação e o que dela se consegue efectivamente obter; realçando o papel importante que a realização/concretização das expectativas assume na satisfação no trabalho (Cabral, Vala & Freire, 2000). Para Bastos (1995) a satisfação no trabalho pode ser entendida como uma cognição, ainda que ornamentada de componentes afectivas, que aparece muitas vezes associada a aspectos como a auto-estima, o envolvimento no trabalho e o comprometimento organizacional.

A satisfação no trabalho traduz uma resposta emocional e afectiva, gratificante, que resulta da situação de trabalho e é uma resposta estritamente individual (Ferreira, Neves,

Abreu & Caetano, 1996). Traduz uma atitude que reflecte a medida em que os indivíduos sentem de modo positivo ou negativo o seu trabalho nas suas diversas facetas: *"Trata-se de um constructo que visa dar conta de um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho"* (Vala, Monteiro, Lima & Caetano, 1994, p.110).

Inicialmente pensou-se que poderia ser construído um índice de satisfação global no trabalho, variando a resposta afectiva das pessoas ao longo de um contínuo cujos pólos variam entre pouco ou nada satisfeito e muito satisfeito. Mas uma análise mais profunda aos aspectos do trabalho que mais directamente influenciam a satisfação revelou que eram inúmeros os factores com influência na satisfação e que os mesmos afectam de forma diferente os indivíduos. Tal constatação relativiza o valor do índice de satisfação global.

A relevância e o interesse acerca da satisfação profissional, emerge precisamente do facto de com ela se relacionarem variáveis tão importantes como o bem-estar, a motivação, o envolvimento, o desenvolvimento, o empenho, o sucesso e a realização profissional dos sujeitos (Jesus, 1995).

Na mesma linha, Marriner-Tomey (1996) e Spector (1997) sugerem que os factores que influenciam a satisfação no trabalho e que são frequentemente avaliados são o sentido de realização, o reconhecimento, os desafios, a responsabilidade, a possibilidade de progressão, a autonomia, a autoridade, o clima organizacional, a natureza do trabalho e a própria organização.

Algumas variáveis profissionais e pessoais dos professores foram estudadas à luz das oscilações verificadas na satisfação/insatisfação profissional dos mesmos, através de um dos seus indicadores, o absentismo, (Esteve, 1992; Jesus, 1998). Tendo-se constatado

que o referido indicador ocorria com maior frequência junto dos professores do género masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 35 anos, com mais evidência no ensino oficial que no privado e predominantemente nos 2º e 3º ciclos do ensino básico.

No entanto, Graça (1999-a) é de opinião que a satisfação *"é basicamente uma atitude que pode ser verbalizada e medida através de opiniões e percepções; como tal, é distinta de um comportamento directamente observável (por exemplo a ausência ao trabalho) "*. A satisfação será então o resultado da avaliação periódica que cada um de nós faz, instantânea e empiricamente, do grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências, expectativas profissionais; ou seja, *"é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter"*. (p. 2).

Em última instância, a satisfação poderá ser avaliada pela discrepância entre expectativas (E) e resultados (R). Quanto maior for a discrepância (E > R) maior será a satisfação.

Nos estudos de Graça, através dum inquérito por questionário ao pessoal dos 14 Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Beja (N = 620), com uma taxa de resposta superior a 50% (n = 320), os médicos (n = 61) revelaram estar globalmente mais satisfeitos que os enfermeiros (n = 99) e que o pessoal de apoio: administrativos (n = 97) e outros (n = 63). A sua satisfação global (E - R) é de 3.33 (score médio) numa escala de 0 (Totalmente satisfeito) a 10 (Totalmente não satisfeito) (Graça e Sá, 1999).

Nesse estudo as mais elevadas expectativas são observadas nos médicos e vão para a Remuneração com 9.13, seguidos da Realização Pessoal e Profissional com 9.10, (numa escala de 0 – Mínimo a 10 – Máximo). A discrepância (E - R) é maior

precisamente nas dimensões Remuneração (4.38) e Saúde e Condições de Trabalho (2.24).

2.3 – MODELOS TEÓRICOS DA MOTIVAÇÃO E DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

São imensas as teorias que se têm desenvolvido no ímpeto da compreensão da satisfação profissional. O facto de terem sido desenvolvidos inúmeros estudos nesta área, faz com que a classificação e organização dos mesmos se encontre dificultada. Atendendo ao facto das teorias desenvolvidas se encontrarem estritamente correlacionadas com as teorias da motivação no trabalho e também por uma questão de sistematização, optámos, neste estudo, por seguir o critério desenvolvido por Locke (1976, citado por Santos 2005), que distingue entre conceptualizações mais focalizadas no conteúdo e as de natureza mais processual:

- As teorias de conteúdo que visam especificar as necessidades importantes para o indivíduo satisfazer, para que se sinta realizado no trabalho. Nesta categoria enquadram-se: a pirâmide das necessidades de Maslow, a teoria dos dois factores de Herzberg e a teoria das necessidades aprendidas de McClelland;

- As teorias processuais segundo as quais motivação e satisfação profissionais têm a ver com o facto do indivíduo percepcionar que desempenha um trabalho que permite a concretização dos seus valores ou objectivos. Enquadram-se nesta categoria: os modelos expectativa-valor, as teorias da discrepância, a teoria da adaptação ao trabalho e o modelo das características do trabalho.

Apesar da estreita relação entre as teorias desenvolvidas para estudar a satisfação profissional e as teorias da motivação no trabalho, importa ressalvar que não descrevem exactamente o mesmo processo. A satisfação no trabalho define-se em termos de

respostas afectivas, enquanto que a motivação para o trabalho se refere às avaliações sobre a importância do trabalho e dos resultados esperados para o indivíduo (Bravo, Peiró & Rodriguez, 1996). Noutra distinção, satisfação refere-se ao sentimento do sujeito pelo alcance ou não dos resultados pretendidos, enquanto que a motivação profissional diz respeito aos factores que levam o sujeito a agir em contexto laboral, no sentido de alcançar determinados objectivos (Jesus, 1996).

No entanto, na exposição das teorias tentaremos sustentar a relação existente entre a motivação e a satisfação profissional.

2.3.1 – TEORIAS DE CONTEÚDO

As teorias de conteúdo procuram compreender os fenómenos internos ou necessidades intrínsecas que conduzem cada individuo a adoptar determinado tipo de comportamento, centrando o enfoque no objecto da motivação, isto é, no impulso que conduz o indivíduo a adoptar um determinado comportamento específico. Conforme se representa na figura 2, pressupõe-se que o indivíduo possui determinadas necessidades intrínsecas, capazes de gerar impulsos que o induzem a agir, com o objectivo de satisfazer essa necessidade (Ferreira, Neves e Caetano, 2001; Santos, 2001; Seco, 2000).

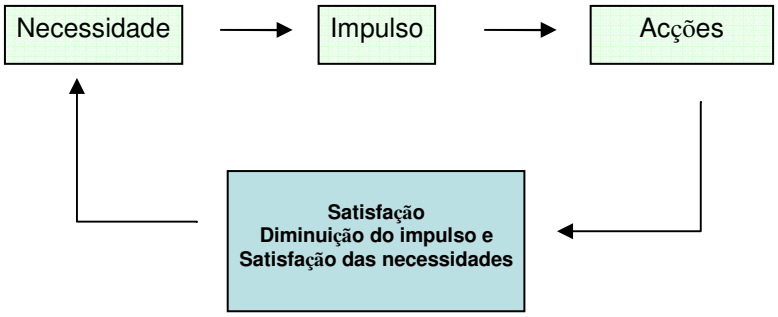

Figura 2: Modelo de motivação das teorias de conteúdo (adaptado de Ferreira, Neves e Caetano, 2001, p. 262).

2.3.1.1 – Hierarquia das Necessidades de Maslow

Em 1943 o psicólogo Abraham Maslow formulou o seu conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Esta teoria representa um modelo clássico de grande aceitação e que por tal facto tem servido de base a inúmeros estudos relacionados com a satisfação profissional. Por necessidade, entende-se *" um estado de espírito interno que faz com que certos resultados apareçam como atractivos ao sujeito"* (Bilhim, 1996, p. 259)

Para Maslow (1954) os indivíduos são motivados a adoptar determinado tipo de comportamento mediante uma hierarquia de necessidades humanas individuais. Segundo ele, as pessoas estariam motivadas por cinco níveis de necessidades que constituem uma hierarquia e que representou numa pirâmide que ficou conhecida como Pirâmide de Maslow.

Maslow considerou que as pessoas são motivadas pelo desejo de satisfazer conjuntos específicos de necessidades. Assenta nos pressupostos de que os cinco níveis de necessidades são comuns a todos os indivíduos, que as mesmas se agrupam segundo uma hierarquia, que as necessidades motivam as pessoas e influenciam o seu comportamento e que, enquanto as necessidades básicas não estiverem razoavelmente satisfeitas, não haverá lugar à satisfação das necessidades de nível superior. Maslow sustenta que o indivíduo nasce com uma certa bagagem de necessidades fisiológicas, a partir daí, ingressa numa longa trajectória de aprendizagem de novos padrões de necessidades.

Os cinco níveis de necessidades comuns a todas as pessoas são:

» *Necessidades fisiológicas:* são a maioria das necessidades físicas básicas dos seres humanos incluindo o ar, a comida e a água. A nível organizacional reflectem-se nas necessidades de condições físicas e salário base que assegure a sobrevivência. Enquanto

estas necessidades que são básicas para a manutenção da vida não estiverem satisfeitas, as pessoas atribuem pouca importância às necessidades agrupadas nos níveis superiores.

» *Necessidades de segurança:* estas implicam a protecção dos danos físicos e emocionais ou seja, referem-se à necessidade de estar livre de perigo e da privação das necessidades fisiologias básicas. Envolvem a preocupação com o futuro e com a manutenção do emprego. Englobam um ambiente físico, emocional e financeiro, seguro e sem violência.

» *Necessidades sociais:* a que corresponde o desejo de pertença, amizade e aceitação pelo grupo social, quando satisfeitas as necessidades fisiológicas e as de segurança. São necessidades relacionadas com a natureza social das pessoas e desejo de se sentirem acompanhadas. Na organização reflectem o imperativo de bom relacionamento com os colegas de trabalho, um desejo de participar em grupos de trabalho e de um relacionamento positivo com os supervisores. Um grupo de trabalho coeso será mais efectivo que um determinado número de pessoas que trabalham separadamente. A não satisfação destas necessidades pode levar à frustração, à resistência e a algum antagonismo, que podem interferir de forma negativa com os objectivos da organização, podendo ainda afectar a saúde mental do indivíduo (Donelly, Gibson & Ivancevich, 2000, citado por Frederico, 2006).

» *Necessidades de estima:* constituem factores internos, nomeadamente a autonomia, a auto-confiança, o sentido de valorização e o valor pessoal, a realização, a competência, e também factores externos como o reconhecimento, o prestígio, o status, a reputação e a atenção por parte dos outros e que contribuem para a aumentar a auto-confiança e a auto-estima. Estas necessidades não são satisfeitas tão facilmente como as fisiológicas e as de segurança (Marriner-Tomey, 1996). No trabalho, reflectem um apreço pelo

reconhecimento, pelo aumento de responsabilidades, pelo status elevado e pelo recebimento de créditos por contribuições à organização.

» *Necessidades de auto-realização:* incluem as necessidades de crescimento e realização pessoal. Maslow definiu-as como sendo o desejo de querer ser mais do que se é.

Segundo esta hierarquia, num contexto de bem-estar económico e de pleno emprego, as necessidades inferiores estão normalmente satisfeitas e as pessoas encontram-se motivadas para se esforçarem no sentido da satisfação das sucessivas necessidades.

Diversas investigações têm verificado que geralmente os professores se encontram satisfeitos ao nível das necessidades da base da pirâmide, mas significativamente menos satisfeitos nos outros três níveis. (Mills, 1987; Seco, 2000). Nesta mesma linha, para Jesus (1996) os estudos que seguem esta teoria apontam para uma maior insatisfação profissional dos professores ao nível das necessidades mais elevadas (reconhecimento e desenvolvimento profissional), inclusivamente num grau superior ao verificado noutras profissões.

Também Graça (1999-b), em estudos efectuados envolvendo profissionais de saúde, verificou que os enfermeiros se encontram satisfeitos ao nível das necessidades mais baixas e insatisfeitos no que diz respeito às necessidades mais elevadas.

Seria então desejável que as políticas administrativas fomentassem e promovessem a satisfação nos níveis hierárquicos superiores, sobretudo a nível do reconhecimento e da auto-actualização de docentes e enfermeiros para que uns e outros melhorem a competência e elevem a estima por si próprios e pelos outros.

Esta teoria que representa um contributo significativo para a compreensão da motivação humana é frequentemente aceite como adequada e é a mais utilizada em investigações relativas à satisfação e motivação dos indivíduos. No entanto, é muito

limitada quanto à sua evidência empírica. Para Ferreira (2001) as limitações desta teoria relacionam-se também com uma confusão entre valores (que mediante o contexto social, diferem de pessoa para pessoa) e necessidades (inatas e universais).

Por outro lado, esta teoria pode gerar alguma insatisfação pois, uma vez satisfeitas as necessidades, as recompensas terão que ser cada vez maiores para manter o mesmo nível de satisfação. Os incentivos serão sempre insuficientes e geradores de insatisfação quando o indivíduo estiver próximo da saciedade (Frederico, 2006).

2.3.1.2 – Teoria dos Dois Factores de Herzberg

A teoria dos dois factores proposta por Herzberg em 1959 constitui um importante contributo para a investigação da satisfação profissional. Este autor considerou que a teoria apresentada por Maslow era desadequada para o estudo da motivação no entanto, uma e outra acabam por apresentar muitos pontos comuns, existindo mesmo autores que têm procurado fazer corresponder as *necessidades* de Maslow aos *factores* de Herzberg (Jesus, 1996).

Na opinião de Hersey e Blanchard (1977, citado por Jesus 2001), as duas teorias parecem complementar-se, na medida em que a de Maslow parece ser mais útil na identificação das necessidades, enquanto que a de Herzberg parece mais adequada para identificar os incentivos que permitem satisfazer essas necessidades.

Herzberg, Mausner e Snyderman (1959, citado por Seco, 2000), em entrevistas realizadas a 200 contabilistas e engenheiros de nove companhias industriais e de serviços da zona de Pittsburg, em que se solicitava aos participantes que indicassem, relativamente ao trabalho de cada um, situações particulares de grande satisfação e insatisfação, pedindo a cada um deles que descrevesse as condições que estavam na origem desses mesmos

sentimentos, identificaram cinco factores que consideraram ser responsáveis pela satisfação dos trabalhadores: a realização, o reconhecimento, a responsabilidade, o trabalho em si e a possibilidade de progressão na carreira. Estes factores encontram-se relacionados com aspectos intrínsecos referindo-se à natureza do próprio trabalho desempenhado e foram designados por motivadores ou de conteúdo tendo paralelismo com as necessidades mais elevadas da pirâmide de Maslow, como se pode verificar na figura 3. No respeitante às causas da insatisfação, Herzberg e seus colaboradores verificaram que estas se relacionavam predominantemente com factores extrínsecos ao trabalho (periféricos à actividade profissional), designaram-nos de factores higiénicos e são: a organização da empresa, o estilo de liderança, as relações interpessoais, o salário e as condições de trabalho. Estes factores relacionam-se com os níveis inferiores propostos por Maslow, tal como se pode ver na representação esquemática da figura 3.

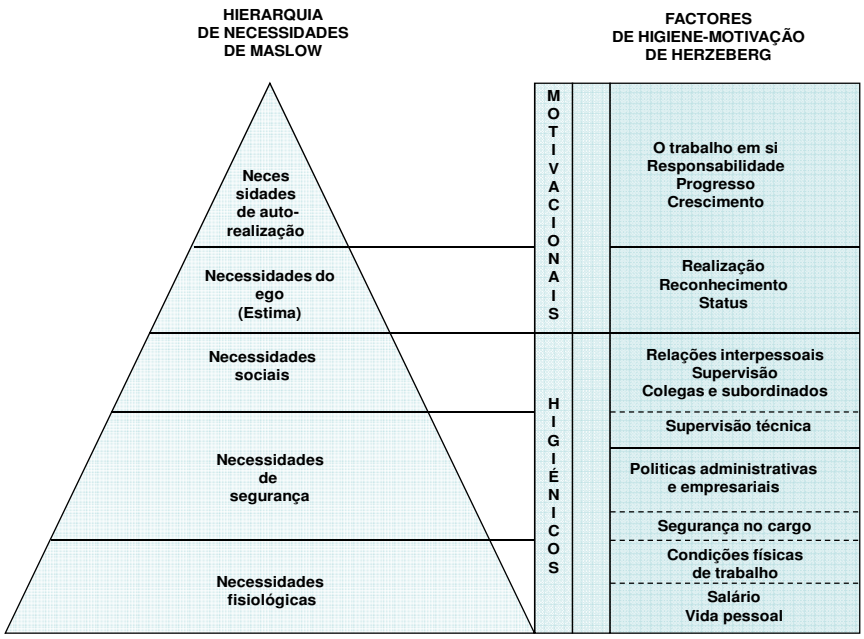

Figura 3: Comparação dos modelos de motivação de Maslow e Herzberg (in Fachada, 2003, p. 105).

Herzberg propõe então que o oposto de satisfação profissional não é a insatisfação, mas sim a ausência de satisfação ou a não satisfação profissional. Também a ausência de factores motivacionais não proporciona insatisfação, mas proporciona não satisfação, ou seja, o inverso da insatisfação é a não insatisfação, postulando a independência entre factores de satisfação e de insatisfação, ao contrário das teorias tradicionais que pressupunham uma continuidade entre dois pólos. Por sua vez a presença de factores motivacionais conduz à satisfação das pessoas e que esquematicamente se representa na figura 4.

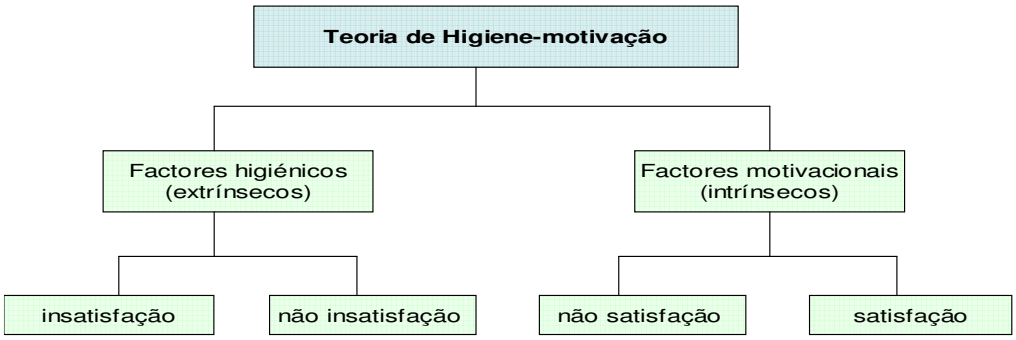

Figura 4: Factores da satisfação profissional segundo o modelo de Herzberg (in Santos, 2001, p. 88).

O trabalho de Herzberg veio trazer novos contributos ao desenvolvimento das investigações sobre a motivação, especialmente pela distinção feita entre os dois factores (extrínsecos e intrínsecos), conseguindo assim que se falasse de motivação intrínseca quando o indivíduo trabalha com o objectivo de obter satisfação ligada ao desempenho da tarefa e motivação extrínseca, quando o indivíduo trabalha por recompensas exteriores à tarefa.

As principais críticas à teoria de Herzberg referem-se às amostras utilizadas. Estudos desenvolvidos com operários demonstraram que alguns factores por ele

defendidos como higiénicos (salário, segurança no trabalho) foram referidos como motivacionais. Outra crítica diz respeito à fraca confirmação empírica a que esta teoria foi sujeita. A este propósito Ferreira (2001) refere mesmo que: *" os resultados revelam que tanto os factores de conteúdo como os factores de contexto (higiénicos) contribuem para a satisfação e para a insatisfação."* (p. 264)

Os resultados obtidos por Quintela e Santos (1996) ao estudarem a satisfação profissional dos enfermeiros no Hospital de Lamego confirmam a teoria de Herzberg. Nesse estudo os valores mais baixos verificaram-se nas dimensões: condições de trabalho, remuneração e relação com os superiores (factores higiénicos do modelo proposto por Herzberg); enquanto que os valores mais elevados foram a realização profissional e a posição socioprofissional (factores motivacionais propostos pelo modelo de Herzberg).

No entanto, Evans (1998) não confirmou a tendência dos dois factores, parecendo que a satisfação-insatisfação dos professores se situaria num contínuo único. Realça a importância de uma correspondência entre os docentes e os contextos de trabalho, considerando que quanto maior esta for, maiores as probabilidades do professor experienciar satisfação profissional.

Não obstante as criticas que lhe são feitas, a teoria dos dois factores de Herzberg, assume-se como uma das principais teorias explicativas da satisfação profissional, sendo cada vez mais utilizada principalmente devido à sua simplicidade e grande ligação prática ao mundo do trabalho.

2.3.1.3 – Teoria das Necessidades Aprendidas de McClelland

McClelland fundamenta a sua teoria na existência de três necessidades fundamentais que variam de pessoa para pessoa, no respeitante ao grau e frequência com que contribuem para a própria motivação profissional. São elas as necessidades: de realização, de poder e de afiliação.

