



Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria

**Relação entre Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de
Hemodiálise: Um estudo exploratório.**

Marta Catarina Branco Ferreira Bento

Leiria

2012



Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria

**Relação entre Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de
Hemodiálise: Um estudo exploratório.**

Marta Catarina Branco Ferreira Bento

ISLA-Leiria

Dissertação submetida para satisfação parcial dos requisitos
do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos,
sob a orientação do Professor Doutor José Magalhães.

Leiria

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor José Magalhães, apresentada ao Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria para obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos Humanos, conforme o Despacho nº 16960/2010 da DGES, publicado na 2ª Série do Diário da República, em 9 de Novembro de 2010.



Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria

**Relação entre Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de
Hemodiálise: Um estudo exploratório.**

Marta Catarina Branco Ferreira Bento

14 de Setembro de 2012

Presidente do Júri:

Arguente:

Orientador:

Leiria

2012

Sei que o meu trabalho é uma gota no oceano, mas, sem ele, o oceano seria menor.

Madre Teresa de Calcutá

Dedico este trabalho aos homens da minha vida pelo tempo da minha existência que lhes
roubei.

Agradecimentos

- Ao Professor Doutor José Magalhães, pela orientação, apoio e disponibilidade.
- À minha família, por tudo o que são para mim.
- Aos Enfermeiros que amavelmente participaram, pela sua colaboração e confiança demonstrada.
- Ao Dr. José Luís Almeida e Dr.^a Ana Marques pela anuência na realização do estudo.
- Ao ISLA-Leiria pelo incentivo e desafio para a realização.
- À Paula, pela sua existência mágica.
- À Inês por toda a sua incansável e amável colaboração.
- Aos Amigos pela compreensão, incentivo e presença.
- A todos os outros que direta ou indiretamente tornaram possível este trabalho, pela sua existência.

Resumo

Este estudo analisa a Inteligência Emocional no contexto da Enfermagem em Hemodiálise e a sua relação com o *Burnout*. Para tal, realizámos um estudo exploratório compreendendo 61 enfermeiros de duas unidades de hemodiálise, 18 do género masculino e 43 do género feminino. Os principais resultados indicam que os participantes com maiores níveis IE são menos afetados pela síndrome de burnout. Os participantes femininos, inseridos na classe etária dos 31 aos 35 anos, com filhos e a trabalharem mais horas semanais, mostraram níveis mais elevados de IE. Adicionalmente encontraram-se diferenças significativas entre as habilitações académicas e a *compreensão das emoções dos outros* e entre o *autocontrolo perante as críticas* e a uma maior carga horária de trabalho semanal. Ressalta deste estudo a importância da formação na área da IE, quer na formação de base dos enfermeiros, quer no contexto profissional da saúde de forma a formar profissionais mais resistentes ao burnout.

Palavras-chave: Inteligência Emocional, *Burnout*, Enfermagem

Abstract

This study analyzes the Emotional Intelligence in the context of nursing in Hemodialysis and their relationship with burnout. So, we conducted an exploratory study with 61 nurses from two hemodialysis units, 18 males and 43 females. The main results indicate that participants with higher levels IE are less affected by burnout. The female participants included in the age group of 31 to 35 years, with children and working more hours per week, showed higher levels of IE. Additionally we found significant differences between the academic qualifications and the understanding of other people's emotions and between the self-control against criticism and greater weekly schedule. This study highlights the importance of training in the area of IE, either in basic training of nurses, either in the context of professional health so as to form professionals more resistant to burnout.

Keywords: Emotional Intelligence, Burnout, Nursing

Índice

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 1 |
| PARTE I | 5 |
| REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 5 |
| Capítulo 1 | 7 |
| 1. Inteligência Emocional..... | 7 |
| 1.1. Perspetiva histórica da inteligência..... | 7 |
| 1.2. Emoção e razão. | 8 |
| 1.3. Conceito de Inteligência emocional..... | 9 |
| 1.4. Instrumentos de avaliação da IE. | 11 |
| 1.5. Competências emocionais..... | 12 |
| Capítulo 2 | 15 |
| 2. Burnout..... | 15 |
| 2.1. Conceptualização do construto. | 15 |
| 2.1.1. Definição de stresse. | 15 |
| 2.1.2. Definição de burnout..... | 16 |
| Capítulo 3 | 19 |
| 3. Enfermagem | 19 |
| 3.1. Conceitos..... | 19 |
| 3.2. Enfermagem e a inteligência emocional. | 21 |
| 3.3. Enfermagem e burnout..... | 26 |
| 3.4. Enfermagem em hemodiálise..... | 28 |
| 3.4.1. Insuficiência renal crónica. | 28 |
| 3.4.2. Funções do enfermeiro em hemodiálise. | 30 |
| PARTE II | 33 |
| INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA | 33 |
| Capítulo 4 | 35 |
| 4. Conceptualização e Metodologia Geral | 35 |
| 4.1. Contexto e justificação..... | 35 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2. Finalidade e objetivos..... | 36 |
| 4.3. Questões de investigação..... | 36 |
| 4.4. Método..... | 37 |
| 4.4.1. Caracterização da amostra..... | 37 |
| 4.4.1.1. <i>Idade</i> | 38 |
| 4.4.1.2. <i>Filhos</i> | 38 |
| 4.4.1.3. <i>Habilitações académicas</i> | 39 |
| 4.4.1.4. <i>Exclusividade</i> | 40 |
| 4.4.2. Material: Instrumentos de medida..... | 40 |
| 4.4.2.1. <i>Escala de avaliação da IE</i> | 41 |
| 4.4.2.2. <i>Escala de avaliação do burnout</i> :..... | 43 |
| 4.4.3. Procedimentos formais e éticos..... | 44 |
| 4.4.4. Tratamento estatístico dos dados..... | 44 |
| 4.5. Fidedignidade e validade das medidas..... | 45 |
| 4.5.1. Fidedignidade e validade da EIE..... | 45 |
| 4.5.1. Fidedignidade e validade do MBI..... | 49 |
| Capítulo 5..... | 53 |
| 5. Resultados..... | 53 |
| 5.1. Estatísticas descritivas..... | 53 |
| 5.1.1. Escala de inteligência emocional..... | 53 |
| 5.1.2. Maslach burnout inventory..... | 55 |
| 5.2. Teste das hipóteses..... | 56 |
| 5.2.1. <i>H1: Relação entre a IE e o burnout</i> | 56 |
| 5.2.2. <i>H2: Repercussões das variáveis sociodemográficas nos níveis de IE</i> | 57 |
| 5.2.2.1. <i>H2a: Influência do género</i> | 58 |
| 5.2.2.2. <i>H2b: Influência da idade</i> | 59 |
| 5.2.2.3. <i>H2c: Influência do estado civil</i> | 62 |
| 5.2.2.4. <i>H2d: Influência das habilitações académicas</i> | 63 |
| 5.2.2.5. <i>H2e: Influência da paternidade</i> | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 5.2.3. H3: Repercussões das variáveis profissionais nos níveis de IE. | 66 |
| 5.2.3.1. H3a: Influência do tempo de serviço. | 66 |
| 5.2.3.2. H3b: Influência da exclusividade. | 67 |
| 5.2.3.3. H3c: Influência da carga horária semanal. | 68 |
| Capítulo 6 – Discussão e Conclusões..... | 73 |
| 6.1. Discussão..... | 73 |
| 6.2. Conclusões..... | 75 |
| 6.1. Limitações do estudo e sugestões de investigação futura. | 77 |
| Referências Bibliográficas | 79 |
| ANEXOS | 85 |
| ANEXO I..... | 87 |
| Pedido de autorização de utilização da Escala de Inteligência Emocional de Rego & Fernandes (2005)..... | 87 |
| ANEXO II | 89 |
| Pedido de autorização para aplicação do Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH) ao Diretor Operacional da Euromedic- Eurodial (Leiria e Óbidos) Sr. Dr. José Luís Almeida..... | 89 |
| ANEXO III..... | 91 |
| Pedido de autorização para aplicação do Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH) à Diretora dos Recursos Humanos da Euromedic-Eurodial (Leiria e Óbidos) Sr. ^a Dr. ^a Ana Marques. | 91 |
| ANEXO IV | 93 |
| Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH)..... | 93 |

Índice de Figuras

| | | |
|-------------|--|----|
| Figura 5.1. | Pontuações médias da EIE e respectivos factores..... | 54 |
| Figura 5.2. | Pontuações médias das subescalas do MBI. | 55 |
| Figura 5.3. | Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das classes etárias dos participantes. | 61 |
| Figura 5.4. | Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das habilitações académicas dos participantes. | 64 |
| Figura 5.5. | Pontuações médias das seis dimensões de IE em função da paternidade. | 65 |
| Figura 5.6. | Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das horas de trabalho semanal. | 71 |

Índice de Quadros

| | | |
|-------------|---|----|
| Quadro 4.1. | Distribuição da Amostra Segundo o Género e a Classe Etária | 38 |
| Quadro 4.2. | Distribuição da Amostra Segundo a Quantidade de Filhos e a Classe Etária .. | 39 |
| Quadro 4.3. | Distribuição da Amostra Segundo as Habilitações Académicas e os Anos de Serviço em Hemodiálise | 39 |
| Quadro 4.4. | Distribuição da Amostra Segundo o Exercício de Funções noutra Instituição e as Horas de Trabalho Semanais | 40 |
| Quadro 4.5. | Pontuações Médias, Desvios-Padrão, Correlações Item-Total e Coeficientes de Consistência Interna Alpha de Cronbach sem o Item da EIE | 46 |
| Quadro 4.6. | Solução Hexafactorial Final da EIE, após Rotação Varimax: Saturações Factoriais, Comunalidades (h^2), Variância Explicada e Alphas de Cronbach .. | 48 |
| Quadro 4.7. | Pontuações Médias, Desvios-Padrão, Correlações Item-Total e Coeficientes de Consistência Interna Alpha de Cronbach sem o Item do MBI | 50 |
| Quadro 4.8. | Fiabilidade Estatística do Maslach Burnout Inventory | 51 |
| Quadro 5.1. | Pontuações Mínimas e Máximas, Médias, Desvios-Padrão e Erros-Padrão da Escala de Inteligência Emocional e Respective Factores | 54 |
| Quadro 5.2. | Pontuações Mínimas e Máximas, Médias, Desvios-Padrão e Erros-Padrão das Subescalas do MBI | 55 |
| Quadro 5.3. | Correlações de Spearman entre a EIE e Factores Constituintes e o MBI | 57 |
| Quadro 5.4. | Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de IE em função do Género dos Participantes: Testes de Mann-Whitney | 58 |
| Quadro 5.5. | Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de EI em função das Classes Etárias dos Participantes: Testes de Kruskal-Wallis | 59 |
| Quadro 5.6. | Diferenças entre as Médias dos Factores de IE em Função das Classes Etárias dos Participantes: Testes de Comparação Múltipla | 60 |
| Quadro 5.7. | Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de IE em função do Estado Civil dos Participantes: Testes Univariados | 62 |
| Quadro 5.8. | Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de EI em função das Habilitações Académicas dos Participantes: Testes de Kruskal-Wallis | 63 |

| | |
|---|----|
| Quadro 5.9. Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de IE em função da Paternidade: Testes Univariados | 65 |
| Quadro 5.10. Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de EI em função do Tempo de Serviço dos Participantes em Hemodiálise: Testes de Kruskal-Wallis | 67 |
| Quadro 5.11. Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de IE em função da Exclusividade de Serviço dos Participantes: Testes Univariados | 68 |
| Quadro 5.12. Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de EI em função das Horas de Trabalho Semanal: Testes de Kruskal-Wallis | 69 |
| Quadro 5.13. Diferenças entre as Médias dos Factores de IE em Função das Horas de Trabalho Semanal: Testes de Comparação Múltipla | 70 |

Introdução

Desde o aparecimento do termo *burnout* para definir situações de stresse extremo relacionado com as profissões da relação de ajuda, que aparece associado à profissão de Enfermagem. A literatura é extensa no que se refere a avaliação de níveis de burnout em vários cenários, mas ainda não foi muito explorada a sua relação com a inteligência emocional (IE) em Enfermeiros de Hemodiálise. É neste contexto que surge este estudo, não só para clarificar a importância que a IE tem como protetora nas situações de burnout, mas como contributo para a promoção e desenvolvimento de competências emocionais no seio das organizações com elevados níveis de burnout. Como este último tem custos diretos e indiretos para as empresas, num contexto de crise mundial, em que a competitividade está no seu auge, interessa estar atento na prevenção das doenças profissionais, bem como na redução de custos evitáveis.

Sendo a inteligência emocional um construto alvo dos mais variados estudos que permite desenvolver as suas dimensões, interessa saber como estas se relacionam com as dimensões de burnout, não só para despiste precoce de perfis de IE que sejam mais propícios a esta síndrome, assim como para poder ser usada como ferramenta de gestão de recursos humanos, na vertente da promoção da saúde ocupacional e seleção de candidatos mais resistentes a esta síndrome. É neste contexto que este estudo pretende ter aplicabilidade prática, no seio das organizações.

Na enfermagem, hoje em dia, investe-se muito na vertente técnica da profissão, sendo a maioria das formações de carácter teórico/prático no desenvolvimento de competências técnico/científicas. Com este trabalho pretendemos demonstrar o interesse no desenvolvimento de competências emocionais, como ferramenta para promover a saúde ocupacional e prevenir as doenças relacionadas com a relação assistencial, diminuindo absentismo, aumentando produtividade e, assim, produzir impacto positivo financeiro nas organizações.

O objetivo geral deste trabalho é avaliar os níveis de inteligência emocional e de burnout, e a sua eventual relação, em enfermeiros de Unidades de Hemodiálise, e caracterizar o tipo de relação entre eles.

Como objetivos específicos, delineámos os seguintes:

- Avaliar os níveis de Inteligência emocional da amostra;
- Avaliar os níveis de burnout da amostra;

- Analisar como se relacionam entre si as dimensões de IE e o burnout;
- Conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo;
- Analisar como se relacionam as variáveis de caracterização da amostra com a IE;
- Contribuir para a validação do instrumento de medida e aprimorar as suas propriedades psicométricas (Escala de Inteligência Emocional, de Rego & Fernandes, 2005);
- Contribuir para trabalhos futuros dentro desta problemática.

De forma a suportar toda a estrutura empírica deste trabalho, dedicamos a primeira parte ao enquadramento teórico, onde abordamos, no primeiro capítulo, a Inteligência Emocional, onde é explicada uma breve perspectiva histórica do conceito e a importância dos conceitos dualistas da emoção e razão. Referimos a definição de IE segundo Salovey, Mayer e Caruso (2004), no qual nos inspiramos para este trabalho. Abordamos de uma forma sucinta alguns dos instrumentos de avaliação da IE mais pertinentes, bem como as competências emocionais intimamente relacionadas com a IE. O segundo capítulo é dedicado ao burnout, interessando-nos diferenciar as definições de Stresse e burnout para a conceptualização do construto, assentes na definição de burnout segundo Maslach (1982). No capítulo 3, fazemos referência ao conceito de Enfermagem e enfermeiro, baseado no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, seguindo-se uma abordagem sobre a Enfermagem e a IE, a Enfermagem e o Burnout e as especificidades da enfermagem no contexto da Hemodiálise.

Na segunda parte do trabalho, apresentamos os pontos relativos ao estudo empírico. No capítulo quarto, explanamos a conceptualização e metodologia geral do estudo, nomeadamente a elaboração do instrumento utilizado para recolha de dados. Trata-se de um questionário constituído por três partes. A primeira parte, apresenta a escala de avaliação de IE de Rego e Fernandes (2005), a segunda parte inclui a escala de avaliação de *Maslach Burnout Inventory*, elaborada por Maslach (1996, *cit. in* Delbrouck, 2006) e, a terceira parte, refere-se aos dados de caracterização da amostra. Este questionário foi aplicado aos Enfermeiros das duas clínicas de Hemodiálise da Eurodial (Leiria e Óbidos). No capítulo quinto, apresentamos os principais resultados obtidos na nossa pesquisa, que revelaram que participantes com maiores níveis IE são menos afetados pela síndrome de burnout. Os participantes femininos, inseridos na classe etária dos 31 aos 35 anos, com filhos e a trabalharem mais horas semanais, mostraram níveis mais elevados de IE. Adicionalmente, encontramos diferenças significativas entre as habilitações académicas e a *compreensão das emoções dos outros* e entre o *autocontrolo perante as críticas* e uma maior carga horária de

trabalho semanal. No capítulo sexto, apresentamos a discussão e conclusões do estudo, ressaltando a importância da formação na área da IE, quer na formação de base dos enfermeiros, quer no contexto profissional da saúde de forma a formar profissionais mais resistentes ao burnout. Ainda no capítulo sexto, referimos as limitações do estudo encontradas, nomeadamente as relacionadas com a escassez de estudos na área de Hemodiálise e com as condicionantes da amostra, impedindo a generalização e o fato de amostra poder ser considerada pequena. Terminamos com algumas sugestões para futuras investigações e aplicabilidade na área de Gestão de Recursos Humanos.

PARTE I

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Capítulo 1

1. Inteligência Emocional

Neste capítulo fazemos uma abordagem sucinta daquelas que serão as bases conceituais do nosso de trabalho, de forma a clarificarmos os conceitos. Para tal, numa primeira fase, falaremos da perspectiva histórica do termo e conceito de inteligência, ao que se segue a clarificação do termo emoção e da inteligência emocional (IE). De seguida abordaremos os instrumentos de avaliação, as competências da IE e a importância da IE como construto autónomo.

1.1. Perspetiva histórica da inteligência.

Desde a antiga Grécia que muitos são os estudos envolvendo a inteligência humana. Inicialmente, sempre valorizando que o pensamento racional seria superior à emoção (Mayer, Roberts, & Barsade, 2007).

Foi a partir do início do século XIX, que surgiram algumas correntes teóricas de definição de inteligência. Em 1904, Spearman (*cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009), sugeriu que a inteligência dependeria de um fator geral (g) que se correlacionava positivamente e que refletiria a “capacidade de raciocínio ou gênese do pensamento abstrato” (p. 2). Em 1938, surgiram críticas às ideias de Spearman. Thurstone (1938, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p.2), refere que a inteligência poderia apresentar várias vertentes: compreensão verbal, fluência verbal, aptidão numérica, visualização espacial, memória, raciocínio e velocidade perceptiva.

Posteriormente, Guilford (1967, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2) consegue decompor a inteligência em 150 fatores mas, só recentemente, Gardner, em 1995 (*cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2), cria a teoria das inteligências múltiplas, que justificaria as diferentes performances individuais, que vão desde a forma de raciocínio à resolução de problemas (Woyciekoski & Hutz, 2009). Em 1997, quando Sternberg (*cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2) referiu que a capacidade de pensar de forma abstrata seria a característica mais importante da inteligência, Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios (2001, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2) avançam com a ideia de que o raciocínio abstrato só seria

possível após a recepção de um *input* ou informação, que seria processado pelo sistema de forma diferente, dependendo das diferentes inteligências. Este input poderia ser apresentado de várias ordens: verbal, espacial, social, emocional, entre outras (Woyciekoski & Hutz, 2009).

Um dos primeiros autores a tentar alargar o conceito de inteligência para além das capacidades intelectuais, foi Thorndike (1936, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2) sugerindo que a inteligência social seria a capacidade de perceber os estados emocionais próprios e dos outros, os *motivos e comportamentos* e tomar decisões dependentes destas informações com eficácia.

Sternberg (1997, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p.3) defende que os seres humanos são seres fundamentalmente sociais, e que a boa adaptação ao meio social envolvente depende grandemente das emoções e do comportamento inteligente. Mayer e Salovey (1997) esquematizaram as inteligências como habilidades que permitem entender e resolver problemas, que envolvem o raciocínio sobre o abstrato (inteligência fluída), a forma como se armazena a informação na memória (inteligência cristalizada), a aprendizagem dirigida, a aquisição de informação através das componentes sensorial e perceptiva e a rapidez de processamento de informação.

1.2. Emoção e razão.

A crescente importância dada à inteligência emocional como um construto, passou pela definição de emoção (Rego & Fernandes, 2005). Já na antiga Grécia se acreditava que o pensamento lógico era superior aos sentimentos, uma vez que o pensamento lógico levava à concordância, enquanto os sentimentos levavam, na maioria das vezes, à discordância (Mayer et al., 2007) As emoções são vistas como respostas organizadas abrangendo vários subsistemas psicológicos, como o fisiológico, o cognitivo, o motivacional e experiencial, que emergem de uma avaliação de si próprio ou da situação (Mayer et al., 2007).

Smith e Lazarus (1990, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 3) referem que as emoções seriam respostas complexas de natureza psicológica e biológica e que envolveriam a inteligência e a motivação, assim como aspetos individuais da personalidade e do contexto social envolvente, que levariam a um acontecimento significativo na adaptação ao meio externo. Mayer e Salovey (1995, 1997) emergiram a ideia de que a emoção contribui para um pensamento mais inteligente; que a inteligência cognitiva facilita a percepção das emoções próprias e das dos outros e, na ausência desta interação, o indivíduo torna-se um ser social e emocionalmente incapaz. Assim Mayer e Salovey (1997) referem que as emoções são

respostas coordenadas que permitem a adaptação ao ambiente externo, através de experiências específicas e subjetivas, da ativação de cognições relevantes para as tomadas de decisões em relação a si próprio e ao ambiente, assim como a coordenação de respostas fisiológicas a estímulos externos, a avaliação contínua para a adaptação através da mudança. É neste contexto que surge a Inteligência Emocional.

1.3. Conceito de Inteligência emocional.

As primeiras referências científicas sobre inteligência emocional remontam os anos 60 e aparecem relacionadas com contextos de tratamentos de Psicoterapia, para promover a melhoria pessoal e social (Mayer et al., 2007), embora utilizada de forma incidental (Mayer, Salovey, & Caruso, 2004).

Durante a década de 80, alguns autores surgiram com o conceito das inteligências múltiplas, que já abordámos anteriormente (Gardner, 1983; Sternberg, 1985, *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 509,) e surgem alguns estudos sobre a emoção e a interação com os processos cognitivos e o seu relacionamento com a ascendência.

A inteligência emocional surge-nos, formalmente pela primeira vez, no início da década de 90, pelas mãos de Salovey e Mayer, embora o tema tenha sido popularizado por Daniel Goleman, em 1995, com a publicação de um livro com o mesmo nome. Assim, surge frequentemente o termo inteligência emocional, embora em vários contextos e sob várias formas (Mayer et al., 2007). Desta forma, surge, então, a necessidade de definir o conceito de inteligência emocional.

Mais tarde, Salovey e Mayer em conjunto com Caruso (2004), sugerem uma definição mais global do construto como sendo

... a capacidade de raciocinar sobre as emoções e a forma como a emoções potencializam o pensamento, incluindo a habilidade de perceber, aceder e gerar exatamente emoções, assim como ajudar o pensamento, compreender emoções e o conhecimento emocional, regular as emoções de forma refletida para promover o crescimento emocional e intelectual. (p. 197)

Desta definição, podemos salientar quatro competências que, segundo Rego e Fernandes (2005), constituem-se como a capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções, a capacidade de mobilizar sentimentos de forma a facilitar os processos cognitivos, a capacidade de compreensão e análise da informação emocional para usar o conhecimento emocional, e a capacidade de regular emoções para promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e intelectual.

Está demonstrado que, no contexto profissional, as competências intelectuais não são garantias de sucesso, mas apenas um aspeto que, em conjunto com as competências sociais e afetivas, levam à satisfação e à motivação no trabalho, permitindo desempenhos de alta qualidade e a resolução de problemas da equipa (Vasquez & Gutierrez, 2011). Mesmo no contexto organizacional, a IE ajuda na aquisição, disseminação e interpretação da informação organizacional, estimulando a aprendizagem no coletivo (Vasquez & Gutierrez). Estudos indicam que a IE está fortemente ligada à satisfação profissional e à intensão de rotatividade (Trivellas, Gerogiannis & Svarna, 2011).

Alguns estudos demonstram a importância da IE no contexto profissional. Por exemplo, Rosete e Ciarrochi (2005, *cit. in* Cherniss, Extein, Goleman & Weissberg, 2006, p. 241), encontraram uma relação significativa entre a IE e a liderança efetiva num grupo de executivos. Adicionalmente, a EI mostrou-se preditiva de elevado desempenho em 69 estudos (Rooy & Viswesvaran, 2004, *cit. in* Cherniss et al., 2006, p. 241), em todas as suas dimensões (Cavallo & Brienza, 2004, *cit. in* Cherniss et al., 2006, p. 241)

Estudar a IE significa focarmo-nos na habilidade em si mesma. O seu foco primal está relacionado com o raciocínio sobre emoções e como fazer uso destas para potenciar o pensamento (Mayer et al., 2007). Podemos ainda encontrar na literatura de Rego e Fernandes (2005, p. 5x) alguns argumentos de autonomização da IE, argumentados por Mayer e Salovey (1993, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 5x), como o fato de esta estar direcionada para a resolução emocional de problemas, e não para aspetos sociais, verbais e visuais, como a inteligência social e o fato de a IE envolver o processamento e a manipulação das emoções.

Em forma de resumo, Mayer e Salovey (2007) afirmam que a IE é uma capacidade que permite compreender e resolver problemas envolvendo:

- Uma gestão correta das respostas emocionais;
- A compreensão das emoções e os seus significados;
- A avaliação das emoções das situações;
- O uso da emoção para facilitar o raciocínio;
- A identificação das emoções nas expressões, nas vocalizações, na postura e noutros conteúdos.

Mais recentemente, surgem alguns autores que questionam e criticam a consistência científica da IE como construto autónomo. Mas Mayer et al. (2004; 2008) defendem que, para ser considerada uma inteligência autónoma, seria necessário o preenchimento de três critérios: 1) Ser operacionalizada como uma habilidade mental; 2) Ter de apresentar padrões de

correlação semelhantes às das outras inteligências conhecidas; e 3) Desenvolver-se com a idade. Assim, surge a necessidade de construção e validação de instrumentos de medida ou avaliação da IE.

