

A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL NO CONTEXTO DE ENFERMAGEM: ESTUDO EXPLORATÓRIO COM O *QUESTIONÁRIO DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL (QCE)*

Ana Cristina Costa & Luísa Faria

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
ana.fontescosta@gmail.com & lfaria@fpce.up.pt

Resumo

Actualmente verifica-se um interesse crescente na investigação da inteligência emocional entre enfermeiros. Assim, este trabalho tem como objectivo principal avaliar em que medida estes profissionais percebem a sua competência emocional no exercício das suas actividades, e que variáveis, nomeadamente a satisfação profissional, a experiência profissional e o investimento na formação contínua, podem influenciar a percepção desta competência.

A amostra compreende 217 enfermeiros, sendo 80,2% mulheres, com uma média de idades de 35,2 anos ($\pm 9,6$). Relativamente à área de trabalho, 19,8% exerce em Oncologia, 19,8% em Psiquiatria, 22,6% em Emergência/Urgência e 24% em Cuidados Primários. A maioria (67,7%) possui mais de 4 anos de experiência profissional e apenas 39,6% realizaram formações a nível de relações interpessoais e/ou competências comunicacionais.

Foram utilizados o *Questionário de Competência Emocional* (Lima Santos & Faria, 2005), com 45 itens e três dimensões, um *Questionário de Satisfação Profissional* (9 itens) e um *Questionário Sócio-Demográfico*.

Os resultados demonstraram correlações positivas entre competência emocional e satisfação profissional, maior competência emocional dos enfermeiros com maior experiência profissional e que a frequência de formação contínua não promoveu diferenças nesta competência.

Introdução

O conceito de Inteligência Emocional (IE) surgiu na literatura científica no início da década de 90, com o sentido de designar uma forma de inteligência social, distinta da inteligência geral, que se situaria na intersecção da cognição e da emoção (Mayer, Salovey & Caruso, 2000, *in* Slaski & Cartwright, 2002). Autores como Mayer e Salovey (1997, *in* Lima Santos & Faria, 2005, p. 275) definiram o conceito de IE como a “capacidade para perceber emoções, para reconhecer e gerar emoções de modo a apoiar o pensamento, para compreender emoções e o pensamento baseado nelas, e para regular as emoções de modo reflexivo para promover o desenvolvimento emocional e intelectual”.

A IE é vista, globalmente, como um conjunto de capacidades não cognitivas que influenciam a capacidade individual para ter sucesso na vida (Freshwater & Stickley, 2004), sendo descrita como um potencial adaptativo, promotor do bem-estar emocional do indivíduo (Spence, Oades & Caputi, 2004). Esta inteligência particular tende a conduzir a atitudes mais positivas, a uma maior adaptação, a melhores relações e a uma melhor orientação para valores positivos (Tischler, Biberman & McKeage, 2002).

A IE está a emergir como uma variável influente num vasto domínio de áreas profissionais: de facto, tem sido tema de investigação em áreas como a liderança, o desempenho e as relações no contexto laboral, as diferenças de género, os cuidados de saúde e a enfermagem (Cherniss, 1999). Especificamente, verifica-se um interesse crescente na IE como variável mediadora nas práticas de enfermagem, tendo mesmo Moss (2005, *in* Kooker, Shoultz, & Codier, 2007), recentemente, relacionado a IE com a melhoria do exercício da enfermagem, especialmente no que se refere à liderança nesta profissão.

É reconhecido que os profissionais de enfermagem, no seu quotidiano profissional, se envolvem em situações laborais com conotação emocional. Apesar de só recentemente o conceito de IE ter aparecido na literatura de enfermagem, o seu valor começa agora a ser reconhecido nos cuidados de saúde, sugerindo-se as vantagens em associar a IE a este tipo de trabalho, o qual exige uma componente emocional aos seus profissionais (McQueen, 2004).

Deste modo, o significado das emoções no trabalho de enfermagem começa a ser progressivamente valorizado, pois embora a enfermagem envolva competências técnicas e cognitivas, aumenta o reconhecimento de que são as competências intra e interpessoais que melhor respondem às complexas exigências dos modernos sistemas de saúde (Bellack, 1999).