Segundo McClelland (1965) indivíduos com elevada necessidade de realização, orientam o seu comportamento no sentido de desempenharem as suas tarefas de forma excelente. Estas pessoas que tentam ser bem sucedidas em situações de competição, procuram a realização pessoal através das altas performances do seu desempenho. O autor da teoria designa estes indivíduos de *"high achievers"* e defende tratarem-se de pessoas que normalmente estabelecem objectivos muito exigentes, embora perfeitamente calculados de acordo com as suas capacidades, procurando assumir responsabilidades nos processos de *"tomada de decisão"* e que valorizam muito o *"feed-back"* que lhes é fornecido relativamente ao desempenho pessoal. Estes indivíduos que normalmente funcionam na perfeição em situações de trabalho estimulantes e competitivas, reagem mal a situações de trabalho rotineiro e monótono e consideram que o êxito não se deve ao acaso e por isso não receiam assumir a sua responsabilidade pessoal no êxito, tendo sempre como objectivo ultimo a sua realização pessoal.

Relativamente às necessidades de poder, os indivíduos cujos comportamentos se sustentam nesta necessidade, tendem a controlar e exercer uma forte influência sobre os comportamentos dos outros, valorizando o prestígio e estatuto pessoais, em detrimento dum desempenho profissional eficaz e satisfatório.

No que se refere à necessidade de afiliação, refere o autor que esta parece motivar o comportamento profissional dos indivíduos, que quando fortemente motivados por esta necessidade, privilegiam as situações em que a cooperação e a mútua compreensão sejam dominantes, em detrimento de situações de elevada competitividade. Segundo o autor da teoria (McClelland, 1965) existem três tipos de características que intimamente lhe estão associadas: a tendência para agir de acordo com as normas estipuladas pelo grupo em que o individuo se insere, uma elevada valorização dos sentimentos e avaliações dos outros e um forte desejo de aprovação social e confiança na sua pessoa.

Alguns estudos apontam no sentido da correlação negativa entre a necessidade de afiliação e a necessidade de poder, uma vez que os indivíduos tradicionalmente considerados *"bons liders",* apresentam elevada necessidade de poder contrastando com uma baixa necessidade de afiliação.

As três necessidades referidas são, na opinião de McClelland (1965), interiorizadas pelos indivíduos de acordo com as experiências de vida a que cada um é sujeito, defendendo que crianças cujos pais valorizam o sucesso e a independência pessoal e as recompensam por esse comportamento, manifestam mais motivos de realização.

Uma das críticas apontadas a esta teoria incide no facto das necessidades variarem intra e inter-individualmente, tanto no espaço como no tempo. Nesta linha de pensamento, Robbins (1996) refere que os dados utilizados pelo autor para a elaboração da sua teoria se encontravam enviesados, por terem sido obtidos a partir de amostras constituídas simplesmente por homens americanos, apresentando uma generalização muito limitada. Rodrigues (1995) sustenta que no caso particular da população portuguesa se valorizam excessivamente os aspectos materiais, pelo que as generalizações feitas por McClelland, não são aplicáveis à nossa sociedade (*in* Seco 2000).

Esta teoria foi incluída na nossa fundamentação por considerarmos que os pressupostos que lhe estão subjacentes, em especial aqueles que dizem respeito às necessidades de realização e de afiliação, se relacionam com os desafios conceptuais e metodológicos que os profissionais em análise (enfermeiros da pratica do cuidar e do exercício docente) enfrentam diariamente. A satisfação profissional dos mesmos, parece necessitar de algumas características de *"high achiviers",* na medida em que se trata de profissões extremamente exigentes, com níveis de stresse muito elevadas e cujas situações de trabalho se caracterizam por um apelo crescente à tomada de decisões autónomas. Também as necessidades de afiliação parecem imprescindíveis por se tratarem de profissões de relações humanas em que os relacionamentos interpessoais assumem contornos importantes.

Os modelos teóricos que acabamos de apresentar complementam-se pois cada um deles contribui com uma mais-valia para a compreensão da satisfação/motivação profissional. Sugerem em comum a importância da satisfação das necessidades de ordem superior de forma a fomentar a satisfação profissional das pessoas. A teoria proposta por Maslow, revela-se extremamente útil na compreensão das necessidades dos indivíduos, enquanto que a teoria proposta por Herzberg assume particular relevância na identificação dos incentivos que permitem satisfazer as referidas necessidades. Por outro lado, McClelland admitiu a existência de diferenças intra e inter-individuais, salientando a importância assumida pela aprendizagem na identificação das necessidades.

2.3.2 – TEORIAS DO PROCESSO

As teorias processuais surgem nos anos 60 na tentativa de explicação dos processos inerentes à construção da satisfação profissional, recorrendo para isso à compreensão dos

processos cognitivos intrínsecos a cada indivíduo, procurando compreender a forma como o comportamento é estimulado, como é dirigido e como termina, analisando cada pessoa individualmente, procurando segundo Santos (2001) *"visualizar não tanto a realização de determinadas necessidades através do trabalho … mas sobretudo conhecer as expectativas e os valores que o indivíduo tem acerca do mesmo, bem como a orientação seguida pelo comportamento"*. (p.91).

2.3.2.1 – Teoria das Expectativas

Proposta por Victor Vroom (1964), trata-se de uma teoria cognitivista de expectativa-valor amplamente aceite no âmbito da satisfação profissional.

De acordo com Ferreira, Neves e Caetano (2001) e Seco (2000), Vroom baseou-se em três tipos de relações:

1 – Relação Esforço/Desempenho – traduz a probabilidade percebida pelo indivíduo de que o seu esforço conduzirá a determinado desempenho;

2 – Relação Desempenho/Recompensa – refere-se ao grau em que o indivíduo acredita que determinado desempenho por si adoptado, poderá conduzir à obtenção do resultado desejado;

3 – Relação Recompensa/Objectivos Pessoais – traduz o grau com que o indivíduo percepciona as recompensas organizacionais como atractivas, no sentido de satisfazer as suas necessidades ou objectivos pessoais.

A estes três tipos de relações, o autor acrescenta cinco conceitos chave que sustentam a teoria, conforme se representa na figura 5, e que são respectivamente:

- Os Resultados – aspectos que a organização proporciona ao trabalhador como contrapartida pelo seu desempenho;

- A Valência – grau de atracção que o resultado representa para o individuo;

- A Instrumentalidade – grau percebido da relação entre desempenho e resultado alcançado

- A Expectativa – o que o individuo antevê como provável resultado em função do seu desempenho;

- A Força – tensão existente no interior da pessoa, capaz de a motivar ou a quantidade de esforço dispendido.

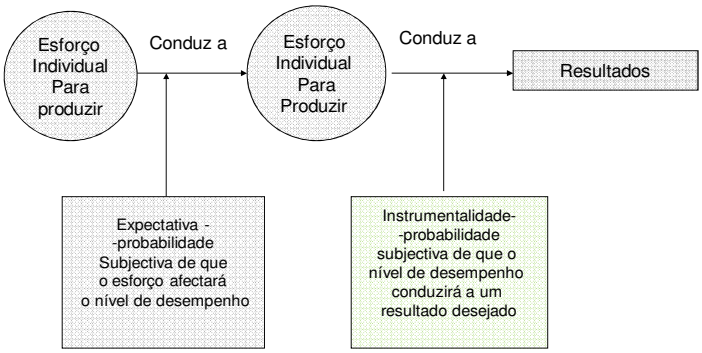

Figura 5: Modelo explicativo da teoria das expectativas (retirado de Chiavenato, 1987, p. 281).

Os factores mais importantes para a motivação no trabalho são os resultados e sua respectiva valência, uma vez que, de acordo com o autor, se os resultados apresentarem uma valência baixa, não existirá motivo para o profissional se esforçar no sentido de os atingir. O autor realça também o importante papel da instrumentalidade, na medida em que se o indivíduo procura atingir determinado tipo de resultados e não consegue correlacionar os mesmos com o seu desempenho profissional, não se empenhará para os conseguir obter. Assim, as recompensas são fundamentais para uma elevada instrumentalidade.

Por fim, a expectativa traduz-se numa relação entre o esforço e o desempenho. Se um indivíduo possui uma baixa expectativa de alcançar um determinado resultado, não importa o esforço que despende, uma vez que o desempenho não irá sofrer uma variação considerável. Por outro lado, se a expectativa em alcançar determinado resultado é elevada, existe uma forte probabilidade do profissional aumentar o seu esforço pessoal, no sentido de alcançar o resultado pretendido, ou seja, o indivíduo só se encontrará altamente motivado para desempenhar determinada tarefa, mediante a sua expectativa de que o esforço que irá despender será recompensado. Por sua vez, a satisfação profissional será tanto maior quanto o profissional sentir que as recompensas obtidas estão em consonância com o esforço motivacional dispendido.

Algumas críticas sugerem que a teoria tem uma utilização muito limitada, sendo no entanto muito útil na predição de situações em que as ligações esforço-desempenho e desempenho-recompensa sejam facilmente percepcionadas pelos indivíduos, o que acontece com uma diminuta quantidade de pessoas, facto que leva muitos autores a considerá-la idealista (Ferreira, Neves & Caetano, 2001; Seco, 2000; Robbins, 1996; Robertson, Smith e Cooper, 1992; Chiavenato, 1997).

Apesar das críticas apontadas, os pressupostos desta teoria constituem um importante contributo para a compreensão da problemática, ao realçarem a importância do resultado e o facto de este representar uma elevada atractividade para o indivíduo. Realça também a importância do estabelecimento de regras que tendam a relacionar desempenho e recompensa.

2.3.2.2 – Teoria da Discrepância

As teorias da discrepância pressupõem que a satisfação profissional é directamente proporcional àquilo que o indivíduo procura na sua actividade profissional e aquilo que realmente consegue obter. Quanto maior for a diferença entre aquilo que o indivíduo pretende alcançar e aquilo que realmente alcança, menor será a sua satisfação profissional.

Para Bravo, Peiró e Rodriguez (1996) as discrepâncias podem ser de dois tipos: interpessoais e intra-pessoais. As primeiras, na opinião de Seco (2000) consistem num processo comparativo, relativamente à satisfação no trabalho, que os indivíduos fazem entre si e os outros, pressupondo que os indivíduos partilhem de um mesmo sistema social e que a comparação tenha por base o tipo e o grau de recompensas entre pessoas que desempenhem semelhantes funções. As segundas resultam dum processo psicológico de comparação entre as actividades profissionais reais desenvolvidas pelo indivíduo e os seus critérios de comparação pessoal, ou seja: aquilo que ele gostaria que fossem as suas funções.

No âmbito das formulações conceptuais de discrepâncias interpessoais insere-se a teoria da equidade proposta por J. Adams em 1965 (referido por Seco, 2000), segundo o qual um indivíduo possui maior probabilidade de se sentir insatisfeito, quanto maior for a discrepância existente entre os contributos e o esforço pessoal despendido para a organização e os benefícios que daí advêm, comparativamente com o esforço pessoal e consequentes benefícios de outros indivíduos da mesma organização com funções semelhantes. Assim, à luz desta teoria, a percepção de iniquidade, constitui uma força motivacional, na medida em que quando um indivíduo considera não ter sido tratado com a devida equidade em relação a outros, ele actua no sentido de eliminar essa iniquidade,

recorrendo a um rácio de "*imput*"/resultados como forma de avaliar a equidade (Chiavenato, 1987; Seco, 2000).

Para Ferreira, Neves e Caetano (2001) interessa salientar os seguintes elementos: a pessoa que se compara; a outra com quem é comparada; os "*imputs*" ou recursos da própria pessoa e os "*outputs*" ou resultados. Do processo comparativo desenvolvido pelo indivíduo, podem surgir três situações: a igualdade relativamente aos rácios, a desigualdade em relação aos rácios face ao facto dos resultados do outro serem superiores aos do individuo que se compara (iniquidade por defeito); e a desigualdade em relação aos rácios face ao facto dos resultados do indivíduo que se avalia serem superiores relativamente aos outros (iniquidade por excesso). As iniquidades apresentadas induzem o indivíduo a agir no sentido de repor um equilíbrio, conforme se encontra representado na figura 6.

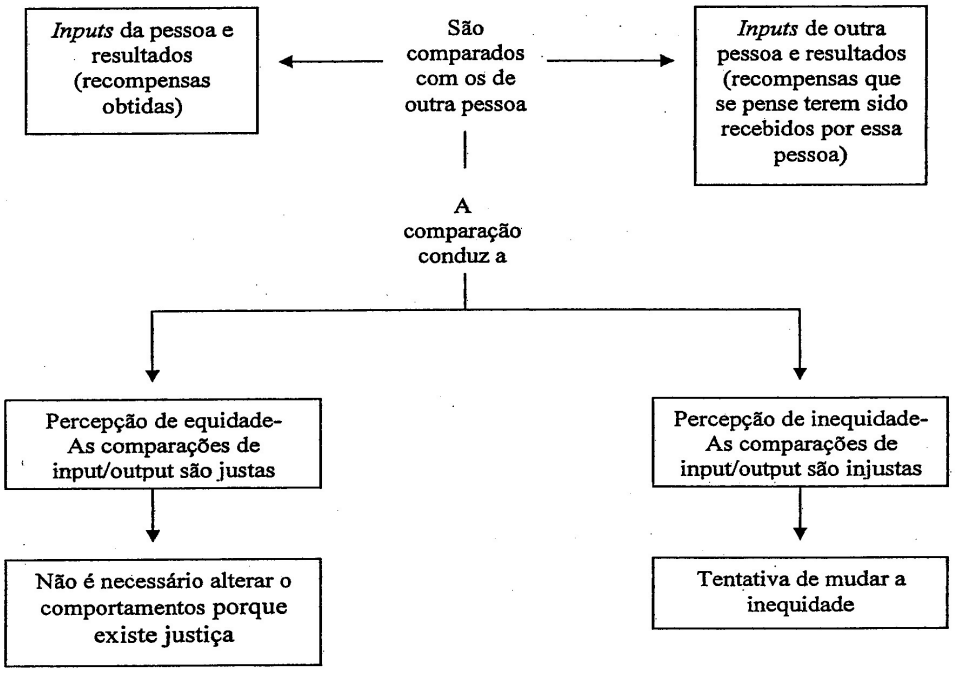

Figura 6: Modelo explicativo da teoria da equidade em relação aos *"inputs"* e resultados (retirado de Chiavenato, 1987, p. 280).

Seco (2000) defende que a teoria da equidade fornece um importante contributo para a compreensão da satisfação profissional uma vez que assume que o valor relativo da recompensa é susceptível de interferir na motivação profissional dos trabalhadores, atribuindo assim elevado valor ao processo de comparação social (recorrendo aos amigos, vizinhos e colegas).

Apesar desta teoria se basear preferencialmente nas recompensas salariais, diversos estudos desenvolvidos com base nesta teoria, vieram demonstrar que factores como o estatuto social, recursos materiais e valorização profissional, são igualmente sensíveis à equidade.

No caso particular da enfermagem, a teoria da equidade tem sido utilizada por diversos investigadores que sustentam os seus estudos em pressupostos metodológicos constituintes desta teoria, bem como na construção de instrumentos que permitam avaliar a satisfação de profissionais de saúde.

2.3.2.3 – Teoria do Reforço

A Teoria do Reforço, também conhecida por Teoria de Condicionamento Operante, baseou-se nas investigações de Skinner. A teoria deste psicólogo, assenta no pressuposto de que todo o comportamento depende das suas consequências.

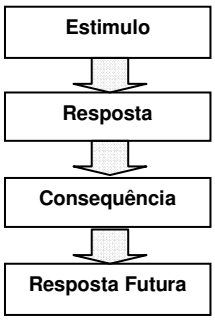

Figura 7: Todo o comportamento depende das consequências (Adaptado de Frederico, 2006).

Num processo de aprendizagem cíclico, os comportamentos anteriores afectam as acções futuras. Segundo o conceito de reforço positivo de Skinner, todo o comportamento é função das suas consequências, logo, os incentivos actuam como mecanismos favorecedores ou condicionantes da adesão dos profissionais a determinados comportamentos. Esses mecanismos, de natureza diversa, impulsionarão o profissional a agir de forma a atingir os objectivos organizacionais predefinidos e, se as consequências forem positivas, a pessoa tenderá futuramente a dar respostas semelhantes. Pelo contrário, se as consequências forem negativas, a pessoa tenderá no futuro a alterar o seu comportamento para poder evitá-las. A organização poderá então tirar partido desta teoria, uma vez que utilizando reforços, levará à modificação de comportamentos em benefício próprio. No entanto, a influência desse reforço na esfera comportamental, assenta nos seguintes pressupostos referidos por Frederico (2006):

~ Para se efectuar uma mudança comportamental, é sempre necessário algum tipo de reforço;

~ Nem todos os reforços levam ao mesmo tipo de comportamentos, uma vez que estes também dependem doutros factores como o tipo de organização e o contexto em que ocorrem;

~ Deverá existir uma correlação directa entre o ritmo de aprendizagem, a intensidade do reforço e a duração do efeito.

À luz desta teoria, as pessoas não são motivadas por factores inerentes ao trabalho nem por realização pessoal mas através de recompensas externas. Para o gestor, releva que o colaborador deverá ser recompensado consoante a sua actuação a nível do desempenho, enquanto para os colaboradores, os contributos dados à organização representam investimentos pessoais que devem gerar retorno na forma de incentivos ou recompensas. Por sua vez, para a organização, os incentivos representarão investimentos que também devem gerar retornos na forma de performance de desempenho e empenhamento. Cada pessoa contribui para a organização com dedicação, esforço, tempo, etc., na medida em que, em troca, recebe incentivos na forma de salário, de benefícios, de reconhecimento, de promoções ou de outras formas de reter e motivar os funcionários (Chiavenato, 1999). Nesta linha de pensamento, Correia (1996, Citado por Frederico, 2006) afirma que *"as recompensas que a organização atribui aos seus colaboradores assumem um aspecto central na relação entre ambos, tratando-se de um processo de trocas ou transacções que pode ser considerado como uma espécie de contrato que impõe obrigações recíprocas às partes envolvidas"*. (p.118)

Também esta teoria teve as suas críticas que colocaram o enfoque no facto de Skinner a ter desenvolvido com fundamento em experimentação laboratorial e por esse facto, longe dos reais contextos.

2.3.2.4 – Teoria da Adaptação ao Trabalho

Foram Dawis, England e Lofquist (1964, citados por Seco, 2000) que propuseram a teoria de adaptação ao trabalho, segundo a qual a motivação no trabalho sofre influência do grau de correspondência entre as necessidades da pessoa e a possibilidade de satisfação dessas necessidades em contexto laboral. Segundo esta teoria, as pessoas tenderão a procurar contextos de trabalho que favoreçam e satisfaçam os objectivos pessoais tendendo por isso a alcançar mais resultados e a sentir-se mais realizadas.

De acordo com esta teoria, a satisfação diz respeito às necessidades do individuo e à possibilidade de realizar os objectivos pessoais no trabalho, enquanto a motivação se refere à forma como o indivíduo se sente, consoante haja ou não uma relação positiva entre as necessidades individuais e a possibilidade de concretização das mesmas. Caso a organização lhe permita realizar as suas necessidades, o profissional sentir-se-á mais satisfeito e também com mais vontade de continuar a esforçar-se. Por outro lado, se a organização não lhe permitir a realização das suas necessidades, sentir-se-á menos satisfeito e menos motivado para continuar a esforçar-se e a investir na profissão.

Evans (1998) em estudos que efectuou com professores, realçou a importância desta correspondência entre profissional e contexto de trabalho, considerando que os professores apresentam maior satisfação profissional quando estiverem mais agradados com os contextos de laborais. Todos concordarão que esta suposição se possa generalizar a todos os outros grupos profissionais.

2.3.2.5 – Modelo das Características do Trabalho

O modelo proposto por Hackman e Oldham (1975), que ficou conhecido como o modelo das características do trabalho, valoriza as características da tarefa, apesar de associar variáveis cognitivas ou motivacionais.

Segundo este modelo, existem formas de organização do trabalho consideradas ideais que são aquelas que apresentam maior autonomia, identidade e feedback e, quando postas em prática, conduzirão ao aumento da satisfação. Considerando que a intervenção a nível das características e do conteúdo do trabalho terá tanto maior impacto na satisfação quanto maior for a necessidade de desenvolvimento das pessoas, defende-se a existência de uma variável intra-individual mediadora entre a satisfação e as características da função: as necessidades de desenvolvimento dos sujeitos. As formas ideais de realização da tarefa proporcionam um aumento da satisfação profissional do sujeito porém, a motivação para o trabalho estará associada à necessidade individual de desenvolvimento que irá influenciar a quantidade de esforço dispendido.

O instrumento que utilizámos para recolha de dados na presente investigação tem por base este modelo que ao realçar a importância de algumas características pessoais na satisfação profissional, se ajusta à especificidade das profissões que alicerçam os seus desempenhos nas relações que estabelecem com os outros como é o caso dos enfermeiros que se dedicam à prática do cuidar ou aqueles que se dedicam à prática do ensino.