1.4. Instrumentos de avaliação da IE.

Existem, genericamente tipificados, três tipos de abordagem e avaliação da IE (Mayer et al., 2007):

– *Abordagem das habilidades específicas:*

- a) Percepção emocional e identificação – em que o objetivo está relacionado com as competências que se pensam ser fundamentais na IE. Os indivíduos são convidados a identificar as emoções expressadas, havendo uma resposta mais “correta” para *scores* mais elevados de IE. Incluem-se nesta abordagem as escalas de DANVA (2-AF, 2-AP, e 2-POS) e o Teste de JACBART.
- b) Utilização de informação emocional no pensamento. Nesta abordagem, por exemplo, os indivíduos são convidados a dizer as cores de palavras neutrais, num segundo plano, a dizer cores de palavras com representações negativas ou desagradáveis e, numa terceira fase, serão utilizadas palavras positivas. É frequente responder o que está escrito em vez das cores. Níveis mais altos de IE estão relacionados com menos interferência com palavras emocionais.
- c) Raciocínio sobre as emoções e entendimento – avaliação emocional, rotulagem e linguagem. Os indivíduos são convidados a antecipar os seus sentimentos (e os de outra pessoa) perante determinadas situações, como a acontece na escala de LEAS. As respostas são pontuadas de acordo com a adequação das respostas e o grau de complexidade (diferença entre o sentimento o indivíduo e a resposta ao sentimento da outra pessoa).
- d) Autogestão das emoções, através da observação de comportamentos de crianças (Denham, 2003, *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 513), utilizando o método dos informadores.

– *Abordagem do Modelo Integrativo para IE:*

- a) Abordagem do conhecimento emocional de Izard (2001, *cit. in* Mayer et al., 2007, p.513). Abrange várias habilidades específicas, com focos na percepção das emoções e no seu entendimento. Pode ser utilizado em grupos mais

novos. Os indivíduos têm de fazer corresponder emoções a situações e identificar emoções nas faces.

- b) Modelo de IE de quatro ramos. Este modelo integra habilidades de quatro áreas: 1) a percepção exata das emoções, 2) o uso das emoções para facilitar o pensamento, 3) a compreensão das emoções; e 4) a gestão das emoções. Para esta abordagem têm sido utilizados vários instrumentos, como o MEIS (*Multibranch Emotional Intelligence*) e posteriormente, o MSCEIT (Mayer, Salovey e Caruso *Emotional Intelligence Scale*).

– *Abordagem do Modelo Misto para IE:*

Nesta abordagem são utilizadas definições mais amplas de IE, como a capacidade não cognitiva, capacidades e competências e inteligência emocional e/ou social (Bar-On, 1997, *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 514) e disposições do domínio da personalidade (Petrides & Furnham, 2003, *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 514), entre outros domínios.

Existem também instrumentos com outras variáveis incluídas, do domínio da Psicologia, como a tolerância ao *stress* (Izard, 2001, *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 513), a personalidade e a necessidade de realização (Mayer, 2005 *cit. in* Mayer et al., 2007, p. 514). Para abordar a IE significa focalizarmo-nos na habilidade em si mesma.

1.5. Competências emocionais.

Segundo Goleman, Boyatzis e McKee (2007), existe um conjunto de competências, ou aptidões, que operam em simultâneo no domínio da inteligência emocional: a autoconsciência, a autogestão, a consciência social e a gestão das relações. Estes domínios não são estanques nem independentes, necessitando de uma interpretação genérica, encontrando-se associados uns aos outros. A autoconsciência é o que nos permite perceber as nossas emoções e as dos outros, desenvolvendo a empatia e o autodomínio. Permite a gestão eficaz e emocional das relações com os outros. O uso da empatia e a escuta ativa (ouvir e compreender os outros) permite gerar a ressonância e a sincronização com os outros (Goleman et al, 2007).

Aos domínios da inteligência emocional estão associadas competências individuais, quer sejam elas pessoais ou individuais (Goleman, et al., 2007, p. 59):

São competências pessoais:

Autoconsciência – engloba a autoconsciência emocional, que permite usar de forma instintiva as emoções para tomar decisões; a autoavaliação, que permite, de uma forma

autoscópica, reconhecer as suas capacidades e limites; e a autoconfiança, que se traduz por ter a noção do seu valor e competências.

Autogestão - está relacionada com o autodomínio emocional (permite controlar as emoções negativas e a impulsividade); com a transparência, mostrando a honestidade e a integridade; com a capacidade de adaptação, que está relacionada com a flexibilidade na adaptação à mudança; com a capacidade de realização, o demonstrando motivação para otimizar os padrões pessoais de qualidade e excelência; e com a capacidade de iniciativa e o otimismo.

São Competências sociais:

Consciência Social - como a empatia, que permite perceber e compreender os outros; a consciência organizacional, que permite perceber a filosofia das organizações; e o espírito de serviço, que permite dar resposta às solicitações dos colaboradores e clientes.

Gestão das Relações - em que podemos englobar a liderança inspiradora, que motiva e orienta os colaboradores; a influência da capacidade de persuasão; a capacidade de desenvolver os outros, vista como um catalisador da mudança, que permite influenciar os outros e a tomada de iniciativa; a gestão de conflitos, necessária para resolver divergências e confrontos, criar laços, promover a interação emocional com as pessoas e, por fim, desenvolver espírito de equipa e colaboração.

Goleman et al. (2007) afirmam que as competências em IE não são inatas, mas antes capacidades aprendidas que podem ser ensinadas e desenvolvidas. Kunnannatt (2008) defende que para que os gestores de recursos humanos aumentem o potencial de IE nos seus colaboradores, as áreas a trabalhar são essencialmente a autoconsciência e a autorregulação, assim como a consciência social e a influência social. Este autor acredita que um programa de treino rigoroso consegue melhorar as primeiras três dimensões. Contudo, a influência social depende de muitas variáveis externas.

Perante o que foi posto e visto a importância da inteligência emocional no seio das relações profissionais, abordaremos, no Capítulo 2, o conceito de Burnout.

Capítulo 2

2. Burnout

Neste capítulo pretende-se continuar a abordagem sucinta da conceptualização do nosso trabalho, clarificando o conceito de burnout, o qual nos serviu de base teórica. Para tal, numa primeira fase falaremos da perspetiva histórica do termo e conceito de burnout, seguindo-se a abordagem dos instrumentos de avaliação e das dimensões de burnout.

2.1. Conceptualização do construto.

Historicamente, o termo Burnout surgiu em 1974, pela mão de Freudenberger, num artigo denominado “Staff burn-out”, publicado no *Journal of Social Issues*. A partir dessa altura, surgiu o interesse sobre esta temática, começando a desenvolver-se estudos nesta área (Benevides-Pereira, 2002). Contudo, interessa clarificar a diferença entre stresse e *burnout*, embora sejam conceitos intimamente ligados.

2.1.1. Definição de stresse.

O stress é um fenómeno importantíssimo para a nossa sobrevivência. Representa um conjunto de reações fisiológicas, psicológicas e emocionais que permitem a adaptação do organismo ao meio, procurando a homeostasia, ou seja, ao equilíbrio dinâmico do organismo a qualquer alteração do ambiente interno ou externo (Loff, 1996; Dewey, 2007).

É neste contexto, e importando da física o termo stress (que define a tensão e o desgaste a que estão expostos os materiais), que Selye (1956) descreveu um processo de adaptação do organismo a uma fonte *stressora* e chamou-lhe “Síndrome Geral de Adaptação”. Nesta descrição, o autor supracitado referia que a reação do organismo ao stress seguia três fases interdependentes:

- 1ª fase: *Fase de alarme* – Contacto com o “agressor” interno ou externo, real ou fictício, mas percebido como real. Toda a energia é mobilizada para os órgãos de defesa, ataque ou fuga - é uma questão de sobrevivência. Dão-se reacções fisiológicas importantes, como a dilatação das pupilas; a segregação da

noradrenalina, produzida nas glândulas supra-renais, a libertação de açúcar pelo fígado (fígado libera o açúcar armazenado para que este seja usado pelos músculos); a redistribuição da reserva sanguínea da pele e das vísceras para os músculos e para o cérebro, entre outras. Se o estímulo persistir, ou se o organismo não conseguir garantir a homeostasia, segue-se a 2ª fase.

- 2ª fase: *Fase de resistência* – em que persistem os mecanismos fisiológicos da fase anterior, tentando adaptar-se à situação vivenciada. Começam-se a fazer notar sinais de desgaste físico e psicológico, devido ao gasto de energia arrastado. Se a situação se mantiver, passamos à fase seguinte;
- 3ª fase: *Fase de exaustão ou esgotamento* – onde existe uma sintomatologia física e psicológica arrastada devido a um prolongamento do estado de alerta. Os sintomas mais comuns são: doenças oportunistas derivadas da diminuição da imunidade, intoxicações, distúrbios gastrointestinais, alteração de peso, depressão, ansiedade, fobias, hiperatividade, alterações no sono, sintomas cognitivos como dificuldade de aprendizagem, lapsos de memória, dificuldade de concentração, alterações no comportamento sexual e infertilidade.

O prolongamento do stress ocupacional, leva ao burnout, que é caracterizado como um processo que se desenvolve com o tempo e relaciona-se com o esgotamento dos recursos internos do indivíduo (Malach & Schaufeli, 1993, *cit. in* Melo, Gomes, & Cruz, 1999, p. 596).

2.1.2. Definição de burnout.

Durante os anos de 70, alguns autores, nomeadamente Maslach e Freudenberg (*cit. in* Melo et al., 1999, p. 596), começam a apresentar artigos sobre o fenómeno do burnout, que definem como o esgotamento emocional e a perda de motivação e de comprometimento por partes dos indivíduos que outrora eram vistos com comportamentos desviantes.

A definição do conceito de burnout (ou síndrome de exaustão) aparece-nos em 1980, por Freudenberg, Médico Psicanalista, remetendo-nos para um “esgotamento emocional e perda de motivação e comprometimento” (Melo et al., 1999, p. 596) causados por um “excessivo desgaste de energia e recursos” (Carlotto & Câmara, 2004, p. 499). Maslach (1982, *cit. in* Mendes, 1996, p. 62) define o burnout como sendo “uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal, que pode ocorrer em indivíduos que trabalham com pessoas”.

Este conceito engloba mas transcende o stress profissional e é característico da relação de ajuda e da empatia, estando os profissionais das áreas relacionais mais susceptíveis, como acontece no caso da enfermagem (Mendes, 1996). Para Maslach e Schaufeli (*cit. in* Melo et al., 1999, p. 596), o burnout é um prolongamento do stress ocupacional, em que as reservas e os recursos do indivíduo estão esgotados, havendo autores que propõem o seu estudo como processo (Leiter, 1993, *cit. in* Melo et al., 1999, p. 597). Desta forma, o burnout aparece como um fenómeno consequente da actividade profissional (Maslach & Schaufeli, 1993, *cit. in* Melo et al., 1999, p. 597).

Segundo Maslach e Jackson (1982, *cit. in* Delbrouck, 2006, p. 49) a síndrome de exaustão é constituída por fases consecutivas e evolutivas, que permitem definir e diferenciá-lo de outras síndromes. São elas: o esgotamento emocional, a desumanização da relação como o outro e o sentimento de insucesso profissional ou diminuição da realização pessoal.

Também Delbrouck (2006) define fases para o desenvolvimento da exaustão. Estas fases são importantes para o despiste precoce do colaborador candidato à exaustão. Devemos estar atentos ao entusiasmo idealista, em que o colaborador vive obsessivamente o trabalho, não traduzindo contudo ganhos em eficácia. Segue-se a estagnação e a perda de significado totalitário do trabalho. A frustração aparece, a apatia instala-se e inicia-se um ciclo de frustração total.

Assim, existem três níveis de análise, que se devem ter em conta: a intrapessoal, a profissional ou organizacional e a social. É no contexto intrapessoal que Freudenberg, citado por Delbrouck (2006, p. 170) refere que o burnout é a doença do ideal e que “atinge pessoas que se envolvem a fundo em tudo o que fazem, que durante muito tempo obtêm com isso uma profunda satisfação e que, até então, testemunhavam energia de sobra”. Estes indivíduos apresentam um ideal de ego que não corresponde às suas verdadeiras personalidades. Parece haver a opção pelo ideal do ego, apelidada de primeiras vozes. Os verdadeiros desejos dos indivíduos são camuflados pela relação de ajuda e pela satisfação de fazer bem (Freudenberg, 1974, *cit. in* Delbrouck, 2006, p. 170). Ao nível profissional e organizacional, segundo Claix-Simon (2006), os hospitais, assim como qualquer outra organização, fomentam um envolvimento intenso dos trabalhadores na melhoria contínua, com o objectivo da excelência em situações exigentes. Sabemos que a sobrecarga de trabalho, as dificuldades de comunicação, o envolvimento psíquico e emocional, o *rollement* e a intensificação do trabalho estão na génese da sobrecarga. A desvalorização por parte dos superiores hierárquicos, a falta de participação na tomada de decisões e a baixa autonomia são os factores que, embora nomeados pelo autor, mais se aplicam ao contexto da enfermagem.

Ao nível social, estamos inseridos numa sociedade que persegue os ideais da excelência e da realização pessoal. Aliado ao facto de os recursos serem cada vez mais escassos, levando a que cada vez haja uma maior carga de trabalho e menos profissionais ao serviço das organizações, a sociedade envelhecida procura muito mais cuidados de saúde e de enfermagem, mas não aumentam os efectivos (Claix-Simon, 2006).

Assim, serve-nos de base conceptual a definição de burnout proposta por Maslach (Maroco & Tecedor, 2009, p. 227), que o caracterizam como uma “resposta prolongada no tempo a stressores interpessoais crónicos no trabalho de indivíduos que trabalham com pessoas”. Esta definição é composta por três dimensões-chave: 1) A exaustão que se refere à “sobresolicitação ou esgotamento de recursos emocionais, morais e psicológicos da pessoa” (p. 227); 2) a despersonalização, que caracteriza o distanciamento afetivo ou a indiferença emocional em relação aos outros, nomeadamente aqueles que são a razão de ser do seu trabalho; e 3) a realização pessoal, vista como a “diminuição dos sentimentos de competência e de prazer relacionados ao desempenho da actividade profissional” (p. 227).

Segundo Delbrouck (2006, p. 49), o burnout é considerado como a *doença da relação de ajuda*. A profissão de Enfermagem é, assim, considerada como uma ocupação de alto risco, devido a vários fatores, tais como as características individuais, as características do trabalho, da organização, da vida familiar e a influência da estrutura social (Chan, Lai, Ko, & Boey, 2000, *cit. in* Gomes, Cabanelas, Macedo, Pinto, & Pinheiro, 2008, p. 178).

O termo burnout foi refletindo, ao longo dos tempos, as mudanças sociais e culturais das sociedades em que foi alvo de interesse. Mesmo a própria definição de burnout varia de acordo com o contexto ou com a intenção de quem usa o termo (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009). O interesse pelo burnout aparece relacionado com o desenvolvimento económico dos países, sugerindo que a rápida globalização, a privatização e a liberalização provocam alterações na vida laboral, obrigando à os trabalhadores à aprendizagem permanente de novas competências que lhes permitam a adaptação às novas formas de trabalho, pautadas por elevados níveis de produtividade e de qualidade do trabalho desempenhado (Schaufeli et al., 2009).

No próximo capítulo abordamos a conceptualização e enquadramento da Enfermagem, no âmbito deste trabalho.

Capítulo 3

3. Enfermagem

A enfermagem constitui, juntamente com os outros conceitos já referidos, a base conceptual em que assenta esta investigação. Importa referir o conceito e o contexto atual, abordando a referência legal da profissão, bem como algumas particularidades da Enfermagem em Hemodiálise.

3.1. Conceitos.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril, Artigo 4º), define-se a enfermagem como uma

profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (p. 2960)

Segundo o mesmo Regulamento, o Enfermeiro é tido como

o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. (p. 2960)

Os cuidados de enfermagem são as “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (REPE, 1996). Ainda segundo o REPE (1996), no Artigo 5.º, p. 2960, os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- 1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- 2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;
- 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui:

- a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
 - b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta;
 - c) A formulação do diagnóstico de enfermagem;
 - d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
 - e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;
 - f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- 4) Englobarem, de acordo com o grau de dependência do utente, as seguintes formas de atuação:
- a) Fazer por substituir a competência funcional em que o utente esteja totalmente incapacitado;
 - b) Ajudar a completar a competência funcional em que o utente esteja parcialmente incapacitado;
 - c) Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamento para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correções necessárias;
 - d) Encaminhar, orientando para os recursos adequados, em função dos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro;
 - e) Avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação. (p. 296)

De acordo com o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro, passa a ser integrada no ensino politécnico a formação em enfermagem, aparecendo como curso de licenciatura de base. Para além desta formação estão contemplados, no mesmo Decreto-Lei, cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem não conferentes de grau académico, que asseguram a aquisição de competências numa área específica da enfermagem.

Uma vez assegurado o grau de licenciatura, de acordo com o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (p. 2247), podem também candidatar-se ao grau de mestre os “titulares do grau de licenciado ou equivalente legal”.

O REPE – D.L. n.º 161/96 de 4/9, reforça a conduta de valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados, baseada na igualdade, na reciprocidade e nas relações, marcando o início de uma nova época na profissão de enfermagem.

Em 1998, foi criada a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril) que definiu as competências científicas e técnicas dos enfermeiros dos cuidados gerais, com

base no enquadramento jurídico da profissão. Ao enfermeiro especialista confere a competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados especializados na área clínica da respetiva especialidade.

Após o enquadramento das competências legalmente reconhecidas da profissão, abordaremos de seguida as competências emocionais, que consideramos de interesse para a investigação desenvolvida.

3.2. Enfermagem e a inteligência emocional.

A pesquisa das emoções relacionadas com os cuidados de saúde tem sido categorizada em duas áreas: a pesquisa relacionada com o trabalho emocional (Larso & Yao, 2005, *cit. in* Trivellas et al., 2011, p. 1) e a pesquisa relacionada com a inteligência emocional (Goleman, 1997). O estudo da inteligência emocional tem tido um papel preponderante no contexto da profissão de enfermagem e nos cuidados de saúde, podendo estar intimamente relacionado com a satisfação no trabalho, os resultados obtidos (cuidados prestados) e a intenção de rotatividade (Trivellas et al., 2011).

McQueen (2004) refere que a inteligência emocional parece ser relevante no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que se reveste de grande importância para os profissionais desta área. Permite melhorar a perceção da perspectiva dos utentes, e permite aos enfermeiros-chefes melhorar o relacionamento com os colaboradores, sendo um elemento facilitador da gestão das pessoas.

As competências relacionadas com a IE no contexto da enfermagem facilitam o relacionamento com os outros (pacientes e equipa de saúde) e determinam o sucesso social (Goleman, 1997). Na sua vertente interpessoal, os enfermeiros interpretam e percebem os sentimentos dos utentes, entendem os motivos e as suas preocupações, e usam a empatia na relação de ajuda (Goleman, 1997).

Rogers (1983, p. 43) define relação de ajuda “como uma situação na qual um dos participantes procura promover, numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo”. A relação de ajuda facilitadora e adequada terá de ser criada por uma pessoa psicologicamente desenvolvida. A capacidade de criar relações desenvolve-se com o tempo e com a experiência em direção à maturidade (Roger, 1983), assim como a inteligência emocional (Veiga Branco, 2004). Também Collière (1987, *cit. in* Lazure, 1994, p. 7), refere que:

A conceção de ajuda que a profissão de enfermagem herdou do seu passado religioso e médico é muito mais difícil de viver para o cliente e para a enfermeira: coloca muitas vezes aquele que cuida na situação de ajudar os outros, sem que ele próprio tenha ultrapassado algumas etapas de vida de adulto que lhe possibilitem conjugar a experiência e formação; a conceção de ajuda deixa transparecer que aquele que presta cuidados detém um conhecimento superior ao daquele que os recebe “(...)”, sem ter em conta a intenção individual.

Segundo Chalifour (1989), na relação de ajuda em enfermagem existe uma interação e partilha, implicando a abertura mútua em que cada um aceita influenciar e ser influenciado, dar e receber. Esta interação pressupõe que o enfermeiro adote uma forma de estar que permita comunicar em função daquele que é o seu objetivo, sempre focalizado nas necessidades do cliente e estando ciente de qual o seu papel. Neste contexto, o autor define a relação de ajuda como uma “interação particular entre duas pessoas, a enfermeira e o paciente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo último”(Chalifour, 1989, p. 18).

Hartrick (1997) entende que a enfermagem é a relação que terá lugar no relacionamento partilhado de uma situação entre duas (ou mais) pessoas, na qual a perícia da prática interpessoal é determinada pelo que acontece entre enfermeiro e a pessoa que necessita de ajuda. Adicionalmente, defende que o relacionamento é o princípio da prática de enfermagem, requerendo a expressão e o reconhecimento das competências relacionais.

Gardner (1993, *cit. in* Woyciekoski & Hutz, 2009, p. 2) no contexto das inteligências sociais, já abordadas no 1º Capítulo, realça a importância das competências organizacionais e de negociação para a cooperação entre os enfermeiros e com a equipa multidisciplinar. Segundo Burnard (1994, *cit. in* McQueen, 2004, p. 102) a inteligência intrapessoal é também importante na relação empática com os utentes, assim como no desenvolvimento de competências de aconselhamento. Os enfermeiros devem desenvolver competências autorreflexivas para melhorarem a consciência dos seus valores e preconceitos. Qualquer tipo de preconceito deve ser colocado de lado, de forma a ajudar os utentes e a tomar as decisões mais apropriadas ao contexto terapêutico. Alguns autores (e.g., Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes & Wendorf, 2001, *cit. in* McQueen, 2004, p. 103) afirmam que scores maiores de IE demonstram melhores competências de interação, maior cooperação e relacionamentos mais próximos.

Na formação básica atual em enfermagem, os enfermeiros são encorajados a controlar as suas emoções e manterem uma barreira profissional, que poderá conferir alguma proteção em relação aos problemas emocionais dos utentes (Menzies, 1960, *cit. in* McQueen, 2004, p.

103). A abordagem ao tratamento do utente é valorizada na sua vertente física ou fisiológica, mantendo sempre o distanciamento emocional necessário. Contudo, mais recentemente, começa a ser valorizado o compromisso e o envolvimento do profissional (Williams, 2000, *cit. in* McQueen, 2004, p. 103), surgindo uma nova perspetiva que se prende com uma relação de parceria entre o enfermeiro e o paciente, onde é privilegiado um sistema de comunicação mais aberto (Savage, 1990, *cit. in* McQueen, p. 103).

Também Benner (1984, *cit. in* McQueen, 2004, p. 103) reforça a importância da aproximação holística ao paciente, na sua vertente da satisfação das necessidades psicológicas, sociais e espirituais, defendendo que, para tal, terá que existir uma relação próxima e a continuidade de cuidados. McQueen (2004) refere que para estimular a parceria nos cuidados de saúde é necessária uma comunicação aberta e um entendimento mútuo, podendo ser um elemento facilitador a existência de uma boa ligação entre o paciente e o profissional de saúde.

Conhecer os pacientes ajuda os enfermeiros a interpretar as suas preocupações e antecipar as necessidades deste e leva à realização profissional (Lutker, Austin, Caress & Hallett, 2000, *cit. in* McQueen, 2004, p.103). Perante este cenário, os enfermeiros estão mais expostos ao stress emocional e físico dos pacientes, com o qual têm de lidar como parte integrante do seu trabalho (McQueen, 2004).

Vários autores sugerem que a IE é fundamental para a construir, alimentar e sustentar o exigente trabalho emocional que é pedido aos enfermeiros no cumprimento do seu dever, em interação com os pacientes (McQueen, 2004). Espera-se que os enfermeiros tenham não só a competência profissional, mas também a sensibilidade para lidar com a ansiedade e vulnerabilidade. A IE é uma importante forma de sensibilidade (Akerjordet & Severinson, 2004, *cit. in* Rego, Godinho, McQueen & Cunha, 2009, p. 3).

Os enfermeiros emocionalmente inteligentes estão conscientes das suas próprias necessidades de amor, das necessidades de amor dos seus pacientes e as necessidades individuais de alcança-lo. As intervenções dos enfermeiros são influenciadas pela aptidão mestre de IE, mas não são suficientes para a prática, sem considerar o fator humano. (Freshwater and Sticklely, 2004).

A enfermagem é maioritariamente de natureza relacional, com significado emocional intenso e de trabalho (McQueen, 2004). As exigências na Enfermagem são muitas, aprender a lidar com a dor e sofrimentos dos outros, morte, más condições laborais, ordenados baixos, e pouco reconhecimento (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007, *cit. in* Carlotto, 2011, p.9).

De acordo com o instrumento de trabalho que vamos utilizar no estudo empírico, importa falar de cada dimensão da escala e de que formas estão relacionadas com o trabalho de enfermagem: sensibilidade emocional, empatia, compreensão das emoções próprias, auto-encorajamento, compreensão das emoções dos outros e autocontrole emocional (Rego & Fernandes, 2005).

Autocontrole perante as críticas – Os enfermeiros precisam de responder a varias situações sem ser emocionalmente subjugados por elas (Vitello-Cicciu, 2003, *cit. in* Rego et al., 2009, p.4). Pode ser uma competência importante na gestão dos conflitos entre paciente e enfermeiro. Enfermeiros com grande autocontrole perante as críticas são mais capazes de ouvir os pacientes e as suas ideias, circunstancias e preocupações, desenvolve conversas sociais que promovem a proximidade com o paciente, aprende com o paciente, disposto a discutir preocupações do paciente, demonstra preocupação pelo paciente, e usa um tom de voz amigável e age de forma simpática (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p. 4).

Empatia- Os enfermeiros mais empáticos conseguem identificar os sentimentos e o estado de humor nos pacientes, mesmo na ausência de comportamentos explícitos (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5).

São capazes de perceber melhor as necessidades dos pacientes, trata-los com indivíduos únicos e estar ligados às experiencias dos pacientes, tratar dos pacientes como sujeitos e não como objetos, e lidar corretamente com os sentimentos, preocupações e necessidades (Godkin, 2001, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Na presença de enfermeiros mais empáticos, os pacientes estão mais inclinados a partilhar os seus sentimentos, sensações e preocupações. Os enfermeiros vêem o seu trabalho facilitado ao conseguir perceber as perspetivas, necessidades dos pacientes e a responder de forma apropriada (Khatri, Halbesleben, Petroski & Mayer 2007, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Enfermeiros empáticos contribuem para a excelência no exercício da enfermagem.