Na verdade, todas as intervenções dos profissionais de enfermagem são afectadas, em larga escala, pela IE. O facto de se reconhecer que não são suficientes apenas procedimentos técnico-práticos, induz a valorização do receptor humano no processo. Enquanto que os processos cognitivo-rationais podem responder adequadamente aos aspectos técnico-práticos dos procedimentos de enfermagem, não é esta racionalidade que “sente” intuitivamente as necessidades e emoções da pessoa que recebe, por exemplo, cuidados no final da vida (Freshwater & Stickley, 2004).

O conceito de prática profissional na enfermagem compreende não apenas competência clínica, mas também cuidado e relação com o doente (Halldorsdottir, 1996, *in* Cadman & Brewer, 2001). Os profissionais dos cuidados de saúde estão envolvidos em relações de ajuda e devem responder às emoções dos doentes, sendo difícil compreendê-las, a não ser que sejam empáticos (Reynolds & Scott, 2000). Deste modo, espera-se que os enfermeiros manifestem sensibilidade profissional para reconhecer a vulnerabilidade do doente e, simultaneamente, distingam, de forma responsável, entre os seus próprios sentimentos e os do paciente (Akerjordet & Severinsson, 2007).

Enquanto que Dulewicz e Higgs (2000) referem que a IE permite antever o que os outros estão a sentir e permite lidar com as relações de forma desejável, Jordan e Troth (2002) definem a auto-consciência como um dos aspectos fundamentais da IE, o que irá permitir aos enfermeiros associar emoções, pensamentos e acções de forma eficaz. Em última análise, a IE nos

enfermeiros implica, segundo Akerjordet e Severinsson (2004, p. 164), “importantes competências pessoais e interpessoais no uso terapêutico do *self*, reflexão crítica e estimulação da procura de uma compreensão aprofundada da identidade profissional do enfermeiro”. Os autores acrescentam que esta capacidade de combinar emoção e inteligência vai facultar o uso das emoções como suporte na resolução de problemas e na tomada de decisões, o que ajuda a viver uma vida com plenitude.

Para além dos benefícios da IE descritos nas relações diádicas, Druskat e Wolff (2001) enfatizaram o seu valor no trabalho de equipa. O trabalho de equipa é usual na enfermagem, não apenas com pares do mesmo serviço, mas também na cooperação com outros profissionais do sistema de saúde (McQueen, 2004). A IE de uma equipa não é meramente a soma da IE de cada indivíduo. Ao invés, a IE é gerada no seio da equipa ao mesmo tempo que as normas são criadas, a confiança mútua se desenvolve e a identidade do grupo é formada. Druskat e Wolff (2001) sugerem que estas qualidades providenciam a base para a cooperação e a colaboração: de facto, estas características são necessárias nos complexos sistemas de cuidados de saúde envolvidos nos hospitais, cuidados primários, sectores voluntários ou independentes (Semple & Cable 2003), constatando-se que grupos com elevada IE podem ser benéficos em equipas que sejam responsáveis pelo cuidado ao doente (McQueen, 2004).

Desta forma, o desenvolvimento da IE, no âmbito da enfermagem clínica, pode ser um importante recurso para vários processos de empoderamento, nomeadamente os que podem levar ao aumento de resultados positivos na saúde (Freshwater & Stickley, 2004)

A inteligência emocional e a satisfação profissional

A literatura mostra claramente que pessoas com um nível superior de IE vivem as suas vidas com mais saúde, maior felicidade e maior produtividade (Akerjordet & Severinsson, 2004) e, segundo Abraham (2004), os indivíduos considerados mais resilientes e auto-controlados emocionalmente, recompensam as organizações em que exercem actividade com maior compromisso, diligência e segurança. Ao longo do tempo, a contínua substituição de emoções negativas por energias positivas melhora a satisfação profissional e, por seu turno, o compromisso com a organização, tendo este autor demonstrado que a inteligência emocional era um forte preditor do compromisso com a organização.

Mais particularmente, no contexto da enfermagem, existem estudos que referem a contribuição positiva da IE para a forma como os enfermeiros lidam com o *stress*, o que permite a manutenção da sua saúde, incluindo a saúde mental e o desenvolvimento da carreira (Pau, Croucher, Sohanpal, Muirhead, & Seymour, 2004). Na verdade, o envolvimento pessoal destes profissionais com os doentes tem sido reportado como recompensador, sendo também

reconhecida a satisfação profissional obtida, nomeadamente quando os doentes dão *feedback* de apreço pelo trabalho do enfermeiro (McQueen, 1995, *in* McQueen, 2004).