Ao longo do segundo capítulo que aqui se completa, procurámos descrever algumas noções sobre trabalho e satisfação profissional e acerca do significado dos referidos conceitos.

Fizemos também uma apresentação dos principais modelos teóricos da motivação e da satisfação profissionais, fazendo uma alusão a três teorias de conteúdo e a cinco das principais teorias de processo.

Notámos a existência de uma elevada inconsistência entre os vários modelos. Tal facto explica a divergente posição de alguns autores no que se refere à motivação e à satisfação, bem como à caracterização dos factores que as influenciam e condicionam. Em nosso entender, as diversas teorias não apresentam uma divergência de fundo mas principalmente uma complementaridade fundamental à compreensão do constructo em questão. Enquanto as teorias de conteúdo a que nos referimos se preocupam essencialmente com a identificação de valores e necessidades universais que o indivíduo precisa de alcançar para atingir a satisfação, as teorias de processo aspiram explicar a dinâmica inerente à concretização dessas necessidades e valores.

CAPÍTULO 3

ENFERMAGEM – CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROFISSÃO

A Enfermagem (e o cuidado de enfermagem) inclui tanto o ensino como a profissão e ambas as componentes estão sujeitas ao desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem e à respectiva aplicação no exercício da profissão. Neste capítulo, tentaremos dar a conhecer a evolução da Enfermagem enquanto *"disciplina, ciência, profissão e arte do cuidar"*.

3.1 – PERSPECTIVANDO O CUIDAR EM ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem tem uma história tão longa quanto rica. Ela evoluiu desde as competências mais rudimentares anteriores a Florence Nightingale, até à enfermagem que hoje conhecemos.

A história dos cuidados, porque inerentes à vida, remonta aos primórdios da humanidade. A função de oferecer cuidados de enfermagem ou simplesmente atender às necessidades dos doentes existe desde o início da civilização. A história da profissão remonta à época das antigas tribos (principalmente tribos africanas e da América do sul) onde, segundo Kozier; Erb; Blais e Wilkinson (1995) algumas mulheres mais velhas e experientes, seriam responsáveis por ajudar as mais novas e inexperientes durante o trabalho de parto, nos cuidados a prestar aos recém-nascidos e também no apoio aos mais idosos quando adoeciam ou morriam.

A enfermagem enquanto ciência sofre longa evolução ao longo dos tempos. Kérouac, Pépin, Ducharme, Duquette e Major (1994) referem que *" le design du soin"* que visa as experiências humanas da saúde, põe o centro na formação girando à volta dos

vários saberes: o *saber ser* (valores, crenças, convicções, atitudes); o *saber em si* (conhecimentos, compreensão, análise critica e síntese) e o *saber fazer* (habilidades relacionais e técnicas). Estes diversos saberes convergem para a competência necessária ao CUIDAR *"que fortalece o outro",* como refere Watson (2002) que a este propósito expressa as suas ideias referindo-se à experiência emocional nos cuidados de enfermagem como a arte do *"cuidar transpessoal em enfermagem"*, um ideal moral, um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos, através da co-participação total de nós próprios na enfermagem.

O cuidar em enfermagem tem no seu cerne a pessoa e a relação entre as pessoas, e nesta relação fomenta-se a experiência e a partilha da emoção. Tal como Goleman (2002) propõe que todo o processo relacional é contaminado por emoções, Watson (2002), considerada uma das principais teóricas do *cuidar*, sublinha a necessidade da existência duma relação interpessoal eficaz para que o processo de cuidar seja efectivo, atribuindo um *"elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e o indivíduo"* (p. 66).

A actividade da arte é baseada no facto de uma pessoa ao receber de outra expressões de sentimentos, através da audição, da visão ou mesmo da intuição, ser capaz de experimentar a emoção que levou o outro a expressá-la. (Diogo, 2006).

Tal como noutras profissões, a evolução da enfermagem ocorreu em diversos contextos de mudanças históricas, sociais, culturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas.

Nos finais do século anterior, passou-se de uma abordagem meramente técnica centrada essencialmente na patologia, para uma corrente em que se valoriza a relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral.

Desde Nightingale que os cuidados de enfermagem se desenvolveram e melhoraram duma forma extraordinária. Cada vez mais os enfermeiros conferem a si próprios a sua identidade profissional e malgrado o avanço da tecnologia, esta nunca substituirá o enfermeiro, pois só ele saberá e poderá prestar cuidados que englobam todas as dimensões do ser humano, nas quais se incluem as vertentes afectiva e relacional, sentimental e emocional.

A necessidade sentida pelos enfermeiros para clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem levado muitos teóricos de enfermagem a elaborar alguns modelos conceptuais para a profissão (Kérouac e tal., 1996). Esses modelos conceptuais servem para orientar a prática do enfermeiro e são os fios condutores da formação, investigação e gestão de cuidados de enfermagem. Eles identificam os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e respectivas consequências para a gestão dos mesmos.

Precursores para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática (Fawcet, citado por Kérouac *et al.*, 1996). Um modelo conceptual é então uma imagem mental, uma representação da realidade, ou seja, uma forma de conceber a profissão (Adam, 1994).

Existindo vários modelos conceptuais em enfermagem, de Florance Nightingale a Rosemarie Parse (1992) foi percorrido um longo caminho, tendo surgido várias concepções da disciplina de enfermagem.

Kérouac *et al*. (1996) que estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificaram que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e

dos valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e as respectivas formas de aplicação. Para Diogo (2006), a *"convergência para um paradigma, parece consensual, enquanto condição para que uma disciplina possa ser considerada como tal"* (p. 25). Os autores são unânimes em considerar que a enfermagem, enquanto disciplina, passou por três distintos paradigmas a que apelidaram: categorização, integração e transformação e que passamos a descrever de forma sucinta.

3.1.1 – PARADIGMA DA CATEGORIZAÇÃO

Este paradigma da categorização pressupõe uma perspectiva dos fenómenos dum modo isolado, não inseridos no seu contexto, e por os entender como dotados de propriedades definíveis e mensuráveis (Lopes, 1999). O pensamento está orientado no sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico. Por sua vez, também estas manifestações possuem características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis.

Este paradigma reporta-se ao século XIX, fase em que se começaram a identificar alguns agentes patogénicos, estabelecendo-se uma relação dos mesmos com algumas doenças.

O enfoque predominante é sobre o órgão afectado, a principal preocupação é com o diagnóstico médico, com o tratamento e com a cura. A pessoa é apresentada dum modo fragmentado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fraccionado em social, físico e cultural (Kérouac *et al*. 1996). A pessoa e o ambiente surgem assim como duas entidades distintas e separadas.

Neste paradigma identificam-se duas orientações distintas para a enfermagem. A primeira consiste numa orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral, enquanto a segunda apresenta uma orientação para a patologia em que a pessoa é entendida como um todo formado pela mera soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de *"ausência de doença"*.

Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica cujo objectivo é o estudo da causa das doenças (a etiologia), a formulação dum diagnóstico preciso e a indicação dum tratamento específico e concreto (Allan e Hall, 1988).

Verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu à medicina alargar os seus horizontes passando a dispor de tecnologias cada vez mais sofisticadas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa época, os médicos delegam tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Os cuidados são direccionados aos problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamenta-se na *especialização de tarefas*: cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria (por exemplo uma enfermeira era a responsável pela higiene de todos os doentes acamados, outra pela preparação e/ou administração da terapêutica e outra pela execução dos pensos). Num passado ainda não muito longínquo, era este o sistema de organização do trabalho de enfermagem em Portugal verificando-se ainda esta situação nalguns locais.

3.1.2 – PARADIGMA DA INTEGRAÇÃO

Este paradigma dá continuidade ao anterior. Porém, começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, isto é, inseridos em determinados contextos sendo tão valorizados os dados objectivos como os subjectivos (Lopes, 1999).

Este paradigma agrega escolas orientadas para a pessoa como a escola da interacção que por sua vez sofreu influência de teorias como a psicoterapia centrada no cliente de Carl Rogers, a fenomenologia e o existencialismo.

Das várias teóricas de Enfermagem pertencentes a esta escola destacamos Hildgard Peplau, I. King e I. Orlando a quem se ficou a dever a orientação da enfermagem para a pessoa e neste contexto, ocorreu alguma diferenciação da Enfermagem em relação à Medicina. O grande objectivo da Enfermagem é agora a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. A partir daqui cuidar significa "agir com" a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major, 1994).

Neste paradigma, perspectiva-se a multidimensionalidade dos fenómenos e os acontecimentos ocorrem sempre inseridos em determinado contexto. Emerge nos Estados Unidos na era de 50, no pós 2ª Guerra Mundial, época em que se verifica a existência de elevado número de pessoas com carências de vária índole. Verificou-se também um notável desenvolvimento das ciências sociais e humanas com a contribuição de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente e de Maslow sobre a motivação à qual já fizemos referencia no capitulo 2. Todas elas alertavam para "*um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade*" (Kérouac e tal., 1996, p. 10)

Neste contexto, a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões era o principal objectivo dos cuidados de enfermagem. A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa *"agir com"* a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão *"a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual"*.

Saúde e doença passam então a perspectivar-se como duas entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. O estado de saúde passa a ser encarado como fazendo parte dum contínuo com o máximo de saúde num extremo e o máximo de doença no outro. A maioria das concepções de enfermagem foi criada a partir da orientação para a pessoa. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac e tal., 1996).

3.1.3 – PARADIGMA DA TRANSFORMAÇÃO

Este é o actual paradigma da enfermagem proposto por Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1994) e inclui as escolas de pensamento orientadas para uma abertura ao e para o mundo, sendo disso exemplo a escola do ser humano unitário e a escola do cuidar.

Segundo este paradigma, os fenómenos perspectivam-se como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estadios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Newman, 1992). Como refere Kérouac et al. (1996), isto é:

> *"…um fenómeno único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se totalmente com outro. Alguns apresentam algumas semelhanças, mas nenhum se parece completamente. Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, um padrão único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global maior, o mundo que o rodeia".* (p. 13)

O início deste paradigma ocorre nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre e para o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992)

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre declaração de Alma Ata (OMS, 1978) onde se propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que *"os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas"*. É reconhecida às pessoas a possibilidade e a capacidade de serem próprios agentes e parceiros nas decisões de saúde que directamente lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde, agentes em quem delegavam a responsabilidade de decisão por alegada ignorância ou desconhecimento.

A pessoa é considerada como ser único, maior do que a soma das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade *"ser humano – ambiente"* e não mais um estado estável ou uma ausência de doença.

Uma das teorias que, entre outras, influenciou e contribuiu para esta visão foi a teoria geral dos sistemas desenvolvida por Von Bartalanffy (Moigné, 1977) para quem o ser humano é encarado como um sistema composto por vários sub-sistemas em

interacção permanente e sistemática. Neste jogo de interacções qualquer fenómeno considerado deixa de se poder apontar como ponto de partida ou de chegada.

Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o percepciona. Intervir significa *"ser com"* a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. A enfermeira e a pessoa são parceiras nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1996).

A pessoa é colocada acima da instituição e os enfermeiros assumem-se como advogados do utente posicionando-se a seu lado. O enfermeiro ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter-relacional entre o enfermeiro e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado.

Prestar cuidados de enfermagem já não consiste em *"fazer por…"* mas em *"fazer com…"* a pessoa, em resposta às suas necessidades (Balahoczky, 2004). Nas palavras de Kérouac (1996) a interacção dos fenómenos complexos é percebida como o ponto de partida para uma nova dinâmica ainda mais complexa. Trata-se dum processo de reciprocidade e simultaneamente de interacção.

A busca da especificidade da enfermagem foi sempre interceptada por duas essenciais vertentes: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e de um saber técnico e científico próprio; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda e substituição do utente (Henderson, 1969).

A medicina nos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, com as descobertas da física e da química, passou a utilizar tecnologias mais complexas para diagnosticar e

tratar as doenças. A concepção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina na enfermeira – cujo papel principal era auxiliar o médico. Naquela época a enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, servir os médicos, servir a instituição. A par deste valor deveriam estar presentes a dedicação, o zelo, o espírito de sacrifício e a caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como a dedicação e o respeito pelo médico (detentor do saber, aquele que decide, que controla e que ordena). Às enfermeiras não era permitido desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade, nenhuma interrogação (Collière, 1989). Esta perspectiva, que durou entre nós até final dos anos 60, procurava incutir qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, muito próxima da vocação religiosa, como nos diz Ribeiro (1995).

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, o que aconteceu entre nós nas décadas de 70 e de 80. O enfermeiro vai ter acesso a conhecimentos (de fonte médica) e ao desenvolvimento de capacidades técnicas. A tecnicidade passa a ser um objectivo da sua formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a servidão dos cuidados aos doentes (Collière, 1989; Kérouac *et al.,* 1996).

Esta valorização da vertente técnica surgiu em Portugal numa fase em que ocorreram alterações sociopolíticas que puseram em causa o conjunto de valores que tinham suportado a formação ético/moral das enfermeiras até então. Passou-se de uma abordagem tradicional de formação do carácter, identificada com uma vocação religiosa, para uma desvalorização e critica desse estilo de abordagem, sem no entanto encontrar um quadro de valores consolidados que constituísse uma alternativa possível (Ribeiro, 1995).

Este período de reacção a um ensino tipo moralista constituiu-se um vazio perigoso ao admitir que se podia educar ou prestar cuidados de forma isenta. O enfermeiro devia preocupar-se apenas com verdades e com factos observáveis, actuar de forma distante e sem se envolver emocionalmente, ser um técnico competente e as suas acções gozarem de neutralidade em relação aos valores (Ribeiro, 1998).

A formação assim recebida, deixava terreno livre para a influência do currículo oculto na escola e nos serviços: a maneira como a formação se organiza, as relações estabelecidas entre estudantes e professores, entre enfermeiros e utentes e entre membros da equipa de saúde, as metodologias, os conteúdos que são valorizados e aqueles que são omitidos, as orientações que se fornecem, a obediência, a humildade e a submissão levam os enfermeiros a continuar a não tomar parte activa nas decisões quando faria todo o sentido que tal acontecesse.

A percepção por parte dos utentes, por parte dos próprios profissionais e pelos estudantes é que: não cabendo aos enfermeiros tomar qualquer decisão, também não lhes deviam ser exigidas grandes responsabilidades. Tudo era mais cómodo para todos.

Em finais da década de 80, tanto na formação como na prática, embora de forma abstracta, começa com alguma insistência a falar-se, em valores, deveres e direitos de enfermeiros e de utentes no entanto, pouco se fez para que na escola, nos hospitais ou nos centros de saúde fossem assumidos. Muito se falava da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde mas não se ia muito além da retórica. No entanto, falar de valores de forma abstracta, como por exemplo da humanização dos cuidados no hospital, da autonomia da profissão de enfermagem, ou de metodologias activas nas escolas, de nada serve, como referem Lourenço (1997) e Ribeiro (1998) se nada disto se traduzir em acções concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica.

Na década de 90 observando-se um aumento da complexidade de situações com que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem se deparam, confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigentes, atribui-se mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados. Lourenço (1997) defende mesmo que a enfermeira mais desenvolvida é, em geral, a que está em melhores condições para respeitar os outros (utentes em especial) e para se respeitar a si própria.

Na sua realidade profunda, os cuidados de enfermagem são assim, mais marcados pela subtileza, pela espontaneidade, pela criatividade e pela intuição do que propriamente pela ciência e pela técnica (Hesbben, 2000).

Educar para os valores torna-se pois essencial no âmbito das profissões de ajuda e a enfermagem de hoje está consciente desse facto. A escola além de educar para a inteligência e a razão, deve também educar, como nos diz Lourenço (1997), para o afecto, para a cidadania, para a emoção e para o sentimento.

Foi também nesta década de 90 que surgiu entre nós grande produção teórica em enfermagem no que respeita à conquista da autonomia profissional, sendo também analisadas e aprofundadas as várias teorias e os modelos de acção e de práticas de cuidados.

O D.L. n.º 191/96 de 4/9 que dá forma jurídica ao Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), vem reforçar a oportunidade dos enfermeiros para se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE, afloram-se algumas questões relacionadas com a ética na prática de enfermagem. A título de exemplo, no número 1 do artigo 8º desse documento, pode ler-

se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE marca o início de um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais.

Posteriormente com a criação da OE (Ordem dos Enfermeiros) (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições da OE destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Os enfermeiros têm hoje criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diga respeito. Para isso basta a vontade dos enfermeiros.

3.2 – CUIDAR E ENSINAR COM INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA UMA MAIOR SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

O ser humano, de forma inata, vê-se confrontado com um paradigma de educação centrado na repressão das suas emoções. Ser bem sucedido profissionalmente, ser competente nas mais variadas áreas sociais é quase sinónimo de colocar a razão à frente da emoção. Pelo contrário, a expressão das emoções pode ser vista por parte dos mais incautos como sinal de fraqueza e de descontrolo.

No entanto, a Competência Emocional é uma capacidade adquirida baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho destacado no trabalho (Goleman, 1997) pois não é só a razão que influencia os nossos actos, a emoção também é responsável pelas nossas respostas e tem grande poder sobre as pessoas ou seja: a competência dum profissional de desempenho destacado situa-se entre a mente e o coração, ou em termos mais técnicos entre a cognição e a emoção. Há uma sinergia entre as capacidades de inteligência emocional e de inteligência cognitiva. Quando o desempenho sobressai é porque possuem ambas.

Alguns tipos de competências são puramente cognitivos tais como o raciocínio analítico ou a perícia técnica, mas outros combinam o pensamento e o sentimento, e a esses chamamos competências emocionais (Goleman, 1999), o que nas palavras de Virgínia Henderson, (2007) se traduz numa frase: *"Enfermagem é algo que se faz com a cabeça, o coração e as mãos"* o mesmo será dizer que para cuidar com qualidade será necessária uma associação de competências de dimensão cognitiva e de dimensão emocional.

Nos últimos tempos diversos factores levaram algumas organizações a dar uma atenção cada vez maior aos aspectos relacionados com as competências emocionais. Talvez porque haja um consenso entre os investigadores de que a fonte primária da motivação são as emoções, pois estas despoletam, sustentam e mantêm a acção humana (Salovey et al., 2000; citado por Ceitil, 2006). A este propósito Goleman (1999) sublinha que a formação dos profissionais de saúde deveria incluir algumas *"ferramentas"* básicas de inteligência emocional, especialmente auto-consciência e as artes de empatia e de saber ouvir. Posteriormente refere que *"a empatia desempenha um papel crucial na*

prestação de cuidados, que, ao fim e ao cabo, se centra em responder mais às necessidades dos outros do que às nossas próprias" (Goleman, 2006, p.315).

As constantes transformações ocorridas nos diferentes domínios da intervenção dos enfermeiros, operadas por forças de exigência de elevados padrões de qualidade, aliada a políticas cada vez mais economicistas, favorecem e despertam para a reflexão sobre a satisfação profissional e motivação dos enfermeiros, bem como para a sua irrefutável relação com diversos factores. As diferentes situações com que os enfermeiros se deparam exigem diferentes abordagens e distintas competências mas todas as situações requerem inteligência emocional. Por outro lado a eficiência, o crescimento pessoal e profissional dependem dela duma forma muito directa.

A investigação nesta área alerta para os vários aspectos da intervenção que influenciam a qualidade dos cuidados (e de ensino) prestados e para os elementos do próprio sistema de saúde (e de ensino). Por outro lado, possibilita também uma melhor compreensão dos cuidados de saúde prestados, que têm grande relevância no bem-estar dos utentes.

Relativamente á avaliação da satisfação profissional dos profissionais da saúde, esta tem enquadramento legal específico na lei de bases da saúde (lei nº 48/90, de 24 de Agosto), segundo a qual a satisfação profissional é um dos critérios de avaliação periódica do Serviço Nacional de Saúde (Graça, 1999-b). Grande parte das nossas vidas é passada a trabalhar e portanto se não tivermos prazer e satisfação no trabalho, certamente seremos menos felizes.

É nesta linha de pensamento que Goleman (2002) sustenta que manter-se consciente dos próprios sentimentos, permanecendo atento ao que se está a sentir, é

também uma aptidão emocional básica que auxilia o desenvolvimento da integridade, levando a pessoa a descobrir satisfação no seu trabalho.

As investigações dos últimos anos, têm vindo a demonstrar que enfermeiros e professores apresentam elevados índices de insatisfação profissional, constituindo este facto um grave problema social pois as reformas da saúde e do ensino só poderão ter sucesso se existir empenho, satisfação e motivação dos profissionais.

Neste sentido, Jesus (1996) referindo-se às investigações efectuadas por Travers e Cooper em 1993, afirma que, comparativamente à população em geral, os professores apresentam de forma significativa, uma menor satisfação profissional.

Também Queirós (2004) constatou que um em cada quatro enfermeiros apresenta Burnout (sobretudo quando há pouca união na equipa de enfermagem), variável que tem uma correlação muito significativa com a insatisfação profissional (Mendes, 1996; Amaro, 2005).

É neste contexto que colocámos como ponto de partida para a nossa investigação, a competência emocional e a satisfação profissional dos enfermeiros como componentes efectivamente importantes no processo do cuidar e do ensinar, considerando a competência emocional como um constructo global, mas objectivamente dividida em cinco capacidades específicas e diferentes entre si e que segundo Goleman (1997) são: – Auto-consciência, Gestão das emoções, Auto-motivação, Empatia, Gestão de Emoções em grupos.