Compreensões das emoções próprias - Quando os enfermeiros reconhecem as suas próprias emoções, estão mais capacitados a exercer uma restrição contra as emoções negativas que estão a experienciar. Tendo consciência da gestão das suas emoções, conseguem mais facilmente perceber quais das decisões certas e errada, na tomada de decisão (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Também é mais provável ganhar a confiança e respeito dos pacientes, que favorece a abertura e facilita a comunicação entre eles, alem de contribuir para adesão terapêutica. Os enfermeiros estão mais conectados e envolvidos nas experiencias dos pacientes (Godkin, 2001, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Por outro lado se os

enfermeiros não conseguem perceber que estão frustrados, desgostosos, furiosos ou tristes perante a situação do paciente, são menos capazes de controlar a expressão das emoções, com efeitos, potencialmente negativos no paciente (McQueen, 2004). Os enfermeiros são aconselhados a manter as suas emoções controladas e equilibradas e esta competência emocional pode contribuir para tal (Rozell, Pettijohn & Parker, 2006, *cit. in* Rego et al., 2009, p.4).

Auto encorajamento – Enfermeiros com capacidade de auto-encorajamento tendem a ser mais perseverantes a enfrentar dificuldades, mais persistentes a dar suporte emocional aos pacientes e mais otimista no meio dos problemas e na transmissão das suas emoções positivas aos pacientes explícitos (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p.4). É também provável que estejam mais motivados para aprender e experienciar novas abordagens e soluções sem medo de falhar explícitos (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p.4). Visto a enfermagem ser maioritariamente uma profissão relacional, é provável que enfermeiros mais auto-encorajados, se mantenham focalizados nas necessidades dos pacientes, encorajar os pacientes a falar dos seus problemas, a procurar diferentes soluções para lidar com as suas preocupações e problemas, e preservar uma relação positiva e de abertura para um fluxo mútuo emocional (Green, 2004; Wolf, Giardino, Osborne & Ambrose, 1994, *cit. in* Rego et al., 2009).

Compreensão das emoções dos outros- Ao compreender as emoções dos pacientes, os enfermeiros estão mais capacitados a entender os valores, preocupações, desespero interior, e a revelar um interesse ativo nas suas preocupações e a ser mais compassivo (Akerjordet & Severinsson, 2004, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Estão mais capacitados a ajustar os cuidados para o humor e sentimentos do paciente e adotar uma comunicação apropriada, que pode contribuir para levantar a moral, e advertir que os estados de espírito negativos podem piorar a situação. Estão mais habilitados para respeitar o paciente com ser único, estar conectado às experiências dos pacientes, sentir as emoções para além do que é dito, para além dos valores científicos, e ver um paciente como um todo, e a cuidar de cada paciente de forma individualizada (Bruton & Beaman, 2000, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Desta forma os enfermeiros mais compreensivos sobre as emoções dos pacientes levam a práticas de enfermagem de excelência.

Autocontrolo emocional – Enfermeiros com as emoções auto-controladas conseguem manter emoções e impulsos disruptivos sob controlo, na presença de pacientes infelizes, confusos, com raiva, tristes e com sentimentos de aversão. O cuidar pressupõe trabalho emocional na interação com o paciente, de forma a valorizar a expressão de emoções

desejadas e a suprimir as indesejadas, na transação interpessoal (Vitello-Cicciu, 2003 *cit. in* Rego et al., 2009, p.5). Os enfermeiros com grande auto-controlo emocional são mais capazes de demonstrar interesse de uma forma mais relaxada, confortável, escutar os pontos de vista dos pacientes e suas preocupações, de permanecer em silêncio, se necessário, de ouvir as queixas dos pacientes e responder com sensibilidade (Godkin, 2001, *cit. in* Rego et al., 2009, p.5).

Na Enfermagem, como em qualquer outra profissão, “expressar as emoções ou opiniões, resulta num produto cultural, que pode ser essencial para o desenvolvimento do sujeito” Veiga Branco (2004, p. 41). Estudos indicam que a IE está diretamente ligada à satisfação profissional e inversamente relacionada com intensão de rotatividade na profissão de enfermagem (Trivellas et al., 2011). Desta forma a implementação de programas de desenvolvimento de Inteligência Emocional, melhoram efetivamente o desenvolvimento de competências emocionais (Hermossell, Romero & Martins, 2012), que deveriam ser considerados no contexto formativo da Enfermagem.

Segundo Rego et al. (2009) a peculiaridade da profissão de enfermagem remete-nos para uma complexa interação com as dimensões da IE. Alguns exemplos referidos pelo autor, como o fato de os enfermeiros com elevada empatia e elevado autocontrolo emocional, poder ser prejudicial aos pacientes na prestação dos cuidados de enfermagem. Uma grande empatia pode ser prejudicial na prestação de cuidados caso os enfermeiros não sejam suficientemente auto encorajadores e persistentes a dar apoio emocional e explicações aos pacientes com quem desenvolveram uma relação terapêutica.

Cuidar é hoje, e continuará a ser no futuro, o fulcro da prática da enfermagem. Por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interação pessoal será, sem dúvida, fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e para a maximização do bem-estar dos indivíduos, suas famílias e comunidades onde se inserem (Hennezel, 1997, p. 173). O enfermeiro vai, assim, desenvolvendo formas de se relacionar com as experiências emocionais no decurso da sua vida profissional. A própria maturidade desenvolve-se com as experiências de vida e com as vivências, que vão servindo de referência a situações futuras (Diogo, 2006).

3.3. Enfermagem e burnout.

O Burnout é considerado como um fenómeno essencialmente social, traduzindo muito do que é a sociedade atual, com traços fortes nos setores de trabalho mais críticos, como os assistenciais (Cebria-Andeu, 2005, *cit. in* Carlotto, 2011, p. 8). Segundo Jodas e Haddad

(2009), a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante, tendo o burnout sido intimamente ligado ao risco aumentado de erro clínico e a cuidados de saúde de menor qualidade. O erro clínico pode ser não apenas a causa como a consequência do stress, sendo a sua relação com o burnout não tão linear como inicialmente poderia parecer (Mizrahi, 1984, *cit. in* Montgomery, Panagopoulou, Kehoe, & Valkanos, 2011, p.114). Segundo Montgomery et al. (2011), o burnout é o elo de ligação entre a cultura organizacional hospitalar e a qualidade dos cuidados de saúde, não só pelos resultados relativos aos doentes (cuidados sub-óptimos, erros clínicos e segurança do doente), como nos resultados dos clínicos (saúde dos profissionais, abuso de substâncias e a auto-medicação), refletindo-se no *Benchmarking* da performance hospitalar (através da aprendizagem organizacional, da resolução de problemas, da satisfação dos utentes e no desenvolvimento de competências).

Veiga Branco (2004) acrescenta que os contextos de trabalho de enfermagem apresentam, de uma forma genérica, um misto de sentimentos mais ou menos intensos e complexos, que obrigam uma constante reflexão/acção de adaptação com a realidade, levando a um continuado desgaste entre os sentimentos de frustração e os de competência, devido a situações como os fenómenos de burnout, a dificuldade no domínio da inter e transdisciplinariedade intra e inter equipa, a desadequação entre as necessidades institucionais e as necessidades dos utentes, a prática do pluriemprego e o método individual de trabalho *versus* trabalho em equipa. Maslach e Leiter (1997, *cit. in* Queirós, 2005, p. 49) referem seis fontes de burnout na enfermagem: 1) a carga excessiva de trabalho; 2) a falta de controlo; 3) baixos salários; 4) a falta de equidade e justiça; 5) a fadiga; e 6) a fragmentação das relações interpessoais e conflitos de valor. Estas fontes foram também identificadas por Meneghini, Paz e Lautert (2011). Mais uma vez, serão estes os fatores que levam à sensação em que os recursos emocionais estão esgotados, em que a característica principal é uma mudança do ponto de vista individual sobre as outras pessoas, o qual passa de positivo e preocupado para negativo e negligente. (Maslach, 1981; 1982, *cit. in* Queirós, 2005, p. 29).

Os profissionais de enfermagem passam a evidenciar sentimentos negativos, ausência de simpatia ou de respeito pelos doentes (Mendonça, 1993, *cit. in* Queirós, 2005, p. 29), sendo que a comunicação com estes passa a fazer-se de forma impessoal (Lempp, 1995, *cit. in* Queirós, 2005, p. 29). Estas características são sintomáticas da despersonalização do profissional de saúde para com os seus pacientes.

Num estudo realizado sobre esgotamento emocional, com enfermeiras em unidades de internamento (Goleman, 2005), ficou provada uma relação direta entre a presença de sintomas

clássicos de esgotamento nas enfermeiras (como alheamento, cansaço e frustração com as condições de trabalho) e a insatisfação dos doentes em relação ao seu internamento. Quanto maior a satisfação das enfermeiras com o seu trabalho, melhor a classificação dos cuidados clínicos em geral por parte dos doentes. Outro estudo que incluiu doze mil trabalhadores dos cuidados de saúde, revelou que os departamentos e hospitais em que o pessoal mais se queixava de stress no trabalho apresentavam as taxas mais elevadas de processos por erros médicos (Goleman, 2005) e elevados níveis de rotatividade (Leiter & Maslach, 2009).

Equipas de enfermagem com níveis elevados de burnout são menos produtivas e tendem a apresentar uma menor qualidade no atendimento ao cliente (Schmitz, Neumann, & Oppermann, 2000, *cit. in* Carlotto, 2011, p. 11), o que leva a resultados organizacionais negativos, ao absentismo e à deterioração do desempenho profissional, com repercussões ao nível sociofamiliar (Hewage & Fonseka, 2009, *cit. in* Carlotto, 2011, p. 11).

3.4. Enfermagem em hemodiálise.

Os doentes insuficientes renais crónicos em programa regular de hemodiálise constituem, neste momento, um grupo especial de doentes com necessidades de cuidados de enfermagem especializados. Segundo a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN), no relatório final de 2011, em Portugal existiam 17533 doentes insuficientes renais crónicos (IRC), na sua maioria inseridos em programas regulares de hemodiálise (59.3%). Só em 2011 iniciaram tratamento de substituição da função renal, 2391 novos doentes. Ao todo, Portugal apresenta 120 centros/clínicas de hemodiálise, maioritariamente no setor privado (SPN, 2012). Cada doente IRC em programa de hemodiálise custa ao estado Português, por semana, 470,09€ (Diário da República, Despacho n.º 10569/2011, p. 34667), representando um peso orçamental significativo.

3.4.1. Insuficiência renal crónica.

A insuficiência renal crónica, como o próprio nome nos remete, consiste na perda gradual e irreversível da função renal, tendo, no contexto social atual, um grande impacto devido ao número crescente de indivíduos portadores desta doença. O aumento da esperança média de vida e uma população mais envelhecida, propiciam o desenvolvimento de doenças crónicas, tais como a Diabetes e a Hipertensão, que são algumas das causas secundárias mais frequentes de doença renal (Fermi, 2010).

A *National Kidney Foundation* (NKF) e *Kidney Disease Outcomes Quality Initiative* (KDOQI) definem cinco estádios específicos com base no cálculo da Taxa de Filtração

Glomerular (TFG), calculada pela *Clearance* de creatinina ou estimada por meio de fórmulas (Cockcroft Gault ou MDRD). No primeiro estágio, temos uma TFG normal ou ligeiramente aumentada com TFG superior ou igual a $90 \text{ ml/min/1.72m}^2$, sem grande implicação nos valores laboratoriais ou mesmo em termos de sintomatologia do doente. No segundo estágio, já existe dano renal, com impacto na diminuição da TFG, a qual apresenta valores entre os 60 e $89 \text{ ml/min/1.72m}^2$, embora ainda sem sintomatologia clínica. No terceiro estágio, existe uma lesão renal moderada, refletindo-se na TFG com valores entre os 30 e os $59 \text{ ml/min/1.72m}^2$. Clinicamente com algumas nuances, como anemia e poliúria. No quarto estágio, a TFG apresenta valores entre os 15 e os $29 \text{ ml/min/1.72m}^2$, existe sintomatologia clínica mais acentuada relacionada com os níveis de retenção azotada. Neste estágio os doentes podem apresentar náuseas, vômitos, astenia, entre outros sintomas. No último estágio, o quinto, a TFG é inferior a $15 \text{ ml/min/1.72m}^2$, existindo indicação para realização de uma técnica de substituição da função renal, como forma de tratamento.

Neste momento, os tratamentos conhecidos para a insuficiência renal (no estágio 5, com Taxa de Filtração Glomerular inferior a 5 ml/min/1.72m^2), são o transplante renal, a diálise peritoneal e hemodiálise e técnicas afins (Fernandes, Ramos, Ladeira, & Gomes, 2011). O transplante renal é considerado como o tratamento ideal para a IRC, tanto pela melhoria da qualidade de vida dos pacientes, como por ser a opção mais rentável. O custo de um transplante corresponde aproximadamente a um ano de diálise e, a partir do primeiro ano, o custo da continuidade é cerca de um quinto (Marchão, Cachado, Matias, Sousa, & Pimenta, 2011). No ano de 2011 foram transplantados 530 doentes (tanto de doadores mortos como de vivos), valores manifestamente insuficientes para a população de IRC em tratamentos dialíticos (Autoridade para Serviços de Sangue e Transplantação, 2012). No mesmo ano, apenas 4% dos doentes em insuficiência renal terminal, foram transplantados, como forma de tratamento para a IRC (SPN, 2012).

A diálise peritoneal constitui-se como “um método de depuração do sangue, no qual a transferência de solutos e de líquidos ocorre através de uma membrana” fisiológica - o peritoneu (Fermi, 2010, p. 188). É uma técnica muito menos agressiva que a hemodiálise, na qual o paciente, ou pessoa de referência, são praticamente autónomos na sua realização. É uma técnica realizada maioritariamente no domicílio, com implicações sociais menores (Fermi, 2010).

A hemodiálise é o tratamento mais frequente para a patologia referida. Segundo os dados da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em Dezembro de 2011, encontravam-se em técnica de substituição da função renal 14100 doentes, a realizar este tratamento em 120

Centros de Nefrologia e Diálise distribuídos por todo o país. A hemodiálise surge assim como o “processo de filtragem e depuração do sangue, que tem como finalidade substituir as funções renais” por meio de uma membrana artificial semipermeável - dialisador, devido a insuficiência renal crônica ou aguda (Fermi, 2010, p. 36). O tratamento de hemodiálise do IRC em programa regular consiste em 3 tratamentos semanais, ou eventualmente mais, com uma duração média de quatro horas cada. O doente IRC passa muito tempo semanal na Hemodiálise, em que o profissional de referência é o enfermeiro. É este que faz o acolhimento, procede ao tratamento e o acompanha até à saída.

3.4.2. Funções do enfermeiro em hemodiálise.

As funções do enfermeiro-chefe/enfermeiro de hemodiálise estão definidas Artigo 37 e 38 do Decreto-Lei n.º 505/99, de 20 de novembro (p. 8269), onde consta que:

Enfermeiro-chefe:

1. O enfermeiro-chefe é um enfermeiro com prática não inferior a um ano nas técnicas de diálise que são prosseguidas na unidade e designado para este cargo pelo diretor clínico.
2. Um enfermeiro pode exercer a atividade de enfermeiro-chefe apenas numa unidade de diálise.
3. Compete, em especial, ao enfermeiro-chefe:
 - a) Coordenar a atividade dos enfermeiros e do pessoal que o regulamento interno definir;
 - b) Velar pelo cumprimento, dentro da sua área de ação, das normas técnicas e comportamentais em vigor na unidade;
 - c) Velar pelo bem-estar dos doentes;
 - d) Cumprir as funções que lhe forem atribuídas, dentro da sua área de ação, pelo diretor clínico;
 - e) Designar, de entre os profissionais com qualificação equivalente à sua, o seu substituto durante as suas ausências ou impedimentos. (p. 8269)

No Artigo 38, surge a definição de Enfermeiro de diálise como:

1. Os enfermeiros executam as técnicas dialíticas e terapêuticas de acordo com as normas gerais da sua profissão e as normas técnicas em vigor.
2. Devem possuir prática dialítica não inferior a três meses.
3. Compete, em especial, aos enfermeiros:
 - a) Cumprir as prescrições médicas;
 - b) Cumprir e velar pelo cumprimento das normas técnicas e comportamentais em vigor;
 - c) Zelar pelo bem-estar dos doentes;
 - d) Exercer as funções técnicas ou de coordenação para que for designado pelo enfermeiro-chefe.
4. Aos enfermeiros de unidades de diálise onde sejam prosseguidas as técnicas ou modalidades de diálise peritoneal, hemodiálise de cuidados aligeirados, clube de hemodiálise ou hemodiálise domiciliária podem ainda competir, quando para tal designados:
 - a) Ensino, treino e reciclagem aos doentes e seus auxiliares nas técnicas por eles prosseguidas;
 - b) Avaliação e monitorização do tratamento depurativo;
 - c) Detecção precoce de complicações que se encontrem dentro da sua área de competência e sua correção. (p. 8269)

Seguindo as funções atribuídas aos enfermeiros de hemodiálise, a dinâmica do trabalho de enfermagem em hemodiálise é singular, tendo especificidades e características muito próprias. Segundo Prestes et al. (2011, p. 27), a dinâmica do trabalho da enfermagem no serviço de hemodiálise é caracterizada por três categorias: a materialização da resolutividade do trabalho, a complexidade da especificidade técnica e interatividade do trabalho e a marcada rotina dos procedimentos com horários a cumprir.

A primeira categoria refere-se à possibilidade de se obterem resultados imediatos e visíveis na melhoria clínica com a realização do tratamento e, sem eles, os utentes acabariam por falecer. Estes resultados permitem aos enfermeiros sentimentos de satisfação e de autoestima profissional, e sentimentos de “dever cumprido” (Prestes et al., 2011). A segunda categoria referida por estes autores refere que técnica de hemodiálise é extremamente complexa e específica, exige conhecimentos específicos e habilidade técnica, vigilância constante e intervenção imediata nas intercorrências intradialíticas. A interação com os doentes tem um referencial de continuidade, uma vez que estes doentes são tratados durante 4 horas diárias (em média), três vezes por semana, em clima de fragilidade física e emocional. Existe um vínculo entre os pacientes e os profissionais, que leva a uma dualidade de

sentimentos: a gratificação pelo carinho e o desgaste da convivência e das necessidades afetivas destes pacientes, desenvolvendo-se, portanto, um grande clima de proximidade e vínculos afetivos, e grande familiaridade (Prestes et al., 2011). A terceira categoria refere-se ao trabalho rotineiro, marcado pela pressão do tempo e pela repetição de tarefas, assim como pela necessidade de trabalho por turnos e pelo fato de serem sempre (ou quase sempre) os mesmos pacientes. Também surge aqui a pressão de puncionar corretamente o paciente, para que o tratamento decorra como esperado. Existem tempos a cumprir, uma vez que existem turnos consecutivos com horários fixos. A pressão do tempo e a exigência de se realizarem os procedimentos corretos, aliadas à complexidade técnica e às relações afetivas com os pacientes, caracterizam a dinâmica de enfermagem nos serviços de hemodiálise (Prestes et al., 2011).

Acrescenta-se a este cenário o fato de os enfermeiros de hemodiálise estarem também expostos a riscos ocupacionais, nomeadamente os relativos ao contato íntimo com fluídos orgânicos dos pacientes (maioritariamente sangue), os advindos do manuseamento de cortoperfurantes, obrigando a adoção de medidas de biossegurança, existindo o risco de contágio de doenças virais, tais como a Hepatite B e C, o HIV ou o Estafilococos Meticilino Resistente (Silva & Zeitoune, 2009).

Para Veiga Branco (2004), as relações de proximidade criadas entre os doentes crônicos e os enfermeiros contribuem, de algum modo, para o desenvolvimento da Competência Emocional destes enfermeiros. O trabalho de enfermagem num serviço de hemodiálise é extremamente complexo no que concerne ao envolvimento afetivo entre os profissionais e os pacientes, uma vez que estes pacientes perdem as referências sociais e familiares. Paralelamente, os anos de permanência em tratamento dialítico promovem, a criação de laços de amizade, mas também desgastam os profissionais devido às exigências afetivas dos pacientes (Prestes et al. 2011).

Terminada a primeira parte deste estudo, passamos, de seguida, à segunda parte, constituída pela investigação empírica realizada. No Capítulo 4, damos conta da conceptualização do estudo e metodologia geral adotada. No Capítulo 5, apresentamos os resultados do estudo empírico e no Capítulo 6 fazemos a discussão dos resultados obtidos à luz de outras investigações realizadas nesta área de investigação. Adicionalmente, apresentamos as principais conclusões do estudo e tecemos sugestões para investigações futuras.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 4

4. Conceptualização e Metodologia Geral

A elaboração deste trabalho, à semelhança dos demais de caráter científico, foi estruturalmente elaborada mediante um conjunto de métodos e técnicas que guiaram a sua elaboração, respeitando rigorosamente o processo de investigação científica (Fortin, 2003). A metodologia adotada para se medir a inteligência emocional dos enfermeiros de hemodiálise e investigar a sua relação com o burnout, testando as hipóteses aventadas, teve na sua base a revisão bibliográfica realizada na primeira parte deste trabalho, tendo-se privilegiado um estudo do tipo quantitativo, de caráter exploratório, descritivo e de cariz relacional. Neste capítulo aborda-se a metodologia seguida, justifica-se a pertinência do estudo, a sua finalidade e objetivos, assim como as questões de investigação, o tipo de estudo realizado, a amostra estudada e os procedimentos da investigação.

4.1. Contexto e justificação.

Os conceitos que importam definir para o contexto experimental são a dicotomia emoção/razão, enquadrando a inteligência emocional e abordando sumariamente as suas teorias e modelos, bem como alguns instrumentos de avaliação: burnout, sua definição, causa e consequências, assim como os modelos e instrumentos de avaliação e a profissão de enfermagem, abordando o que se sabe sobre IE e Burnout.

Para Quivy e Chapenhoudt (1995) a pergunta de partida constitui a fase primordial da rutura dos preconceitos com as noções conhecidas e torna-se o fio condutor de toda a investigação. Neste contexto, e para alcançar os objetivos previamente definidos, assumiu-se a seguinte pergunta de partida: Existe alguma relação entre as dimensões de IE, os níveis de burnout e as variáveis de caracterização dos enfermeiros de hemodiálise? Desta pergunta de partida definiram-se os objetivos do estudo, assim como as questões derivadas e respetivas hipóteses.

4.2. Finalidade e objetivos.

Para a elaboração deste estudo, definimos como objetivo geral avaliar os níveis de burnout e de inteligência emocional dos enfermeiros de unidades de hemodiálise e caracterizar o tipo de relação entre estas variáveis. Como objetivos específicos, estabelecemos os seguintes:

- Avaliar os níveis de burnout da amostra;
- Avaliar os níveis de inteligência emocional da amostra;
- Analisar como se relacionam as dimensões de IE e burnout;
- Contribuir para a validação do instrumento de recolha de dados e aprimorar as propriedades psicométricas do constructo (Escala de Inteligência Emocional, de Rego & Fernandes, 2005);
- Conhecer as variáveis que caracterizam a população em estudo;
- Analisar como se relacionam as variáveis de caracterização da amostra com IE;
- Contribuir para trabalhos futuros dentro desta problemática.

4.3. Questões de investigação.

Segundo Fortin (1995, p. 51) “uma questão de investigação é um enunciado interrogativo claro e não equívoco, que precisa os conceitos chave, específica a população e sugere uma investigação empírica”. Já as hipóteses são, para Quivy e Chapenhoudt (1995), respostas possíveis à nossa pergunta de partida, sugerindo relações entre os termos. Ainda segundo estes autores, as hipóteses são pressuposições que carecem de ser verificadas. Assim no nosso contexto, as questões de investigação a as hipóteses associadas são:

Questão derivada nº 1. Os níveis de IE apresentam uma relação estatisticamente significativa com o burnout nos enfermeiros de Hemodiálise?

Hipótese 1 - A inteligência emocional apresenta uma relação negativa estatisticamente significativa com o burnout.

Questão derivada nº 2. A inteligência emocional apresenta uma relação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas da amostra?

Desta questão, enunciámos uma hipótese geral (H2), da qual derivam cinco hipóteses específicas (H2a a H2e), cujos resultados constituirão a resposta à hipótese geral.

Hipótese 2 - As variáveis sociodemográficas mostram repercussões significativas nos níveis de IE dos participantes.

Hipótese 2a - *Existem diferenças significativas entre o género dos enfermeiros e os seus níveis de IE.*

Hipótese 2b - *A idade dos enfermeiros influi significativamente nos seus níveis de IE.*

Hipótese 2c - *Os níveis de IE não são influenciados pelo estado civil dos enfermeiros.*

Hipótese 2d - *Existem diferenças significativas nos níveis de IE dos enfermeiros em função das suas habilitações académicas.*

Hipótese 2e - *A paternidade mostra uma influência positiva e significativa nos níveis de IE dos enfermeiros.*

Questão derivada nº 3. A inteligência emocional apresenta uma relação estatisticamente significativa com as variáveis profissionais da amostra?

À semelhança da segunda hipótese, também aqui equacionamos uma hipótese geral (H3), que será respondida em função das hipóteses específicas (H3a a H3c).