A intervenção na inteligência emocional

A inteligência emocional dos indivíduos pode ser aumentada através do treino, alargando a amplitude de competências pessoais e sociais já manifestadas. Este é o fenómeno que Dulewicz e Higgs (2004) designam de desenvolvimento no contexto da IE. Assim, sugere-se que através da prática e do investimento, a IE possa ser desenvolvida e melhorada (Slaski & Cartwright, 2002): de facto, subjacente a toda a literatura sobre a IE, existe um forte consenso de que esta competência pode ser desenvolvida (Cooper, 1997; Höpfl & Linstead, 1997), sendo que muita da literatura popular se dedica a descrever processos ou programas criados para ajudar os indivíduos a desenvolver a sua IE (Cooper, 1997; Martinez, 1997). Cadman e Brewer (2001), por seu turno, defendem também que a IE pode ser desenvolvida ao longo do tempo, através do treino de competências interpessoais.

O significado e valor da IE no contexto organizacional tem promovido uma larga discussão sobre o seu papel e potencialidades de desenvolvimento neste tipo de contexto. Höpfl e Linstead (1997) apontaram que as capacidades essenciais da IE são desenvolvidas na infância, sendo, contudo, maleáveis e capazes de serem desenvolvidas e alteradas ao longo da vida. Mais ainda, Dulewicz e Higgs (2004) referiram que as experiências no local de trabalho têm um impacto significativo neste processo de desenvolvimento, sendo que a dimensão emocional do trabalho se reflecte através das experiências e práticas profissionais.

Segundo Caruso, Mayer e Salovey (2002), existe consenso implícito de que a IE pode ser desenvolvida e refinada através da reflexão sobre a prática, o que leva à estimulação do crescimento emocional e pessoal.

Ora, enquanto que o valor da IE se torna reconhecido na literatura de enfermagem, existe também a necessidade de integrar estas novas perspectivas no currículo de enfermagem (McQueen, 2004). Os enfermeiros sentem falta de treino de competências sociais (Secker, Pidd, & Parham, 1999), e os empregadores referem que os enfermeiros, mesmo os mais qualificados, não estão preparados para se adaptar ao mundo do trabalho (Bellack, 1999). Segundo McQueen (2004, p. 106), a incorporação do treino de IE nos respectivos currículos terá como objectivo “melhorar a compreensão de si próprio e dos outros e desenvolver competências na resposta a necessidades psicológicas”.

Objectivos do estudo

Este estudo, no âmbito da IE em contexto de enfermagem, tem como principais objectivos compreender de que forma os enfermeiros percebem a sua competência emocional no

exercício das suas actividades e explorar que potenciais variáveis, tais como a sua experiência profissional ou o investimento na formação contínua, poderão explicar a maior ou menor percepção desta competência. Neste sentido, pretendemos ainda verificar se esta percepção se relaciona com a sua satisfação profissional. Em suma, a nossa investigação tem como principal intuito analisar o papel e a importância da competência emocional nas actividades profissionais dos enfermeiros.

Método

Participantes

Os participantes deste estudo são 217 enfermeiros, na sua maioria do sexo feminino (80,2%; Gráfico 1). No que diz respeito à idade dos enfermeiros, cerca de 41,5% situam-se entre os 22 e 25 anos, 23% entre os 26-35, 22,6% entre os 36-44 e apenas 10,6% acima dos 44 anos (Gráfico 2).

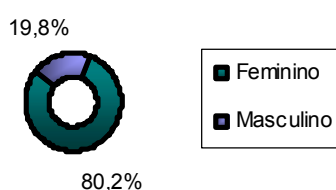


Gráfico 1 – Distribuição da amostra em função do sexo

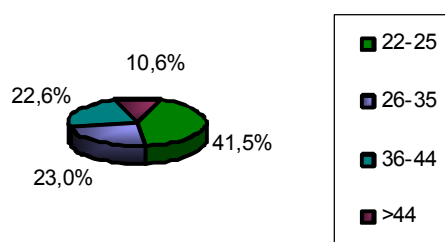


Gráfico 2 – Distribuição da amostra em função da idade

Relativamente à área de exercício da actividade profissional dos enfermeiros, cerca de 19,8% cumprem funções na área de Oncologia, 19,8% em Psiquiatria, 22,6% em Emergência/Urgência, 24% em Cuidados Primários e os restantes 13,8% em Outros. Cerca de 31,8% dos sujeitos têm entre 1 a 3 anos de experiência de serviço e 67,7% mais de três anos (Gráfico 3).