Pretende-se conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da própria Competência Emocional, relativamente aos seus contextos relacionais e laborais e a correlação existente entre a percepção dessa competência e a percepção da Satisfação Profissional, ou seja, conhecer e compreender as competências emocionais dos enfermeiros da carreira

hospitalar (pratica do cuidar) e dos enfermeiros da carreira docente (pratica do ensino) e a forma como estas interferem com a respectiva Satisfação Profissional bem como a influência exercida pelas variáveis sócio demográficas sobre cada um dos constructos.

Tal como Goleman (1997) defendeu que o professor deveria apresentar as características que, em seu parecer, identificam a inteligência emocional, facto corroborado por outros estudiosos, que confluem num ponto: os professores deveriam apresentar essas capacidades/características intra e interpessoais em harmonia psicoafectiva e emocional (Branco, 2004), estamos convictos que enfermeiros (da pratica clínica ou da pratica docente), deverão ser emocionalmente competentes, facto sustentado por Collière (2003) para quem cuidar requer um acto de total inteligência daquele que cuida, tendo em conta as vivências do corpo, as emoções e as capacidades de pensamento e defendido por Mercadier (2004) quando refere que cuidar implica uma interacção entre o prestador de cuidados e o doente em que a gestão dos afectos imergentes das interacções os levam por vezes a distanciar-se, numa procura de protecção simbólica.

As emoções são importantes no nosso quotidiano relacionando-se intimamente com os processos de tomada de decisão, corroborando os estudos realizados por Damásio (2001) em pessoas com lesões cerebrais (nomeadamente a nível do córtex frontal), que o levaram a confirmar que pessoas incapazes de sentir emoções, seriam incapazes de tomar decisões correctas ou adequadas, ainda que mantivessem um elevado nível intelectual por vezes mesmo superior à média.

É pois nosso entender que as emoções são parte integrante do pensamento racional, e que a competência emocional é fundamental ao processo da tomada de decisão, ao cuidar e ao ensinar. Neste sentido, Élvio de Jesus (2006-a), a propósito do estudo por ele

efectuado e intitulado "Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Tomada de Decisão Clínica de Enfermagem", sugere *"uma maior reflexão sobre as praticas de cuidados e a utilização, por parte dos enfermeiros, de estratégias que visem o desenvolvimento das suas habilidades cognitivas, designadamente as de inteligência emocional"* (p. 2).

Neste capítulo a que chamámos Enfermagem – Contextualização da Profissão, reflectimos sobre as práticas do cuidar e do ensino em enfermagem. Fizemos referência aos três paradigmas da enfermagem (Paradigma da *categorização*, da *integração* e da *transformação*), perspectivámos o cuidar e o ensinar com inteligência emocional para uma maior satisfação profissional e reflectimos sobre os limites da racionalidade e o grau de influência das emoções e dos sentimentos humanos na formulação e concepção acerca da "*melhor decisão"*.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

Nesta segunda parte, apresentaremos o nosso estudo e os pilares em que o mesmo se sustentou tendo como suporte o enquadramento teórico desenvolvido na primeira parte. Começaremos por descrever algumas considerações metodológicas, seguidas de apresentação, análise e discussão de resultados em que os mesmos serão relacionados com outros estudos efectuados.

Por último, apresentaremos as conclusões gerais do estudo e algumas sugestões.

CAPÍTULO 4

CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Considerando a metodologia como o conjunto de passos que direccionam a pesquisa, este capítulo tem por finalidade dar a conhecer as opções metodológicas efectuadas, as questões de investigação, o método utilizado na selecção da amostra e respectivas características, as variáveis utilizadas, as hipóteses definidas e os instrumentos de colheita de dados utilizados.

O estudo que foi desenvolvido, caracteriza-se por ser do tipo descritivo, exploratório, comparativo e transversal, tendo-se utilizado questionários de auto-preenchimento com escalas do tipo Likert. Assim, estamos perante uma abordagem metodológica de tipo quantitativo (Hill & Hill, 2002, Pestana & Gageiro, 2003).

Classifica-se por descritivo, pois faz " *(...) a descrição das características de determinada população ou fenómeno e do estabelecimento de relações entre as variáveis (...) inclui a recolha de dados para testar hipóteses ou responder a questões que lhe digam respeito (...) e que (...) não tinham sido postas anteriormente*" (Gil, 1989, pp. 46 – 47).

É também exploratório tal como indica Polit e Hungler (1995) pois procura descobrir e clarificar as dimensões do fenómeno, a forma pela qual este se manifesta e os factores com os quais este se relaciona.

O estudo é ainda comparativo, uma vez que nos permite investigar " *(...) indivíduos (...), fenómenos ou factos, com vista a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles*" diz Gil (1989, p. 35). Ainda para Pardal e Correia (1995, p. 21) o seu

principal interesse é a "*evidência de regularidades ou de constantes entre várias organizações cujas semelhanças e diferenças são analisadas*".

4.1- DELINEAMENTO DO ESTUDO

Como pudemos constatar na fundamentação, tanto a competência emocional como a satisfação profissional são temas que nos últimos anos têm suscitado enorme interesse e como tal amplamente estudados e desenvolvidos em múltiplas áreas do saber, muito em especial em populações pertencentes a grupos profissionais para quem os relacionamentos interpessoais assumem capital importância. No entanto, são raros os estudos que tenham procurado compreender a relação existente entre a competência emocional e a satisfação profissional em enfermeiros.

Nesta perspectiva, e partindo do pressuposto de que não se podem encontrar todas as respostas mas se podem fazer todas as perguntas, o presente estudo visa analisar e esclarecer as seguintes:

1 - Será que os procedimentos/decisões baseadas na competência emocional influenciam a satisfação profissional dos enfermeiros?

2 - De que forma a competência emocional percepcionada pelos enfermeiros se relaciona com a percepção da própria satisfação profissional?

3 - Como se relaciona a competência emocional e a satisfação profissional com as variáveis sociodemográficas (género, idade, situação sócio-profissional, categoria profissional, habilitações académico/profissionais, anos de serviço, etc.)

4 – Qual o peso com que cada capacidade contribui para o total da Competência Emocional?

4.2 - HIPÓTESES

A definição de hipótese é um dos aspectos fundamentais num estudo. Após a definição do problema e das questões de pesquisa, torna-se necessário encontrar as possíveis respostas. No entanto, estas poderão ser múltiplas e algumas delas pouco fidedignas, devendo por isso ser escolhidas as mais adequadas testando a sua validade.

Para Quivy e Campenhoudt (1998, p. 111) "*constituem, de algum modo, respostas provisórias e relativamente sumárias que guiarão o trabalho de recolha e análise de dados e que terão, por sua vez, de ser testadas, corrigidas e aprofundadas…*"

Hipótese será o enunciado das relações previstas entre as variáveis que se investigam, isto é, as hipóteses expõem formalmente as respostas esperadas para as questões de investigação.

O papel das hipóteses consiste em guiar a indagação científica, conferir uma direcção ao desenho da investigação e à recolha, análise e interpretação dos dados (Polit & Hungler, 1997). Neste estudo, pretendemos compreender se os profissionais de enfermagem percepcionam que no seu desempenho desenvolvem e utilizam competências emocionais, quantificar essa competência e estudar a existência de relação (ou não) entre a utilização da mesma e a satisfação profissional. Assim, desenvolvemos um modelo em que se estabelece uma hipotética relação positiva entre desenvolvimento e utilização de competências emocionais e a satisfação profissional. Também as variáveis sócio- demográficas podem apresentar uma influência sobre a competência emocional e a satisfação profissional nos enfermeiros.

Para tal, idealizamos um modelo de análise para este estudo que se esquematiza na figura 8.

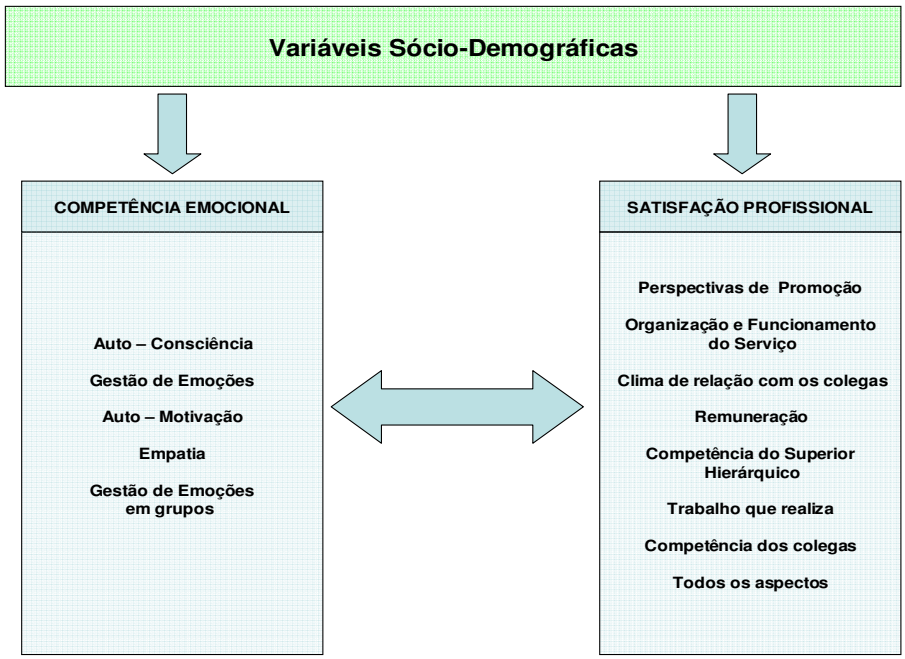

Figura 8: Modelo de análise do estudo

De acordo com o modelo hipotético delineado e com o principal objectivo deste estudo foram estabelecidas as seguintes hipóteses de relação entre as variáveis:

~ Existe uma relação positiva entre a competência emocional e a satisfação profissional dos enfermeiros.

~ Existe uma relação positiva entre cada uma das capacidades, quando consideradas individualmente (Auto-consciência, Gestão de Emoções, Auto-Motivação, Empatia e Gestão de Emoções em Grupos) e a satisfação profissional.

Para além das hipóteses apresentadas, as variáveis sócio-demográficas podem apresentar uma influência sobre a competência emocional e sobre a satisfação profissional dos enfermeiros.

4.3 - DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O investigador para obtenção da informação pretendida recorre a vários tipos de instrumentos de colheita de dados (observação, entrevista, questionário, formulário) com base no objecto de estudo e nas vantagens e desvantagens de cada um (Fortin, 2000).

Como instrumento de recolha de informação para esta investigação, recorreu-se a um questionário de auto preenchimento, que, não exigindo a presença do investigador, permitiu aos respondentes o preenchimento no momento que entendessem como o mais conveniente.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário constituído por três partes:

. A primeira parte consta de um questionário socio-demográfico (caracterização da amostra);

. A segunda, consiste na Escala das Capacidades da Inteligência Emocional (Adaptação de Veiga Branco, 2005);

. A terceira, é a Escala de Satisfação Profissional (Adaptação de Lima, Vala & Monteiro, 1994).

A selecção dos instrumentos teve em conta o facto de estarem validados para a População Portuguesa e por serem, em nosso entender, os mais adequados aos objectivos deste estudo.

4.3.1- QUESTIONÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO

Esta primeira parte do questionário tem como objectivo caracterizar a amostra e contempla:

~ Variáveis ao nível das características pessoais, como a idade e o género;

~ Variáveis profissionais como habilitações académicas, tempo de exercício, categoria profissional;

~ Variáveis relativas ao nível de importância atribuída às relações e emoções em contextos de trabalho;

~ Níveis de gratificação profissional e variáveis de contexto.

4.3.2 - ESCALA DAS CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Esta escala que inicialmente apresentava 114 itens para mensurar as capacidades da Inteligência Emocional, após tratamento estatístico com análise factorial com rotação varimax, foi reduzida a um conjunto de 85 itens. (Branco, 2005). Esses 85 itens, que mais tarde, por imposições de carácter estatístico, se reduziram a 82, encontram-se agrupados em 5 categorias a que correspondem as cinco capacidades que integram o conceito de Inteligência Emocional, segundo Goleman (1997) e Branco (2005).

Em cada uma das cinco categorias de distintos contextos, surgem situações hipotéticas com que os respondentes se deverão identificar. A cada situação, corresponderá um ou mais conjuntos de expressões e a cada uma destas corresponderá uma escala de frequência temporal, permitindo identificar a frequência com que são vivenciados pelos respondentes, os comportamentos e as atitudes expressos.

Relativamente a cada expressão, o respondente deverá assinalar, em termos de frequência temporal, isto é, a frequência com que a situação ocorre, um valor da escala tipo Lickert (de 1 a 7) em que: **1** corresponde a – nunca; **2** – raramente; **3** – pouco frequente; **4** – por norma; **5** – frequente; **6** – muito frequente e **7** – sempre.

Solicitada a opinião da autora da escala relativamente à possibilidade da utilização da mesma mantendo a estrutura e alterando a metodologia de análise, em concreto: a

operacionalização de alguns itens na forma invertida, não só obtivemos a autorização como a indicação por parte da própria de quais os itens que deveriam ser invertidos e que constam do quadro 4.

Quadro 4: Itens invertidos na Escala das Capacidades da Inteligência Emocional

	SUB-ESCALA	Itens Invertidos
ESCALA DAS CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	I	1: b), c), f) 2: a), b), c), d) 3: a), e), g
	II	2: a), b) 3: a), e)
	III	1: c), d), e), f) 2: c), f) 3: a), c), d), e)
	IV	3: b)

4.3.3 - ESCALA DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Relativamente ao instrumento utilizado para recolha da informação que respeita à satisfação profissional, Ferreira, Neves e Caetano (2001) consideram que têm sido desenvolvidas algumas medidas da satisfação em geral e outras mais dirigidas a aspectos concretos e específicos da satisfação. Neste estudo, optámos por operacionalizar a satisfação profissional através da escala utilizada e descrita por Lima, Vala e Monteiro sobre a satisfação no trabalho (1994). Este instrumento para além de permitir avaliar a satisfação global com o trabalho, possibilita também a avaliação dos diferentes aspectos que influenciam essa satisfação tais como a satisfação com a perspectiva de promoção, a organização e funcionamento do serviço onde trabalha, a relação com os colegas de trabalho, com a remuneração, com a competência e funcionamento do superior

hierárquico, com o trabalho que realiza e com o funcionamento e competência dos seus colegas.

As questões estão apresentadas sob a forma de escala de intervalos contendo sete níveis em que **1** corresponde a *Extremamente Insatisfeito* e **7** corresponde a *Extremamente Satisfeito*, podendo cada um dos inquiridos auto-posicionar-se relativamente a cada um dos aspectos anteriormente referidos no nível em que considera situar-se nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, relativamente a cada um dos aspectos.

4.4 - PROCEDIMENTO

Após autorização da aplicação do questionário concedida pelo Conselho de Administração do Hospital Distrital de Faro (H.D.F.), assim como pelo Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde de Faro, os questionários (Anexo I), foram entregues nos serviços do H.D.F. aos Enfermeiros Chefes, a quem foi prestado esclarecimento sobre a finalidade do estudo, a constituição do instrumento de colheita de dados, a forma de o preencher e esclarecimento de dúvidas. Solicitou-se aos Enfermeiros Chefes a colaboração no sentido de fazer chegar os questionários a todos os enfermeiros na equipa. Juntamente, foi entregue um envelope em que o questionário deveria ser colocado quando estivesse respondido, garantindo o anonimato e a confidencialidade.

Atribuímos um período de 15 dias, o qual foi prolongado por igual período, de modo a aumentar a taxa de adesão, atendendo a algumas situações de ausência temporária de enfermeiros, nomeadamente por um número significativo de enfermeiros se encontrar em gozo de férias. O auto-preenchimento do questionário decorreu durante o

mês de Janeiro. No final do mês procedemos à recolha de todos os questionários entregues.

Na Escola Superior de Saúde de Faro fizemos entrega pessoalmente (em mão) do questionário a todos os docentes enfermeiros e o período em que decorreu foi o mesmo.

Todos os sujeitos participantes do estudo fizeram-no de livre vontade, tendo formalizado o consentimento livre e esclarecido.

O tratamento da informação relativo ao questionário fez-se com o recurso ao programa informático SPSS, versão 15.0 e estatística paramétrica, cujos testes são, na opinião de Polit e Hungler (1995), *"mais eficientes, oferecendo uma maior flexibilidade do que os não paramétricos (…)"* (p. 244).

4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população envolvida no presente estudo, consta dos enfermeiros da prática do cuidar do Hospital Distrital de Faro constituída por 631 indivíduos e dos enfermeiros da prática docente da Escola Superior de Saúde de Faro composta por 17 indivíduos, num total de 648 enfermeiros.

A amostra do presente estudo é de conveniência e constitui-se pelas respostas de 116 indivíduos, dos quais 102 pertencem ao Hospital Distrital de Faro (HDF) e 14 à Escola Superior de Saúde de Faro (ESSaF)

Obtivemos resposta de 13 Enfermeiros do serviço de Psiquiatria, 9 de Oncologia Médica, 12 de Medicina, 14 de Uro-Cirurgia, 9 de Ortopedia, 8 de Nefrologia, 13 de Pneumologia, 13 de Obstetrícia, 11 de Pediatria e por 14 Enfermeiros Professores da Escola Superior de Saúde de Faro.

Foram 5 os subcapítulos que compuseram este quarto capítulo e que serviram para tecer algumas considerações de carácter metodológico. Começámos por fazer um delineamento do estudo, apresentámos as principais hipóteses do mesmo e um hipotético modelo de análise. Fizemos uma descrição sumária dos instrumentos que utilizámos na colheita de dados, fizemos uma alusão ao procedimento e referimo-nos à população e à amostra do nosso estudo.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, procederemos à apresentação, análise e discussão dos principais resultados da investigação, nomeadamente aqueles que mais directamente se relacionam com a problemática e os objectivos do estudo, estabelecendo sempre que possível, comparações com resultados de estudos anteriores ou com opiniões de autores de investigações em domínios afins. Faremos também referência às principais limitações e constrangimentos encontrados no decurso deste estudo.

Assim, começaremos por fazer uma análise descritiva, seguida de uma análise das características psicométricas das escalas utilizadas na colheita de dados e comparação com estudos anteriores. Faremos os testes de hipóteses e discutiremos os resultados obtidos.

Tomaremos como referência o nível de significância de $\alpha = 0{,}05$, optaremos por testes paramétricos uma vez que o n é relativamente grande, as variáveis dependentes são medidas em nível intervalar e seguem uma distribuição normal, à excepção da *"Gestão das Emoções em Grupos",* a que voltaremos a referir-nos no capítulo 5.3.1.

Sempre que for obtido um valor de $p = 0{,}000$ será sistematicamente apresentado o valor de $p = 0{,}001$. Serão apresentados alguns Quadros e Tabelas onde omitiremos a fonte sempre que sejam provenientes do nosso estudo.

5.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

Propomo-nos agora fazer uma descrição das características não uniformes das unidades observadas (Pestana e Gageiro, 2003). Para isso, iremos recorrer a medidas de tendência central que, segundo Maroco (2007) procuram caracterizar o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência e medidas de dispersão das observações relativamente às estatísticas de tendência central.

5.1.1 - CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Seguidamente descreveremos algumas das principais características pessoais e profissionais dos 116 respondentes ao questionário que utilizámos no nosso estudo.

5.1.1.1 - Idade

No que diz respeito à variável idade, esta apresenta uma média de 35,09 anos, relativamente ao total da amostra, tendo os respondentes idades compreendidas entre 22 e 53 anos no HDF e entre os 32 e os 59 anos na ESSaF.

5.1.1.2 - Género

Tal como a população de que foi extraída, a amostra caracteriza-se por ser maioritariamente do género feminino (77,59 %), por oposição ao masculino que constitui 22,41% do total. A maior quantidade de respondentes do género feminino está em consonância com outros estudos como o de Landa, Martos, Zafra e Luzón (2006) que referem que 75% dos profissionais de enfermagem a nível mundial são mulheres.

Também em Portugal a enfermagem continua a ser uma profissão predominantemente feminina.

A maioria dos respondentes tanto do género sexual masculino como feminino situa-se no escalão etário "entre os 25 e os 35 anos", correspondendo a 12,07% e 32,76% do total respectivamente, como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis *"Idade"* e *"Género"*

Escalão Etário (idade em anos)	Género				Totais	
	Masculino		Feminino			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
≤ 25	3	2,59%	11	9,48%	14	12,07%
25-35	14	12,07%	38	32,76%	52	44,83%
35-45	7	6,03%	25	21,55%	32	27,59%
45-55	2	1,72%	13	11,21%	15	12,93%
55-65	0	0, 00%	3	2,59%	3	2,59%
Total	26	22,41%	9	77,59%	116	100,00%

5.1.1.3. Habilitações Académico/profissionais

Relativamente às habilitações académicas, 77 respondentes (que corresponde a 66,38% do total da amostra), possui licenciatura, evidenciando-se na tabela 2 que são os enfermeiros com menos anos de serviço aqueles que mais influenciam esse valor. Do total da amostra, 11 enfermeiros (9,48%) têm um mestrado e nenhum tem doutoramento, apesar de termos identificado alguns doutorandos. Sabemos também que relativamente aos respondentes habilitados com mestrado, apenas 1 pertence ao Hospital Distrital de Faro e os restantes à Escola Superior de Saúde de Faro por fazer parte dos requisitos de progressão na carreira docente.