Hipótese 3 - *As variáveis profissionais apresentam repercussões significativas nos níveis de IE dos participantes.*

Hipótese 3a - *Os níveis de IE são significativamente influenciados pelos anos de serviço dos enfermeiros.*

Hipótese 3b - *Os níveis de IE sofrem uma influência significativa em função da exclusividade de serviço dos enfermeiros.*

Hipótese 3c - *A carga horária semanal dos enfermeiros traduz-se em diferenças significativas no que concerne aos seus níveis de IE.*

4.4. Método.

4.4.1. Caracterização da amostra.

A população alvo do estudo constituiu-se por todos os enfermeiros a exercer funções de Enfermagem na empresa Eurodial (Leiria e extensão de Óbidos), num total de 80 colaboradores. A população de acesso foram os todos os enfermeiros em situação ativa, num total de 77 profissionais, excluindo os enfermeiros ausentes (por atestado médico, licença de maternidade, ou outro motivo). Foram distribuídos 77 questionários, dos quais foram preenchidos 61 (79.2% da população de acesso) e 76.3% da população alvo. Dos questionários recolhidos não se verificou, em nenhum caso, a ocorrência de não respostas (*missing values*). A nossa amostra constituiu-se por 18 (29.5%) de participantes do género

masculino e por 43 (70.5%) do género feminino (cf. *Quadro 4.1.*). Destes, 13 declararam-se solteiros (21.3%), 43 (70.5%) casados e cinco (8.2%) divorciados. Quanto ao número de filhos, 26 (42.6%) participantes afirmaram não ter filhos, enquanto 11 (18.0%) declaram ter unicamente um filho, 21 (34.4%) informaram ter dois filhos e apenas três (4.9%) indicaram ter três filhos.

4.4.1.1. Idade. Em relação às classes etárias, dos 61 inquiridos, seis (9.8%) incluíram-se na classe compreendida entre 21 e os 25 anos, 15 (24.6%) na classe dos 26 aos 30 anos; a faixa etária dos 31 aos 35 anos correspondeu a 21.3% da amostra (13 respondentes); entre os 36 e os 40 anos, obtivemos seis (9.8%) participantes, sendo que os restantes 21 (34.4%) se incluíram na classe etária com mais de 41 anos. Como se pode verificar no *Quadro 4.1.*, este último grupo constituiu-se como o mais representado. As classes etárias com menor representatividade na amostra foram a mais jovem (dos 21 aos 25 anos) e a que inclui os respondentes com 36 a 40 anos de idade.

Quadro 4.1.

Distribuição da Amostra Segundo o Género e a Classe Etária

| Género | Classes Etárias | | | | | | | | | | Total | |
|--------------|-----------------|-----|------------|------|------------|------|------------|-----|-----------|------|----------|-------|
| | 21-25 anos | | 26-30 anos | | 31-35 anos | | 36-40 anos | | > 41 anos | | | |
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Masculino | 2 | 3.3 | 5 | 8.2 | 3 | 4.9 | 1 | 1.6 | 7 | 11.5 | 18 | 29.5 |
| Feminino | 4 | 6.6 | 10 | 16.4 | 10 | 16.4 | 5 | 8.2 | 14 | 23.0 | 43 | 70.5 |
| <i>Total</i> | 6 | 9.8 | 15 | 24.6 | 13 | 21.3 | 6 | 9.8 | 21 | 34.4 | 61 | 100.0 |

4.4.1.2. Filhos. No que concerne ao número de filhos em função da idade dos participantes, o caso mais frequente observa-se na condição “sem filhos”, com 26 respondentes (42.6% da amostra), seguindo-se 21 casos com dois filhos (34.4%), 11 com um filho (18%) e apenas três casos com três ou mais filhos (4.9%). Como se pode verificar no *Quadro 4.2.*, os participantes com mais filhos (três ou mais) são os da classe etária mais elevada (> 41 anos), assim como os mais representados na condição com dois filhos (21.3% da amostra) e os únicos com três ou mais filhos (4.9%). Observa-se, igualmente, que os seis respondentes mais jovens (dos 21 aos 25 anos) não têm filhos e que, de entre os participantes inseridos na faixa etária imediatamente seguinte (26-30 anos), apenas três têm filhos [dois com um filho (3.3%) e um com dois filhos (1.6%)]. Os resultados patentes no *Quadro 4.2.* mostram, claramente, uma acentuada tendência para a paternidade mais tardia.

Quadro 4.2.

Distribuição da Amostra Segundo a Quantidade de Filhos e a Classe Etária

| Filhos | Classes Etárias | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|-----|------------|------|------------|------|------------|-----|-----------|------|----------|-------|
| | 21-25 anos | | 26-30 anos | | 31-35 anos | | 36-40 anos | | > 41 anos | | Total | |
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Nenhum | 6 | 9.8 | 12 | 19.7 | 6 | 9.8 | 1 | 1.6 | 1 | 1.6 | 26 | 42.6 |
| Um | 0 | 0.0 | 2 | 3.3 | 4 | 6.6 | 1 | 1.6 | 4 | 6.6 | 11 | 18.0 |
| Dois | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 | 3 | 4.9 | 4 | 6.6 | 13 | 21.3 | 21 | 34.4 |
| Três ou mais | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 3 | 4.9 | 3 | 4.9 |
| <i>Total</i> | 6 | 9.8 | 15 | 24.6 | 13 | 21.3 | 6 | 9.8 | 21 | 34.4 | 61 | 100.0 |

4.4.1.3. Habilitações acadêmicas. Quanto às habilitações acadêmicas, verificamos que a mais frequente é a titularidade do grau de Licenciado, com 39 registros (63.9%), seguindo-se a Especialidade em Enfermagem (11 casos, 18% da amostra) e a Pós-Graduação em Enfermagem, com oito participantes (13.1 %). As habilitações acadêmicas menos frequentes são os titulares de Mestrado e de Bacharelato, com apenas dois (3.3%) e um (1.6%) respondente respectivamente, conforme se dispõe no *Quadro 4.3*.

Quadro 4.3.

Distribuição da Amostra Segundo as Habilitações Acadêmicas e os Anos de Serviço em Hemodiálise

| Habilitações acadêmicas | Anos de serviço em hemodiálise | | | | | | | | Total | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----|----------|------|----------|------|----------|------|----------|-------|
| | < 1 ano | | 1-4 anos | | 5-8 anos | | > 9 anos | | | |
| | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % | <i>n</i> | % |
| Bacharelato | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 |
| Licenciatura | 4 | 6.6 | 10 | 16.4 | 9 | 14.8 | 16 | 26.2 | 39 | 63.9 |
| Especialidade em Enfermagem | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 | 10 | 16.4 | 11 | 18.0 |
| Pós Graduação em Enfermagem | 1 | 1.6 | 2 | 3.3 | 3 | 4.9 | 2 | 3.3 | 8 | 13.1 |
| Mestrado | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 | 1 | 1.6 | 2 | 3.3 |
| <i>Total</i> | 5 | 8.2 | 13 | 21.3 | 14 | 23.0 | 29 | 47.5 | 61 | 100.0 |

Em relação ao tempo de serviço em hemodiálise, a nossa amostra revelou predomínio de enfermeiros com mais de 8 anos de serviço (47.5%, $n = 29$), seguindo-se os enfermeiros entre os 5 e os 8 anos de serviço (23%, $n = 14$), os enfermeiros com tempo de serviço compreendido entre 1 e 4 anos (21.3%, $n = 13$) e, por fim, os enfermeiros com menos de 1 ano de serviço (8.2%, $n = 5$).

4.4.1.4. Exclusividade. Relativamente à exclusividade no exercício de funções, verifica-se que apenas cinco enfermeiros (8.2%) trabalham em exclusividade nesta empresa, sendo que os restantes 56 (equivalendo a 91.8% da amostra) trabalham cumulativamente noutra instituição (regime de não exclusividade). O total de horas de trabalho semanal mais frequente (30 casos, 49.2% da amostra) é de 51 a 55 horas, seguindo-se o item dos respondentes com mais de 56 horas semanais, com 17 registos (27.9%). O número de horas semanais menos frequente é do horário inferior ou igual a 35 horas (dois participantes, 3.3%). Muito próximo deste valor, estão os respondentes que trabalham entre 46 e 50 horas semanais, com três ocorrências (4.9%).

No *Quadro 4.4.*, disponibilizam-se as frequências absolutas e relativas do exercício de funções noutra instituição segundo as horas de trabalho semanais. Embora a quantidade de participantes que trabalham em regime de exclusividade seja muito diminuta, fica patente que os enfermeiros que trabalham nesta e noutras instituições têm uma carga horária de trabalho semanal elevadíssima.

Quadro 4.4.

Distribuição da Amostra Segundo o Exercício de Funções noutra Instituição e as Horas de Trabalho Semanais

| Exercício de funções noutra instituição | Horas de trabalho semanais | | | | | | | | | | | | Total | |
|---|----------------------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-------------|------|------------|------|-------|-------|
| | < 35 horas | | 36-40 horas | | 41-45 horas | | 46-50 horas | | 51-55 horas | | > 56 horas | | n | % |
| | n | % | n | % | n | % | n | n | n | % | n | % | | |
| Não | 2 | 3.3 | 1 | 1.6 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 1 | 1.6 | 1 | 1.6 | 5 | 8.2 |
| Sim | 0 | 0.0 | 4 | 6.6 | 4 | 6.6 | 3 | 4.9 | 29 | 47.5 | 16 | 26.2 | 56 | 91.8 |
| <i>Total</i> | 2 | 3.3 | 5 | 8.2 | 4 | 6.6 | 3 | 4.9 | 30 | 49.2 | 17 | 27.9 | 61 | 100.0 |

4.4.2. Material: Instrumentos de medida.

Esta secção é dedicada à descrição do *Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH)* e respetivas escalas constituintes. Adicionalmente, descrevem-se os procedimentos adotados na administração do questionário, assim como a forma como se realizou o tratamento e análise estatística dos dados recolhidos.

Como instrumento de colheita de dados foi elaborado um questionário de administração direta, constituído por três partes: a primeira parte contemplou a Escala da Inteligência Emocional (Rego & Fernandes, 2005), a segunda parte integrou o *Maslach Burnout Inventory* (Delbrouck, 2006) e a terceira parte incorporou as questões sociodemográficas dos participantes do estudo, nomeadamente as relativas ao género, à idade,

às habilitações académicas, aos anos de serviço em hemodiálise, à exclusividade na instituição, às horas semanais médias de trabalho, ao estado civil e ao número de filhos. No Anexo 4 disponibiliza-se o *Questionário IEBEH*, tal foi administrado aos participantes deste estudo.

4.4.2.1. Escala de avaliação da IE. Para avaliação da IE privilegiou-se a utilização escala proposta por Rego e Fernandes (2005), por ser um instrumento dotado de boas propriedades ao nível psicométrico e por melhor se adequar aos objetivos deste estudo. Esta escala representa um modelo hexadimensional de IE, encontrando-se validada para a população portuguesa e já utilizada em vários estudos, constituiu a primeira parte do nosso questionário. Este modelo foi elaborado tendo por base três fontes principais: a) literatura consultada, b) interpretação semântica dos autores na literatura sobre o tema e c) experiência e sensibilidade dos autores para esta temática. A elaboração deste instrumento também foi influenciada pelo tetramodelo de Mayer e Salovey (1997).

Esta escala foi validada inicialmente pelos autores Rego e Fernandes em 2005, e posteriormente, por Rego et al. (2007), para a população portuguesa. Utiliza uma escala de respostas do tipo Likert de sete pontos, em que as respostas variam de 1) *A afirmação não se aplica rigorosamente nada a mim* a 7) *A afirmação aplica-se completamente a mim*. Tratando-se de um modelo hexadimensional, contempla as seguintes seis dimensões:

Autocontrolo perante as críticas - Constituído por cinco itens que o saturam, esta dimensão versa sobre a facilitação emocional do pensamento abordado por Tapia (2001, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p.10x), a perceção e expressão das emoções (abordado nos trabalhos de Mayer & Salovey, 1997) e a autoconsciência, defendida por Boyatzis, Goleman & Rhee (2000, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 10x). Os cinco itens que constituem esta dimensão são o 5, 6, 7, 8, 9, todos em *reverse*.

Empatia - Incorpora quatro itens alusivos ao contágio emocional e à sintonia no relacionamento com os outros, visto em trabalhos de outros autores como Tapia (2001, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 10x), a *regulação reflexiva das emoções*, a *orientação empática* e o *entusiasmo responsivo* presentes no *International Personality Item Pool* (2001). Também Mayer e Salovey, em trabalhos publicados em 2002, na categoria “perceção e expressão emocional”, se reportam à capacidade empática dos indivíduos reagirem a determinados estímulos dos outros. As questões referentes a esta dimensão são 1, 2 (r), 3, 4.

Compreensão das emoções próprias - Os três itens que mais saturam esta dimensão de IE estão relacionados com o grau em que o indivíduo compreende os seus sentimentos e

emoções, assim como as suas causas. Também existem algumas nuances identificadas em outros trabalhos, como *a percepção, avaliação e expressão de emoções* (Tapia, 2001, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p.11x), a “avaliação das emoções próprias” (Wong & Law, 2002, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 11x) e a “compreensão emocional” (Mayer & Salovey, 1997, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 11x). Esta dimensão reúne as questões 21, 22 e 23.

Auto-encorajamento - Engloba três itens relacionados com o uso das emoções e reflete a capacidade de um indivíduo se auto motivar e encorajar, dotado de espírito de iniciativa e orientado para o objetivo. Corresponde à regulação das emoções que aparece nos trabalhos de Wong e Law (2002, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 11x), à aplicação do conhecimento emocional (Tapia, 2001, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p.11x) e à autogestão de Boyatzis et al. (2000, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 11x). As questões incluídas nesta dimensão são a 13, a 14 e a 15.

Compreensão das emoções dos outros - Integra cinco itens, também relacionados com a dimensão *compreensão emocional*, de Mayer e Salovey (1997, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 12x), e com a *avaliação das emoções dos outros*, desenvolvida por Wong e Law (2002, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005,p. 12x). As questões referentes a esta dimensão são: 16, 17, 18, 19 e 20.

Autocontrolo emocional - Avaliado por três itens, mede a capacidade de um indivíduo controlar as suas emoções em situações de elevada carga emocional, assim como a capacidade de priorizar e redirecionar o pensamento. Esta dimensão também é vista nos trabalhos de Wong e Law (2002, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 12x) como a *utilização de emoções* ou, segundo Tapia (2001, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p.12x), como a *utilização reflexiva das emoções* ou ainda como a *gestão das emoções*, abordada por Mayer e Salovey (1997, *cit. in* Rego & Fernandes, 2005, p. 12x). Esta dimensão abarca as questões 10, 11 e 12.

4.4.2.2. *Escala de avaliação do burnout.* A segunda parte do questionário constituiu-se pelo *Maslach Burnout Inventory*, elaborado por Maslach (1996, *cit. in* Delbrouck, 2006, p. 253). Trata-se de uma escala de auto-avaliação do tipo Likert, com 22 itens que versam os sentimentos relacionados com o contexto profissional, em que o indivíduo tem de se avaliar de entre sete possibilidades de resposta, 0) *nunca* a 6) *todos os dias*. A versão que utilizámos foi o MBI adaptado para o prestador de cuidados, reproduzida a partir do MBI publicado no *Journal du Mèdecin*, elaborado por Maslach & Jackson em 1996, e publicada por Delbrouck (2006, p.253). Dotado de uma estrutura trifatorial (exaustão, despersonalização e satisfação profissional), cada subescala que constitui o MBI pretende analisar:

Exaustão emocional – esta dimensão avalia os sentimentos relacionados com a sobrecarga emocional e com a incapacidade de o indivíduo dar respostas às exigências do trabalho. Constituída por nove itens (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), as pontuações obtidas nesta subescala, quando compreendidas entre 19 e 26, correspondem a pontuações de exaustão emocional moderadas. Pontuações abaixo de 19 consideram-se baixos níveis de exaustão emocional e superiores a 27 são tidos como elevados.

Despersonalização – pretende medir as respostas impessoais e distantes para com as pessoas a quem prestam cuidados. Esta dimensão é avaliada por cinco itens (5, 10, 11, 15 e 22) e as pontuações obtidas situadas entre 6 e 10 correspondem a um nível moderado de despersonalização. Abaixo de 6 são consideradas pontuações baixas e elevadas quando superiores a 10.

Realização pessoal – os sentimentos de falta de realização e de incompetência são avaliados nesta dimensão, que comporta oito itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, e 21). As pontuações compreendidas entre 34 e 39 correspondem a níveis moderados de realização pessoal, ao passo que as pontuações situadas abaixo de 33 são consideradas elevadas, sendo que as superiores a 40 são baixas.

Os scores de cada uma destas subescalas são obtidos através da soma dos valores de cada item (Melo et al., 1999). De acordo com Maslach e Jackson (1997, *cit. in* Carrera, 2011, p. 69), “os profissionais com pontuações elevadas nas escalas exaustão emocional e despersonalização, apresentam graus elevados de experiência da síndrome de *burnout*”. Segundo Melo et al. (1999), foram verificados elevados índices de fidelidade e consistência interna (entre 0.70 e 0.80), indicando que este inventário apresenta boas propriedades psicométricas.

4.4.3. Procedimentos formais e éticos.

Para a concretização do presente estudo foram elaborados pedidos de autorização ao Diretor operacional das Clínicas de Diálise do Grupo Euromedic, Dr. José Luís Almeida, (conforme Anexo 2), à Gestora de Recursos Humanos do Grupo Euromedic, Dr.^a Ana Marques (Anexo 3) e ao Professor Arménio Rego co-autor da escala de Inteligência Emocional utilizada, tendo todos os pedidos sido deferidos (Anexo 4). Durante a investigação, respeitaram-se escrupulosamente todos os princípios éticos (Fortin, 1999), nomeadamente os relativos ao direito à autodeterminação, no qual cada participante pode decidir livremente sobre participar ou não na investigação, escolhendo voluntariamente; ao direito à intimidade, em que a pessoa é livre de responder o que quiser, devendo o estudo ser o menos invasivo possível; ao direito ao anonimato e à confidencialidade, como referido na nota introdutória do questionário; ao direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e ao direito a um tratamento justo e equitativo.

4.4.4. Tratamento estatístico dos dados.

O tratamento estatístico de dados é uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, uma vez que permite atribuir um significado aos dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados. Nesta pesquisa, o tratamento estatístico de dados foi realizado informaticamente através do *software* da IBM SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19, tendo sido privilegiadas as estatísticas descritiva e inferencial. A informação obtida dos dados recolhidos representa-se por meio de quadros e figuras.

Na estatística descritiva, recorreremos ao uso das frequências absolutas e relativas, a medidas de tendência central e a medidas de dispersão (desvio-padrão) nas respostas de caracterização da amostra e das respostas aos instrumentos utilizados. Na estatística inferencial, efectuou-se a análise fatorial em componentes principais das subescalas, a análise correlacional e os testes das hipóteses.

Para todos os testes foi considerado o nível de significância de 5% ($p \leq 0.05$) e o critério de aceitação de hipóteses foi o da probabilidade de certeza de relação causal entre as variáveis de 95%. Pontualmente foram realizados arredondamentos *contra-natura* (0.01) relativos a acerto estatístico.

4.5. Fidedignidade e validade das medidas.

Neste ponto dedicamos a nossa atenção ao estudo das qualidades psicométricas dos instrumentos de medida componentes do Questionário IEBEH, que não apenas carecem como exigem validações de fidelidade e de constructo para a nossa amostra. Seguidamente procede-se às análises fatoriais confirmatórias dos instrumentos utilizados, empregando o método da análise em componentes principais (ACP).

4.5.1. Fidedignidade e validade da EIE.

A análise da consistência interna à escala de inteligência emocional (EIE) e subescalas respectivas é aqui alvo da nossa atenção. A análise inicial à consistência interna da EIE, considerando a totalidade dos itens que a compõem (23), devolveu um *alpha de Cronbach* (α) de .845 ($n = 61$) que, de acordo com os critérios propostos por Nunnally (1978)¹, consideramos forte. As médias, os desvios-padrão, as correlações item-total e os coeficientes de consistência interna alpha de Cronbach sem o item disponibilizam-se no *Quadro 4.5*.

Embora se verifique a existência de dois itens (n.ºs 4 e 22) que caso fossem eliminados permitiam o aumento da consistência interna do todo (John & Benet-Martínez, 2000), optámos por não o fazer, não apenas porque os resultados iniciais se revelaram excelentes, como porque a sua eliminação não se traduzia num ganho substancial da consistência interna da EIE na sua globalidade.

¹ Segundo este autor, consideram-se elevados os coeficientes de consistência interna para valores iguais ou superiores a .80.

Quadro 4.5.

Pontuações Médias, Desvios-Padrão, Correlações Item-Total e Coeficientes de Consistência Interna Alpha de Cronbach sem o Item da EIE (n = 61)

| <i>Itens da EIE</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>Correlação item-total</i> | <i>Alpha total sem o item</i> |
|---|----------|-----------|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Quando alguma amigo meu ganha um prêmio, sinto-me feliz por ele | 6.33 | 0.851 | .358 | .841 |
| 2. Sou indiferente à felicidade dos outros (i) | 6.46 | 0.765 | .318 | .842 |
| 3. Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio | 6.16 | 0.840 | .428 | .839 |
| 4. Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas | 5.03 | 1.095 | .063 | .852 |
| 5. Fico irritado quando me criticam, mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão (i) | 4.84 | 1.393 | .361 | .842 |
| 6. É difícil para mim aceitar uma crítica (i) | 5.34 | 1.425 | .483 | .836 |
| 7. Não lido bem com as críticas que me fazem (i) | 5.21 | 1.392 | .499 | .835 |
| 8. Tenho dificuldade em conversar com pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus (i) | 5.31 | 1.348 | .285 | .845 |
| 9. Quando sou derrotado num jogo, perco o controlo (i) | 6.28 | 1.171 | .323 | .843 |
| 10. Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados | 4.56 | 1.323 | .363 | .842 |
| 11. Reajo com calma quando estou sob tensão | 4.48 | 1.273 | .474 | .836 |
| 12. Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções | 4.62 | 1.143 | .576 | .832 |
| 13. Dou o melhor de mim para alcançar os objetivos a que me propus | 6.21 | 0.635 | .558 | .837 |
| 14. Normalmente, encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor | 5.93 | 0.910 | .492 | .837 |
| 15. De uma forma geral, costumo estabelecer objetivos para mim próprio | 5.82 | 0.992 | .358 | .841 |
| 16. Sei bem o que sinto | 5.61 | 1.037 | .510 | .835 |
| 17. De uma forma geral, tenho consciência dos meus sentimentos | 5.64 | 0.876 | .569 | .834 |
| 18. Compreendo as causas das minhas emoções | 5.36 | 0.932 | .549 | .835 |
| 19. Compreendo os meus sentimentos e emoções | 5.36 | 0.967 | .610 | .832 |
| 20. Quando estou triste sei quais são os motivos | 5.36 | 1.225 | .412 | .839 |
| 21. Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir | 5.75 | 0.767 | .416 | .840 |
| 22. Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos | 5.23 | 0.902 | .121 | .848 |
| 23. Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas | 5.46 | 0.808 | .446 | .839 |

Alpha global: .845

(i) Item invertido

Após o cálculo do coeficiente de consistência interna, e com o objetivo de validarmos a escala de IE para a nossa amostra, submetem-se os 23 itens à análise da estrutura fatorial da escala, tendo-se realizado, numa primeira fase, uma análise fatorial exploratória em componentes principais (ACP) com rotação *varimax*, tendo sido testado o modelo dos seis

fatores proposto por Rego e Fernandes (2005). O resultado do teste de Bartlett apontou um Qui-quadrado $\chi^2 (253) = 906.92, p < .001$, mostrando que a matriz de intercorrelações e a matriz de identidade diferem. No entanto, a medida de Kaiser-Meyer-Olkin devolveu um $KMO = .624$, valor que não comprova a adequação da amostra por se considerar medíocre (Field, 2009). Nesta sequência, procedeu-se a uma inspeção da matriz de correlações anti-imagem, tendo-se verificado que os itens n.ºs. 4, 9 e 23 apresentavam valores de correlação inferiores a .50, razão que motivou a sua exclusão.

Tomados os 20 itens remanescentes, procedeu-se a nova análise fatorial em componentes principais com rotação varimax, tendo-se obtido, no teste de Bartlett, um $\chi^2 (190) = 777.30, p < .001$, demonstrando que a matriz de intercorrelações difere da matriz de identidade e evidenciando que estavam assegurados os requisitos à interpretação da ACP com confiança. Adicionalmente, obtivemos um $KMO = .734$, comprovando a adequação da amostra. Os valores mínimo e máximo observados na diagonal da matriz anti-imagem variam entre .59 e .85, respetivamente, não se verificando nenhum item com correlação inferior a .50. Fora da diagonal da matriz de correlações anti-imagem, obtivemos um valor mínimo de correlações parciais entre as variáveis de -.002 e máximo de -.52 (no item n.º. 8). Embora tenhamos considerado este último valor de correlação parcial muito elevado, decidimos manter o item e inspecionar a matriz de componentes rodados para verificar o seu comportamento.

Objetivando a obtenção de uma estrutura fatorial clara, selecionaram-se, para cada fator, os itens com saturações superiores a .40 e removeram-se os itens com cargas fatoriais superiores a .40 em mais do que um fator. Deste processo resultou a eliminação dos itens n.ºs. 2 e 8. Na solução final (18 itens) obtivemos um teste de esfericidade de Bartlett de $\chi^2 (153) = 703.81, p < .001$; $KMO = .731$. A solução hexafatorial da EIE, disponibilizada no *Quadro 4.6.*, onde também constam as saturações fatoriais ordenadas por ordem decrescente, as communalidades, a variância explicada e os alphas de Cronbach, é responsável por 80.41% da variabilidade total. Desta variabilidade total, 31.92% são explicadas pelo primeiro fator, 15.25% pelo segundo, 12.30% pelo terceiro, 8.68% pelo quarto, 6.46% pelo quinto e 5.81% pelo sexto fator.

Quadro 4.6.