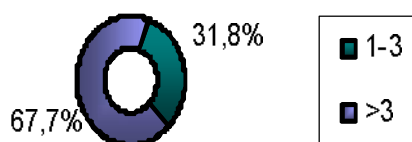


Gráfico 3 – Distribuição da amostra em função da experiência profissional

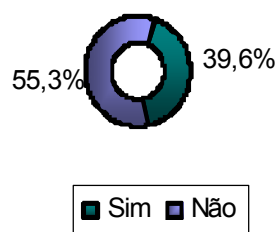


Gráfico 4 – Distribuição da amostra em função da participação em formação contínua

A maioria dos enfermeiros (69,1%) trabalha apenas numa instituição, enquanto que cerca de 30,9% exercem funções em mais instituições. Assim, na amostra, cerca de 25,3% dos enfermeiros trabalha em duas instituições, 2,4% em três e 1,4% em quatro.

Os enfermeiros possuem na sua maioria licenciatura em Enfermagem (78,3%), sendo que cerca de 13,4% realizaram Pós-Graduações, 2,3% Mestrado e 0,5% Doutoramento.

Quando inquiridos sobre a realização de formações ao nível das relações interpessoais e humanas e/ou competências comunicacionais, a maior parte dos participantes admitem nunca as ter frequentado (55,3%), sendo que dos que as frequentaram, num total de 39,6% (Gráfico 4), 11,1% realizaram formações relacionadas com a temática das relações interpessoais, 8,3% em comunicação, 4,1% em gestão de conflitos e 6% em outras.

Instrumentos

Neste estudo foi utilizado o *Questionário de Competência Emocional* (QCE), adaptado ao contexto português por Lima Santos e Faria (2005), caracterizado por ser uma medida de auto-relato, originalmente desenvolvida na Croácia por Taksic (2000), e utilizada em contexto académico e laboral, tendo como modelo conceptual de suporte o de Mayer e Salovey (1997).

O QCE inclui um total de 45 itens, respondidos segundo uma escala de *Likert* de 6 pontos, entre “Nunca” e “Sempre”. A escala é composta por três dimensões ou subescalas: *Percepção Emocional* (15 itens), *Expressão Emocional* (14 itens) e *Capacidade para Lidar com a Emoção* (16 itens). Os valores de *alfa* das subescalas sugerem que os respectivos itens são consistentes com as dimensões a que pertencem, ou seja, a escala apresenta uma boa consistência interna para as dimensões *Percepção Emocional* (0,84) e *Expressão Emocional* (entre 0,83 e 0,84) e uma consistência razoável para a dimensão *Capacidade para Lidar com a Emoção* (entre 0,64 e 0,67). Quanto à validade factorial, das análises realizadas, extraíram-se três factores, que explicavam cerca de 30% da variância total dos resultados.

Foi ainda utilizado o *Questionário de Satisfação Profissional*, que teve como objectivo recolher dados sobre a satisfação dos enfermeiros, particularmente no que se refere à sua profissão, ao exercício das suas funções na instituição e às relações laborais. É constituído por 9 itens, a saber: a satisfação actual com a profissão, o desejo de continuar a exercer a mesma profissão, em que medida recomendaria a sua profissão, se voltaria a aceitar de novo o emprego actual, a satisfação com as relações laborais, com a flexibilidade laboral, com o controlo que exerce sobre a planificação do seu trabalho, com o controlo que exerce sobre o exercício do seu trabalho e com a sua resposta às exigências da profissão. Estes itens são avaliados numa escala de *Likert* de 6 pontos, entre “Pouco Satisfeito” ou “Desejo Pouco” ou “Recomendaria Pouco”

e “*Muito Satisfeito*” ou “*Desejo Muito*” ou “*Recomendaria Muito*”, respectivamente (Costa, 2008).

Finalmente, o *Questionário Sócio-Demográfico* teve como intuito recolher dados sobre os participantes, particularmente no que se refere a dados sócio-profissionais e escolares.