5.1.1.4 - Tempo de exercício profissional

Em relação ao tempo de exercício profissional, verifica-se que 33 dos respondentes têm menos que 5 anos de serviço, 15 têm entre 5 e 10, 33 têm entre 10 e 15 anos. Podemos ainda observar que 58,62% tem mais que 10 anos de experiência profissional.

Numa análise em que cruzámos as variáveis "Anos de serviço" e "Habilitações Académicas" (Tabela 2) podemos verificar que a totalidade dos indivíduos com menos que 10 anos de serviço, correspondendo a 41,38% dos respondentes, tem a Licenciatura como formação académica.

Tabela 2: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis *"Anos de serviço "* e *"Habilitações Académicas"*

Anos de Serviço	Habilitações Académicas						Total	
	Bacharelato		Licenciatura		Mestrado			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
≤ 5 anos	0	0,00%	33	28,45%	0	0,00%	33	28,45%
Entre 5-10 a.	0	0,00%	15	12,93%	0	0,00%	15	12,93%
Entre 10-15 a.	19	16,38%	13	11,21%	1	0,86%	33	28,45%
Entre 15-20 a.	2	1,72%	5	4,31%	2	1,72%	9	7,76%
Entre 20-25 a.	2	1,72%	8	6,90%	4	3,45%	14	12,07%
> 25	5	4,31%	3	2,59%	4	3,45%	12	10,34%
Total	28	24,14%	77	66,38%	11	9,48%	116	100%

5.1.1.5 - Categoria profissional

Relativamente à categoria profissional, verifica-se que 41,38 % do total da amostra são enfermeiros graduados. Pode também verificar-se na tabela 3 que dos 14 respondentes da Escola Superior de Saúde de Faro, 10 têm a categoria de Professor Adjunto.

Notamos também o facto de apenas dois enfermeiros-chefes terem respondido ao questionário, apesar de todos terem colaborado na entrega, divulgação e recolha dos mesmos.

Tabela 3: Apresentação cruzada da distribuição dos valores das variáveis "Categoria Profissional" e "Habilitações Académicas"

Categoria Profissional	Habilitações Académicas						Total	
	Bacharelato		Licenciatura		Mestrado			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Enfermeiro	0	0,00%	46	39,65%	0	0,00%	46	39,65%
Enf. Graduado	25	21,55%	23	19,82%	0	0,00%	48	41,38%
Enf. Especialista	1	0,86%	5	4,31%	0	0,00%	6	5,17%
Enf. Chefe	1	0,86%	0	0,00%	1	0,86%	2	1,72%
Enf. Monitor	1	0,86%	1	0,86%	0	0,00%	2	1,72%
Assistente	0	0,00%	0	0,00%	1	0,86%	1	0,86%
Prof. Adjunto	0	0,00%	2	1,72%	8	6,89%	10	8,62%
Prof. Coordenador	0	0,00%	0	0,00%	1	0,86%	1	0,86%
Total	28	24,14%	77	66,38%	11	9,48%	116	100%

5.1.2 VARIÁVEIS RELATIVAS AO NÍVEL DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS RELAÇÕES E EMOÇÕES EM CONTEXTOS DE TRABALHO

Quando se questiona o grau de importância atribuído à relação interpessoal com os utentes (ou com os alunos no caso dos docentes), verifica-se que para uma possibilidade de resposta que poderia variar entre 1 e 5 (em que a **1** correspondia: Sem importância, a **2**: Pouco importante, a **3**: Indiferente, a **4**: Bastante importante e a **5**: Muito importante), ninguém utiliza como resposta as opções 1, 2 ou 3 e 74,13% dos respondentes considera muito importante a relação interpessoal para o sucesso do cuidar (ou do ensino no caso dos docentes).

Sendo a Enfermagem essencialmente uma profissão de ajuda, seria de esperar que os profissionais atribuíssem uma elevada importância às relações interpessoais. As escolas que os têm vindo a formar, parecem ter desempenhado um papel fundamental no caminho para a excelência do cuidar.

Tabela 4: Apresentação da distribuição dos valores das frequências absolutas e relativas das variáveis: "Percepção da Relação Interpessoal com os utentes e o Sucesso do Cuidar" por "anos de serviço"

Relação Interpessoal/ Sucesso do Cuidar		Anos de Serviço						Total
		≤ 5 anos	Entre 5-10 Anos	Entre 10-15 Anos	Entre 15-20 Anos	Entre 20-25 Anos	> 25 anos	
Bastante Importante	Freq.	7	4	8	2	2	7	30
	%	6,03%	3,44%	6,89%	1.72%	1,72%	6,03%	25,86%
Muito Importante	Freq.	26	11	25	7	12	5	86
	%	22,41%	9,48%	21,55%	6,03%	10,34%	4,31%	74,13%
Total	Freq.	33	15	33	9	14	12	116
	%	28,44%	12,93%	28,44%	7,76%	12,07%	10,34%	100,00%

Relativamente à importância atribuída à própria estabilidade emocional para a relação interpessoal com os utentes, nenhum respondente utiliza a resposta 1 ou 2 mas para 3 respondentes ela é Indiferente, para 69 é Bastante importante e para 44 é Muito importante como se pode observar na tabela 5.

Tabela 5: Apresentação da distribuição dos valores das frequências absolutas e relativas das variáveis: "Percepção da relação entre Estabilidade Emocional e a Relação Interpessoal com os utentes" por "Anos de serviço"

Estabilidade Emocional/ Relação Interpessoal com os utentes	Anos de Serviço						Total
	≤ 5 anos	Entre 5-10 Anos	Entre 10-15 Anos	Entre 15-20 Anos	Entre 20-25 Anos	>25 anos	
Indiferente	1	0	2	0	0	0	3
	0,86%	0%	1,72%	0%	0%	0%	2,59%
Bastante Importante	21	10	18	7	6	7	69
	18,10%	8,62%	15,51%	6,03%	5,17%	6,03%	59,48%
Muito Importante	11	5	13	2	8	5	44
	9,48%	4,31%	11,21%	1,72%	6,90%	4,31%	37,93%
Total	33	15	33	9	14	12	116
	28,45%	12,93%	28,45%	7,76%	12,07%	10,34%	100,00%

Relativamente aos níveis de sucesso com que cada um considera ter vivênciado a relação com o doente (ou com o aluno), verifica-se que 1 enfermeiro vivenciou com baixos níveis de sucesso, 26 com níveis de sucesso normal, 81 com níveis de sucesso bastante elevado e 8 com níveis de sucesso muito elevado.

5.1.3 - NÍVEIS DE GRATIFICAÇÃO PROFISSIONAL E VARIÁVEIS DE CONTEXTO

Ser Enfermeiro actualmente é muito gratificante para 6,9% dos respondentes, bastante gratificante para 56,9%, indiferente para 17,2%, pouco gratificante para 17,2%, e nada gratificante para 1,7%.

Relativamente aos factores e circunstancias consideradas como importantes para ser enfermeiro, os respondentes ao questionário, consideram que o mais importante são, como se pode observar na tabela 6, "As relações com os doentes", seguido de "A segurança no serviço", "A formação pessoal", "A formação científica", "A formação técnico/profissional", "A qualidade dos materiais de uso clínico e equipamentos", "As relações com os pares", "A qualidade das infra-estruturas" e por ultimo, o factor a que foi atribuída menor importância "A proximidade casa/hospital".

Tabela 6: Factores e circunstâncias consideradas como importantes para ser Enfermeiro.

FACTORS/CIRCUNSTANCIAS	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MINIMO	MÁXIMO
Formação Cientifica	4,44	0,564	2	5
Formação Técnico/Profissional	4,43	0,497	4	5
Proximidade Casa/Hospital	3,55	0,945	1	5
Relações com os doentes	4,57	0,515	3	5
Relações com os pares	4,31	0,610	3	5
Qualidade das Infra-estruturas	4,27	0,624	2	5
Qualidade dos materiais de uso clínico e equipamentos	4,38	0,585	2	5
Segurança no Serviço	4,52	0,582	3	5

Os enfermeiros, para além de considerarem a importância da relação interpessoal com os utentes para o sucesso no cuidar, (como observámos na tabela 4), consideram, de entre os factores/circunstancias propostos, as relações com os utentes, aquele que se revela como o mais gratificante a nível profissional.

5.1.4 - COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Neste estudo, tal como defende Veiga Branco (2005), consideramos a Competência Emocional enquanto constructo teórico que engloba as cinco capacidades defendidas por Goleman (1997 e 1999) e cada uma das capacidades *"per se"* como variáveis independentes medidas por escalas próprias.

O *"score"* total da Competência Emocional pode variar entre 82 de mínimo e 574 de máximo, uma vez que dos 85 itens iniciais, três foram eliminados para manter a estrutura apresentada pela autora da escala. Os valores apresentados pelo conjunto de respondentes no nosso estudo apresentam um mínimo de 319 e um máximo de 503, com uma média de 389,75.

5.1.4.1 - Auto-Consciência

Esta capacidade, calculada a partir de 20 itens, pode variar entre 20 de mínimo e 140 de máximo. Os valores apresentados pelo conjunto de respondentes ao questionário, correspondem a um mínimo de 74 e a um máximo de 129, com uma média de 101,28. Após ponderação, a média calculada é de 5,06.

5.1.4.2 - Gestão de Emoções

Relativamente a esta capacidade calculada a partir de 16 itens, podendo por isso obter valores compreendidos entre 16 e 112, apresenta uma média de 71,06 que após ponderação se converte em 4,44.

5.1.4.3 - Auto-Motivação

A auto-motivação, 3ª capacidade, sustentada por Goleman (1997), no presente estudo apresenta uma média de 104,01 sendo constituída pelas respostas a 21 itens da escala o que possibilitaria valores compreendidos entre 21 e 147. Após ponderação, a média é de 4,95.

5.1.4.4 - Empatia

Esta capacidade, apresenta uma média de 51,90, é composta pela resposta a 11 itens da escala e portanto 4,72 é a média após a devida ponderação.

5.1.4.5 - Gestão das Emoções em Grupos

Relativamente à última capacidade considerada por Goleman (1997), apresenta uma média de 61,51 que após ponderação se traduz em 4,39 por ser sustentada por 14 itens e portanto com uma possibilidade de valores entre 14 de mínimo e 98 de máximo.

Tabela 7: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, relativo às capacidades da competência emocional comparados com a média obtida por Veiga Branco

CAPACIDADES	Estudo De Veiga Branco MÉDIA[a)]	Presente Estudo			
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Auto –Consciência	94,81	101,28	11,823	74	129
Gestão de Emoções	64,10	71,06	9,049	42	91
Auto - Motivação	100,67	104,01	10,759	80	135
Empatia	50,64	51,90	8,211	28	74
Gestão das Emoções em Grupos	61,08	61,51	10,401	36	87
Competência Emocional	371,30	389,75	40,001	319	503

[a)] Média calculada a partir dos valores apresentados em Veiga Branco (2005), após inversão dos valores correspondentes aos itens a que fizemos referência no quadro 4

Atendendo a que cada dimensão ou sub-escala tem um diferente número de itens, calculámos os resultados obtidos em cada uma delas, dividindo o total pelo respectivo número de itens, para assim podermos comparar as cinco dimensões da competência emocional, obtendo os resultados que se apresentam na tabela 8.

Tabela 8: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo, relativo às capacidades da competência emocional obtido após ponderação [a)]

CAPACIDADES	Estudo De Veiga Branco MÉDIA	Presente Estudo			
		MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Auto – Consciência	4,74	5,06	0,592	3,70	6,45
Gestão de Emoções	4,00	4,44	0,568	2,63	5,69
Auto - Motivação	4,79	4,95	0,512	3,81	6,42
Empatia	4,60	4,72	0,745	2,55	6,72
Gestão das Emoções em Grupos	4,36	4,39	0,743	2,57	6,21
Competência Emocional	4,53	4,75	0,488	3,89	6,13

[a)] Valores calculados a partir dos apresentados na tabela 7, dividindo cada um pelo numero de itens que lhe estão associados.

Enquanto nos estudos efectuados por Veiga Branco, cuja população era constituída por professores, a capacidade que apresenta média mais elevada é a Auto-Motivação com 4,79, seguida da Auto-Consciência (4,74), os Enfermeiros que constituem a amostra do presente estudo apresentam uma média mais elevada para a capacidade Auto-Consciência (5,06), seguida pela Auto-Motivação (4,95). Relativamente à capacidade cuja média é a mais baixa, os estudos de Veiga Branco apontam para a Gestão das Emoções (4,00) e neste estudo a Gestão das Emoções em Grupos (4,39).

5.1.5 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação profissional apresenta valores compreendidos entre 23 de mínimo e 45 de máximo.

Relativamente a cada item que constitui a escala utilizada para avaliar a satisfação profissional, verificamos que a remuneração é aquele que apresenta média mais baixa (2,45). Observamos também que 31 respondentes, se consideram como Extremamente Insatisfeitos relativamente a este aspecto. São 63 os indivíduos (54,3%) que respondem com a opção 1 ou 2, o que traduz um grande descontentamento relativo à remuneração auferida. Quanto às perspectivas de promoção, 34,5% (40 indivíduos) considera-se Extremamente Insatisfeito, apresentando este item uma média de 2,59. Observamos também que relativamente a estes dois items ninguém se considera como extremamente satisfeito (valor 7 na escala de Likert) e a moda é de extrema insatisfação como se pode observar na tabela 9.

O *"Trabalho que realiza",* é o item que apresenta moda mais elevada (6) apresentando uma média de 5,21. Verifica-se também que ninguém está extremamente insatisfeito quanto ao *"Trabalho que realiza"* nem relativamente à *"Competência e funcionamento dos colegas",* o que pode ser indicador de elevada coesão entre os elementos das equipas que participaram no estudo.

Tabela 9: Média, desvio padrão, valor mínimo e valor máximo observado, relativo a cada item e ao Score total de Satisfação Profissional

SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	MODA	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Perspectivas de promoção	1	2,59	1,521	1	6
organização e funcionamento do serviço onde trabalha	4	3,82	1,092	1	7
Colaboração e clima de relação com os colegas de trabalho	5	4,98	1,111	1	7
Remuneração que recebe	2	2,45	1,204	1	6
Competência a funcionamento do superior imediato	4	4,54	1,392	1	7
Trabalho que realiza	6	5,21	1,059	2	7
Competência e funcionamento dos colegas	5	4,97	0,937	2	7
Todos os aspectos do trabalho	4	4,36	1,091	1	7
Score total de Satisfação Profissional	30	32,93	5,117	23	45

Santos (2005) nos estudos que desenvolveu, aplicando a mesma escala para medir a satisfação, obtivera resultados semelhantes numa população de enfermeiros e professores: média de 33,53 com um desvio padrão de 7,54; um mínimo de 11 e um máximo de 52 nos primeiros e 33,28 de média; 6,59 de desvio padrão; 20 de mínimo e 44 de máximo nos segundos, sendo no total da amostra 33,41 de média, 7,07 de desvio padrão, 11 de mínimo e 52 de máximo. Podemos dizer que os dados por nós obtidos se encontram menos dispersos (menor amplitude entre mínimo e máximo, menor desvio padrão).

5.2 - ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS E COMPARAÇÃO COM ESTUDOS ANTERIORES

Neste capítulo, tentaremos descrever as características das principais escalas utilizadas na colheita de dados sob a perspectiva da psicometría, começando pela

competência emocional especificando depois cada uma das capacidades que a compõem e por fim efectuaremos o mesmo procedimento em relação à satisfação profissional.

5.2.1 - COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Nos dados obtidos com a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional, realizámos análise factorial, com extracção de factores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação *Varimax*. De acordo com a regra do *"eigenvalue"* superior a 1, a variável em estudo é explicada por 22 factores, tendo-se obtido um *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) *and Bartlett's Test* de 0,685 com um $p = 0{,}001$.

No global, os 22 factores explicam 78,07 % de variância total. Nesta amostra, observou-se um alfa de Cronbach de 0,942 que evidencia uma forte consistência interna uma vez que na perspectiva de Polit e Hunger (1995) *"um coeficiente acima de 0,70 é considerado satisfatório"* (p.204).

Veiga Branco (2004) obtivera 18 factores. Relativamente a agregação dos mesmos, manteremos a estrutura da escala defendida pela autora para mais facilmente podermos fazer comparações, alterando apenas a forma de análise em determinados aspectos quando considerarmos pertinente.

5.2.1.1 - Auto-Consciência

Nas análises estatísticas que efectuámos, a Auto-Consciência apresenta um alfa de Cronbach de 0,841, que se considera como representativo de coerência interna enquanto capacidade e obtivemos um KMO com *and Bartlett's Test* de 0,740 com um $p = 0{,}001$, o que sugere uma boa estrutura factorial (Pestana e Gageiro, 2003, p.505). No nosso estudo

foram extraídos 5 factores que no seu conjunto explicam 65,59% da variância total (variância explicada) dos comportamentos e das atitudes dos respondentes ao questionário – segundo a sua percepção – nesta habilidade emocional, em que o primeiro explica 20,78% e os restantes, por ordem decrescente: 12,45%, 11,83%, 10,97% e 9,56%.

A autora da escala (Veiga Branco, 2005) obteve 4 factores que no seu conjunto explicam 56,3% dos comportamentos e atitudes dos respondentes, (p. 240) com um alfa de Cronbach de 0,696.

5.2.1.2 - Gestão das Emoções

No tratamento estatístico efectuado verifica-se que a Gestão das Emoções apresenta um alfa de Cronbach de 0,706, que se considera como representativo de coerência interna enquanto capacidade e obtivemos um KMO com *and Bartlett's Test* de 0,739 com um *p*=0,001. No nosso estudo foram extraídos 5 factores que no seu conjunto explicam 63,26% da variância total (variância explicada) dos comportamentos e das atitudes dos respondentes ao questionário – segundo a sua percepção – nesta habilidade emocional, em que o primeiro explica 16,17% e os restantes, por ordem decrescente: 13,89%, 11,74%, 11,08% e 10,38%.

A autora da escala (Branco 2005) obteve 4 factores que no seu conjunto explicam 54,4% dos comportamentos e atitudes dos respondentes, (p. 241) com um alfa de Cronbach de 0,80.

5.2.1.3 - Auto-Motivação

A Auto-Motivação apresenta um alfa de Cronbach de 0,779, que se considera como representativo de coerência interna enquanto capacidade e obtivemos um KMO com *and*

Bartlett's Test de 0,722 com um p = 0,001. No nosso estudo foram extraídos 5 factores que no seu conjunto explicam 64,24% da variância total (variância explicada) dos comportamentos e das atitudes dos respondentes ao questionário – segundo a sua percepção – nesta habilidade emocional, em que o primeiro explica 16,99% e os restantes, por ordem decrescente: 15,24%, 15,16%, 9,10% e 7,75%.

A autora da escala (Branco 2005) obteve 4 factores que no seu conjunto explicam 57,8% dos comportamentos e atitudes dos respondentes, (p. 242) com um alfa de Cronbach de 0,777.

5.2.1.4 - Empatia

A Empatia apresenta um alfa de Cronbach de 0,837, que se considera como representativo de coerência interna enquanto capacidade e obtivemos um KMO com *and Bartlett's Test* de 0,768 com um p = 0,001. No nosso estudo foram extraídos 4 factores que no seu conjunto explicam 68,66% da variância total (variância explicada) dos comportamentos e das atitudes dos respondentes ao questionário – segundo a sua percepção – nesta habilidade emocional, em que o primeiro explica 20,49% e os restantes, por ordem decrescente: 19,52%, 15,02%,e 13,63%.

A autora da escala (Branco 2005) obteve 3 factores que no seu conjunto explicam 63,7% dos comportamentos e atitudes dos respondentes, (p. 243) com um alfa de Cronbach de 0,861.

5.2.1.5 - Gestão das Emoções em Grupos

A Gestão das Emoções em Grupos apresenta um alfa de Cronbach de 0,902, que se considera como representativo de coerência interna enquanto capacidade e obtivemos um

KMO com *and Bartlett's Test* de 0,887 com um p = 0,001. No nosso estudo foram extraídos 3 factores que no seu conjunto explicam 64,19% da variância total (variância explicada) dos comportamentos e das atitudes dos respondentes ao questionário – segundo a sua percepção – nesta habilidade emocional, em que o primeiro explica 34,52% e os restantes, por ordem decrescente: 18,87% e 10,81 %.

Também a autora da escala (Branco 2005, p.243) obteve 3 factores que no seu conjunto explicam 67,0% dos comportamentos e atitudes dos respondentes, com um alfa de Cronbach de 0,873.

Tabela 10: Número de factores extraídos, variância explicada, e alfa de Cronbach, obtidos nos estudos de Veiga Branco (2005) e no presente estudo para a escala de Competência Emocional e por cada uma das capacidades que a integram.