Solução Hexafatorial Final da EIE, após Rotação Varimax: Saturações Fatoriais, Comunalidades (h^2), Variância Explicada e Alphas de Cronbach, $n = 61$

| Itens | <i>Inteligência Emocional</i> | | | | | | h^2 |
|--|--------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------|
| | F1 | F2 | F3 | F4 | F5 | F6 | |
| F1 – Compreensão das emoções próprias | | | | | | | |
| 17.De uma forma geral, tenho consciência dos meus sentimentos | .89 | .06 | .16 | .14 | .08 | .02 | .86 |
| 16.Sei bem o que sinto | .87 | .04 | .09 | .11 | .14 | .02 | .80 |
| 19.Compreendo os meus sentimentos e emoções | .87 | .13 | .11 | .27 | .03 | .12 | .86 |
| 20.Quando estou triste sei quais são os motivos | .87 | .02 | .13 | -.04 | .02 | .08 | .78 |
| 18.Compreendo as causas das minhas emoções | .81 | .03 | .11 | .35 | .01 | .12 | .80 |
| F2 – Autocontrole perante as críticas | | | | | | | |
| 6.É difícil para mim aceitar uma crítica | .10 | .94 | .07 | .13 | .03 | -.05 | .91 |
| 5.Fico irritado quando me criticam, mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão | .03 | .89 | .14 | -.05 | -.05 | .06 | .82 |
| 7.Não lido bem com as críticas que me fazem | .07 | .85 | .12 | .11 | .13 | -.07 | .78 |
| F3 – Autocontrole emocional | | | | | | | |
| 11.Reajo com calma quando estou sob tensão | .19 | .17 | .88 | -.04 | -.01 | .02 | .84 |
| 10.Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados | .05 | .09 | .86 | .11 | -.01 | -.19 | .80 |
| 12.Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções | .30 | .09 | .76 | .21 | .11 | .10 | .74 |
| F4 – Auto-encorajamento (uso das emoções) | | | | | | | |
| 15.De uma forma geral, costumo estabelecer objetivos para mim próprio | .25 | -.11 | -.03 | .78 | -.01 | .21 | .73 |
| 13.Dou o melhor de mim para alcançar os objetivos a que me propus | .17 | .10 | .12 | .76 | .29 | .11 | .72 |
| 14.Normalmente, encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor | .14 | .23 | .17 | .69 | .13 | -.01 | .59 |
| F5 – Empatia | | | | | | | |
| 1.Quando alguma amigo meu ganha um prêmio, sinto-me feliz por ele | .07 | .03 | -.01 | .15 | .92 | .12 | .88 |
| 3.Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio | .10 | .07 | .07 | .15 | .87 | .21 | .84 |
| F6 – Compreensão das emoções dos outros | | | | | | | |
| 22.Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos | -.01 | -.12 | -.15 | .13 | .19 | .89 | .87 |
| 21.Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir | .27 | .07 | .06 | .13 | .16 | .85 | .85 |
| | <i>Variância explicada (%)</i> | | | | | | |
| | 31.92 | 15.25 | 12.30 | 8.68 | 6.46 | 5.81 | |
| | <i>Alphas de Cronbach</i> | | | | | | |
| | .930 | .894 | .836 | .682 | .850 | .790 | |

O Fator 1 representa a compreensão das emoções próprias e integra a totalidade dos itens do mesmo fator de Rego e Fernandes (2005). O Fator 2 traduz o autocontrole perante as

críticas, apenas diferindo do fator homónimo de Rego e Fernandes (2005), porque aqui foram removidos dois descritores. O Fator 3 reúne os descritores referentes ao autocontrolo emocional, sendo em tudo idêntico ao dos autores originais. O Fator 4 reúne os itens correspondentes ao auto-encorajamento e representa na íntegra o mesmo fator de Rego e Fernandes (2005). O Fator 5 agrega os descritores da empatia e apenas difere do fator original por conter menos dois itens. Por último, o Fator 6 incorpora os itens representativos da compreensão das emoções dos outros, diferindo do fator original apenas na medida em que aqui foi excluído um descritor.

Para finalizarmos esta análise, calculámos as consistências internas de cada um dos seis fatores, através do alpha de Cronbach. Deste procedimento obtivemos os seguintes resultados: Fator 1, $\alpha = .930$; Fator 2, $\alpha = .894$; Fator 3, $\alpha = .836$; Fator 4, $\alpha = .682$; Fator 5, $\alpha = .850$; e Fator 6 = $\alpha = .790$. Constata-se que os índices de fiabilidade das seis dimensões da EIE oscilaram entre o bom e o muito bom, facto que apenas não se verifica no Fator 4, que apresenta um valor que consideramos suficiente por se situar próximo de .70, conforme sugerido por Nunnally (1978). Desta análise à consistência interna das subescalas da Inteligência Emocional, obtivemos, em todas as subescalas com exceção da que se refere ao auto-encorajamento, valores mais elevados do que os obtidos por Rego e Fernandes (2005). Conclui-se, portanto, que a EIE apresenta bons níveis de fidedignidade, apesar do reduzido número de itens que compõem cada uma das suas dimensões.

4.5.1. Fidedignidade e validade do MBI.

A análise da consistência interna inicial realizada à totalidade (22) dos itens constituintes do Maslach Burnout Inventory (MBI), apontou um *alpha de Cronbach* de .717 ($n = 61$), valor que considerámos aceitável. Pese embora o facto de se verificar que a hipotética eliminação de alguns descritores iriam permitir o aumento da consistência interna do inventário no seu todo (John & Benet-Martínez, 2000), decidimos não o fazer com o intuito de o usarmos na sua forma original. O MBI apresentou uma validade fatorial adequada e uma consistência interna suficiente, como já foi evidenciado em outros estudos (e.g., Gil-Monte, 2005). Na verdade, a eliminação destes itens iria traduzir-se na redução do inventário para apenas 14 descritores, o que implicava a total eliminação da dimensão relativa à realização pessoal, caso que considerámos dispensável dado que a consistência interna inicial devolveu um valor superior ao balizador definido por Nunnally (1978) como suficiente (.70). No *Quadro 4.7.* podem consultar-se as médias, os desvios-padrão e as correlações item-total, assim como os coeficientes de consistência interna alpha de Cronbach sem o item.

Quadro 4.7.

Pontuações Médias, Desvios-Padrão, Correlações Item-Total e Coeficientes de Consistência Interna Alpha de Cronbach sem o Item do MBI (n = 61)

| Itens do MBI | M | DP | Correlação item-total | Alpha total sem o item |
|---|------|-------|-----------------------|------------------------|
| 1. Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho | 1.15 | 1.515 | .523 | .683 |
| 2. Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho | 1.51 | 1.312 | .556 | .684 |
| 3. Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho | 1.49 | 1.337 | .460 | .691 |
| 4. Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem | 4.75 | 1.457 | .295 | .705 |
| 5. Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos | 0.62 | 0.969 | .464 | .697 |
| 6. Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço | 2.54 | 2.218 | .460 | .686 |
| 7. Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes | 5.21 | 1.035 | .031 | .723 |
| 8. Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho | 1.28 | 1.280 | .548 | .685 |
| 9. Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas | 4.98 | 1.162 | -.167 | .737 |
| 10. Tornei-me mais insensível as pessoas desde que tenho este trabalho | 0.77 | 1.359 | .527 | .685 |
| 11. Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro | 1.03 | 1.527 | .470 | .688 |
| 12. Sinto-me cheio(a) de energia | 4.72 | 1.404 | -.112 | .739 |
| 13. Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho | 0.69 | 0.992 | .393 | .701 |
| 14. Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado | 1.61 | 1.509 | .513 | .684 |
| 15. Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes | 0.36 | 1.096 | .077 | .721 |
| 16. Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado | 1.10 | 1.150 | .329 | .703 |
| 17. Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes | 5.11 | 1.199 | .022 | .725 |
| 18. Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho | 5.20 | 0.997 | -.106 | .730 |
| 19. Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho | 4.95 | 1.257 | .085 | .721 |
| 20. Sinto que esgotei todos os meus recursos | 0.69 | 1.148 | .406 | .698 |
| 21. No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma | 4.51 | 1.398 | -.116 | .739 |
| 22. Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas | 1.36 | 1.592 | .274 | .707 |

Alpha global: .717

Após o cálculo do coeficiente de consistência interna à globalidade do MBI, e procurando a utilização do inventário segundo a estrutura proposta por Maroco e Tecedeiro (2006), agruparam-se os descritores de cada uma das subescalas de harmonia com o disposto por estes autores. Seguidamente, procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de consistência

interna para cada uma das três subescalas. Os resultados obtidos disponibilizam-se no *Quadro 4.8*. Conforme se pode verificar, a dimensão exaustão emocional, designada por Fator 1, evidenciou um alpha de Cronbach $\alpha = .843$, que consideramos bom; a dimensão despersonalização (Fator 2) obteve um $\alpha = .665$, considerado fraco; e a dimensão realização pessoal (Fator 3) apontou alpha de Cronbach razoável ($\alpha = .707$).

Ainda que apenas o primeiro fator tenha alcançado o valor desejável de .80, consideramos que os outros dois fatores apresentam níveis aceitáveis de consistência interna. Com efeito, a dimensão que apresenta uma menor robustez (despersonalização) é a que na sua composição apresenta o menor número de itens, facto que pode influenciar o alpha obtido (Pestana & Gageiro, 2008). No entanto, embora tenhamos obtido um alpha de Cronbach fraco nesta dimensão, decidimos prosseguir com o estudo utilizando o MBI na sua forma original, cientes da fragilidade da dimensão despersonalização².

Quadro 4.8.

Fiabilidade Estatística do Maslach Burnout Inventory

| <i>Subescalas</i> | <i>Itens avaliadores</i> | <i>Alphas de Cronbach</i> |
|----------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1.Exaustão emocional | 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20 | .843 |
| 2.Despersonalização | 5, 10, 11, 15 e 22 | .665 |
| 3.Realização pessoal | 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21 | .707 |

² Segundo Pestana e Gageiro (2008), considera-se um alpha de Cronbach inadmissível quando o seu valor é inferior a 0.60, caso que aqui não se verificou.

Capítulo 5

5. Resultados

No presente capítulo apresentamos os resultados alcançados no estudo empírico. Iniciamos o capítulo com as estatísticas descritivas dos instrumentos de medida (*ponto 5.1.*), avaliando individualmente cada instrumento, nos *pontos 5.1.1.* e *5.1.2.* Seguidamente, procede-se aos testes das hipóteses em estudo (*ponto 5.2.*) A H1 é analisada no *ponto 5.2.1.*, a H2 no *ponto 5.2.2.* e a H3 no *ponto 5.2.3.*

5.1. Estatísticas descritivas.

5.1.1. Escala de inteligência emocional.

As estatísticas descritivas da EIE são analisadas neste ponto. No *Quadro 5.1.* podem consultar-se as pontuações mínimas e máximas, bem como as médias, os desvios-padrão e os erros padrão da escala em análise. Na nossa amostra, os valores totais da escala da IE situam-se no ponto 5 da escala de respostas, correspondente a “aplica-se muito a mim”. Ainda em relação à escala na sua globalidade, observa-se que o valor mínimo é bastante elevado (4.11), assim como o máximo (6.89). As pontuações médias dos desvios-padrão (DP), indicativas da variabilidade em torno da média, mostram uma boa dispersão dos dados. Quanto ao erro-padrão, os valores emergidos revelaram-se bastante próximos de zero.

No que respeita às diferentes dimensões da escala, em todas se verifica que a pontuação média se situa acima do ponto médio da escala de respostas (3.50). A pontuação média mais elevada regista-se na dimensão empatia ($M = 6.25$), sendo que a mais baixa recai na dimensão autocontrolo emocional (4.55). Em relação às pontuações mínimas e máximas das dimensões de IE, compreendem-se entre 2.00 e 7.00, respetivamente.

Globalmente, os participantes da nossa amostra mostram-se detentores de bons níveis de IE, embora se registre que a sua capacidade de autocontrolo emocional, ainda que acima do ponto médio de respostas, quando comparada com as restantes dimensões revela-se ligeiramente mais frágil.

Quadro 5.1.

Pontuações Mínimas e Máximas, Médias, Desvios-Padrão e Erros-Padrão da Escala de Inteligência Emocional e Respetivos Factores (n = 61)

| <i>Inteligência Emocional</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Média (M)</i> | <i>Desvio-Padrão (DP)</i> | <i>Erro-Padrão (EP)</i> |
|----------------------------------|---------------|---------------|------------------|---------------------------|-------------------------|
| Escala global | 4.11 | 6.89 | 5.43 | 0.564 | .072 |
| Factores: | | | | | |
| F1_ Comp. das emoções próprias | 2.80 | 7.00 | 5.47 | 0.897 | .115 |
| F2_Autocontrolo perante críticas | 2.00 | 7.00 | 5.13 | 1.274 | .163 |
| F3_Autocontrolo emocional | 2.00 | 7.00 | 4.55 | 1.083 | .139 |
| F4_Auto-encorajamento | 4.33 | 7.00 | 5.99 | 0.672 | .086 |
| F5_Empatia | 4.00 | 7.00 | 6.25 | 0.789 | .101 |
| F6_Comp. das emoções dos outros | 3.50 | 7.00 | 5.49 | 0.761 | .097 |

Na *Figura 5.1.* encontram-se representadas graficamente as pontuações médias da EIE e fatores respetivos. Fica evidente que a nossa amostra denota bons níveis de IE, sendo as dimensões relativas à empatia e ao auto-encorajamento as que se mostram mais fortes. Inversamente, o autocontrolo emocional, apresenta a pontuação média mais baixa. Embora em termos de média esta dimensão se revele a mais fraca, situa-se acima do ponto médio de respostas, demonstrando que os participantes são detentores de níveis bastante razoáveis de autocontrolo emocional.

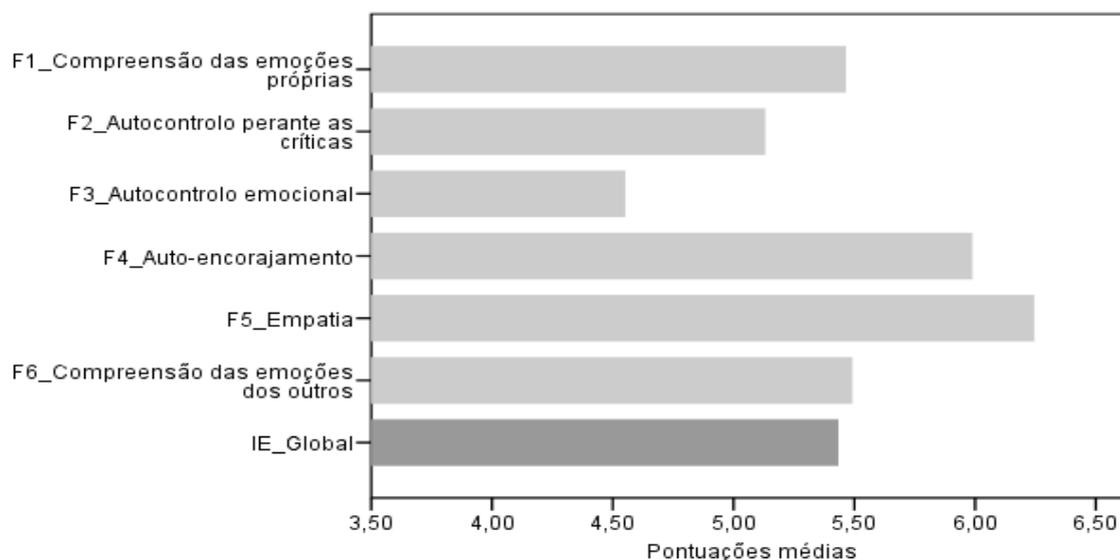


Figura 5.1. Pontuações médias da EIE e respetivos fatores.

5.1.2. Maslach burnout inventory.

Analizamos, na presente secção, as estatísticas descritivas do MBI. Em relação aos valores médios obtidos nas três dimensões, podemos afirmar de a amostra revelou níveis baixos de exaustão ($M = 12.05$) e de despersonalização ($M = 4.14$). Adicionalmente, apresentou níveis moderados, com tendência a baixos, de realização pessoal ($M = 39.44$). Conforme se pode constatar através da inspeção do *Quadro 5.2.*, onde se disponibilizam as pontuações mínimas e máximas, as médias, os desvios-padrão e os erros padrão das subescalas do MBI, as respostas dos nossos inquiridos inseriram-se entre um valor mínimo de 0.00, nas subescalas exaustão emocional e despersonalização, e de 25.00, na subescala de realização pessoal, e máximos de 40.00, 16.00 e 48.00, respetivamente. Atendendo à amplitude entre os valores mínimos e máximos, os desvios-padrão mostram uma boa dispersão dos dados. Salienta-se o facto de os erro-padrão não se afastarem muito de zero.

Estes resultados são reveladores de que esta amostra de enfermeiros de hemodiálise demonstra uma boa capacidade de resposta às exigências emocionais do seu trabalho, assim como de tratar os seus pacientes de forma afável e pessoal. Ou seja, Esta amostra é detentora de baixos níveis de burnout. Simultaneamente, evidenciam níveis moderados de realização pessoal. Uma observação à representação gráfica das pontuações médias das subescalas do MBI (cf. *Figura 5.2.*) permite-nos visualizar de forma mais clara as pontuações alcançadas pelos participantes do nosso estudo.

Quadro 5.2.

Pontuações Mínimas e Máximas, Médias, Desvios-Padrão e Erros-Padrão das Subescalas do MBI (n = 61)

| Subescalas MBI | Mínimo | Máximo | Média (M) | Desvio-Padrão (DP) | Erro-Padrão (EP) |
|-----------------------|--------|--------|-----------|--------------------|------------------|
| F1_Exaustão emocional | 0.00 | 40.00 | 12.05 | 8.529 | 1.092 |
| F2_Despersonalização | 0.00 | 16.00 | 4.15 | 4.351 | 0.557 |
| F3_Realização pessoal | 25.00 | 48.00 | 39.44 | 5.723 | 0.733 |

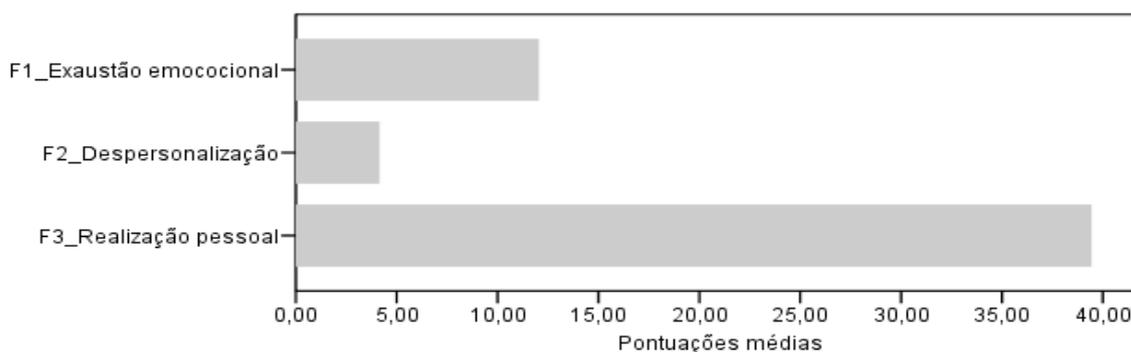


Figura 5.2. Pontuações médias das subescalas do MBI.

5.2. Teste das hipóteses.

O teste das hipóteses previamente equacionadas é aqui alvo da nossa análise. Damos início a esta secção com o teste da hipótese 1 (*ponto 5.2.1.*), onde se averigua a relação entre a IE e o burnout. No *ponto 5.2.2.* procede-se à análise das repercussões das variáveis sociodemográficas nos níveis de inteligência emocional dos enfermeiros de hemodiálise em estudo. Para o efeito, equacionámos cinco hipóteses (H2a a H2e) que derivam da H2 e lhe pretendem dar uma resposta global, onde se analisa a influência de cada variável individualmente nos níveis de IE dos participantes (*pontos 5.2.2.1. a 5.2.2.5.*). Para finalizarmos o nosso teste das hipóteses, averiguamos, no *ponto 5.2.3.*, as repercussões das variáveis profissionais nos níveis de IE desta amostra de enfermeiros de hemodiálise (H3). De forma a respondermos a esta hipótese geral, formulámos três hipóteses específicas (H3a, H3b e H3c), que analisam a influência de cada variável profissional nos níveis de IE destes participantes (*pontos 5.2.3.1. a 5.2.3.3.*).

5.2.1. H1: Relação entre a IE e o burnout.

Para o teste da nossa primeira hipótese, que dispunha a existência de uma relação negativa entre a inteligência emocional e o burnout, recorreu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação *Rho* de *Spearman* (r_s) em virtude de o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) ter demonstrado uma significativamente não-normal distribuição dos dados [para o género, $D(61) = .44, p < .001$; para a idade, $D(61) = .22, p < .001$]. Os resultados do *Quadro 5.3.* evidenciam associações lineares baixas e positivas entre realização pessoal e as dimensões de IE compreensão das emoções próprias ($r_s = .265, p < .05, R^2 = 7.13\%$) e autocontrolo emocional ($r_s = .259, p < .05, R^2 = 6.71\%$). A despersonalização aponta uma correlação negativa baixa com o autocontrolo perante as críticas ($r_s = -.346, p < .01, R^2 = 11.97\%$), indicando que maiores níveis de despersonalização se associam a uma menor capacidade de autocontrolo perante as críticas. No que concerne à subescala do MBI exaustão emocional, verificam-se associações lineares baixas e negativas com o autocontrolo perante as críticas ($r_s = -.317, p < .05, R^2 = 10.05\%$), com o autocontrolo emocional ($r_s = -.263, p < .05, R^2 = 6.92\%$) e com a empatia ($r_s = -.268, p < .05, R^2 = 7.18\%$). Ou seja, a maiores níveis de exaustão emocional associa-se uma menor capacidade de autocontrolo perante as críticas, de autocontrolo emocional e de empatia.

Relativamente aos níveis de IE considerados como um todo, as associações lineares negativas e baixas emergidas indicam que os participantes com maiores níveis IE são menos

afetados pela síndrome de burnout (exaustão emocional e despersonalização). Esta associação negativa é mais forte no que concerne à subescala despersonalização ($r_s = -.365$, $p < .01$) evidenciando uma proporção de variabilidade partilhada, determinada pelo coeficiente de determinação R^2 , de 13.32%, do que em relação à exaustão emocional ($r_s = -.259$, $p < .05$), sendo que, neste último caso, uma variável explica a outra (R^2) em apenas 6.71%. Como seria de esperar, a inteligência emocional global associa-se linear e positivamente, de forma moderada, à realização pessoal ($r_s = .423$, $p < .01$), sendo que a influência de uma variável sobre a outra é de 17.89%. Estes resultados conferem suporte empírico à nossa primeira hipótese, ao demonstrarem que maiores níveis de IE se traduzem em menores níveis de burnout.

Quadro 5.3.

Correlações de Spearman entre a EIE e Fatores Constituintes e o MBI

| | MBI | | MBI | | MBI | |
|--|--------------------|-------|-------------------|-------|--------------------|-------|
| | Exaustão emocional | | Despersonalização | | Realização pessoal | |
| <i>Escala e subescalas</i> | r_s | R^2 | r_s | R^2 | r_s | R^2 |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | -.068 | 0.46 | -.120 | 1.44 | .267* | 7.13 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | -.317* | 10.05 | -.346** | 11.97 | .237 | 5.62 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | -.263* | 6.92 | -.133 | 1.77 | .259* | 6.71 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | -.042 | 0.18 | -.176 | 3.10 | .171 | 2.92 |
| IE_F5 Empatia | -.268* | 7.18 | -.162 | 2.62 | .119 | 1.42 |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | .172 | 2.96 | .001 | 0.00 | .246 | 6.05 |
| <i>IE escala global</i> | -.259* | 6.71 | -.365** | 13.32 | .423** | 17.89 |

** $p < .01$; * $p < .05$.

5.2.2. H2: Repercussões das variáveis sociodemográficas nos níveis de IE.

Neste ponto analisa-se a influência das variáveis sociodemográficas dos participantes da nossa amostra nos seus níveis de inteligência emocional. Assim, nos pontos que se seguem submetemos à evidência do escrutínio empírico a influência do género (*ponto 5.2.2.1.*), da idade (*ponto 5.2.2.2.*), do estado civil (*ponto 5.2.2.3.*), das habilitações académicas (*ponto 5.2.2.4.*) e da paternidade dos participantes (*ponto 5.2.2.5.*) nos seus níveis de IE.

5.2.2.1. H2a: Influência do género.

Para averiguarmos a influência do género nos níveis de IE, procedemos a uma análise multivariada da variância (MANOVA, com procedimento *general linear model*) considerando como variáveis dependentes (VD) as seis dimensões de IE e o género dos participantes como variável independente (VI), contendo dois níveis: 1) Masculino ($n = 18$) e 2) Feminino ($n = 43$). No entanto, a verificação da falta de homogeneidade da matriz de covariâncias (M de Box = 39.37, $F(21, 4137.38) = 1.60$, $p < .05$), indicativa da violação de um dos pressupostos à realização da MANOVA, levou-nos à realização do seu equivalente não paramétrico, o teste U de Mann-Whitney. No *Quadro 5.4.* indicam-se os resultados obtidos, assim como as pontuações médias e os desvios-padrão respetivos.

Quadro 5.4.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de IE em função do Género dos Participantes: Testes de Mann-Withney

| Factores de IE | Género | | | | | | U de Mann-Whitney |
|--|---------------------------|------|--------------------------|------|-----------------------|------|-------------------|
| | Masculino ($n = 18$) | | Feminino ($n = 43$) | | Total ($N = 61$) | | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | 5.48 | 0.76 | 5.46 | 0.96 | 5.47 | 0.90 | 376.50 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 4.91 | 1.45 | 5.22 | 1.20 | 5.13 | 1.27 | 339.50 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 4.43 | 0.82 | 4.60 | 1.18 | 4.55 | 1.08 | 333.00 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 5.61 | 0.42 | 6.15 | 0.70 | 5.99 | 0.67 | 192.50** |
| IE_F5 Empatia | 5.75 | 0.94 | 6.45 | 0.62 | 6.25 | 0.79 | 218.00** |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | 4.97 | 0.67 | 5.71 | 0.69 | 5.49 | 0.76 | 179.50*** |

** $p < .01$; *** $p = .001$.

A análise do *Quadro 5.4.* permite-nos constatar diferenças dotadas de significação estatística entre o género masculino e feminino no que concerne às dimensões auto-encorajamento ($U = 192.50$, $z = -3.13$, $p = .002$, $r = -.40$), empatia ($U = 218.00$, $z = -2.78$, $p = .005$, $r = -.36$) e compreensão das emoções dos outros ($U = 179.50$, $z = -3.35$, $p = .001$, $r = -.43$). Constatam-se, igualmente, tamanhos de efeito (r) médios nas diferenças observadas. Confirma-se, portanto, a nossa H2a, de que existem diferenças de género no que respeita aos níveis de IE, mas apenas parcialmente. De facto, e de forma global, ao género masculino cabem menores níveis de IE nas suas diferentes dimensões, excepção feita à compreensão das emoções próprias onde praticamente não se registam diferenças de género, sendo que as

diferenças significativas se registam a favor do género feminino, nas dimensões auto-encorajamento, empatia e compreensão das emoções dos outros.