Resultados e Discussão

A IE e a Satisfação Profissional

A literatura evidencia, claramente, a influência da IE no bem-estar do indivíduo, na sua saúde e na sua produtividade (Akerjordet & Severinsson, 2004), particularmente no âmbito da enfermagem: Cummings, Hayduk e Estabrooks (2005) referem que profissionais de enfermagem com níveis elevados de IE reportaram menores níveis de exaustão emocional e de sintomas psicossomáticos, melhor saúde emocional, melhor colaboração no trabalho de equipa e maior satisfação com a supervisão e com o seu trabalho na globalidade.

Neste sentido, a primeira hipótese deste estudo previa relações positivas entre a competência emocional dos enfermeiros e a sua satisfação profissional. De facto, através dos resultados obtidos (Quadro 1), foi possível observar a associação entre todas as dimensões da Competência Emocional (medidas pelo QCE) e a Satisfação Profissional destes profissionais. A dimensão de *Capacidade para Lidar com a Emoção* demonstrou correlacionar-se mais fortemente com a *Satisfação Profissional*. Os resultados corroboraram, assim, a hipótese 1, verificando-se que existe uma correlação positiva entre a competência emocional e os factores de satisfação profissional.

Quadro 1 – *Correlações entre Satisfação Profissional e dimensões da Competência Emocional*

	Expressão Emocional	Percepção Emocional	Capacidade lidar com Emoção
Satisfação Profissional	0,26*	0,21*	0,31*

* $p < 0,01$.

A IE e a Experiência Profissional

A pertinência do construto de IE no contexto organizacional tem sido amplamente discutida na actualidade. De facto, Dulewicz e Higgs (2004) referem que as experiências no local de trabalho têm um impacto significativo no processo de desenvolvimento da IE, reflectindo-se nas práticas e nos comportamentos dos colaboradores.

Assim sendo, com base no reconhecimento científico de que a IE pode ser desenvolvida e reconhecida no quadro de experiências sócio-laborais significativas, consideramos como hipótese de trabalho que a experiência profissional faça aumentar a percepção de competência emocional dos enfermeiros (Hipótese 2). Mais concretamente, a experiência profissional foi analisada através de dois indicadores: o número de anos de exercício da profissão de enfermeiro e o número de instituições em que estes profissionais já trabalharam.

Ora, quando analisada a experiência profissional, através do número de anos de exercício, observaram-se diferenças significativas apenas na dimensão *Capacidade para Lidar com a Emoção* (Quadro 2), a favor dos participantes com maior número de anos de exercício da enfermagem. Por sua vez, quando explorados os resultados que dizem respeito ao efeito do número de instituições em que os enfermeiros já exerceram funções (Quadro 3), verificou-se não existirem diferenças significativas em nenhuma das dimensões do QCE.

Assim, os resultados referidos parecem apenas corroborar parcialmente a Hipótese 2, uma vez que apenas se encontraram diferenças numa dimensão do QCE, em função do número de anos de exercício dos enfermeiros, e não se verificam diferenças em qualquer dimensão, em função do número de instituições em que estes profissionais já exerceram funções.

Quadro 2 – *Diferenças de Competência Emocional em função da experiência profissional (Anos de exercício)*

Experiência Profissional QCE	1-3 anos			Mais de 3 anos			ANOVA		
	n	M	D.P.	n	M	D.P.	F	gl	p
Expressão Emocional	69	62,8	7,3	142	63,8	7,4	0,06	1	0,94
Percepção Emocional	68	63,9	7,6	141	65,2	6,9	0,57	1	0,93
Capacidade lidar com Emoção	65	71,0	7,4	134	71,7	6,1	4,17	1	0,04*

* p < 0,01.

Quadro 3 – *Diferenças de Competência Emocional em função da experiência profissional (Número de instituições de exercício)*

Número de Instituições QCE	1-2 Instituições			> 2 Instituições			ANOVA		
	n	M	D.P.	n	M	D.P.	F	gl	p
Expressão Emocional	140	63,1	7,7	72	64,2	6,7	2,31	1	0,13
Percepção Emocional	138	64,3	7,1	72	64,2	6,7	0,10	1	0,76
Capacidade lidar com Emoção	133	71,2	6,4	67	71,9	6,7	0,00	1	0,95

Contudo, tal como foi possível observar, a existência de um desequilíbrio no número de sujeitos de ambos os grupos, em função do número de anos de exercício profissional, exige que as extrapolações sejam feitas com prudência, sendo aconselhada a replicação de estudos, no futuro, com esta variável. Neste sentido, e pela confirmação apenas parcial da hipótese, fará sentido explorar alguns fundamentos para os resultados observados.