CAPACIDADES	Estudo de Veiga Branco			Presente Estudo		
	Nº de factores extraídos	Variância Explicada	Alfa de Cronbach	Nº de factores extraídos	Variância Explicada	Alfa de Cronbach
Auto – Consciência	4	56,3%	0,696	5	65,59%	0,841
Gestão de Emoções	4	54,4%	0,80	5	63,26%	0,706
Auto - Motivação	4	57,8%	0,777	5	64,24%	0,779
Empatia	3	63,7%	0,84	4	68,66%	0,837
Gestão das Emoções em Grupos	3	67,0%	0,873	3	64,19%	0,902
Competência Emocional	18	-	-	22	78,07%	0,942

5.2.2 - SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Na escala de satisfação profissional, realizámos análise factorial, com extracção de factores pelo método das componentes principais, seguida de uma rotação Varimax. De acordo com a regra do "*eigenvalue*" superior a 1, a variável em estudo é explicada por três factores (ver tabela 11), onde se registam a negrito, os itens com pesos factoriais superiores a 0.4 em valor absoluto.

Com um *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) *and Bartlett's Test* de 0,668 com um p = 0,001, o primeiro factor (**F1**) evidencia pesos factoriais elevados da satisfação relacionada com a organização e funcionamento do departamento, competência e funcionamento do superior imediato e colaboração e clima de relação com os colegas.

O segundo factor, (**F2**), apresenta pesos factoriais elevados para a satisfação relacionada com o *"trabalho que realiza"* e a *"colaboração e clima de relação com colegas"*, enquanto o terceiro factor (**F3**) apresenta pesos factoriais elevados para as *"perspectivas de promoção"*, satisfação com *"a remuneração que recebe"* e a generalidade dos *"aspectos do trabalho"*.

No global, os três factores explicam 67,40% de variância total. Verifica-se que o item *"Colaboração e clima de relação com colegas"* saturam F1 e F2. Também o item *"Considerando todos os aspectos do trabalho"* satura F2 e F3.

Tabela 11: Pesos ou saturações factoriais de cada item nos três factores retidos, os seus "*eigenvalues*", Valor Próprio e a percentagem de Variância Explicada por cada factor.

Item	Factores		
	F1	F2	F3
Perspectivas de promoção	0,170	-0,114	**0,823**
Organização e funcionamento do Departamento	0,**815**	-	0,142
Colaboração e clima de relação com colegas	**0,576**	**0,450**	-
Remuneração que recebe	-0,260	-	**0,782**
Competência e funcionamento do superior imediato	**0,774**	0,122	-0,126
Trabalho que realiza	-	**0,800**	-
Competência e funcionamento de colegas	0,328	0,764	-0,231
Considerando todos os aspectos do trabalho	0,244	**0,608**	**0,558**
Valor Próprio	2,643	1,703	1,047
% de Variância Explicada	33,03%	21,29%	13,08%

Apesar da análise factorial efectuada (com carácter essencialmente exploratório), consideramos neste estudo a satisfação profissional na sua globalidade constituída pelos 8 itens.

A consistência interna desta escala é moderada, apresentando um alfa de Cronbach de 0,664 como se vê na tabela 12.

Tabela 12: Coeficiente alfa de Cronbach obtido para escala de satisfação profissional

MEDIDA	AMOSTRA TOTAL (n=116)
Escala da Satisfação profissional	Alfa = 0,664

Este valor (α = 0,664) pode considerar-se satisfatório pois Ribeiro (1998) considera *"aceitáveis valores acima de 0,60. Estes valores justificam-se quando as escalas têm um número de itens muito baixo"* (p. 113) como acontece neste caso.

5.3 - ESTUDO DA NORMALIDADE DAS VARIÁVEIS

A chamada distribuição normal ou *"curva de Gaus"* é uma condição necessária para se poder recorrer a metodologias estatísticas que genericamente se designam por métodos paramétricos (Maroco, 2007). Nos capítulos que se seguem, faremos um estudo das variáveis em análise para saber se apresentam ou seguem uma distribuição normal.

5.3.1 - COMPETÊNCIA EMOCIONAL

Quanto ao estudo da Normalidade, a Competência Emocional apresenta no geral (conjunto das 5 capacidades) um valor de *"Kolmogorov-Smirnov"* de 0,152 que em conjugação com o histograma (figura 9), nos permite afirmar que estamos em presença duma distribuição aproximadamente normal.

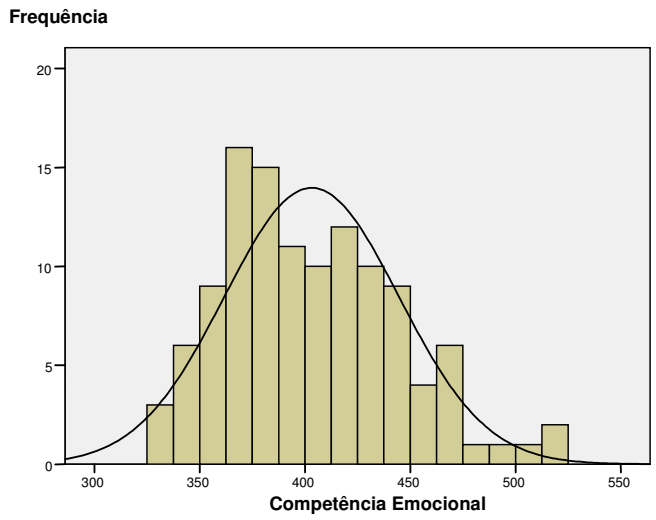

Figura 9: Histograma da variável "Competência Emocional"

Relativamente a cada uma das 5 capacidades, conforme se pode observar pela tabela 13, todas apresentam valores de *"Kolmogorov-Smirnov"* aceitáveis à excepção da Gestão das Emoções em Grupos que apesar do valor do teste (0,009) nos indicar que não existe normalidade, podemos verificar que a configuração do histograma (Figura 10) se aproxima da distribuição normal, pelo que consideramos também essa capacidade como se, de facto, seguisse uma distribuição normal (Maroco, 2007, Pestana e Gaceiro, 2006; Hill e Hill, 2002). Além disso, na nossa hipótese principal utilizaremos o score total de Competência Emocional.

Tabela 13: Estudo da normalidade. Teste de *"Kolmogorv-Smirnov"*

CAPACIDADES	Valor de p
Auto –Consciência	0,200
Gestão de Emoções	0,200
Auto – Motivação	0,119
Empatia	0,200
Gestão das Emoções em Grupos	0,009
Competência Emocional	0.152

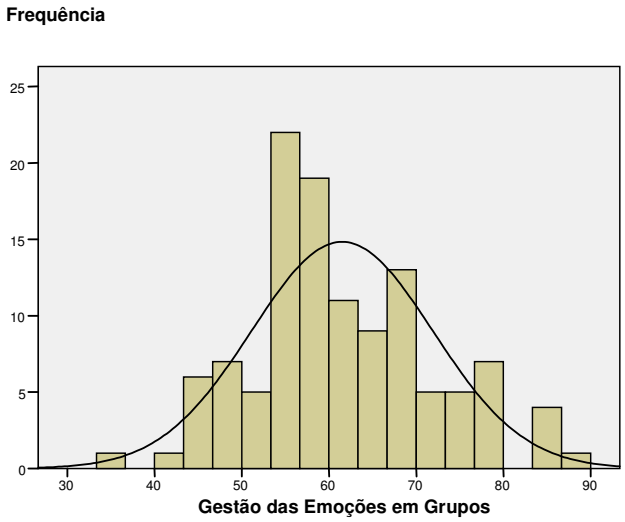

Figura 10: Histograma da variável (capacidade) Gestão das Emoções em Grupos

5.3.2 – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

Quanto ao estudo da Normalidade relativa à Satisfação Profissional dos respondentes ao questionário, verificamos que esta apresenta um valor de *Kolmogorov-Smirnov* de 0,200 que, em conjugação com o histograma e com o gráfico de *"Q-Q Plot"* (figura 11), nos permite afirmar que estamos em presença duma distribuição aproximadamente normal.

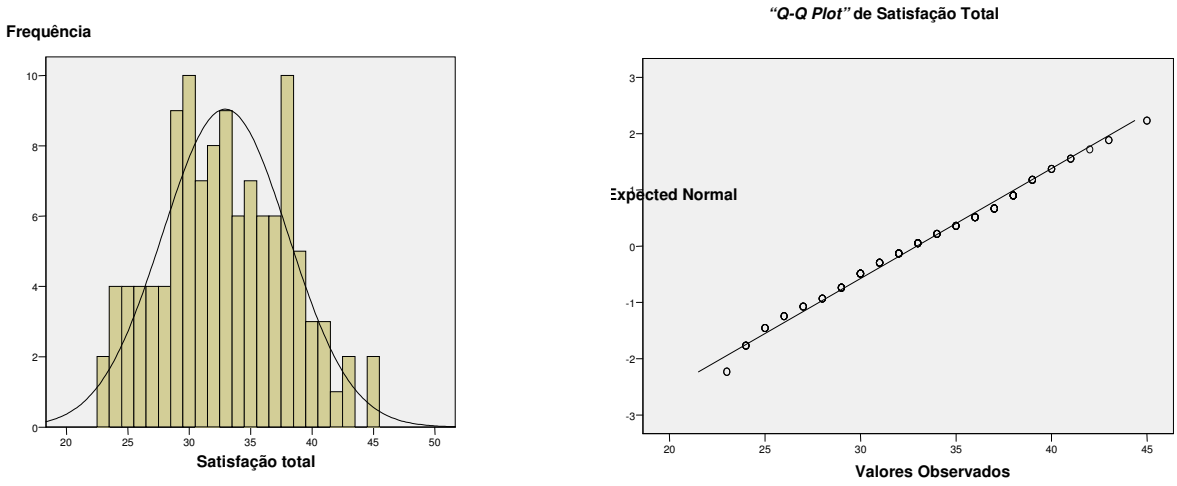

Figura 11: Histograma e *"Q-Q Plot"* de Satisfação Total

5.4 - TESTES DE HIPÓTESES

Para analisar as hipóteses formuladas neste estudo, foi utilizada o coeficiente de correlação de Pearson (*r*) uma vez que as variáveis consideradas são medidas em valor intervalar.

Verifica-se a existência de relação positiva entre competência emocional e satisfação profissional nos enfermeiros. Trata-se de uma correlação positiva, isto é: quando aumenta uma, aumenta também a outra. A intensidade de *r* é 0,186 (como se pode observar na tabela 14), o que traduz uma correlação fraca se utilizarmos o critério defendido por Pestana e Gageiro (2003) e por Maroco (2007) : correlação fraca para valores entre 0 - 0,3; correlação regular para valores entre 0,3 - 0,6 e correlação forte para valores entre 0,6 - 0,9.

Como o nível de significância do teste é de $p = 0{,}045$; valor inferior a 0,05 rejeita-se a hipótese nula da correlação ser zero no universo, logo, aceita-se a Hipótese

alternativa, ou seja, apesar de fraca, a correlação entre as duas variáveis existe e é estatisticamente significativa (tabela 14).

Tabela 14: Matriz das correlações de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional.

		Auto - Consciência	Gestão de Emoções	Auto-Motivação	Empa tia	Gestão de Emoções em grupos	Satisfação (score total)	Competencia Emocional (score total)
Auto Consciência	C. Pearson	1						
	Valor de p							
Gestão de Emoções	C. Pearson	,724(**)	1					
	Valor de p	,000						
Auto Motivação	C. Pearson	,699(**)	,561(**)	1				
	Valor de p	,000	,000					
Empatia	C. Pearson	,334(**)	,367(**)	,476(**)	1			
	Valor de p	,000	,000	,000				
Gestão de Emoções em grupos	C. Pearson	,476(**)	,424(**)	,605(**)	,640(**)	1		
	Valor de p	,000	,000	,000	,000			
Satisfação (score total)	C. Pearson	,170	,047	,173	,132	,199(*)	1	
	Valor de p	,068	,616	,063	,156	,033		
Competência Emocional (score total)	C. Pearson	,840(**)	,777(**)	,857(**)	,681(**)	,791(**)	**,186(*)**	1
	Valor de p	,000	,000	,000	,000	,000	**,045**	

** Correlação significativa para p< 0.01

* Correlação significativa para p< 0.05

É então evidente que nos sujeitos da nossa amostra, existe uma correlação positiva entre competência emocional e satisfação profissional. Fica no entanto por identificar qual o sentido da causalidade entre as variáveis em questão, tal como nos sete estudos publicados no *"The Journal of Social Psycology"*, no artigo intitulado *"Emotional intelligence and interpessoal relations"*, em que Schutte, Schuettpelz & Malouff (2001) fazem referência aos estudos quantitativos efectuados no intuito de compreender a relação entre a inteligência emocional e as relações interpessoais. Para tal, em amostras distintas e com objectivos diferentes, um total de 308 pessoas foram submetidas ao

"Teste de Inteligência Emocional de Schutte". As seis distintas variáveis a estudar eram: (1) capacidade de compreender as emoções e os comportamentos dos outros ou perspectiva empática auto-monitorizada; (2) capacidade de adaptação a questões sociais ou *"social-skills"*; (3) cooperação; (4) relação com os outros; (5) satisfação conjugal; (6) escolha de outra pessoa. Os investigadores chegaram á conclusão que existe relação entre a Inteligência Emocional e cada uma destas variáveis. No entanto, em nenhum destes estudos se conseguiu identificar se é a Inteligência Emocional que manipula as outras variáveis ou se são estas que manipulam a Inteligência Emocional.

Landa, Martos, Zafra e Luzón (2006) evidenciam que em termos gerais, a Inteligência Emocional se relaciona positivamente com a saúde e com a satisfação profissional, e negativamente com o stresse e o burnout. Os estudos efectuados por estes autores partiram da hipótese de existência de uma relação positiva entre Inteligência Emocional e Satisfação com o trabalho, acreditando que as pessoas com *"alta inteligência emocional se sentirão mais agradadas e satisfeitas com o trabalho"*. (p.481)

Por sua vez Amaro (2005) tentou identificar uma relação entre a Satisfação e outras *"variáveis de natureza psicológica"* e nos estudos que efectuou numa população de enfermeiros utilizando a escala de Satisfação Profissional (adaptação de Lima, Vala & Monteiro, 1994), concluiu que não existe uma correlação significativa entre a adopção de comportamentos assertivos e a satisfação profissional tendo encontrado os valores: r=0,189; p = 0,03; para N=239.

Analisando os dados à luz da teoria desenvolvimentista contextualizada por Herzberg, Mausner & Snyderman (1959), diremos que o facto dos profissionais de enfermagem se percepcionarem como emocionalmente competentes, por si só não lhes proporciona satisfação profissional, sendo porém importante, no sentido de proporcionar

ausência de não satisfação profissional, o que não significa necessariamente insatisfação profissional.

Quanto a nós, há condicionantes que contribuíram para que os valores de correlação encontrados no nosso estudo fossem fracos. Realçamos aqui aqueles que nos parecem mais evidentes como as incertezas geradas pelas mudanças na profissão, na carreira, no regime jurídico das instituições, a pouca autonomia que o enfermeiro tem na organização do seu trabalho, o fraco reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos outros elementos da equipa de saúde, a ausência de espaço temporal suficiente para a reflexão sobre as práticas, a dotação do pessoal de enfermagem nos serviços que constam do estudo ser insuficiente e incompatível com as exigências dos serviços e das boas práticas, a precariedade dos vínculos à instituição empregadora, a recente perda de regalias socioeconómicas e outras, o baixo salário (recordamos que 54,3% se consideram muito insatisfeitos em relação à remuneração que auferem).

No sentido de estudar e melhor perceber os resultados que obtivemos, estratificámos a nossa amostra em subgrupos consoante os anos de serviço (antiguidade na carreira) e verificámos que:

- Seleccionando os casos com 20 ou mais anos de serviço (n = 26) obtemos uma correlação bem diferente, apresentando r o valor de 0,655 com um p = 0,001 o que, segundo os mesmos critérios, seria considerado como uma correlação forte. Parece então que o grupo de indivíduos pertencentes ao nosso estudo que possuem mais "anos de serviço" apresenta valores no teste de hipóteses que apontam para uma relação forte entre a Competencia Emocional e a Satisfação Profissional, como se observa na tabela 15.

Tabela 15: Matriz das correlações de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional nos sujeitos da amostra com 20 ou mais anos de serviço.

		Auto - Consciência	Gestão de Emoções	Auto-Motivação	Empa tia	Gestão de Emoções em grupos	Satisfação (score total)	Competencia Emocional (score total)
Auto Consciência	C. Pearson	1						
	Valor de p							
Gestão de Emoções	C. Pearson	,801(**)	1					
	Valor de p	,000						
Auto Motivação	C. Pearson	,780(**)	,590(**)	1				
	Valor de p	,000	,002					
Empatia	C. Pearson	,629(**)	,531(**)	,676(**)	1			
	Valor de p	,001	,005	,000				
Gestão de Emoções em grupos	C. Pearson	,617(**)	,502(**)	,655(**)	,609(**)	1		
	Valor de p	,001	,009	,000	,001			
Satisfação (score total)	C. Pearson	,571(**)	,522(**)	560(**)	573(**)	544(**)	1	
	Valor de p	,002	,006	,003	,002	,004		
Competência Emocional	C. Pearson	,908(**)	,791(**)	,889(**)	,808(**)	,816(**)	**, 655(**)**	1
	Valor de p	,000	,000	,000	,000	,000	**,000**	

** Correlação significativa para p< 0.01

* Correlação significativa para p< 0.05

- Seleccionando os casos com 3 ou menos anos de serviço (n = 30) obtemos uma correlação negativa, apresentando o teste um valor de r = **-** 0,411 com um valor de p = 0,024, como se pode observar na tabela 16.

Não deixa de ser curioso o facto dos indivíduos que possuem 3 ou menos anos de serviço apresentarem uma correlação negativa, o que quanto a nós é manifestamente a evidência da frustração, o resultado do sentimento de injustiça pois considerando que existe insegurança no emprego, poucas perspectivas de promoção, baixo salário para o serviço e responsabilidade que têm, quanto mais competentes se auto-percepcionarem menos satisfação terão em relação ao trabalho e à profissão. Note-se, aliás, que para estes sujeitos (com 3 ou menos anos de serviço) a relação da Satisfação Profissional com cada

uma das capacidades da Competência Emocional, apresenta valores negativos, em especial a relação com a *"Gestão das emoções"* que apresenta um valor de r = - 468 para um p = 0,009. Sob a perspectiva do Modelo das Características do Trabalho, é aqui evidenciado que estes enfermeiros não aceitam ou não concordam com esta organização da profissão e do trabalho.

Tabela 16: Matriz das correlações de Pearson para as capacidades da competência emocional e da satisfação profissional nos sujeitos da amostra com 3 ou menos anos de serviço.

		Auto - Consciência	Gestão de Emoções	Auto-Motivação	Empa tia	Gestão de Emoções em grupos	Satisfação (score total)	Competencia Emocional (score total)
Auto Consciência	C. Pearson	1						
	Valor de p							
Gestão de Emoções	C. Pearson	,751(**)	1					
	Valor de p	,000						
Auto Motivação	C. Pearson	,751(**)	,518(**)	1				
	Valor de p	,000	,003					
Empatia	C. Pearson	,207	,079	,485(**)	1			
	Valor de p	,272	,680	,007				
Gestão de Emoções em grupos	C. Pearson	,622(**)	,349	,714(**)	,519(**)	1		
	Valor de p	,000	,059	,000	,003			
Satisfação (score total)	C. Pearson	-,300	-,468(**)	-,330	-,302	-,206	1	
	Valor de p	,107	,009	,075	,105	,276		
Competência Emocional (score total)	C. Pearson	,907(**)	,750(**)	,891(**)	,501(**)	,795(**)	**-,411(*)**	1
	Valor de p	,000	,000	,000	,005	,000	**,024**	

** Correlação significativa para p< 0.01

* Correlação significativa para p< 0.05

A conjugação destes dados confirma a nossa ideia pois os enfermeiros com menos tempo de serviço são aqueles cuja situação de instabilidade influência a intensidade da correlação que postulávamos no nosso modelo teórico.

Relativamente às relações entre cada uma das capacidades da inteligência emocional e a Satisfação Profissional, no que concerne ao total da amostra considerada (n = 116), constantes na matriz que se apresenta na tabela 14, observamos que:

~ Não se verifica qualquer relação entre a percepção da auto-consciência e a satisfação profissional nos enfermeiros. Nos testes que efectuámos, obtivemos uma correlação com valor de $r = 0{,}170$ ou seja um valor sem significado estatístico uma vez que o nível de significância do teste é $p = 0{,}068$, valor superior a 0,05.

~ Também não existe relação entre a percepção da gestão das emoções e a satisfação profissional nos enfermeiros, uma vez que no tratamento estatístico efectuado, obtivemos uma correlação com valor de $r = 0{,}047$ com um nível de significância de $p = 0{,}616$, ou seja um valor sem significado estatístico, indicativo da não rejeição da hipótese nula da correlação ser zero no universo.

~ Não se verifica relação estatisticamente significativa entre a percepção da auto motivação e a satisfação profissional nos enfermeiros.

Nos testes efectuados, obtivemos uma correlação com valor de $r = 0{,}173$ com um nível de significância de $p = 0{,}063$, ou seja um valor sem significado estatístico, não rejeitamos a hipótese nula da correlação ser zero no universo.