5.2.2.2. H2b: Influência da idade.

A análise da influência da idade nos níveis de IE efetuou-se com recurso aos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis (K-W), em virtude da heterogeneidade manifestada pela matriz de covariâncias para realização da MANOVA (M de Box = 76.93, $F(42, 4726.51) = 1.46$, $p < .05$). Para o efeito, considerámos os cinco níveis da VI classes etárias, sendo: 1) dos 21 aos 25 anos ($n = 6$), 2) dos 26 aos 30 anos ($n = 15$), 3) dos 31 aos 35 anos ($n = 13$), 4) dos 36 aos 40 anos ($n = 6$) e 5) 41 ou mais anos ($n = 21$).

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, juntamente com as médias e os desvios-padrão, disponibilizam-se no *Quadro 5.5*. Da análise destes resultados, verifica-se a existência de diferenças com significado estatístico apenas na dimensão compressão das emoções dos outros. Por forma a identificarmos em que níveis da VI residem as diferenças encontradas, procedemos ao cálculo dos testes de comparação múltipla de Tukey HSD (*honestly significant difference*), efetuados para contrastes simples *a posteriori*, cujos resultados se podem consultar no *Quadro 5.6*.

Quadro 5.5.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de EI em função das Classes Etárias dos Participantes: Testes de Kruskal-Wallis

| Factores de IE | Classes Etárias | | | | | | | | | | | | K-W χ^2 (4) |
|--|---------------------------|-----|----------------------------|------|----------------------------|------|---------------------------|------|--------------------------------|------|-----------------------|------|---------------------|
| | 21-25 anos ($n = 6$) | | 26-30 anos ($n = 15$) | | 31-35 anos ($n = 13$) | | 36-40 anos ($n = 6$) | | ≥ 41 anos ($n = 21$) | | Total ($N = 61$) | | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | |
| IE_F1 Compreensão emoções próprias | 5.73 | .52 | 5.32 | .77 | 5.55 | .66 | 5.73 | .94 | 5.36 | 1.17 | 5.47 | .90 | 1.77 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 5.50 | .81 | 5.00 | 1.25 | 4.87 | 1.24 | 5.44 | .96 | 5.19 | 1.53 | 5.13 | 1.27 | 1.86 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 4.78 | .75 | 4.78 | .99 | 4.33 | .86 | 4.50 | 1.46 | 4.48 | 1.28 | 4.55 | 1.08 | 1.57 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.22 | .75 | 5.96 | .63 | 6.03 | .69 | 5.94 | .93 | 5.94 | .65 | 5.99 | .67 | .95 |
| IE_F5 Empatia | 5.91 | .58 | 6.30 | .82 | 6.12 | .82 | 6.58 | .66 | 6.29 | .85 | 6.25 | .79 | 3.99 |
| IE_F6 Compreensão emoções outros | 5.08 | .38 | 5.07 | .88 | 5.88 | .65 | 5.67 | .52 | 5.62 | .72 | 5.49 | .76 | 10.57** |

** $p = .032$.

Quadro 5.6.

Diferenças entre as Médias dos Fatores de IE em Função das Classes Etárias dos Participantes: Testes de Comparação Múltipla

| | Classes Etárias | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | 21-25 anos (n = 6) | 26-30 anos (n = 15) | 31-35 anos (n = 13) | 36-40 anos (n = 6) | ≥ 41 anos (n = 21) |
| Diferenças entre as médias | | | | | |
| F1 Compreensão das emoções próprias | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | -0.41 | — | | | |
| 31-35 anos | -0.18 | 0.23 | — | | |
| 36-40 anos | 0.00 | 0.41 | 0.17 | — | |
| ≥ 41 anos | -0.37 | 0.04 | -0.19 | -0.37 | — |
| F2 Autocontrolo perante as críticas | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | -0.50 | — | | | |
| 31-35 anos | -0.62 | -0.13 | — | | |
| 36-40 anos | -0.05 | 0.44 | 0.57 | — | |
| ≥ 41 anos | -0.31 | 0.19 | 0.32 | -0.25 | — |
| F3 Autocontrolo emocional | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | 0.00 | — | | | |
| 31-35 anos | -0.44 | -0.44 | — | | |
| 36-40 anos | -0.28 | -0.28 | 0.17 | — | |
| ≥ 41 anos | -0.30 | -0.30 | 0.14 | -0.02 | — |
| F4 Auto-encorajamento | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | -0.27 | — | | | |
| 31-35 anos | -0.20 | 0.07 | — | | |
| 36-40 anos | -0.28 | -0.01 | -0.08 | — | |
| ≥ 41 anos | -0.29 | -0.02 | -0.09 | -0.01 | — |
| F5 Empatia | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | 0.38 | — | | | |
| 31-35 anos | 0.20 | -0.18 | — | | |
| 36-40 anos | 0.67 | 0.28 | 0.47 | — | |
| ≥ 41 anos | 0.37 | -0.01 | 0.17 | -0.30 | — |
| F6 Compreensão das emoções dos outros | | | | | |
| 21-25 anos | — | | | | |
| 26-30 anos | -0.02 | — | | | |
| 31-35 anos | 0.80 | 0.82* | — | | |
| 36-40 anos | 0.58 | 0.60 | -0.22 | — | |
| ≥ 41 anos | 0.54 | 0.55 | -0.27 | -0.05 | — |

* $p < .05$.

Da análise do *Quadro 5.6*, constata-se que, as diferenças encontradas na dimensão de IE compreensão das emoções dos outros residem apenas entre os participantes incluídos na classe etária dos 31 aos 35 anos e os da classe etária compreendida entre os 26 e os 30 anos. Ou seja, comparativamente aos segundos, os primeiros mostram níveis mais elevados de compreensão das emoções dos outros, sendo esta diferença estatisticamente significativa.

As pontuações médias das seis dimensões de IE em função das classes etárias dos participantes ilustram-se graficamente na *Figura 5.3*. Como se pode verificar, as maiores diferenças entre as médias residem entre os participantes da segunda e terceira classes etárias, na compreensão das emoções dos outros, indicativas de que os participantes com idades entre os 31 e os 35 anos demonstram uma superior capacidade de compreender as emoções dos seus pacientes. Este resultado confirma parcialmente a nossa H2b, que dispunha a existência de diferenças significativas em relação aos níveis de IE em função da idade dos participantes.

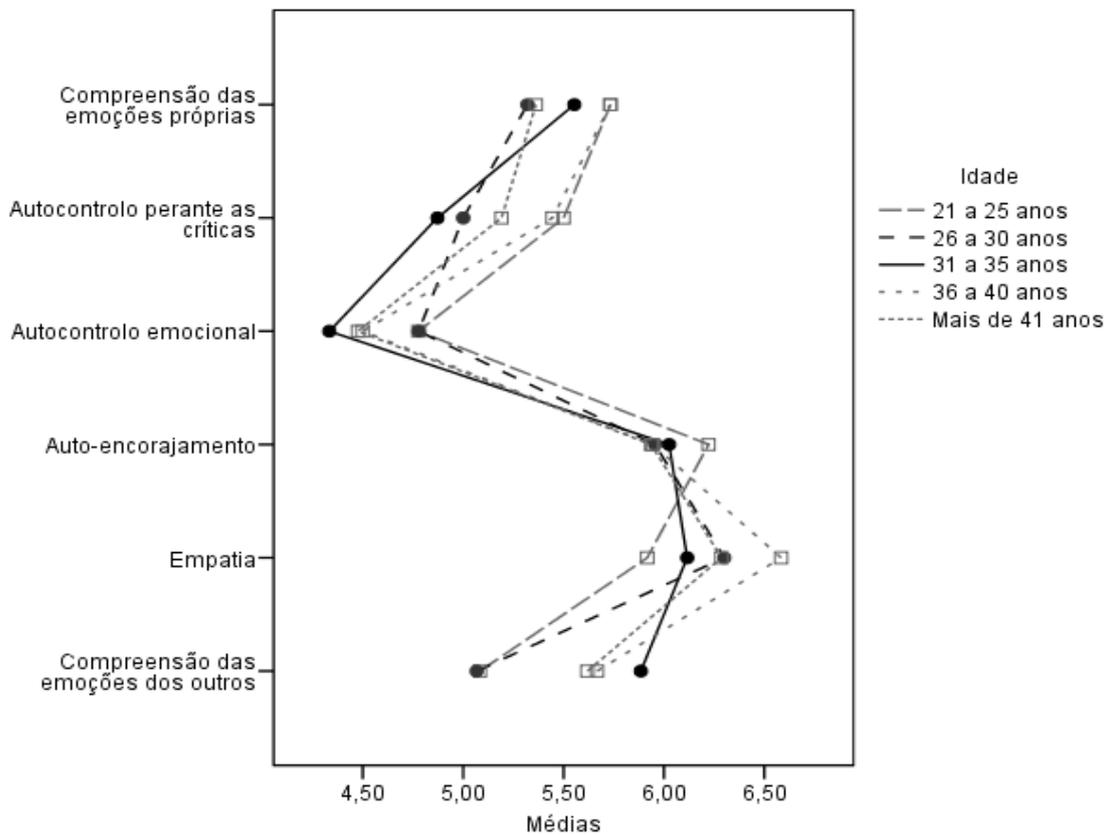


Figura 5.3. Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das classes etárias dos participantes.

5.2.2.3. H2c: Influência do estado civil.

Analisando agora a influência do estado civil nos níveis de IE, procedemos a nova MANOVA, tomando como VD as seis dimensões de IE e como VI o estado civil dos participantes, operacionalizada em três níveis: 1) solteiro ($n = 13$), 2) casado ($n = 43$) e 3) divorciado ($n = 5$). Para prossecução deste teste, certificámo-nos previamente que estavam assegurados os pressupostos à sua realização, nomeadamente quanto à homogeneidade da matriz de covariâncias, [M de Box = 24.28, $F(21, 1836.94) = 0.93$, $p = .557$]. No entanto, constatámos que os resultados decorrentes do teste multivariado não demonstraram a existência de efeito global estatisticamente significativo, Lambda (λ) de Wilks = 0.729, $F(12, 106) = 1.51$, $p = .131$. As pontuações médias, os desvios-padrão dos fatores de IE em função do estado civil e os resultados dos testes univariados podem consultar-se no *Quadro 5.7*.

Quadro 5.7.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de IE em função do Estado Civil dos Participantes: Testes Univariados

| Factores de IE | Estado Civil | | | | | | | | |
|--|--------------------------|------|--------------------------|------|---------------------------|------|-----------------------|------|-----------------|
| | Casado / União | | | | | | | | F^a (2,58) |
| | Solteiro ($n = 13$) | | de facto ($n = 43$) | | Divorciado ($n = 5$) | | Total ($N = 61$) | | |
| M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | | |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | 5.52 | 0.73 | 5.39 | 0.96 | 6.00 | 0.62 | 5.47 | 0.90 | 1.09 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 5.03 | 0.95 | 5.29 | 1.25 | 4.07 | 1.89 | 5.13 | 1.27 | 2.20 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 4.54 | 0.62 | 4.50 | 1.21 | 5.00 | 0.85 | 4.55 | 1.08 | 0.46 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.21 | 0.66 | 5.88 | 0.67 | 6.40 | 0.55 | 5.99 | 0.67 | 2.31 |
| IE_F5 Empatia | 6.08 | 0.79 | 6.26 | 0.81 | 6.60 | 0.55 | 6.25 | 0.79 | 0.80 |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | 5.35 | 0.66 | 5.45 | 0.76 | 6.20 | 0.76 | 5.49 | 0.76 | 2.59 |

^a As diferenças entre as médias não atingiram o limiar de significação estatística convencionado ($p \leq .05$).

Os resultados dos subsequentes testes univariados não indicaram, de igual forma, qualquer efeito dotado de significado estatístico, conforme se pode comprovar no *Quadro 5.7*. Adicionalmente, também não se verificou qualquer efeito estatisticamente significativo nos testes de comparação múltipla de Tukey HSD, razão pela qual optámos pela supressão gráfica destes resultados. Face ao exposto, concluímos que, na nossa amostra, o estado civil dos participantes não se reverte em diferenças nos seus níveis de inteligência emocional, pelo que a nossa H2c recebe suporte empírico.

5.2.2.4. H2d: Influência das habilitações académicas.

A realização do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para testarmos a influência das habilitações académicas nos níveis de IE, realizado como alternativa à MANOVA por não se encontrarem reunidos os pressupostos para a sua análise fidedigna, particularmente os relativos à homogeneidade da matriz de covariâncias [M de Box = 16.25, $F(42, 1381.58) = 1.78$, $p = .002$], onde havíamos considerado como VD as seis dimensões de IE e como VI as habilitações académicas dos participantes operacionalizada em cinco níveis [1) Bacharelato ($n = 1$), 2) Licenciatura ($n = 39$), 3) Especialidade em Enfermagem ($n = 11$), 4) Pós-graduação em Enfermagem ($n = 8$) e 5) Mestrado ($n = 2$)], devolveu resultados significativos, observáveis na dimensão compreensão das emoções dos outros. As pontuações médias dos fatores de IE em função das habilitações académicas, juntamente com os desvios-padrão e os testes K-W, disponibilizam-se no *Quadro 5.8*.

Quadro 5.8.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de EI em função das Habilitações Académicas dos Participantes: Testes de Kruskal-Wallis

| Factores de IE | Habilitações Académicas | | | | | | | | | | | | K-W χ^2 (4) |
|--|----------------------------|------|------------------------------|------|--|------|---|------|-------------------------|------|-----------------------|------|---------------------|
| | Bacharelato ($n = 1$) | | Licenciatura ($n = 39$) | | Especialidade ^a ($n = 11$) | | Pós-graduação ^a ($n = 8$) | | Mestrado ($n = 2$) | | Total ($N = 61$) | | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | M | DP | |
| IE_F1 Compreensão emoções próprias | 5.60 | 0.00 | 5.58 | 0.79 | 5.11 | 1.37 | 5.25 | 0.63 | 5.90 | 0.42 | 5.47 | 0.90 | 2.13 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 5.33 | 0.00 | 4.98 | 1.31 | 5.73 | 1.12 | 5.00 | 1.18 | 5.17 | 2.12 | 5.13 | 1.27 | 3.19 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 5.33 | 0.00 | 4.52 | 0.99 | 4.21 | 1.27 | 5.04 | 1.19 | 4.67 | 1.89 | 4.55 | 1.08 | 2.26 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.00 | 0.00 | 5.97 | 0.69 | 5.88 | 0.70 | 6.17 | 0.67 | 6.33 | 0.47 | 5.99 | 0.67 | 1.39 |
| IE_F5 Empatia | 6.00 | 0.00 | 6.24 | 0.81 | 6.36 | 0.71 | 6.00 | 0.93 | 6.75 | 0.35 | 6.25 | 0.79 | 1.88 |
| IE_F6 Compreensão emoções outros | 5.50 | 0.00 | 5.64 | 0.76 | 5.32 | 0.40 | 4.81 | 0.84 | 6.25 | 0.35 | 5.49 | 0.76 | 9.80* |

^a em Enfermagem; * $p < .05$.

De forma a melhor ilustrarmos as diferenças encontradas, representámos graficamente as pontuações médias alcançadas nas seis dimensões de IE em função das habilitações académicas (cf. *Figura 5.4.*). Como é perceptível, a maior diferença reside entre os participantes titulares de pós-graduação em enfermagem e os detentores de mestrado, com estes últimos a manifestarem um nível bastante mais elevado de compreensão das emoções dos outros em relação aos primeiros. Vale, no entanto, realçar que em todas as restantes dimensões de IE os participantes mostram, invariavelmente, pontuações acima do ponto médio da escala de respostas (3.50), demonstrando, de forma global, elevados níveis de

inteligência emocional. Destes resultados conclui-se que a nossa hipótese H2d recebe suporte empírico parcial, na medida em que apenas na dimensão compreensão das emoções dos outros se registam diferenças estatisticamente significativas no que concerne às habilitações académicas dos sujeitos da amostra.

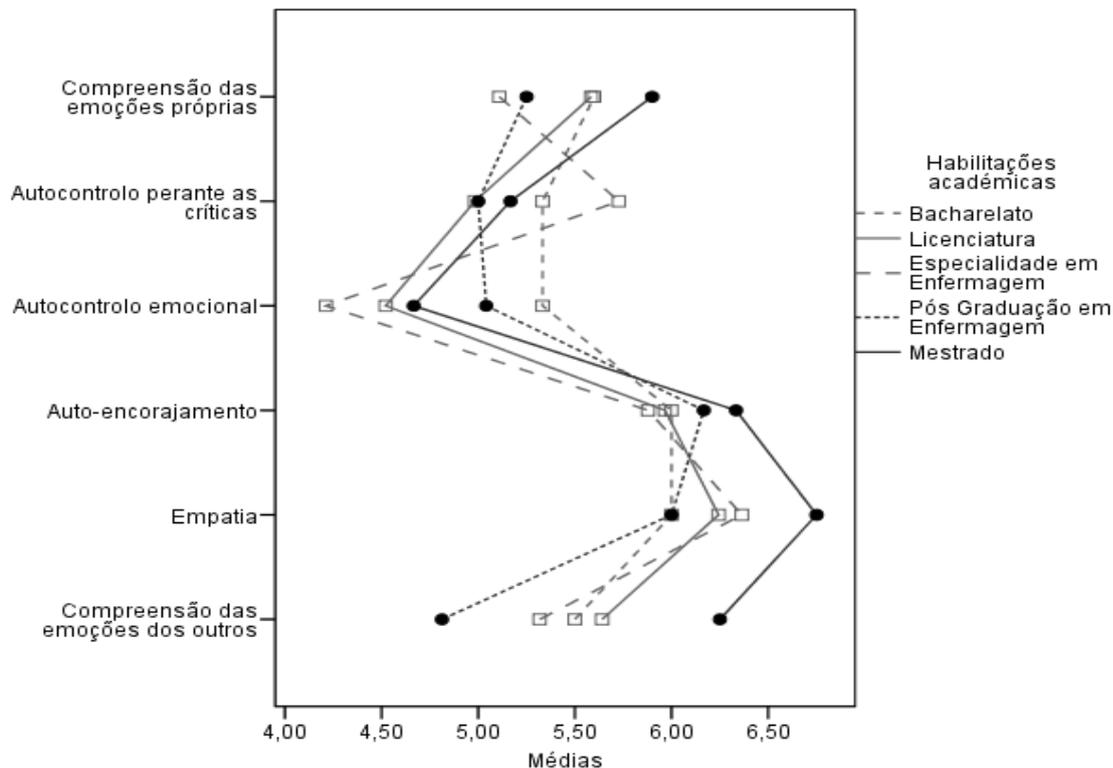


Figura 5.4. Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das habilitações académicas dos participantes.

5.2.2.5. H2e: Influência da paternidade.

A avaliação da influência da paternidade nos níveis de IE dos participantes efetuou-se com recurso a nova MANOVA, assegurados que estavam os pressupostos necessários para a sua utilização fidedigna. O teste *M* de Box para avaliação da homogeneidade da matriz de covariâncias devolveu um valor de 33,68, $F(21, 10650,22) = 1,42$, $p = .095$. Para o efeito, operacionalizámos as respostas à questão “número de filhos” em função dos participantes que são pais e dos que não são, tendo sido considerados dois níveis: 1) não ($n = 26$) e 2) sim ($n = 35$). Tomada esta variável como VI e as seis dimensões de IE como VD, realizámos, então, a MANOVA. Porém, para o teste multivariado, o efeito global não devolveu um resultado dotado de significado estatístico: *A de Wilks* = 0,853, $F(6, 54) = 1,56$, $p = .178$. No Quadro 5.9. podem examinar-se os resultados dos testes univariados subsequentes, assim como as médias e os desvios-padrão de cada uma das dimensões de IE. Como pode constatar-se, os

testes univariados já manifestaram alguma heterogeneidade nos resultados, particularmente na dimensão compreensão das emoções dos outros [$F(1,59) = 4.87, p = .031$].

Quadro 5.9.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Factores de IE em função da Paternidade: Testes Univariados

| Factores de IE | Paternidade | | | | | | F (1,59) |
|--|-----------------|------|-----------------|------|-------------------|------|-------------|
| | Não (n = 26) | | Sim (n = 35) | | Total (N = 61) | | |
| | M | DP | M | DP | M | DP | |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | 5.57 | 0.81 | 5.39 | 0.96 | 5.47 | 0.90 | 0.60 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 5.13 | 1.21 | 5.13 | 1.34 | 5.13 | 1.27 | 0.00 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 4.73 | 0.95 | 4.42 | 1.17 | 4.55 | 1.08 | 1.24 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.09 | 0.67 | 5.91 | 0.67 | 5.99 | 0.67 | 1.01 |
| IE_F5 Empatia | 6.25 | 0.78 | 6.24 | 0.81 | 6.25 | 0.79 | 0.00 |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | 5.25 | 0.84 | 5.67 | 0.65 | 5.49 | 0.76 | 4.87* |

* $p < .05$.

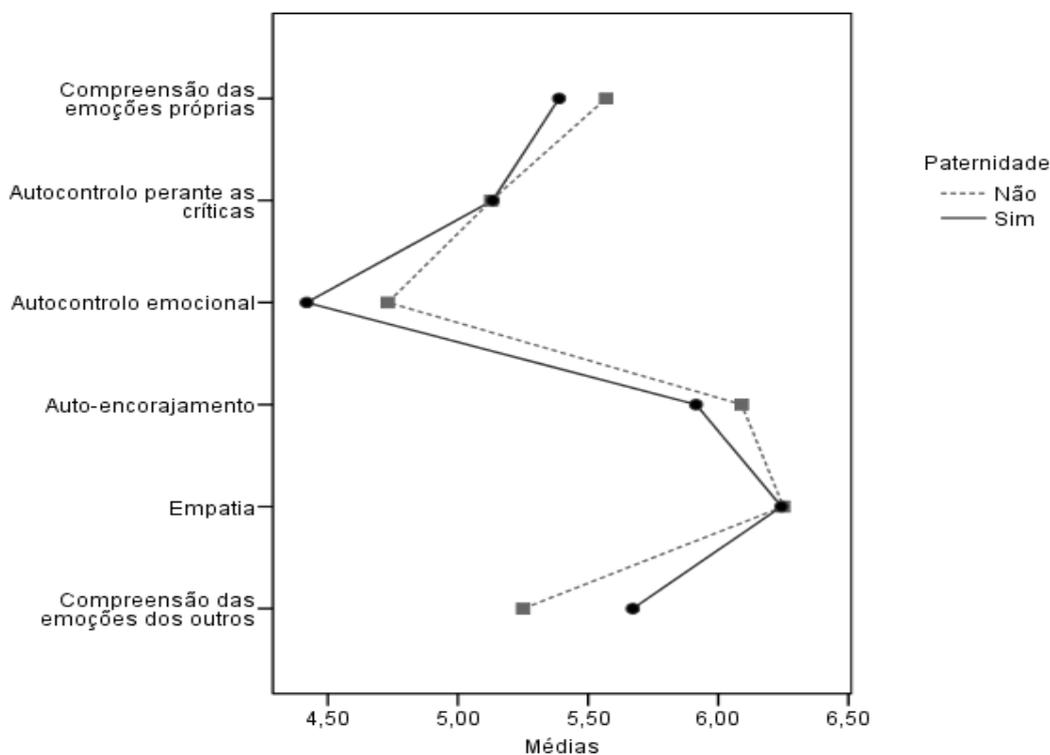


Figura 5.5. Pontuações médias das seis dimensões de IE em função da paternidade.

Na Figura 5.5. representam-se graficamente as pontuações médias das seis dimensões de IE em função da paternidade. Um dado curioso que sobressai da observação desta figura é

que os participantes com filhos apresentam, genericamente, menores níveis de IE do que os participantes sem filhos (nas dimensões autocontrolo perante as críticas e empatia, apresentam níveis exatamente iguais). Contudo, a grande diferença que se observa recai na compreensão das emoções dos outros, onde a tendência é invertida, com os participantes pais a evidenciarem uma capacidade significativamente superior de compreenderem as emoções dos outros. Estes resultados conferem suporte empírico à nossa H2e, ainda que de forma parcial.

5.2.3. H3: Repercussões das variáveis profissionais nos níveis de IE.

O presente ponto é dedicado à análise da influência das variáveis profissionais dos respondentes nos seus níveis de inteligência emocional (H3). Assim, nos pontos que se seguem, submetemos à evidência do escrutínio empírico a influência do tempo de serviço, constituída como a hipótese H3a (*ponto 5.2.3.1.*), da exclusividade no exercício de funções (H3b), *ponto 5.2.3.2.* e, por fim, da carga horária de trabalho semanal (H3c), *ponto 5.2.2.3.*, nos níveis de IE dos participantes.

5.2.3.1. H3a: Influência do tempo de serviço.

A influência do tempo de serviço em hemodiálise foi avaliada com base em quatro níveis: 1) menos de 1 ano ($n = 5$), 2) entre 1 e 4 anos ($n = 13$), entre 5 e 8 anos ($n = 14$) e igual ou superior a 9 anos ($n = 29$). Tomada esta variável como VI, e as seis dimensões de IE como VD, procurámos realizar nova MANOVA. No entanto, porque não estava assegurada a utilização fidedigna da MANOVA [M de Box = 80.16, $F(42, 4101.97) = 1.53$, $p = .016$], recorreremos ao equivalente não paramétrico (teste de Kruskal-Wallis). As pontuações médias, juntamente com os desvios-padrão e os testes K-W, expõem-se no *Quadro 5.10*.