Segundo Thomson (2000, *in* Akerjordet & Severinsson, 2004), enfermeiros de saúde mental reportaram como principais aspectos positivos do seu processo de maturação e aprendizagem as experiências que tiveram com colegas de profissão considerados por eles como modelos positivos. Aparentemente, os modelos estimulavam nos enfermeiros a motivação e a inspiração para o seu desenvolvimento profissional. Na verdade, os modelos positivos na profissão motivam os profissionais a reflectirem sobre as suas práticas. Torna-se, assim, evidente a importância da interacção com os colegas para o desenvolvimento da IE, já que o indivíduo ao observar que determinado comportamento é apreciado e é eficaz, facilmente o replicará. Por outras palavras, os colegas de profissão têm uma forte influência na aprendizagem, uma vez que esta se molda através de um processo interactivo. Neste sentido, o desenvolvimento da IE, decorrente da experiência profissional, estará necessariamente fundado em interacções adequadas no ambiente de trabalho, sendo este um factor a considerar no desenvolvimento da IE em contexto organizacional.

Mais ainda, segundo Caruso e colaboradores (2002) existe o consenso implícito de que a IE pode ser desenvolvida e refinada através da reflexão sobre a prática, que conduz à estimulação do crescimento pessoal e emocional. Particularmente no contexto profissional, o desenvolvimento da IE constitui-se como um processo dinâmico, em que o indivíduo estabelece trocas permanentes com modelos positivos e competentes emocionalmente, que por sua vez vão promover a auto-reflexão sobre as suas práticas. A razão pela qual não se verificaram diferenças em duas dimensões do QCE em função da experiência profissional, avaliada através dos anos de serviço, bem como na experiência proporcionada por diversas instituições, pode remeter para o facto das organizações em que os enfermeiros trabalham se centrarem, por norma, nos aspectos técnico-práticos dos seus profissionais, desvalorizando as vantagens da integração e estimulação de competências interpessoais e sociais nestes contextos.

Neste sentido, a experiência profissional não deixa de se constituir como uma oportunidade de promoção da competência emocional destes profissionais de saúde, mas encontra-se intimamente associada às experiências e oportunidades proporcionadas pelo contexto organizacional.

A IE e a Formação Contínua

As investigações, no âmbito da IE, têm vindo a demonstrar o seu potencial de desenvolvimento (Cooper, 1997; Höpfl & Linstead, 1997), incrementando, através do treino, a amplitude de competências pessoais e sociais manifestadas pelos indivíduos (Cadman & Brewer, 2001; Dulewicz & Higgs, 2004). Mais ainda, o facto da IE aumentar com a idade e estar associada à maturidade (Goleman, 1995), sugere que através da prática e do investimento, a IE possa ser melhorada (Slaski & Cartwright, 2002).

Deste ponto de vista, consideramos pertinente explorar a influência da formação contínua, não em torno de conhecimentos técnico-práticos, mas a nível de relações interpessoais/humanas e/ou competências comunicacionais dos enfermeiros, na promoção da percepção de competência emocional destes profissionais. Assim, a terceira hipótese deste estudo prevê diferenças na Competência Emocional a favor dos enfermeiros que participaram neste tipo de formação contínua. No entanto, não se observaram diferenças significativas em nenhuma das dimensões do QCE, pelo que a hipótese em análise é infirmada, ou seja, pode-se concluir que a competência emocional é semelhante entre enfermeiros que tenham frequentado ou não formações a nível das relações interpessoais/humanas e/ou competências comunicacionais – *Expressão Emocional* $F(1, 201) = 0,24, p < 0,63$; *Percepção Emocional* $F(1, 199) = 0,03, p < 0,86$; e *Capacidade para Lidar com a Emoção* $F(1, 188) = 0,07, p < 0,79$.