~ Não existe relação entre a percepção da empatia e a satisfação profissional nos enfermeiros pois no tratamento estatístico efectuado, obtivemos uma correlação com valor de $r = 0{,}132$ com um nível de significância de $p = 0{,}156$, ou seja um valor sem significado estatístico, não se rejeitando a hipótese nula da correlação ser zero no universo.

~ Existe relação entre a percepção da gestão das emoções em grupos e a satisfação profissional nos enfermeiros. No tratamento estatístico efectuado, obtivemos uma

correlação com valor de r = 0,199 ou seja um dado com significado estatístico uma vez que o nível significância é de p = 0,033 rejeitando-se assim a hipótese nula e aceitando a hipótese alternativa da existência de relação positiva entre a percepção da "gestão das emoções em grupos" e a percepção da "satisfação profissional" nos enfermeiros.

Analisámos também as relações e influência de cada uma das sub-escalas (capacidades) e a Competência Emocional e verificámos que as cinco capacidades no seu conjunto explicam 100% do total como seria de esperar, verificando-se que a ordem decrescente com que cada uma das capacidades contribui par o total da competência emocional não é a sustentada por Goleman mas a seguinte: Auto-Consciência, Auto-Motivação, Gestão das Emoções em Grupos, Gestão de Emoções e Empatia (Tabela 17).

Tabela 17: Influência de cada uma das capacidades sobre a Competência Emocional.

Capacidades	Beta *B*	Valor de Teste *T*	Significância de teste *P*
Auto Consciência	296	98851713,639	,001
Gestão de Emoções	226	87062136,401	,001
Auto Motivação	269	97555714,016	,001
Empatia	205	87912343,297	,001
Gestão de Emoções em grupos	260	101380232,928	,001

Variável dependente: Competencia Emocional

Estudámos ainda a influência das variáveis sócio-demográficas sobre a Satisfação Profissional e sobre a Competência Emocional bem como sobre cada uma das cinco capacidades que a integram e que passamos a descrever:

IDADE

A relação da idade com a satisfação profissional, bem como da idade com o score total da competência emocional, e ainda com cada uma das capacidades que compõem

esta ultima, tendo para o efeito utilizado o coeficiente de Correlação de Pearson (*r*), verificamos que os níveis de significância apresentados não evidenciam significado estatístico (tabela 18).

Tabela 18: Influência exercida pela variável "idade" sobre a "Satisfação Profissional", sobre a "Competência Emocional" e sobre cada uma das Capacidades da Competência Emocional.

Idade	Capacidades da Competência Emocional					Compe-tência Emocio Nal	Satisfação Profissio Nal
	Auto Consciência	Gestão de Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão Das Emoções Em Grupo		
C. Pearson	-0,088	-0,058	0,040	-0,022	0,007	-0,031	-0,002
Valor de p	0,349	0,536	0,667	0,816	0,943	0,742	0,985

Na pesquisa bibliográfica que efectuámos, não encontrámos qualquer estudo que evidenciasse qualquer relação entre a variável idade e cada um dos constructos considerados. Amaro (2005) não encontrou qualquer relação entre idade e alguma das *"variáveis psicológicas"* que estudou (satisfação, assertividade e burnout). Também os estudos de Santos (2005) focalizados na *"Cultura Organizacional"*, *"Satisfação Profissional"* e *"Atmosfera de Grupo"* não evidenciaram qualquer relação entre "idade" e os constructos estudados.

GÉNERO

Para analisar a influência desta variável, utilizámos o Teste *t*. e também não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género dos respondentes, como evidencia a tabela 19.

Tabela 19: Influência exercida pela variável "Género" sobre a "Satisfação Profissional", sobre a "Competência Emocional" e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional.

Género	Capacidades da Competência Emocional					Compe-tência Emocio Nal	Satisfação Profissio nal
	Auto Consciência	Gestão de Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão Das Emoções Em Grupo		
F	0,951	0,076	1,814	0,885	0,632	0,858	0,455
Valor de p	0,331	0,783	0,181	0,349	0,428	0,356	0,501

Na pesquisa que efectuámos, verificámos que alguns estudos que evidenciam uma relação entre género e algumas das dimensões da satisfação profissional como os de Amaro (2005) não aplicaram a mesma escala para avaliar a Satisfação Profissional. Também Gonçalves (1998) refere a existência duma relação significativa entre a satisfação profissional e o género. Noutro sentido, de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, Santos (2005), que utilizou a mesma escala que nós, obteve resultados semelhantes, ou seja: conclui que a relação não é evidente. Também Herzberg, (1957, citado por Witt, & Nye, 1992) refere alguns estudos comparativos entre homens e mulheres, relativos à satisfação profissional, que demonstram a ausência de diferenças (Herzberg, 1957, citado por Witt, & Nye, 1992), coincidindo com os resultados que obtivemos no presente estudo.

HABILITAÇÕES ACADÉMICO-PROFISSIONAIS

As habilitações académico-profissionais dos respondentes, influenciam de forma significativa os valores apresentados na capacidade "Gestão das emoções em grupos" com um $p = 0{,}023$. O teste utilizado para verificar a influência da variável "Habilitações Académico-profissioais" foi o teste de ANOVA a um factor ("***one-way***"). Constactamos que os respondentes que possuem habilitação académica mais elevada (Mestrado) são os

que apresentam valores mais elevados para a capacidade "Gestão das emoções em grupos", seguidos por aqueles que possuem uma licenciatura e por ultimo os que possuem um bacharelato. Nenhuma outra variável dependente em estudo é influenciada de forma significativa pelas habilitações, como se pode constatar pela tabela 20.

Tabela 20: Influência exercida pela variável "Habilitações Académico-Profissionais" sobre a "Satisfação Profissional", sobre a "Competência Emocional" e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional.

Habilitações Académico-Profissionais	Capacidades da Competência Emocional					Compe-tência Emocio Nal	Satisfação Profissio nal
	Auto Consciência	Gestão de Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão Das Emoções Em Grupos		
F	0,157	0,394	1,630	0,212	3,890	1,118	0,627
Valor de p	0,855	0,675	0,200	0,809	0,023	0,330	0,536

As pesquisas que efectuamos corroboram os resultados que obtivemos. Na opinião de Francès (1984), há algumas décadas que se vem demonstrando a pouca influência das habilitações académicas sobre variáveis de dimensão organizacional. No entanto, concordamos com Santos (2005) quando refere que *"seria de admitir que alguns dos privilégios decorrentes das habilitações académicas dos enfermeiros se reflectissem, nomeadamente na satisfação profissional."* (p. 134).

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Intimamente relacionado com a idade, o tempo de exercício profissional também não exerce qualquer influência significativa sobre as variáveis em estudo, contrariamente àquilo que seria de esperar. Para efectuar essa verificação, utilizámos a Correlação de Pearson que apresentamos na tabela 21.

Tabela 21: Influência exercida pela variável "Tempo de Exercício Profissional" sobre a "Satisfação Profissional", sobre a "Competência Emocional" e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional.

Tempo de Exercício profissional	Capacidades da Competência Emocional					Compe-tência Emocio Nal	Satisfação Profissio Nal
	Auto Consciência	Gestão de Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão Das Emoções Em Grupos		
C. Pearson	-0,065	-0,044	0,064	0,020	0,048	0,005	-0,12
Valor de p	0,488	0,639	0,492	0,834	0,611	0,961	0,894

A progressão na carreira profissional não é exclusivamente dependente do tempo de serviço, facto que pode explicar os resultados que obtivemos. No entanto, diversas investigações realçam a importância do tempo de exercício profissional como preditor de satisfação profissional (Davis & Newstrom, 1992).

CATEGORIA PROFISSIONAL

Recorrendo ao teste de ANOVA a um factor (***one-way***), verificámos que a categoria profissional também não exerce qualquer influência significativa sobre as variáveis em estudo, uma vez que *p* nunca assume um valor inferior a 0,05.

Tabela 22: Influência exercida pela variável "Categoria Profissional" sobre a "Satisfação Profissional", sobre a "Competência Emocional" e sobre cada uma das capacidades da Competência Emocional

Habilitações Académico-Profissionais	Capacidades da Competência Emocional					Compe-tência Emocio Nal	Satisfação Profissio Nal
	Auto Consciência	Gestão de Emoções	Auto Motivação	Empatia	Gestão Das Emoções Em Grupos		
F	0,263	0,392	1,030	0,727	1,041	0,443	1,308
Valor de *p*	0,967	0,906	0,415	0,649	0,407	0,873	0,253

Na pesquisa efectuada, encontrámos alguns estudos que apontam para a existência de relação evidente entre categoria profissional e satisfação profissional. Amaro (2005), verifica que os enfermeiros chefes são aqueles que apresentam médias mais elevadas no

que respeita á satisfação profissional. Na amostra do presente estudo, os enfermeiros chefes são apenas 2 pelo que não nos é possível efectuar qualquer inferência estatística.

Ao longo deste capítulo apresentámos, analisámos e discutimos os resultados obtidos no nosso estudo, comparando-os com os obtidos por outros que investigaram idênticas questões e temáticas afins.

Fizemos uma análise descritiva relativa às principais variáveis; analisámos e descrevemos as características, sob o ponto de vista psicométrico, das escalas utilizadas na colheita de dados; fizemos um estudo da normalidade das variáveis em estudo e por fim, apresentámos os testes de hipóteses.

CONCLUSÕES

Antes de nos referirmos às conclusões deste trabalho, destacamos alguns aspectos que consideramos relevantes. O primeiro tem a ver com as limitações e entre elas destacamos o facto de se tratar de um estudo que foi realizado apenas no Hospital Distrital de Faro e na Escola Superior de Saúde de Faro, por limitações de tempo e de acessibilidade. Será que se obterão resultados semelhantes em hospitais e escolas com características diferentes?

É por demais evidente que a Inteligência Emocional, enquanto constructo teórico, tem sido amplamente estudado, tem sido alvo de discussão em diversas áreas e tem merecido um especial apreço pelas profissões que envolvem no seu quotidiano a utilização das relações interpessoais, fazendo quanto a nós um sentido muito especial nas profissões de ajuda. Por outro lado, a Satisfação Profissional, além de legalmente prevista para os profissionais de saúde, é provavelmente a variável psicológica mais estudada em ciências sociais.

Não obstante a existência de uma considerável literatura sobre cada um dos referidos constructos, através da exaustiva documentação consultada, tivemos oportunidade de constatar a variedade de estudos existentes mas que raramente se reportam a trabalhos de investigação em que a população seja constituída por enfermeiros. Encontrámos poucos estudos empíricos que relacionem Inteligência Emocional ou Competência Emocional com a Satisfação Profissional em Enfermeiros mas destacamos um estudo intitulado *"Relación entre Burnout e Inteligencia Emocional y su impacto en Salud Mental, Bienestar y Satisfacción laboral en Profesionales de Enfermería"*, a que fizemos referência no último capítulo. A escassez de literatura em português que aborde esta problemática foi sentida como um constrangimento.

A contextualização do problema permitiu-nos percepcionar a importância deste estudo, bem como a delimitação do problema, a formulação de questões de investigação e a definição de objectivos.

O enquadramento teórico, efectuado com base nos conceitos inerentes ao problema, permitiu referenciar as principais teorias e métodos de estudo utilizados nesta área, a opinião de conceituados autores e os trabalhos desenvolvidos em áreas afins, contribuíram para situar o nosso problema de investigação no estádio actual de conhecimento.

Partimos da conceptualização de Competência Emocional (Veiga Branco, 2005), conceito a que se acede pela realização emocional e configurada pela utilização das cinco capacidades (Auto-Consciência, Gestão das Emoções, Auto-Motivação, Empatia e Gestão das Emoções em Grupos) sustentada por Goleman (1997, 1999) com origem na definição de Inteligência Emocional (Salovey & Sluyter, 1999) e com base nos estudos conhecidos sobre Satisfação profissional. Concebemos um modelo teórico segundo o qual, perspectivámos a provável existência de uma relação significativa entre os citados constructos, tendo chegado a resultados que sustentam a hipótese de relação entre as mesmas mas que, como evidenciámos no último capítulo, nos surpreenderam por não evidenciarem uma relação forte como à partida seria de esperar. Malgrado este resultado, continua a ser nossa convicção que existe grande afinidade entre competência emocional e a intervenção cuidativa, ficando a sugestão para posteriores estudos em que tal relação deverá ser estudada.

Em capítulo próprio, sustentámos a existência de uma forte relação entre a Competência Emocional nos enfermeiros constituintes da nossa amostra e as cinco dimensões da Inteligência Emocional, tal como Goleman as concebeu.

Ao investigar, devemos ser muito exigentes com os processos, mas em relação aos resultados não nos podemos comprometer excessivamente. Quanto ao paradigma e às metodologias utilizadas neste trabalho, pareceram-nos adequados. O rigor científico e metodológico foi uma preocupação constante mas algumas variáveis que não conseguimos controlar, porque era impossível, parecem ter influenciado os resultados do nosso estudo. O contexto sócio-economico, as recentes medidas de índole política, que apontam no sentido de restrições orçamentais e constrangimentos a vários níveis, são circunstâncias que limitaram e influenciaram os resultados obtidos mas que de nenhuma forma poderiam ter sido controladas ou alteradas.

Alguns resultados não foram ao encontro daquilo que constituía as nossas expectativas evidenciadas no modelo que propusemos (a existência de uma relação forte entre competência emocional e satisfação profissional nos enfermeiros). Assim, perante a pertinência das explicações que considerámos como justificativas dos resultados ora obtidos, no sentido de fundamentar os nossos argumentos, cremos que o estudo deverá ser replicado em contextos socio-económico-politicos mais favoráveis, distintos daqueles que se observavam aquando da aplicação dos questionários do presente estudo. Por outro lado, o recurso a uma abordagem sob a perspectiva do paradigma qualitativo, em estudos futuros, poderá também ser uma alternativa ou complementaridade no sentido de esclarecer, clarificar, e objectivar os resultados, uma vez que, continuamos coerentemente convictos de que os profissionais de enfermagem, cuja auto-percepção aponta para a posse de elevados índices de competência emocional, utilizam essa capacidade com frequência, o que gera sucesso nas suas relações interpessoais e consequentemente sucesso na intervenção cuidativa, facto que tenderá naturalmente a aumentar a sua realização pessoal e satisfação profissional. Nesse sentido, Akerjordet e

Severinsson (2004), em estudo com recurso a entrevistas sob o paradigma qualitativo, aplicado a enfermeiras de Saúde Mental, pretendendo explorar, na prática de enfermagem, experiências relativas à inteligência emocional, concluíram que esta estimula a busca de uma compreensão mais profunda de identidade profissional nos enfermeiros. Também concluem que a inteligência emocional e os processos de maturação são nucleares no que diz respeito a à competência emocional, isto é, ao crescimento e ao desenvolvimento pessoal e, consequentemente, à satisfação profissional.

Sendo a investigação a via por excelência para o desenvolvimento de qualquer disciplina, torna-se obrigatório que dessa investigação se possam extrair contributos significativos. Nesse sentido, salientamos os contributos que consideramos poder extrair do estudo efectuado, consubstanciando-os em propostas de actuação.

A reflexão sobre o estudo apresentado leva-nos a concluir que as escolas devem continuar a investir na vertente relacional, dada a reconhecida e crescente importância do desenvolvimento de competências nessa área.

Sugerimos mesmo que a Inteligência Emocional deva fazer parte dos programas/currículos dos cursos de enfermagem pois segundo defende Caruso (1999) apoiando-se em Mayer e Salovey (1997), a inteligência emocional pode ser desenvolvida, aprendida e aperfeiçoada, sendo por isso também passível de ser ensinada, contribuindo para que cada um consiga ganhar e construir competências fundamentais para um desempenho de excelência. Os cursos de enfermagem deverão proporcionar uma formação que permita aos alunos um melhor conhecimento deles próprios e, simultaneamente, um conhecimento dos outros, nomeadamente daqueles com quem cuidam, permitindo assim o desenvolvimento de comportamentos de escuta e de ajuda,

estabelecendo uma relação terapêutica/intervenção cuidativa com a pessoa e família/pessoas significativas.

Por outro lado, a satisfação no trabalho, no que diz respeito aos enfermeiros, assume mesmo um enquadramento legal, sendo um dos critérios para avaliar o Serviço Nacional de Saúde e, a avaliar pelos resultados do presente estudo, parece que os jovens enfermeiros vivenciam tempos de dificuldades e ausência de satisfação no que se refere a remuneração auferida, a perspectivas de progressão na carreira e mesmo relativamente à estabilidade e segurança no emprego, pelo que, em nosso entender, é necessário que as instituições concentrem esforços no sentido de ultrapassar esta dificuldade pois pessoas não satisfeitas serão certamente menos felizes e por isso menos produtivas que pessoas satisfeitas.

Concordamos com Lima, Vala e Monteiro, (1994, p.122) ao considerarem que: *"existe ainda um longo percurso na explicação da satisfação no trabalho, que deverá passar pelo enriquecimento dos modelos de partida e pela sua combinação com as teorias sociocognitivas e socioemocionais. Só desta forma a intervenção poderá encontrar frutos relativamente seguros"*. Por este facto, o vasto leque de abordagens e perspectivas de estudo e análise da mesma problemática, apresentadas pelos mais diversos autores, foi provavelmente a principal dificuldade com que nos deparámos.

Esperamos que o empenho, esforço e dedicação dispensados na elaboração deste trabalho o tornem útil a quem o consultar. Esperamos também que ele possa ser desencadeador doutras reflexões e investigações, que possam confirmar a pertinência dos comentários, fundamentações e conclusões ora referidas.

Por último, sublinhamos a importância da aprendizagem, do conhecimento, do desenvolvimento e do treino das competências emocionais, salientando que há ainda um

grande caminho a percorrer nesta área temática e que, por isso, esperamos no futuro poder contribuir para mais um passo na investigação a realizar neste domínio, convictos de que neste estudo obtivemos resultados que nos permitem considerar ter atingido os objectivos a que nos propusemos, tendo consolidado o nosso conhecimento e capacidade para cuidar e ajudar os outros com base na Auto – Consciência, Gestão de Emoções, Auto – Motivação, Empatia e Gestão das Emoções em Grupos ou seja a **Competência Emocional**. No entanto, estando conscientes da enorme diversidade de perspectivas existentes sobre esta temática, seguramente que a abordagem que aqui apresentamos será, obviamente, susceptível de críticas e de observações.

BIBLIOGRAFIA

Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2004). *Emotional Intelligence in Mental Healt Nurses Talking About Pratice*. *International Journal of Mental Healt Nursing,* nº 13, 164-170.

Allan, J. D.; Hall, B. A. (1988). *Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system*. *Advances in Nursing Science,* 10, p. *22-34.*

Amaro F. (2006). http:WW.ipv.pt/millenium/ect2_amaro.htm, consultado em 22 de Junho 2007

Amaro, H. (2005). *Assertividade e Satisfação profissional nos Enfermeiros*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.

Balahoczky (2004). *Complexité et interdisciplinarité. Congrès soins infirmiers. November 2004.*

Bastos, A. (1995). *A satisfação profissional de professores estagiários: Adaptação e estudos exploratórios com uma escala de avaliação (ESPP). Revista Portuguesa de Educação, 8, 181-189.*

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.

Benner, P.. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática de Enfermagem*. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X

Bilhim, J. (1996). *Teoria organizacional. Estruturas e pessoas.* Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Politicas.

Branco, A. Veiga. (2004). *Competência Emocional um estudo com professores*. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989-558-033-9

Branco, A. Veiga. (2005). *Competência Emocional em professores. Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. Dissertação não publicada, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para a obtenção do Grau de Doutor em Ciências da Educação.

Bravo, M. J., Pieró, J. M., & Rodriguez, I. (1996). *Satisfacción laboral*. In J. Prieto (Eds.), *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Editrial Síntesis, Vol. I 344-393.

Bridoux, D. & Merlevede, P. & Vandamme, R. (2003). *Manual de Inteligência Emocional*. Curso Intensivo com Exercícios Práticos. São Paulo: Madras Editora.

Cabral M. V., Vala, J., & Freire, J. (2000). *Atitudes sociais dos portugueses: trabalho e cidadania.* Lisboa: Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Caruso, D. (1999). *Feedback booklet for the multifactorial emotional intelligence scale.* Simsbury: Charles J. & Wolfe Associates, LLC Publisher.

Caruso, D. & Mayer, J. D. (2002). *The Effective Leader*: Understanding and Apllying Emotional Intelligence. *Ivey Business Journal Online.*

Ceitil, M. (2006). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Edições Silabo, Lda. ISBN: 972-618-409-6.

Cervo, A.; Bervian, P. (2002). *Metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Prentice Hall.

Chabot, D. (2000). *Cultive a sua Inteligência Emocional*. Cascais: Pergaminho

Chiavenato, I (1987). *Teoria Geral da Administração*. São Paulo: McGraw-Hill.

Chiavenato, I (1997). *Administração de Recursos Humanos*. São Paulo: Editora Atlas.

Collière, M. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. (2003). *Cuidar… a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência ISBN: 972-8383-53-3

Cooper, R. & Sawaf, A. (1997). *Inteligência Emocional na Empresa*. São Paulo: Editora Campus.

Cotovio, V. (2007). *Procura de Si e Liderança. Conheço(-me) e lidero(-me).* Editorial Caminho. ISBN: 978-972-21-1880-4.