Constatamos que o tempo de serviço não afeta os níveis de IE dos nossos participantes. Objetivando perceber acerca da possibilidade de eventuais diferenças ao nível das seis dimensões de IE em função dos grupos por tempo de serviço em hemodiálise, procedemos à realização do teste de *Tukey HSD*, calculado para contrastes simples *a posteriori*. Os resultados obtidos apontaram, igualmente, para a inexistência de diferenças estatísticas ao nível de cada um dos fatores considerados, razão pela qual estes resultados foram suprimidos. A evidência destes resultados levam-nos a concluir que o tempo de serviço não influi nos níveis de IE dos nossos sujeitos, pelo que a nossa H3a não mereceu suporte empírico.

Quadro 5.10.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de IE em função do Tempo de Serviço dos Participantes em Hemodiálise: Testes de Kruskal-Wallis

| <i>Fatores de IE</i> | <i>Tempo de Serviço em Hemodiálise</i> | | | | | | | | | | <i>K-W</i> $\chi^2(3)$ |
|--|--|-----------|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|---------------------------|
| | < 1 ano (<i>n</i> = 5) | | 1-4 anos (<i>n</i> = 13) | | 5-8 anos (<i>n</i> = 14) | | ≥ 9 anos (<i>n</i> = 29) | | <i>Total</i> (<i>N</i> = 61) | | |
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | 5.72 | 0.63 | 5.46 | 0.78 | 5.50 | 0.69 | 5.41 | 1.08 | 5.47 | 0.90 | 0.36 |
| IE_F2 Autocontrole perante as críticas | 5.47 | 0.69 | 5.05 | 1.35 | 4.86 | 1.08 | 5.24 | 1.42 | 5.13 | 1.27 | 1.89 |
| IE_F3 Autocontrole emocional | 4.87 | 1.19 | 4.90 | 0.89 | 4.45 | 0.69 | 4.39 | 1.29 | 4.55 | 1.08 | 2.40 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.40 | 0.55 | 5.92 | 0.65 | 5.86 | 0.64 | 6.01 | 0.72 | 5.99 | 0.67 | 2.53 |
| IE_F5 Empatia | 5.90 | 0.74 | 6.35 | 0.63 | 6.11 | 0.98 | 6.33 | 0.77 | 6.25 | 0.79 | 1.84 |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | 5.60 | 0.42 | 5.12 | 0.71 | 5.54 | 0.97 | 5.62 | 0.69 | 5.49 | 0.76 | 3.77 |

^a As diferenças entre as médias não atingiram o limiar de significação estatística convencional ($p \leq .05$).

5.2.3.2. H3b: Influência da exclusividade.

A análise estatística realizada, tomando com VI a exclusividade no exercício de funções, operacionalizada em dois níveis: 1) não ($n = 5$), 2) Sim ($n = 56$), e como VD as seis dimensões de IE, para se aferir sobre a influência da VI nos níveis de IE dos participantes pressupôs a realização de uma MANOVA. Embora não tenha sido possível a realização do teste *M* de Box para verificação da eventual violação dos pressupostos à utilização fidedigna da MANOVA³, o teste de Levene apontou para a existência de variâncias homogêneas ($p > .05$) em todas as dimensões de IE (VD) evidenciando a robustez dos testes multivariados previamente realizados e transmitindo-nos a confiança necessária nos resultados dos testes univariados subsequentes (Field, 2009).

Dos resultados decorrentes dos testes multivariados, constatamos a inexistência de um efeito global com significado estatístico [*A de Wilks* = 0.938, *F* (6, 54) = 0.59, $p = .735$]. De igual forma, os testes univariados também não apontaram para a existência de qualquer efeito estatisticamente significativo. Estes resultados, conjuntamente com as pontuações médias e os desvios-padrão encontram-se acessíveis para consulta no *Quadro 5.11*. Constata-se, assim, que a exclusividade no exercício de funções não se reverte em diferenças significativas nos níveis de IE dos nossos participantes, não se confirmando a nossa hipótese H3b.

³ O teste *M* de Box não pôde ser realizado em virtude da existência de menos de duas matrizes de covariâncias de casos não singulares.

Quadro 5.11.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de IE em função da Exclusividade de Serviço dos Participantes: Testes Univariados

| <i>Fatores de IE</i> | <i>Exercício de funções noutra(s) instituição(ões)?⁴</i> | | | | | | <i>F^a</i> (1,59) |
|--|---|-----------|--------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|--------------------------------|
| | <i>Não</i> (<i>n</i> = 5) | | <i>Sim</i> (<i>n</i> = 56) | | <i>Total</i> (<i>N</i> = 61) | | |
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | |
| IE_F1 Compreensão das emoções próprias | 5.80 | 0.37 | 5.44 | 0.93 | 5.47 | 0.90 | 0.75 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 4.73 | 0.98 | 5.17 | 1.30 | 5.13 | 1.27 | 0.53 |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 4.87 | 1.15 | 4.52 | 1.08 | 4.55 | 1.08 | 0.46 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.27 | 0.55 | 5.96 | 0.68 | 5.99 | 0.67 | 0.93 |
| IE_F5 Empatia | 6.00 | 0.61 | 6.27 | 0.80 | 6.25 | 0.79 | 0.53 |
| IE_F6 Compreensão das emoções dos outros | 5.60 | 0.65 | 5.48 | 0.77 | 5.49 | 0.76 | 0.11 |

^a As diferenças entre as médias não atingiram o limiar de significação estatística convencional ($p \leq .05$).

5.2.3.3. H3c: Influência da carga horária semanal.

Terminamos o nosso estudo empírico com a análise da influência da quantidade de horas semanais de trabalho (VI) nos níveis de IE dos participantes do nosso estudo. A VI constitui-se por seis níveis: 1) inferior a 35h semanais ($n = 2$), 2) entre 36 e 40h semanais ($n = 5$), 3) entre 41 e 45h semanais ($n = 4$), 4) entre 46 e 50h semanais ($n = 3$), 5) entre 51 e 55h semanais ($n = 30$), e 6) 56 ou mais horas semanais ($n = 17$). Como VD, tomámos as mesmas seis dimensões de IE que temos vindo a estudar ao longo deste trabalho. O teste estatístico selecionado para esta análise foi o não paramétrico de Kruskal-Wallis, em virtude da falta de homogeneidade da matriz de covariâncias para realização da MANOVA [M de Box = 45.26, $F(21, 4122.38) = 1.80, p = .014$]. No *Quadro 5.12.*, disponibilizam-se as médias, os desvios-padrão e os resultados dos testes K-W.

Como se pode constatar, os testes K-W apenas apontam uma diferença significativa na dimensão autocontrolo perante as críticas, caso consideramos o limiar de significância estatística $p = .080$. Tomando este valor como referência, e no sentido de apurarmos em que níveis da VI se localizam as diferenças encontradas, procedemos ao cálculo dos testes de comparação múltipla de Tukey HSD, efetuados para contrastes simples *a posteriori*. Os resultados disponibilizam-se no *Quadro 5.13*.

⁴ Considera-se exclusividade no exercício de funções quando os participantes não prestam serviço em mais nenhuma instituição.

Quadro 5.12.

Pontuações Médias e Desvios-Padrão dos Fatores de EI em função das Horas de Trabalho Semanal: Testes de Kruskal-Wallis

| <i>Fatores de IE</i> | <i>Grupos por horas de trabalho semanal</i> | | | | | | | | | | | | | | <i>K-W</i> |
|--|---|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------|---------------|-----------|--------------|-----------|--------------|-----------|-------------------|
| | <i>< 35h</i> | | <i>26-40h</i> | | <i>41-45h</i> | | <i>46-50h</i> | | <i>51-55h</i> | | <i>≥ 56h</i> | | <i>Total</i> | | |
| | <i>(n = 2)</i> | <i>(n = 5)</i> | <i>(n = 4)</i> | <i>(n = 3)</i> | <i>(n = 30)</i> | <i>(n = 17)</i> | <i>(N = 61)</i> | | | | | | | | |
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | $\chi^2(5)$ |
| IE_F1 Compreensão emoções próprias | 5.80 | 0.57 | 5.88 | 0.63 | 4.75 | 1.09 | 5.40 | 1.11 | 5.45 | 1.01 | 5.52 | 0.69 | 5.47 | 0.90 | 3.77 |
| IE_F2 Autocontrolo perante as críticas | 5.33 | 1.41 | 3.80 | 1.76 | 4.42 | 1.52 | 4.67 | 1.33 | 5.59 | 1.18 | 4.94 | 0.93 | 5.13 | 1.27 | 9.84 ^a |
| IE_F3 Autocontrolo emocional | 5.33 | 0.94 | 4.60 | 0.80 | 4.92 | 0.83 | 4.56 | 0.51 | 4.57 | 1.35 | 4.33 | 0.75 | 4.55 | 1.08 | 3.11 |
| IE_F4 Auto-encorajamento | 6.17 | 0.71 | 6.20 | 0.84 | 5.58 | 1.13 | 5.78 | 0.69 | 5.90 | 0.67 | 6.20 | 0.50 | 5.99 | 0.67 | 3.21 |
| IE_F5 Empatia | 5.50 | 0.71 | 6.00 | 1.06 | 5.63 | 1.11 | 6.33 | 0.76 | 6.38 | 0.72 | 6.29 | 0.75 | 6.25 | 0.79 | 4.79 |
| IE_F6 Compreensão emoções outros | 5.00 | 0.71 | 6.20 | 0.76 | 5.50 | 1.00 | 5.33 | 0.76 | 5.53 | 0.63 | 5.29 | 0.88 | 5.49 | 0.76 | 5.78 |

^a*p* = .080.

Quadro 5.13.

Diferenças entre as Médias dos Fatores de IE em Função das Horas de Trabalho Semanal: Testes de Comparação Múltipla

| | <i>Grupos por horas de trabalho semanal</i> | | | | | |
|--|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|
| | <i>< 35h (n = 2)</i> | <i>36-40h (n = 5)</i> | <i>41-45h (n = 4)</i> | <i>46-50h (n = 3)</i> | <i>51-55h (n = 30)</i> | <i>≥ 56h (n = 17)</i> |
| <i>Diferenças entre as médias</i> | | | | | | |
| F1 Compreensão das emoções próprias | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | 0.08 | — | | | | |
| 41-45 horas | -1.05 | -1.13 | — | | | |
| 46-50 horas | -0.40 | -0.48 | 0.65 | — | | |
| 51-55 horas | -0.35 | -0.43 | 0.70 | 0.05 | — | |
| ≥ 56 horas | -0.28 | -0.36 | 0.77 | 0.12 | 0.07 | — |
| F2 Autocontrole perante as críticas | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | -1.53 | — | | | | |
| 41-45 horas | -0.92 | 0.62 | — | | | |
| 46-50 horas | -0.67 | 0.87 | 0.25 | — | | |
| 51-55 horas | 0.26 | 1.79* | 1.17 | 0.92 | — | |
| ≥ 56 horas | -0.39 | 1.14 | 0.52 | 0.27 | -0.65 | — |
| F3 Autocontrole emocional | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | -0.73 | — | | | | |
| 41-45 horas | -0.42 | 0.32 | — | | | |
| 46-50 horas | -0.78 | -0.04 | -0.36 | — | | |
| 51-55 horas | -0.77 | -0.03 | -0.35 | 0.01 | — | |
| ≥ 56 horas | -1.00 | -0.27 | -0.58 | -0.22 | -0.23 | — |
| F4 Auto-encorajamento | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | 0.03 | — | | | | |
| 41-45 horas | -0.58 | -0.62 | — | | | |
| 46-50 horas | -0.39 | -0.42 | 0.19 | — | | |
| 51-55 horas | -0.27 | -0.30 | 0.32 | 0.12 | — | |
| ≥ 56 horas | 0.03 | -0.00 | 0.61 | 0.42 | 0.30 | — |
| F5 Empatia | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | 0.50 | — | | | | |
| 41-45 horas | 0.13 | -0.38 | — | | | |
| 46-50 horas | 0.83 | 0.33 | 0.71 | — | | |
| 51-55 horas | 0.88 | 0.38 | 0.76 | 0.05 | — | |
| ≥ 56 horas | 0.79 | 0.29 | 0.67 | -0.04 | -0.09 | — |
| F6 Compreensão das emoções dos outros | | | | | | |
| < 35 horas | — | | | | | |
| 36-40 horas | 1.20 | — | | | | |
| 41-45 horas | 0.50 | -0.70 | — | | | |
| 46-50 horas | 0.33 | -0.86 | -0.17 | — | | |
| 51-55 horas | 0.53 | -0.67 | 0.03 | 0.20 | — | |
| ≥ 56 horas | 0.29 | -0.91 | -0.21 | -0.04 | -0.24 | — |

* $p < .05$.

Constata-se que as diferenças ao nível da VI se localizam apenas entre os grupos de participantes que trabalham entre 51 a 55 horas e os que trabalham entre 36 a 40 horas por semana, com os primeiros a mostrarem níveis significativamente superiores de autocontrolo perante as críticas. Os resultados obtidos ilustram-se graficamente na *Figura 5.6.*, onde são bem visíveis as diferenças entre estes dois grupos. Estes resultados levam-nos a concluir que uma maior carga horária de trabalho semanal influi positivamente nos níveis de autocontrolo perante as críticas dos participantes, pelo que a nossa H3c recebe suporte empírico parcial.

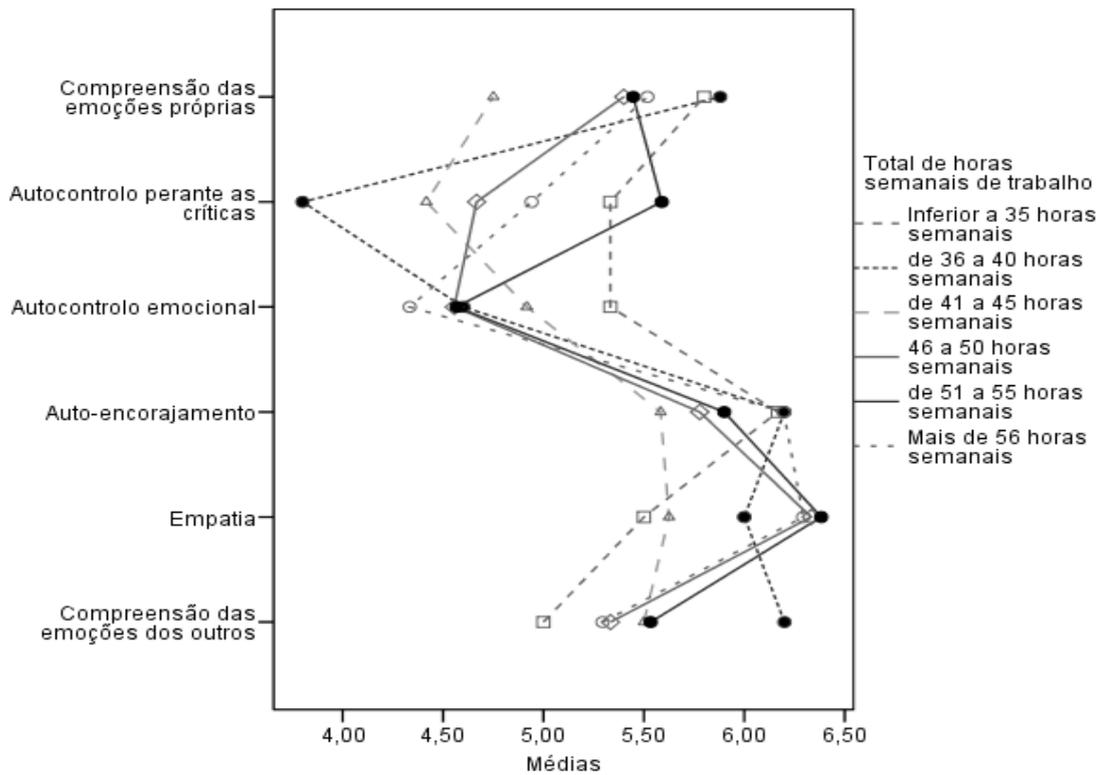


Figura 5.6. Pontuações médias das seis dimensões de IE em função das horas de trabalho semanal.

Capítulo 6 – Discussão e Conclusões

6.1. Discussão

De acordo com a análise realizada aos dados fica evidente que a nossa amostra denota bons níveis de IE auto percebida, sendo as dimensões relativas à empatia e ao auto-encorajamento as que se mostram mais fortes. Vilela (2006) refere que os Enfermeiros que trabalham com doentes crónicos, como os doentes em Hemodiálise, percebem-se mais frequentemente como Emocionalmente Inteligentes. Inversamente, o autocontrolo emocional, apresenta a pontuação média mais baixa, embora se situe acima do ponto médio de respostas, demonstrando que os participantes são detentores de níveis bastante razoáveis de autocontrolo emocional. Estes dados são consistentes com os que Rego et al. (2009) obtiveram num estudo com Enfermeiros, em que estes se descrevem como moderadamente/grandemente emocionalmente inteligentes. Em consonância com outros estudos, as dimensões de IE revelaram relacionar-se positivamente entre si (Rego et al., 2009, p. 8).

Os resultados obtidos são reveladores de que esta amostra de enfermeiros de hemodiálise demonstra uma boa capacidade de resposta às exigências emocionais do seu trabalho, assim como de tratar os seus pacientes de forma afável e pessoal. Como já verificado a amostra mostrou-se detentora de baixos níveis de burnout, que se sobrepõe aos resultados obtidos noutros estudos em que os profissionais emocionalmente inteligentes têm capacidades para perceber e gerir as suas próprias emoções e o humor, bem como as dos outros, conseguindo controlar efetivamente o stress prolongado que pode resultar em burnout (Akomolafe & Popoola, 2011, p. 374). Segundo estes autores, a capacidade efetiva de lidar com as emoções e com a informação emocional ajuda no controlo do burnout. Simultaneamente, os nossos resultados evidenciaram níveis moderados de realização pessoal, como verificado por outros autores que afirmam IE pode contribuir para um ambiente de trabalho agradável e afetar a satisfação no trabalho (Patra, 2004, *cit. in* Hosseinian, Yazdi, Zahraie, & Fathi-Ashtiani, 2008, p. 903).

Com este estudo conseguimos demonstrar empiricamente que maiores níveis de IE se traduzem em menores níveis de burnout. Nooryan, Gasparyan, Sharif e Zoladl (2011) também concluíram que existe uma relação positiva entre o aumento da IE e a redução do stress e da ansiedade. Segundo o estudo de Akomolafe e Popoola (2011) a habilidade para regular emoções e o burnout estão significativamente relacionados.

Os resultados obtidos em relação às diferenças entre gênero, afirmam que o gênero masculino revela menores níveis de IE nas suas diferentes dimensões, exceção feita à compreensão das emoções próprias onde praticamente não se registam diferenças, sendo que as diferenças significativas se registam a favor do gênero feminino, nas dimensões auto-encorajamento, empatia e compreensão das emoções dos outros. Estes resultados estão de acordo com as referências de Goleman (1995), nas quais refere as mulheres como sendo, em média, mais empáticas e com maior facilidade de compreenderem as emoções dos outros do que os homens. Outros estudos referem que não existem diferenças significativas entre gêneros (Costa, 2009; Vilela, 2006), ao contrário do que podemos encontrar no nosso estudo.

No que concerne às classes etárias, os nossos resultados indicam que as maiores diferenças entre as médias residem entre os participantes da segunda e terceira classes etárias, ao nível da compreensão das emoções dos outros, indicativas de que os participantes com idades entre os 31 e os 35 anos demonstram uma superior capacidade de compreender as emoções dos seus pacientes. Este resultado seria esperado uma vez que, segundo Rego e Fernandes (2005) a inteligência emocional aumenta com a idade, podendo refletir conceitos como a maturidade ou a experiência. Mayer et al. (2004, p. 209) também defendem que a EI se desenvolve com o avanço da idade.

Em relação ao estado civil dos participantes, como também já foi obtido noutros estudos (e.g., Fortes, 2009), não se verificaram diferenças nos níveis de inteligência emocional.

Apenas na dimensão compreensão das emoções dos outros se assinalaram diferenças estatisticamente significativas, no que concerne às habilitações académicas dos sujeitos da amostra, ao contrário dos resultados obtidos noutros estudos, em que não se registaram diferenças significativas (Fortes, 2009). Vilela (2006) refere que os Enfermeiros Licenciados se auto percebem mais competentes na gestão de relacionamento em grupo do que os Enfermeiros com Bacharelato.

Os nossos resultados também demonstraram que participantes que são pais evidenciaram uma capacidade significativamente superior de compreenderem as emoções dos outros, que pode dever-se ao fato de estarem mais despertos para as emoções dos seus próprios filhos. A existência de filhos pode, por si só, ser um fator de maturação emocional, sendo a maternidade e a paternidade considerada como uma “realização pessoal que possibilita relações afetivas mais enriquecedoras” (Rezende & Alonso, 1995, *cit. in* Vieira & Souza, 2010, p. 582)

Os resultados obtidos levam-nos a concluir que o tempo de serviço e a exclusividade no exercício de funções não influem nos níveis de IE dos sujeitos da nossa amostra, apesar de alguns estudos, como Vilela (2006), remeterem para uma relação positiva entre o tempo de serviço e algumas dimensões da IE, tais como a percepção das emoções próprias e a empatia.

Obtivemos relação positiva entre valores superiores de autocontrole perante as críticas e uma carga horária semanal superior. Pensamos que este resultado esteja relacionado com o fato de que quem trabalha mais horas semanais estará mais exposto a oportunidades de desenvolver essa dimensão, tornando-se num mecanismo de adaptação. Acreditamos que a relação entre o utente e o enfermeiro se torna numa boa forma de aprendizagem de IE e de maturidade emocional.

6.2. Conclusões

Neste estudo ficou demonstrada a importância da IE no contexto da Enfermagem em Hemodiálise, não só como protetora em relação ao Burnout, mas como potencial de desenvolvimento na área de Gestão de Recursos Humanos. Conseguimos demonstrar que quanto maiores são os valores de Inteligência Emocional, menores são os níveis de Burnout. Surgem-nos, então, formas de autopromoção do desenvolvimento da IE, não só pela promoção da saúde ocupacional, diminuindo custos associados ao absentismo, aos erros clínicos ou à insatisfação dos utentes relacionada com o burnout dos enfermeiros, como pela promoção de cuidados de saúde de excelência, da satisfação no trabalho e do aumento da produtividade.

O desenvolvimento das competências em EI, permite a prevenção de problemas comportamentais desviantes, tais como o aumento do consumo de drogas e de álcool (Mayer et al., 2004), a que se alia um grande sofrimento pessoal, manifestado por sinais psicossociais como o “consumo excessivo de substâncias psicotrópicas, a quebra da produtividade, o absentismo, reformas precoces, atestados prolongados, episódios depressivos prolongados e perturbações psicossomáticas graves” (Tecedeiro, 2005, *cit. in* Maroco & Tecedeiro, 2009, p. 228). Esta formação reveste-se de um carácter primordial para os cargos de chefia, não apenas porque os enfermeiros envolvidos em cargos de liderança/chefia/responsabilidade apresentam seis vezes mais de possibilidade de apresentar altos níveis de stress (Schmidt, Dantas, Marziale, & Lau, 2009), como porque é da responsabilidade dos líderes “encaminhar as emoções na direção certa” (Goleman et al., 2007, p. 23). Líderes emocionalmente inteligentes são melhores comunicadores e mais eficientes (Humphrey, Pollack, & Hawver, 2008).

Podemos concluir que atingimos os objetivos a que inicialmente nos propusemos ao avaliar os níveis de inteligência emocional e burnout da amostra, conhecer as variáveis de caracterização da amostra e relacioná-las com a IE. Adicionalmente, identificámos a relação entre a IE e o Burnout e demos o nosso contributo para a validação da Escala de Inteligência Emocional de Rego e Fernandes (2005).

Com efeito, a IE pode contribuir para um ambiente de trabalho mais agradável e afetar positivamente a satisfação no trabalho, assim como proporcionar uma gestão eficiente e o desenvolvimento das empresas. Ao aumentar a comunicação no local de trabalho, a produtividade e ao diminuir os problemas interpessoais, a IE promove significativamente os níveis de saúde mental e de gestão do stress (Hosseinian, Yazdi, Zahraie, & Fathi-Ashtiani, 2008, p. 903). Segundo Côte e Miners (2006), a IE é um preditor mais forte do que a inteligência cognitiva no desempenho de tarefas e no comportamento cívico dos colaboradores.

Como sabemos, a IE é um construto geral que descreve a habilidade para avaliar e expressar emoções e usá-las para promover a motivação e a tomada de decisões (Mayer, Dipaolo, & Salovey, 1990). As pessoas emocionalmente mais inteligentes conseguem tomar consciência do stress ou medo e controlá-lo, assim como tomar consciência e perceber as emoções das pessoas à sua volta (Kunnannatt, 2008). O ensino e o treino da IE melhoram a ansiedade situacional (Nooryan, Gasparyan, Sharif, & Zoladl, 2011; 2012), pelo que a IE deve ser desenvolvida em programas de gestão de stress, uma vez que reduz o stress situacional nos enfermeiros. As competências em IE não são meramente inatas, são capacidades devem ser desenvolvidas para se atingirem performances superiores.

A empatia, a capacidade de compreender as emoções dos outros, bem como a capacidade de os indivíduos se relacionarem, são vistas como características essenciais dos enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência. Hoje, a inteligência emocional é vista como uma característica importante para a construção de liderança bem-sucedida na área da enfermagem (Vitello-Cicciu, 2002), melhorando o desempenho e reduzindo o desgaste dos enfermeiros.

Deste trabalho concluímos que o perfil do enfermeiro emocionalmente mais inteligente é, genericamente, do sexo feminino, com filhos, com carga horária semanal mais elevada, com mais competências académicas e com baixos níveis de Burnout.

A formação emocional dos enfermeiros deve iniciar-se na formação base, mas deve ser fomentada na perspetiva da formação contínua em ambiente laboral (Kunnannatt, 2008). Deve ser uma “maturação” sustentada. As empresas então ainda muito enraizadas nas formações de

caráter tecno-profissional descurando o desenvolvimento pessoal e emocional. Estudos recentes referem que os Enfermeiros com maiores níveis de IE manifestam uma menor intensão de deixar a organização. No contexto das organizações, a rotatividade origina custos mais elevados (integração de novos elementos) e cuidados de saúde de menor qualidade (devido à inexperiência dos profissionais) (Trivellas et al., 2011), que devem e podem ser evitados. Em última análise, as pessoas com elevados níveis de IE são pessoas mais felizes e mais saudáveis (Mayer et al., 1990; Mohammadyfar, Khan, & Tamini, 2009).