Ora, alguma literatura popular centra-se na descrição de processos e de programas desenhados para ajudar os indivíduos a desenvolver a sua IE (Cooper, 1997; Martinez, 1997): com o aparecimento deste tipo de literatura, surgiram também questões relacionadas com as etapas da vida de um indivíduo em que estas intervenções seriam mais eficazes. Goleman (1996, *in* Dulewicz & Higgs, 2004) referiu que a IE é passível de ser desenvolvida ao longo do ciclo de vida, mas que, contudo, são as intervenções durante a infância que são mais produtivas (Salovey & Mayer, 1990). Já Höpfl e Linstead (1997), ao invés, consideram que as capacidades principais são desenvolvidas na infância, mas que continuam maleáveis e capazes de serem desenvolvidas e alteradas posteriormente. Os autores defendem que são as experiências no trabalho, que têm, mais tarde, um impacto significativo neste processo de modelagem. Neste sentido, parece ser perceptível que formações ocorridas na idade adulta, possam não ser suficientemente produtivas no processo de desenvolvimento da IE, o que poderá justificar os resultados obtidos.

Por sua vez, Wheeler e Barret (1994) reportaram baixos níveis de empatia em professores de enfermagem, e outros autores indicaram que estes níveis permanecem baixos em muitas áreas de enfermagem (MacKay, Hughes & Carver, 1990 e Reynolds 1998, *in* Cadman e Brewer, 2001). Deste modo, Cadman e Brewer (2001) questionaram se existiriam modelos positivos suficientes para os estudantes, que promovessem níveis mais elevados de competências

terapêuticas. De facto, os profissionais de enfermagem em formação poderão não dispor de modelos emocionalmente competentes que potenciem o desenvolvimento das suas competências emocionais.

Ou seja, a inexistência de diferenças ao nível da competência emocional em função do investimento em formação contínua pode ficar a dever-se às características da mesma e dos seus formadores: na verdade, a IE desenvolve-se ao longo do tempo, essencialmente pelo treino de competências interpessoais (Cadman & Brewer, 2001).

Refira-se que Dulewicz e Higgs (2004) evidenciaram que situações pouco usuais, ou outro tipo de experiências dissonantes, provavelmente encorajarão os indivíduos a explorar as suas capacidades de auto-consciência e de intuição, melhorando as suas competências emocionais. Do mesmo modo, o ambiente em que as aprendizagens têm lugar é importante, sobretudo a criação de um *setting* de confiança e de suporte em que os indivíduos se sintam seguros na exploração dos seus sentimentos e em que as suas opiniões sejam ouvidas (Rogers, 1969, *in* McQueen, 2004).

Assim, apesar da formação contínua corresponder a áreas pertinentes no desenvolvimento da IE, nomeadamente as de relações interpessoais e humanas e/ou competências comunicacionais, as formações em que os enfermeiros do nosso estudo participaram foram realizadas de forma convencional, sendo meramente expositivas e sem componentes que possibilitassem o treino, a reflexão sobre a prática e a consolidação de novas competências, o que poderá justificar a inexistência de diferenças.

Conclusão

As mudanças e as complexas exigências que desafiam, actualmente, o sistema de saúde legitimam e fundamentam o interesse crescente e o aumento de estudos sobre a IE na Enfermagem: só realçando as vantagens que podem advir da conciliação da componente emocional e da componente racional no contexto de enfermagem, será possível aprofundar o papel de variáveis que promovam tal conciliação.

Particularmente neste trabalho sobre a IE na Enfermagem, salientamos a necessidade dos profissionais de enfermagem terem mais oportunidades de reflectir sobre as suas práticas, quer através de formações nas áreas da IE (relações interpessoais e comunicação), que forneçam possibilidades de treino de situações menos vulgares e mais exigentes do ponto de vista da competência emocional, quer através de sessões ou de reuniões periódicas com os pares, em ambientes seguros, onde seja possível reflectir sobre as experiências profissionais vividas, promovendo, deste modo, a assertividade e a auto-compreensão, parâmetros fundamentais da Inteligência Emocional.

Consideramos, ainda, que seria particularmente vantajoso incluir no currículo de Enfermagem o domínio da IE, para promover a sensibilidade e o treino na resposta a diversas situações clínicas e, ainda, na formação dos próprios docentes, uma vez que é evidenciado o seu importante papel na modelagem e moldagem destas competências nos alunos em formação.