Damásio, A. (1995). *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Mem Martins: Publicações Europa América.

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 Epinosa*. Mem Martins: Publicações Europa América.

Davis, K., & Newstrom, J. W. (1992). *Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica.* São Paulo: pioneira (Biblioteca Pioneira da Administração e Negócios).

Davis, M. (2004). *Teste o seu QE – Descubra a sua Inteligência Emocional*. Mem Martins: Publicações Europa América.

Decreto-Lei nº 191/96 de 4 de Setembro. *Diário da Republica, I Série*.

Diogo, P. (2006). *A vida Emocional do Enfermeiro – uma perspectiva emotivo- vivencial da prática de cuidados.* Coimbra: Formasau.

Esteve, J., M. (1992). *O mal-estar docente.* Lisboa: Fim do Século Edições.

Evans, L. (1998). *Teacher morale, job satisfaction and motivation.* London: Sage Publications.

Fachada, M. O. (2003). *Psicologia das Relações Interpessoais*. 6 ª Edição. Lisboa: Edições Rumo. ISBN: 972-688-120

Ferreira, j., Neves, J., Abreu, P. e Caetano A. (1996). *Psicologia das Organizações*. Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Ferreira, J., Neves, J., Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Amadora: McGraw-Hill, 6-27, ISBN:2-947255-305.

Ferreira, M. M. C. (2001). *O Relacionamento Interpessoal – Um instrumento Básico em Enfermagem*. Revista *Servir*, 49 (1), *8-11*.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Francés, R. (1984). *Satisfação no trabalho e no emprego*. Porto: Rés Editora.

Frederico, M. (2006). *Organizações, Trabalho e Carreira*. Lusociência – Edições Técnicas e Cientificas, Lda. ISBN: 972-8930-30-5

Gardner, H. (1998) la nueva ciência de la mente. Madrid Editora Síntesis.

Gil, A. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.

Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates. ISBN: 972-759-063-2

Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional.* Lisboa: Temas e debates.

Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.

Goleman, D. (2005). *Emoções que curam – Conversas com o Dalai Lama*. Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais Ldª.

Goleman, D. (2006). *Inteligência Social – a nova ciência do relacionamento humano.* Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais Ldª. ISBN: 972-759-590-1

Goleman, D.; Boyatzis, R.; Mckee, A. (2002) - *Os Novos Lideres – A Inteligência Emocional nas Organizações*. Lisboa: Gradiva.

Gonçalves, A., A. (1998). *Satisfação profissional dos Enfermeiros especialistas*. *Revista Refere,* 1, 41-48.

Gonçalves, S., C. (2003). *A Importância da Assertividade na Equipe de Saúde. Revista Servir,* 51 (3), *146-149.*

Graça, L. (1999-a). *A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos Centros de Saúde.* In Instrumentos para a melhoria continua da qualidade. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Sub-direcção Geral para Qualidade, Ministério da Saúde.

Graça, L. (1999-b). *Satisfação Profissional: O melhor do SNS somos nós* http://www.terravista.pt/meco/5531/textos26.html:2006-10-28 18 horas.

Graça, L. & Sá, E. (1999). *Avaliação da Satisfação Profissional do Pessoal dos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Beja. Resusltados preliminares.* Beja: Administração Regional de Saúde do Alentejo, Sub-região de Saúde de Beja, Núcleo de Formação e de Investigação.

Gregório, F., Faisca, C. & Pereira, M. (1995). O Auto-Conceito e a Intervenção Cuidativa – Que Relação? Um trabalho de investigação no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, obra não publicada.

Hackman, J., & Oldham, G. (1975). *Development of the job diagnostic survey. Journal of Applied Psycolog, 60 (2), 159-170.*

Henderson, V. (1969). *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. New York: The Macmillan Company.

Henderson, V. (2007). *Principios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE.* Lusodidacta, Loures. ISBN: 978-989-8075-00-0.

Herzberg, F. (1982). *The Managerial Choice. To be efficient and to be human*. Salt Lake City: Olympus Publishing Company.

Herzberg, F.; Mausner, B.& Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: John Wiley and Sons.

Hesbben, W (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-71-1.

Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Jesus, Elvio. (2006-a). *Na hora da decisão.* Ordem dos Enfermeiros, Secção Regional da Madeira. WWW.Ordemenfermeiros.pt/index.php?page=103pag=3, acedido a 22- 05 – 2006.

Jesus, Elvio (2006-b). *Padrões de Habilidade Cognitiva e processo de Decisão Clinica de Enfermagem.* Ed. Formasau – *Formação e Saúde*, Lda.Coimbra. ISBN: 972-8485-66-6.

Jesus, S. (1995). *A análise da motivação para a profissão docente segundo o modelo da discrepância motivacional: um estudo preliminar*. *Revista Portuguesa da Educação*, 8, 163-180.

Jesus, S. (1996). *A Motivação para a Profissão Docente. Colecção ciências da educação e desenvolvimento humano,* 14. Aveiro: Estante Editora.

Jesus, S. (1998). *Bem-Estar dos Professores: estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. Porto. Porto Editora.

Jesus, S. (2001). *Como prevenir e resolver o stress dos professores e a indisciplina dos alunos?* Porto: ASA Editores.

Kérouac. S.; Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994) - *La pensée infirmière: coneptions et stratégis.* Québec : Maloine – Editions Études vivantes.

Kérouac, S. *et al.* (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona, Masson, S.A.

Kozier, B.; Erb, G.; Blais, K.; Wilkinson, J. (1995). *Fundamentals of Nursing: concepts, process and pratice.* California: Addison-Wesley, 5-336.

Lambert, C. (1998). *The Emotional path to sucess* http:/www.Harvard.Magazine.com

Landa, J.; Martos, M.; Zafra, E.; & Luzón, M. (2006). Relation entre Burnout e Inteligencia Emocional y su impacto en salud mental, Bienestar y Satisfacción Laboral en professionales de Enfermería. Universidad de Jaén. Ansiedad y Estrés. ISSN: 1134-493.

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. *Diário da Republica I Série.*

Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Diário da Republica I Série.*

Lima, M. L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1988). *Os determinantes da satisfação no trabalho. Analise Psicológica*, 3 e 4, Série VI, *441-457*.

Lima, M. L., Vala, J., & Monteiro, M. B. (1994). *A satisfação organizacional: confronto de modelos.* In: VALA, J. et al. *Psicologia Social e das Organizações – Estudo de Organizações Portuguesas*, Oeiras: Celta Editora. *101-102*.

Lopes, M. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral – alguns dados e implicações*. Gráfica 2000

Lourenço, O. (1997). *Enfermagem, valores e desenvolvimento: que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? Nursing*, ano 9, n.º *107*, Janeiro, p. 7-14.

Maroco, J. (2007) Análise estatística com utilização do SPSS, 3ª ed. Revista e aumentada, Edições Silabo, Lda. Lisboa. ISBN 978-972-618-452-2

Marques, P., Carvalho, J., Sousa P., Borges, E., & Cruz, C. (2005). *Rumo ao Conhecimento em Enfermagem.* Escola Superior de Enfermagem de São João. ISBN: 989-20-0099-4

Marquis, L. & Huston, J. (1999). *Administração e Liderança em Enfermagem: teoria e aplicação* (2ª ed.). S. Paulo: Editora Porto Alegre.

Marriner-Tomey, A. (1996). *Administración y Liderazgo en Enfermaria* (5ªed.). Madrid: Mosby-Doyma, S. A.

Martin, D. & Boeck, K. (2002). QE - *o que é a inteligência emocional*. (2ª edição) Cascais: Editora Pergaminho Lda. ISBN 972-711-157-2.

Martins, V. (2004). *Como Desenvolver a Capacidade de Aprender: Perguntas e Respostas*. WWURL: http://www.educacaoonline.pro.br/art_como_desenvolver. asp.2006-10-26

Maslow, A. (1954) Motivation and personality. New York: Harper.

Mayer, J. & Salovey, P. (1997). O que é a inteligência emocional? Inteligencia emocional na criança: aplicação na educação e no dia-a-dia. Rio de Janeiro. Campus.

McClelland, D. (1961). *The Achieving Society*. New York: Van Nostrand Reinhol.

McClelland, D. (1965). Toward a Theory of Motive Acquisition. American Psychologist, 5, 312-333.

Mendes, A. (1996). *Sindroma de Burnout em Enfermeiros de Psiquiatria: contributo para o estudo dos factores do ambiente e da pessoa para o seu desenvolvimento*. Coimbra: Formatou.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar: O corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente.* Lusodidacta, ISBN: 972-8383-82-7

Mills, H. (1987). *Motivating your staff to excellence: Some considerations.* NASSP Bulletin, 12, 37-40.

Moigné, J. – (1977). *La théorie du système général. Théorie de la modélisation*. Paris: PUF.

Neto, L. & Marujo, H. (2002). *Optimismo e inteligência emocional – guia para educadores e lideres (*2ª edição). Lisboa: Editorial Presença.

Newman, M. (1992). *Prevailing paradigm in nursing*. *Nursing Outlook,* 40, p. 10-13.

Nogueira, M. (1990). *Historia da Enfermagem*. 2ª edição. Porto:Edições salesianas.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde.* Lisboa: Climepsi

OMS (1978) Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre os cuidados de saúde primários. Cazaquistão, 1978. (Disponivel em www saudepublica. Web.pt/05 – promoção saúde/dec_Alma-Ata.htm.

Pardal, L.; Correia, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social.* Porto: Areal Editores, 1995, 124 p.

Parse, R. (1992). *Human becoming: Parse's theory of nursing*. *Nursing Science Quarterly,* 5, p. 35-42.

Peiró, J., Prieto, F. e Roe (1996). *Tratado de psicologia del trabajo.* Madrid: Editorial Síntesis.

Pereira, O. G. (2004). *Fundamentos de Comportamento Organizacional.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS,* 3ª Edição, revista e aumentada, Edições Sílabo Lda. Lisboa. ISBN: 972-618-297-2

Polit, D.; Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* 3ª ed.. Porto Alegre: Artes Médicas.

Polit, D.; Hungler, B. (1997). *Investigacion cientifica en ciências de la salud*. 5º Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997. p.p. 51-64.

Queirós, P. (2004). *Burnout no Trabalho e Conjugal em Enfermeiros Portugueses*. Tese de Doutoramento não publicada. Extremadura: Departamanto de Psicologia e Sociologia da Educação.

Quintela, M. & Santos, P. (1996). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Hospital Distrital de Lamego. Revista Servir*, 44, *22-31.*

Quivy, R.; Campenhoud, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações Lda.

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde.* Coimbra: Quarteto

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Ribeiro, L. (1998). *Valores e desenvolvimento em enfermagem ou de como dar lugar à Ética. Pensar Enfermagem*, 1 (2), p. *4-10.*

Robbins, S. (1996). *Organizational behavior*: *Concepts, controversies, appications.* New Jersey: Prentice International Editions, 90-208.

Robbins, S. (1997). *Organizational behaviour.* (7ª ed.) Prentice Hall International Editions.

Robertson, I.; Smith, M. & Cooper, D. (1992). *Motivation: Strategies, theory and practice*. London: Institute of Personal Management.

Rodrigues, M. (1995). *Atitudes da população portuguesa perante o trabalho*. *Organizações e Trabalho*, 14. *33-63*.

Rogers, M. (1989). *Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. Journal of Continuing Education in Nursing,* 20, p. *112-116*.

Rogers, M. (1992). *Nursing science and the space age. Nursing Science. Quarterly*, 5 (1), p. 27-34.

Salovey, P. & Mayer, J. (1990). *"Emotional intelligence" Imagination, Cognition and Personality,* 9, *185-211.*

Salovey, P. & Suyter, J. (1999). *Inteligência emocional da criança: aplicações na educação e no dia-a-dia.* Rio de Janeiro: Editora Campos Lda.

Santos, A. (2001). *Ideologias, Modelos e Práticas Institucionais em Saúde Mental e Psiquiatria*. Colecção Educação e Saúde. Coimbra: Quarteto Editora.

Santos, G. (1999). *Teorias da motivação em contexto organizacional.* Cadernos de Comportamento Organizacional e Gestão de Recursos Humanos, 2. Braga: Escola de Economia e Gestão Universidade do Minho.

Santos, J. (2005). *Satisfação Profissional, Cultura e Clima Organizacional.* Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Departamento de Psicologia, Universidade do Algarve.

Schermerhorn, J., Hunt, J. & Osborn, R., (1999). *Fundamentos de Comportamento Organizacional (*2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Schutte, N. S., Schuttpelz, E. B. & Malouff, J. M. (2001) *Emotional intelligence and interpersonal relations.* Journal of Social Psychology.

Secal, J. (1997). *Como desenvolver a Inteligência Emocional*. Rocco – Temas e Debates ISBN: 972-759-380-1

Seco, G. (2000). *A Satisfação na Actividade Docente.* Tese de Doutoramento não publicada. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Spector, P. (1997). *Job Satisfaction - Application, Assessment, Causes, and Consequences.* SAGE Publications.

Vala, J., Monteiro, B., Lima, L., & Caetano, A., (1994). *Psicologia Social das Organizações. Estudos Em Empresas Portuguesas*. Oeiras: Celta Editora.

Vroom, V. (1964). *Work and Motivation.* New York: John, Wiley & Sons.

Watson, Jean (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem.* Loures: Lusociência, *27-67.*

Witt, L. & Nye, L. (1992). *Gender and relationship between perceived fairness of pay or promotion and job satisfaction*. *Journal of Applied Psycology,* 77 (6), *910-917.*

ANEXOS

INSTRUMENTO UTILIZADO NA RECOLHA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

O meu nome é Fernando António S. Gregório, Enfermeiro Chefe do Hospital Distrital de Faro, actualmente a exercer funções de Assistente na Escola Superior de Saúde de Faro e a frequentar o Mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia da Saúde, da Universidade do Algarve, estando a realizar a dissertação sobre o tema "Competência Emocional e Satisfação Profissional".

Ao responder a este questionário, estará a contribuir para melhorar o conhecimento e compreensão das competências emocionais dos Enfermeiros e da forma como estas interferem com a sua satisfação profissional.

Assegura-se nesta investigação o **sigilo** e a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a sua utilização no âmbito estrito da realização e divulgação deste trabalho. No entanto, por questões metodológicas a que a própria investigação obedece, poderá ser contactado posteriormente para uma eventual entrevista, se para tal houver o seu consentimento.

Tendo como objectivo, formalizar o seu consentimento livre e esclarecido, solicitamos-lhe que assinale com uma cruz no espaço correspondente:

. Fui informado dos objectivos do estudo e aceito participar no mesmo ☐

Por favor, leia atentamente cada uma das questões e não deixe nenhuma por responder, não existem boas nem más respostas, apenas a sua opinião é importante.

Agradeço a sua colaboração.

Fernando António Santos Gregório

PARTE I - Caracterização do participante no estudo

1.1 .Idade: _____ 1.2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐

2. Habilitações Académico / Profissionais:

2.1. Bacharelato ☐ Licenciatura ☐ Área: _____

2.2. Mestrado ☐ Área: _____ 2.3. Doutoramento ☐ Área: _____

2.4. Outra ☐ Especifique:_____

3. Exercício da Profissão:

3.1. Há quantos anos é enfermeiro? _____

3.2. Última Instituição: _____ Serviço:_____Nº de Anos_____

3.3. Categoria: Enfermeiro ☐ Enfermeiro Graduado ☐ Enfermeiro Especialista ☐

Enfermeiro Chefe ☐ Enfermeiro Supervisor ☐

Assinale, com um círculo, a resposta que traduza a sua opinião face a cada questão:

3.4. Considera a relação interpessoal com os utentes importante, para o sucesso do cuidar?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

3.5. Ao longo da sua experiência como enfermeiro, considera que tem vivenciado a relação Enfermeiro/Doente com níveis de sucesso…

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Normal	Bastante elevado	Muito elevado

3.6. Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal c/ os utentes?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

3.7.Considera que ser enfermeiro, actualmente, é…

1	2	3	4	5
Nada gratificante	Pouco gratificante	Indiferente	Bastante gratificante	Muito Gratificante

3.8.Para ser Enfermeiro considera:

A formação pessoal

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A formação científica

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A formação técnico/profissional

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A proximidade casa/hospital

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

As relações com os doentes

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

As relações com os pares

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A qualidade de infra estruturas

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A qualidade dos materiais de uso clínico e equipamentos

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

A segurança no serviço

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

PARTE II - Escala Veiga Branco das capacidades da Inteligência Emocional

Procedimento para o QUESTIONÁRIO:

As respostas a este questionário reflectem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre». Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco frequente	Por norma	Frequente	Muito frequente	Sempre

Todas as afirmações têm de ser respondidas. A sinalização das respostas deve ser realizada desenhando um círculo em redor do valor da escala que traduza a frequência com que a situação ocorre.

A cada situação existe a possibilidade de associar outro tipo de resposta na alínea "Outra".

I

1. Perante uma **situação/relação negativa**, na minha vida, **sinto que**, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	**1 2 3 4 5 6 7**
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	**1 2 3 4 5 6 7**
i) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

2. Em **situações/relações negativas**, **reconheço que**, ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Diminui o meu nível de raciocínio.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo; eufórico(a), etc.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

3. Reconheço que tenho tendência a actuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Ruminativa, sempre a "matutar".	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	**1 2 3 4 5 6 7**
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	**1 2 3 4 5 6 7**
i) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

II

1. Imagine uma situação da sua vida (relacional, pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), toma normalmente uma atitude. Das afirmações que se seguem, assinale na escala de frequência (1-7) a(s) que lhe dizem respeito:

a) Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distracção.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Fiquei sozinho "a arrefecer" simplesmente.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Fiz exercício físico activo (aeróbico).	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/atitudes que o causaram.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

4. Quando me sinto em **Depressão**, verifico que:

a) Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Sinto alívio se praticar desporto intenso.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

III

1. Reconheço-me como uma **pessoa**:	
a) Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Capaz de deixar-se dominar pela ansiedade e pela frustração.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	**1 2 3 4 5 6 7**
h) Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	**1 2 3 4 5 6 7**
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objectivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	**1 2 3 4 5 6 7**
j) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

2. Imagine uma **actividade profissional** (preparar uma sessão lectiva, leccionar, ensinar aluno/família, etc.). Durante a actividade, **normalmente** sinto que:	
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?)	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	**1 2 3 4 5 6 7**
h) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

3. Quando vivo numa situação de **rejeição pessoal** (a nível íntimo, social, profissional), sinto que:	
a) Penso no facto e rumino a humilhação.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Invade-me a auto-piedade.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Invade-me o desprezo, o rancor.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

IV

1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, **ao longo da sua vida**, fica-me a sensação de que sou capaz de:	
a) "Registar"/perceber os sentimentos dos outros.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a **valorizar** mais:

a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	**1 2 3 4 5 6 7**
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) O tom de voz.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) A direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direcções).	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Os gestos (mãos, corpo).	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

3. No quotidiano, e **numa situação de conflito** dou-me conta de que:

a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

V

1. No que respeita ao meu **relacionamento com as outras pessoas** (relações pessoais, sociais, profissionais), considero como procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	**1 2 3 4 5 6 7**
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	**1 2 3 4 5 6 7**
i) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

2. Relativamente à **comunicação com grupos** (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	**1 2 3 4 5 6 7**
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	**1 2 3 4 5 6 7**
c) Entrar em "sincronismo de estado de espírito".	**1 2 3 4 5 6 7**
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.	**1 2 3 4 5 6 7**
e) Preferir-me colocar frente a frente.	**1 2 3 4 5 6 7**
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	**1 2 3 4 5 6 7**
g) Outra:	**1 2 3 4 5 6 7**

PARTE III - Escala de Satisfação Profissional

(Adaptação de Lima, Vala e Monteiro, 1994)

Gostaria de saber em que medida se considera satisfeito com o seu trabalho. Isto é, tudo somado, e nas actuais circunstâncias da sua vida profissional, até que ponto está satisfeito com cada um dos aspectos do seu trabalho.

A resposta a cada uma das questões é feita através de uma escala de intervalos que tem a seguinte configuração:

Extremamente Insatisfeito **1 2 3 4 5 6 7** Extremamente Satisfeito

Assinale com um círculo o número que melhor corresponder à sua escolha.

1. Em relação às suas *perspectivas de promoção*, diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

2. Em relação à *organização e funcionamento dos serviço onde trabalha,* diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

3. Em relação à *colaboração e clima de relação com os seus colegas de trabalho*, diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

4. Em relação à remuneração *que recebe*, diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

5. Em relação à *competência e funcionamento do seu superior imediato,* diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

6. Em relação ao *trabalho que realiza,* diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

7. Em relação à *competência e funcionamento dos seus colegas*, diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

8. Tudo somado, e considerando todos os aspectos dos seu trabalho e da sua vida nesta Instituição, diria que está:

1…….2…….3…….4…….5…….6…….7
Extremamente Insatisfeito — Extremamente Satisfeito

Agradeço a sua colaboração.

Fernando Gregório

Este estudo irá prosseguir, se para tanto houver a sua colaboração:
Se no futuro for contactado para dar uma entrevista, acerca de temática das emoções, considera:
____ Sim, estou disponível, o meu contacto é _____
____ Não, não estou disponível, e como tal não deixo contacto.

Fernando António dos Santos Gregório