O bom desempenho dos colaboradores, e assim como da própria organização, depende do estado emocional das pessoas que nela trabalham. Os sinais claros de exaustão emocional traduzem-se na perda de eficiência da produtividade e no aumento dos erros clínicos. Caso aconteça em vários colaboradores ao mesmo tempo, o desempenho da organização como um todo será seriamente afetado (Goleman, 1995).

As emoções são contagiosas e todas as pessoas de uma equipa são influenciadas, positiva ou negativamente, pelos sentimentos dos outros. A IE coletiva permite à equipa gerir emoções para, assim, otimizar a cooperação, a eficácia e a colaboração entre si. As organizações, ao melhorarem a IE coletiva da equipa, poderão ter um efeito potenciador global, com melhores resultados operacionais e com reflexos na satisfação dos clientes (Goleman et al., 2007)

6.1. Limitações do estudo e sugestões de investigação futura.

Uma das primeiras limitações sentidas neste estudo, foi a falta de estudos relacionais entre a IE e o Burnout no contexto da Enfermagem de Hemodiálise, devido ao facto das técnicas dialíticas serem relativamente recentes e pouco estudadas, como contexto laboral. Outra limitação desta investigação prende-se com o facto da amostra utilizada (não probabilística) não permitir generalizações. Adicionalmente, tendo em conta o número de descritores do questionário, a amostra poderá ser considerada pequena (61 participantes para 22/23 itens). As medidas utilizadas foram de autorretrato, o que pode ocasionar respostas coerentes com o socialmente desejável e não o verdadeiramente sentido pelos participantes, embora as escalas de autorrelato tenham demonstrado maior validade preditiva do que os testes de desempenho (Bar-On, 1997, citado em Woyciekoski & Hurtz, 2009).

Gostaríamos que este trabalho contribuísse para trabalhos futuros dentro desta problemática, podendo ser explorados mais profundamente alguns dos resultados aqui obtidos. Adicionalmente, sugerimos que sejam investigadas outras dimensões, nomeadamente o clima organizacional e o tipo de liderança. A promoção do desenvolvimento de programas

de formação de IE e a realização de estudos longitudinais para investigar o impacto desses programas de formação também é fortemente recomendável.

Da análise efetuada à consistência interna da escala de IE e subescalas constituintes, obtivemos, genericamente, valores mais elevados do que os obtidos por Rego e Fernandes (2005). Conclui-se, que neste estudo obtivemos dados que nos permitem afirmar que a EIE apresenta bons níveis de fidedignidade, como instrumento de medida. Assim, sugerimos a integração deste instrumento nos processos de recrutamento e seleção de Recursos Humanos, nas organizações, com destaque para a área dos cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

- Alves, U. S. (2002). Inteligências múltiplas e inteligência emocional: Conceitos e discussões. *Dialogia*, 1(10), 127-144.
- Akomolafe, M. & Popoola, O. (2011). Emotional intelligence and locus of control as predictor of burnout among secondary school teachers in Ondo state, Nigéria. *European Journal of Social Sciences*, 20(3), 369-378.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). O processo de adoecer pelo trabalho. In.: A.M.T. Benevides-Pereira (Org.). *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carlotto, M. & Câmara, S. (2004). Análise Fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma Amostra de Professores de Instituições Particulares. *Psicologia em estudo*, 9(3), 499-505.
- Carlotto, M. (2011). Fatores de risco da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 7-26.
- Carrera, J. F. G. F. (2011). Stress e burnout: Um estudo de caso de assistentes sociais que trabalham com idosos em IPSS's. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: Une perspective holistique humaniste*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Cherniss, C., Extein, M., Goleman, D. & Weissberg, R. (2006). Emotional Intelligence: What does the research really indicate? *Educational Psychologist*, 41(4), 239-245.
- Claix-Simons, C. (2006). A situação dos enfermeiros: A exaustão profissional dos enfermeiros em instituições. In M. Delbrouck (Ed.), *Síndrome de Exaustão (Burnout)* (pp. 169-176). Lisboa: Climepsi.
- Costa, A. M. G. (2009). Inteligência Emocional e assertividade nos enfermeiros. Dissertação de Mestrado em Psicologia na área de especialização em Psicologia da Saúde não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.
- Côté, S., Miners, C. (2006). Emotional intelligence, cognitive intelligence and job performance. *Administrative Science Quarterly*, 51, 1-28.
- Damásio, A. (1994). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. Maia: Círculo de Leitores.
- Delbrouck, M. (2006). *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Dewey, R. (2007). Selye's concept of a "general adaptation Syndrome" [Em linha]. Consultado em 1 de janeiro de 2011 em http://www.intropsych.com/ch14_frontiers/selyes_concept_of_a_general_adaptation_syndrome.html.
- Diário da Republica N.º 205/1996 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 161/96 de 4 de Setembro. Ministerio da Saúde. Lisboa (p.2960-2962).
- Diário da Republica N.º 93/1998 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei N.º 104/98 de 21 de Abril. Ministerio da Saúde. Lisboa (p.1739-1757).
- Diário da Republica N.º 206/1999 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 353/99 de 3 de Setembro. Ministerio da Educação. Lisboa (p. 6198-6201).
- Diário da Republica N.º 271/1999 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 505/1999 de 20 de Novembro. Ministerio da Saúde. Lisboa (p. 8261-8272).
- Diário da Republica N.º 60/2006 - I Serie A. Decreto-Lei N.º 74/2006 de 24 de Março. Ministerio da Ciencia, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa (p. 2242-2257).
- Diário da Republica N.º 161/2011 - II Serie A. Despacho N.º 10569/2011 de 23 de Agosto. Ministerio da Saúde. Lisboa (p. 34666-34667).
- Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra. Formasau.
- Fermi, M. (2010). *Diálise para Enfermagem: Guia prático*. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan.
- Fernandes, C., Ramos, J., Ladeira, L., & Gomes, R. (2011). História da hemodiálise. In Fresenius Medical Care, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.13-23). Lisboa: Almedina.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (2ª ed.). São Paulo, SP: Artmed Editora.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação*. Lisboa: Lusociência.
- Freshwater, D., Stickley, T. (2004). The heart of the art: Emotional intelligence in nurse education. *Nursing Inquiry*, 11(2); 91-98.
- Gil-Monte, P. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista Saúde Pública*, 39(1), 1-8.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional*. Maia: Círculo de Leitores.
- Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2007). *Os novos líderes: A inteligência emocional nas organizações*. Lisboa: Gradiva.

- Gomes, A., Cabanelas, S., Macedo, V., Pinto, C., & Pinheiro, L. (2008). Stress, saúde física, satisfação e “burnout” em profissionais de saúde: Análise das diferenças em função do sexo, estado civil e agregado familiar. In M. G. Pereira, C. Simões, & T. McIntyre, (Eds.), *Actas do II Congresso família, saúde e doença: Modelos, investigação e prática em diferentes contextos de saúde*, 2ª ed. (pp. 178-192). Braga: Universidade do Minho.
- Hartrick, G. (1997). Relational capacity: The foundations for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 523-528.
- Hennezel, M. (1997). *Diálogo com a morte*: Lisboa. Editorial notícias.
- Hermossel, J., Romero, I., & Martins, E. (2012). Análisis de la eficacia de un programa de inteligência emocional com professores de educacion secundaria de Badajoz. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 29-38.
- Hosseinian, S., Yazdi, S., Zahara, S., & Faith-Ashtiani, A. (2008). Emotional intelligence and job satisfaction. *Journal of Applied Sciences*, 8(5), 903-906.
- Humphrey, R., Pollack, J., & Hawver, T. (2008). Leading with emotional labor. *Journal of Managerial Psychology*, 23(2), 151-168.
- Jodas, D., & Haddad, M. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 192-197.
- John, O. P., & Benet-Martínez, V. (2000). Measurement: Reliability, construct validation, and scale construction. Em H. T. Reis & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social and personality psychology* (pp. 339-369).Cambridge: University Press.
- Kannannatt, J. (2008). Emotional intelligence: Theory and description. *Career Development International*, 13(7), 614-629.
- National Kidney Foundation [Em linha]. Consultado em 10 de janeiro de 2012 em http://www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_commentaries.cfm_
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Coimbra: Lusodidata.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Nurse turnover: The mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*, 17(3), 331-339.
- Loff, A. (1996). Co-dependência e dependência nos Enfermeiros. *Saúde e desenvolvimento* (pp.13-59). Coimbra: Formasau.

- Marchão, C., Cachado, A., Matias, T., Sousa, T., & Pimenta, S. (2011). Insuficiência renal crónica terminal: Manifestações clínicas e opções terapêuticas. In Fresenius Medical Care, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.51-78). Lisboa: Almedina.
- Martin, D., & Boeck, K. (2002). *QE: O que é a inteligência emocional* (2ª ed.). Pergaminho: Lisboa.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of personality Assessment*, 54(3-4), 772-781.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter, *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, pp. 3-31. Nova Iorque: Basic Books.
- Mayer, J. D., Robert, R., & Barsade, S. (2007). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Maroco, J., & Tecedreiro, M. (2009). Inventário de Burnout de Maslach para estudantes portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 227-235.
- McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Integrative Literature reviews and meta-analyses*, 47(1), 101-108.
- Melo, B., Gomes, A., & Cruz, J. (1999). Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do Burnout para profissionais de Psicologia. *Avaliação Psicológica: Forma e conceitos*. Braga: APPORT.
- Mendes, A. C. (1996). Síndrome de bBurnout em enfermeiros de psiquiatria. *Saúde e Desenvolvimento* (pp.63-86).Coimbra: Formasau.
- Meneghini,F., Paz, A., & Lautert, L. (2011). Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *Burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2): 225-33.
- Mohammadyfar, M., Khan, M., & Tamini, B. (2009). The effect of emotional intelligence and job burnout on mental and physical health. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 35(2), 219-226.

- Montgomery, A., Panagopoulou, E., Kehoe, I., & Valkanos, E. (2011). Connecting organizational culture and quality of care in the hospital: Is job burnout the missing link? *Journal of Health Organization and Management*, 25(1), 108-123.
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa-Hernandez, E., Gálvez, M., González, J., & Benevides-Pereira, A. (2002). A avaliação do burnout em professores: Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 11-19.
- Nooryan, K., Gasparyan, K., Sharif, F., & Zoladl, M. (2012). Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *International Journal of General Medicine*, 5, 5-10.
- Nooryan, K. H., Gasparyan, K. H., Sharif, F., & Zoladl, M. (2011) The effect of teaching emotional intelligence (EI): Items on job related stress in physicians and nurses working in ICU wards in hospitals, Yerevan, Armenia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. 3(10):704-713.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Peneda-Torales, L., Celedonio, F., Vasquez, M., & Zamara, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*, 32(5), 399-404.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Prestes, F., Beck, C., Tavares, J., Silva, R., Cordenuzzi, O., Burg, G., & Prochnow, A. (2011). Percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a dinâmica do trabalho e os pacientes em um serviço de Hemodiálise. *Texto Contexto de Enfermagem*, 20(1), 25-32.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Formasau: Coimbra.
- Rego, A., & Cunha, M. (2004). *A Essência da Liderança: Mudança, resultados, integridade*. Editora RH: Lisboa.
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligencia emocional: Desarrollo y validacion de un instrumento de medida. *Revista Interamericana de Psicologia*, 39(1), 23-38.
- Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *Psicologia*, 19 (1), 139-167.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., & Cunha, M. (2009). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 0 (0), 1-19.
- Rogers, C. (1983). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes.

- Quivy, R. E., & Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª ed.). Lisboa, Gradiva.
- Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.
- Schmidt, D., Dantas, R., Marziale, M., & Laus, A. (2009). Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(2), 330-337.
- Selye; H (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Silva, M., & Zeitoune, R. (2009). Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipa de enfermagem. *Revista de Enfermagem*, 13(2), 279-286.
- Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2012). *Relatórios Anuais do Gabinete de Registo 2011*. Lisboa.
- Trivellas P., Gerogiannis V., & Svarna S. (2011) The impact of emotional intelligence on job outcomes and turnover intention in health care. *International Conference on Integrated Information*, Greece: Kos Island.
- Vázquez, A. S., & Gutiérrez, J. A. T. (2011). Competencias emocionales de los directivos de PYMES de servicios españolas y su influencia en el aprendizaje organizativo. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 20(2) (2011), 87-100
- Vieira, E., & Souza, L. (2010). Guarda paterna e representações sociais da maternidade e maternidade. *Análise Psicológica* 4(28),581-596.
- Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: Validação de um instrumento de medida. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro.
- Vitello-Cicciu, J. (2002). Exploring emotional intelligence: Implications for nursing leaders. *Journal of Nursing Administration*. 32(4), 203-210.
- Veiga-Branco, A. (2004b). *Auto-motivação*. Quarteto Editora: Coimbra.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. (2009). Inteligência emocional: Teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.

ANEXOS

ANEXO I

**Pedido de autorização de utilização da Escala de Inteligência Emocional de
Rego & Fernandes (2005)**

Marta Bento

De: martabento@iol.pt
Enviado: terça-feira, 4 de Setembro de 2012 21:05
Para: Marta Bento
Assunto: Fwd: Solicitação de autorização para utilização do Instrumento de medida de Inteligência Emocional
Anexos: Emotional_intelligence_Caring behaviors.pdf

----- Mensagem encaminhada de Arménio Rego <armenio.rego@ua.pt> -----

Data: Sat, 21 Jan 2012 18:42:23 -0000

De: Arménio Rego <armenio.rego@ua.pt>

Assunto: Re: Solicitação de autorização para utilização do Instrumento de medida de Inteligência Emocional

Para: martabento@iol.pt

Estimada Drª Marta

Está autorizada. Envio-lhe ainda um outro artigo, para a eventualidade de não o conhecer. Para calcular as cotações, inverta a cotação dos itens negativos (8-cotação original), some as cotações dos itens de cada dimensão e divida pela quantidade de itens de cada dimensão.

Bom trabalho

Arménio

----- Original Message -----

From: martabento@iol.pt

To: armenio.rego@ua.pt

Sent: Saturday, January 21, 2012 6:37 PM

Subject: Solicitação de autorização para utilização do Instrumento de medida de Inteligência Emocional

Assunto: Solicitação de autorização para utilização do Instrumento de medida de Inteligência Emocional

Exmo. Senhor Doutor Arménio Rego:

Desde já agradeço a disponibilidade demonstrada em estar a ler este mail.

Sou aluna do Curso de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, do Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA), em Leiria e estou a realizar uma dissertação na área da Inteligência Emocional e do Burnout dos Enfermeiros em serviços de Hemodiálise. Como objectivo geral deste trabalho, gostaria de determinar se o grau de inteligência emocional se relaciona com os graus de Burnout e caracterizar o tipo de relação.

Da pesquisa realizada, encontrei vários (muitos) artigos seus de valor apaixonante sobre a Inteligência Emocional, nomeadamente "Inteligência Emocional: contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida", em que utiliza um instrumento de medida que aplica-se, na minha opinião, ao contexto que pretendo estudar.

Gostaria de solicitar a sua permissão para utilizar e aplicar o instrumento constante no artigo "Leader Self-Reported Emotional Intelligence and Perceived Employee Creativity: an Exploratory Study" (2007). Gostaria ainda de solicitar, se possível, informação que possa beneficiar a minha interpretação e análise dos dados obtidos deste instrumento de forma a poder contribuir para o sucesso deste trabalho.

Grata desde já e mais uma vez, pela atenção e disponibilidade demonstrada, com os melhores cumprimentos,
Marta Catarina Branco Ferreira Bento

----- Finalizar mensagem reenviada -----

ANEXO II

Pedido de autorização para aplicação do Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH) ao Diretor Operacional da Euromedic- Eurodial (Leiria e Óbidos) Sr. Dr. José Luís Almeida

Marta Bento

De: martabento@iol.pt
Enviado: terça-feira, 4 de Setembro de 2012 21:05
Para: Marta Bento
Assunto: Fwd: Pedido de autorização para aplicação de questionário
Anexos: Pedido de autorização.pdf

----- Mensagem encaminhada de Jose Almeida <jose.almeida@euromedic.pt> -----

Data: Wed, 18 Apr 2012 08:51:18 +0000
De: Jose Almeida <jose.almeida@euromedic.pt>
Assunto: FW: Pedido de autorização para aplicação de questionário
Para: "Enf. Marta Bento" <martabento@iol.pt>
Cc: Ana Marques <ana.marques@euromedic.pt>, Fatima Silva <fatima.silva@euromedic.pt>

Bom dia Marta,

Da minha parte nada tenho a opor. Porém gostaria de ter o parecer da Diretora de recursos Humanos da Euromedic Dra. Ana Marques.

Cumprimentos,

José Luís

From: martabento@iol.pt [mailto:martabento@iol.pt]
Sent: quarta-feira, 18 de Abril de 2012 08:54
To: Jose Almeida; Fatima Silva
Subject: Pedido de autorização para aplicação de questionário

Bom dia,
peço desde já desculpa, por estar a "roubar" algum do vosso tempo com esta questão.
Mas gostaria de saber o vosso feed-back em relação ao trabalho e ao questionário (em anexo) que gostaria muito de aplicar aos "nossos" enfermeiros.
Aguardo com expectativa a vossa opinião.
Grata pela disponibilidade,
Com os melhores cumprimentos
Marta

----- Finalizar mensagem reenviada -----

ANEXO III

Pedido de autorização para aplicação do Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH) à Diretora dos Recursos Humanos da Euromedic-Eurodial (Leiria e Óbidos) Sr.ª Dr.ª Ana Marques.

Marta Bento

De: martabento@iol.pt
Enviado: terça-feira, 4 de Setembro de 2012 21:06
Para: Marta Bento
Assunto: Fwd: Pedido de autorização para aplicação de questionário
Anexos: Pedido de autorização.pdf

----- Mensagem encaminhada de Ana Marques <ana.marques@euromedic.pt> -----
Data: Wed, 18 Apr 2012 08:57:54 +0000
De: Ana Marques <ana.marques@euromedic.pt>
Assunto: FW: Pedido de autorização para aplicação de questionário
Para: Jose Almeida <jose.almeida@euromedic.pt>
Cc: Fatima Silva <fatima.silva@euromedic.pt>, martabento@iol.pt

Bom dia José Luís,

Não tenho nada a opor. Posteriormente, gostaríamos de ter acesso aos principais resultados do estudo.

Best regards

Ana Marques

HR Manager

EUROMEDIC | *Your healthcare partner*

Av. D. João II, Lote 1.12.02, Edif. Adamastor, Torre B, 7º - Parque das Nações

1990-077 Lisboa · Portugal

Phone: +351 218 922 100

Fax: +351 218 967 028

Email: ana.marques@euromedic.pt

www.euromedic.pt

ANEXO IV

Questionário de Inteligência Emocional e Burnout nos Enfermeiros de Hemodiálise (IEBEH)



INSTITUTO SUPERIOR DE LINGUAS E ADMINISTRAÇÃO

QUESTIONÁRIO IEBEH

Marta Catarina Branco Ferreira Bento

ABRIL 2012

Caro Colega:

Este questionário foi elaborado no âmbito do trabalho de investigação para a Dissertação final do Curso de Mestrado em Gestão de Recursos Humanos, no Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA), em que estamos a desenvolver um estudo descritivo e exploratório sobre “A relação entre a inteligência emocional e os níveis de *Burnout* dos enfermeiros de Hemodiálise”.

O objetivo deste trabalho é avaliar os níveis de *Burnout* e de inteligência emocional, e eventual relação causal, dos enfermeiros em Unidades de Hemodiálise.

Para tal, a sua colaboração no preenchimento deste questionário é imprescindível. O preenchimento é confidencial e anónimo pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma folha do questionário e após o preenchimento deverá coloca-lo no envelope, sela-lo e coloca-lo na pasta criada para o efeito.

O questionário está elaborado por três partes: a primeira parte é relativa a avaliação dos níveis de Inteligência Emocional, a segunda parte consiste na avaliação dos níveis de *Burnout* e a terceira parte refere-se aos dados de caracterização demográfica do participante.

As respostas deverão ser dadas de acordo com aquilo que realmente sente e não com desejaria sentir-se e deverá responder a todas as questões.

Grata desde já pela sua preciosa colaboração,

Marta Catarina Branco Ferreira Bento.

PARTE I

Teste de Avaliação da Inteligência Emocional (Rego e Fernandes, 2001)

Deverá colocar uma X no quadrado que mais se parece com o que realmente sente e não o que gostaria de sentir. A escala usada é uma escala tipo Likert com 7 itens que variam do “Não se aplica rigorosamente nada a mim” (1) (..) até “Aplica-se completamente a mim” (7).

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---------------------|-----------------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|--|
| A afirmação não se aplica rigorosamente nada a mim | Não se aplica a mim | Aplica-se muito pouco a mim | Aplica-se alguma coisa | Aplica-se bastante a mim | Aplica-se muito a mim | A afirmação aplica-se completamente a mim |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele. | | | | | | | |
| Sou indiferente à felicidade dos outros. | | | | | | | |
| Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio. | | | | | | | |
| Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas. | | | | | | | |
| Fico irritado quando me criticam, mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão. | | | | | | | |
| É difícil para mim aceitar uma crítica. | | | | | | | |
| Não lido bem com as críticas que me fazem. | | | | | | | |
| Tenho dificuldade em conversar com pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus. | | | | | | | |
| Quando sou derrotado num jogo, perco o controlo. | | | | | | | |
| Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados. | | | | | | | |
| Reajo com calma quando estou sob tensão. | | | | | | | |
| Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções. | | | | | | | |
| Dou o melhor de mim para alcançar os objectivos a que me propus. | | | | | | | |
| Normalmente, encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor. | | | | | | | |
| De uma forma geral, costumo estabelecer objectivos para mim próprio. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| Sei bem o que sinto. | | | | | | | |
| De uma forma geral, tenho consciência dos meus sentimentos. | | | | | | | |
| Compreendo as causas das minhas emoções. | | | | | | | |
| Compreendo os meus sentimentos e emoções. | | | | | | | |
| Quando estou triste sei quais são os motivos. | | | | | | | |
| Procuo compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir. | | | | | | | |
| Consgo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos. | | | | | | | |
| Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas. | | | | | | | |

PARTE II

Teste de Avaliação “Maslach Burnout Inventory”(MBI)

Deverá colocar uma X no quadrado que mais se parece com o que realmente sente e não o que gostaria de sentir. A escala usada é uma escala tipo Likert com 7 itens que variam do “Nunca” (0) (..) até “Todos os dias” (6).

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------|-----------------------|----------------|-----------------------|------------------|--------------------------|---------------|
| Nunca | Algumas vezes por ano | Todos os meses | Algumas vezes por mês | Todas as semanas | Algumas vezes por semana | Todos os dias |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Sinto-me emocionalmente vazio(a) devido ao meu trabalho. | | | | | | | |
| Sinto-me no limite das minhas forças no final de um dia de trabalho. | | | | | | | |
| Sinto-me cansado(a) quando me levanto de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho. | | | | | | | |
| Posso facilmente compreender o que os meus doentes sentem | | | | | | | |
| Sinto que trato alguns doentes de forma impessoal, como se fossem objectos. | | | | | | | |
| Trabalhar com pessoas durante todo o dia exige-me muito esforço. | | | | | | | |
| Empenho-me eficazmente nos problemas dos meus doentes. | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Sinto-me a ceder devido ao meu trabalho. | | | | | | | |
| Tenho a sensação de, através do meu trabalho, ter uma influência positiva nas pessoas. | | | | | | | |
| Tornei-me mais insensível as pessoas desde que tenho este trabalho. | | | | | | | |
| Receio que este trabalho me torne emocionalmente mais duro. | | | | | | | |
| Sinto-me cheio(a) de energia. | | | | | | | |
| Sinto-me frustrado(a) pelo meu trabalho. | | | | | | | |
| Sinto que o meu trabalho é demasiado pesado. | | | | | | | |
| Não me preocupo verdadeiramente com o que acontece a alguns dos meus doentes. | | | | | | | |
| Trabalhar em contacto directo com o público stressa-me demasiado. | | | | | | | |
| Consigo facilmente criar um ambiente descontraído com os meus doentes. | | | | | | | |
| Sinto-me rejuvenescido(a) quando consigo estabelecer uma relação próxima com os doentes no meu trabalho. | | | | | | | |
| Realizei muitas coisas que valeram a pena neste trabalho. | | | | | | | |
| Sinto que esgotei todos os meus recursos. | | | | | | | |
| No meu trabalho, resolvo os problemas emocionais com muita calma. | | | | | | | |
| Tenho a sensação de que os meus doentes me consideram responsável por alguns dos seus problemas. | | | | | | | |

PARTE III

Caracterização do participante

1. Género: Masculino
- Feminino
2. Idade (em anos):. 21 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- 31 a 35 anos
- 36 a 40 anos
- Mais de 41 anos

3. Habilitações Académicas:
- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Bacharelato | <input type="checkbox"/> |
| Licenciatura | <input type="checkbox"/> |
| Especialidade em Enfermagem | <input type="checkbox"/> |
| Pós-Graduação | <input type="checkbox"/> |
| Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| Outra Situação (especifique qual) | <input type="checkbox"/> |
-

4. Anos de serviço em Hemodiálise (antiguidade)

- Inferior a 1 ano
 De 1 a 4 anos
 De 5 a 8 anos
 Mais de 9 anos

5. Exerce funções na área da enfermagem noutra (s) instituição (ões):

Sim

Não

6. Qual é, em média, o número total de horas semanais que trabalha (por exemplo: as horas de trabalho a tempo inteiro somadas às horas de trabalho a tempo parcial)?

- Inferior - igual 35 horas semanais
 De 36 a 40 horas semanais
 De 41 a 45 horas semanais
 De 46 a 50 horas semanais
 De 51 a 55 horas semanais
 Mais de 56 horas semanais

7. Estado civil:

- Solteiro (a)
 Casado (a)/ União de Facto
 Divorciado (a)
 Viúvo (a)

8. Tem filhos?

Não

Se sim, quantos?

Um filho

Dois Filhos

Três ou mais Filhos

Obrigada pela sua colaboração!