A investigação neste campo é ainda reduzida e encontra-se em fase de desenvolvimento, pelo que o alargamento de pesquisas a vários contextos de saúde deverá reforçar a necessidade de integrar este conceito nas práticas clínicas. Neste sentido, este trabalho, pioneiro, apresenta-se como preliminar, numa área que se encontra actualmente em desenvolvimento.

No futuro, as questões clínicas relacionadas com a Enfermagem deverão ser desenvolvidas, com enfoque nas qualidades pessoais dos indivíduos, ou seja, na sua competência emocional, com o objectivo de desenvolver o conhecimento teórico e empírico e melhorar (humanizar) a prática clínica de Enfermagem. Assim, e tal como foi referido ao longo deste estudo, considera-se pertinente integrar progressivamente a Inteligência Emocional como um instrumento pedagógico no ensino da enfermagem.

Referências bibliográficas

- Abraham, R. (2004). Emotional competence as antecedent to performance: A contingency framework. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 130*(2), 117–143.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2004). Emotional intelligence in mental health nurses talking about practice. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 164-170.
- Akerjordet, K., & Severinsson, E. (2007). Emotional intelligence: a review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1405-1416.
- Bellack, J. P. (1999) Emotional intelligence: a missing ingredient. *Journal of Nursing Education, 38*(1), 3-4.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management, 9*, 321-324.
- Caruso, D. R., Mayer, J. D., & Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment, 79*, 306-320.
- Cherniss, C. (1999). The business case for emotional intelligence. The consortium for research on emotional intelligence in organizations. Obtido em 20 de Maio, 2008 do World Wide Web: <http://www.eiconsortium.org>.
- Cooper, R. K. (1997). Applying emotional intelligence in the workplace. *Training and Development, 51*(12), 31-38.

- Costa, A. C. (2008). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: Estudo exploratório com o Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. Tese de Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Cummings, G., Hayduk, L., & Estabrooks, C. (2005). Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses. *Nursing Research, 54*, 2-11.
- Druskat, V. U., & Wolff, S. B. (2001). Building the emotional intelligence of groups. *Harvard Business Review, 79*(3), 80-90.
- Dulewicz, V., & Higgs, M. (2000). Emotional Intelligence: A review and evaluation study. *Journal of Managerial Psychology, 15*(4), 341-372.
- Dulewicz, V., & Higgs, M. (2004). Can emotional intelligence be developed? *The International Journal of Human Resource Management, 15*, 95-111.
- Freshwater, D., & Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry, 11*(2), 91-98.
- Goleman D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Hopfl, H., & Linstead, S. (1997). Learning to feel and feeling to learn: Emotion and learning in organisations. *Management Learning, 28*(1), 5-12.
- Jordan, P. J., & Troth, A. C. (2002). Emotional intelligence and conflict resolution in nursing. *Contemporary Nurse, 13*, 94-100.
- Kooker, B. M., Shoultz, J., & Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing, 23*, 30-36.
- Lima Santos, N., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do “Emotional Skills and Competence Questionnaire” (ESCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP, 2*, 275-289.
- Martinez, M. N. (1997). The smarts that count. *HR Magazine, 42*(11), 72-78.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications*. New York, NY: Basic Books.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 101-108.
- Pau, A. K. H., Croucher, R., Sohanpal, R., Muirhead, V., & Seymour, K. (2004). Emotional intelligence and stress coping in dental undergraduates – a qualitative study. *British Dental Journal, 197*, 205-209.
- Reynolds, W. J., & Scott, B. (2000). Do nurses and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing, 31*(1), 226-234.

- Salovey, P., & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Secker, J., Pidd, S., & Parham, A. (1999). Mental health training needs of primary health care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 643-652.
- Semple, M., & Cable, S. (2003). The new code of professional conduct. *Nursing Standard*, 17 (23), 40-48.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Spence, G., Oades, L. G., & Caputi, P. (2004). Trait emotional intelligence and goal self-integration: important predictors of emotional well-being? *Personality and Individual Differences*, 37, 449-461.
- Taksic, V. (2000). *Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ)*. Rijeka: Author's edition.
- Tischler, L., Biberman, J., & McKeage, R. (2002). Linking emotional intelligence, spirituality and workplace performance. Definitions, models and ideas for research. *Journal of Managerial Psychology*, 17, 203-218.
- Wheeler, K., & Barret, E. (1994). Review and synthesis of selected studies on teaching empathy: Implications for nursing research and education. *Nursing Outlook*, 4, 230-236.