

## **Avaliação de um programa de promoção da inteligência emocional em profissionais de saúde do contexto hospitalar**

### **Evaluation of a program to promote emotional intelligence in health professionals from the hospital context**

DOI:10.34119/bjhrv4n2-391

Recebimento dos originais: 01/03/2021

Aceitação para publicação: 19/04/2021

#### **Ana Inês Santos Prior**

Mestrado em Psicologia  
Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Praça 9 de abril, 349, 4249-483 Porto, Portugal  
anainesprior@gmail.com

#### **Marlene Ferreira**

Mestrado em Psicologia  
Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Praça 9 de abril, 349, 4249-483 Porto, Portugal  
marlene.silva.ferreira11@gmail.com

#### **Ana Filipa Pereira**

Mestrado em Psicologia  
Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Praça 9 de abril, 349, 4249-483 Porto, Portugal  
anafispereira@gmail.com

#### **Carla Alexandra Fonte**

Doutoramento em Psicologia  
Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais  
Praça 9 de abril, 349, 4249-483 Porto, Portugal  
cfonte@ufp.edu.pt

### **RESUMO**

A inteligência emocional tem-se tornado um fator protetor dos riscos associados ao desgaste profissional nos contextos de saúde. Neste artigo são apresentados os resultados de um programa de intervenção em grupo que procurou promover competências de inteligência emocional em assistentes operacionais de um hospital do norte de Portugal. Participaram 6 assistentes, com idades compreendidas entre 21 a 47 anos. Para a avaliação da eficácia deste, foi administrado um protocolo de instrumentos (WLEIS-P, MHC-SF, EADS-21; ROCI II – A, B, C) pré e pós implementação das sessões e foram realizadas análises qualitativas sobre a percepção dos participantes e sobre o impacto do programa. Resultaram alterações positivas nas competências da avaliação e percepção e regulação das próprias emoções, o aumento dos níveis de bem-estar social e um

melhoramento nos estilos de gestão de conflitos, permitindo desenvolver competências úteis à prática profissional diária dos assistentes. Os resultados obtidos permitem concluir que programa possibilitou a aquisição de estratégias eficazes à percepção, autoconsciência, clarificação e autorregulação emocional, promovendo um ajustamento ao exercício da sua função, tornando-o mais equilibrado enquanto pessoa e profissional, com impacto positivo na sua saúde.

**Palavras-chave:** inteligência emocional, saúde mental, promoção da saúde, cuidados de saúde

## ABSTRACT

Emotional intelligence has become a protective factor against the risks associated with professional exhaustion in health contexts. This article presents the results of a group intervention program that sought to promote emotional intelligence skills in operational assistants at a hospital in northern Portugal. Six assistants participated aged between 21 and 47 years. To assess its effectiveness, an instrument protocol (WLEIS-P, MHC-SF, EADS-21; ROCI II - A, B, C) was administered before and after implementation of the sessions and qualitative analyzes were performed on the perception of participants and the impact of the program. Positive changes resulted in the skills of assessing and perceiving and regulating one's emotions increasing levels of social well-being and an improvement in conflict management styles, allowing the development of useful skills for the daily professional practice of assistants. The results obtained allow us to conclude that the program made it possible to acquire effective strategies for perception, self-awareness, clarification and emotional self-regulation, promoting an adjustment to the exercise of its function, making it more balanced as a person and professional, with a positive impact on your health.

**Keywords:** Emotional intelligence, mental health, health promotion, health care

## 1 INTRODUÇÃO

Quando se fala em profissionais de saúde, importa ter em consideração os fatores motivacionais que resultam na sua satisfação laboral. Dadas as especificidades do contexto hospitalar, onde o objetivo crucial é prestar cuidados de saúde, deve-se tomar especial atenção a quem executa esse serviço. Assim, torna-se importante que os profissionais de saúde, na sua prática diária, reúnam duas condições elementares: um equilíbrio na saúde mental e satisfação com trabalho. O contato direto com outros seres humanos coloca o profissional de saúde perante uma perspectiva da sua vida, da sua saúde ou doença, dos seus conflitos e frustrações. Este contacto permite ao profissional de saúde, que se ajuste às situações de forma adaptativa com mecanismos de defesa adequados para a sua atuação enquanto profissional, mas essencialmente enquanto pessoa.

A satisfação no trabalho é um objetivo que se pode tornar difícil de alcançar, pois podem surgir situações de cansaço físico e mental e a crescente sensação de incapacidade

para lidar com um mundo laboral com constantes exigências, que pode promover uma interação negativa e exaustiva com o local de trabalho. O profissional não está apenas exposto a situações de dano físico, mas, também, a situações de exaustão mental. Estes tipos de cansaço podem originar altos níveis de *stress*, que podem afetar negativamente os profissionais, quer na sua saúde física quer na sua saúde mental, potenciando problemas de ajuste social, familiar e profissional. Quando é feita uma avaliação positiva, pode-se dar um impacto no estado emocional do profissional, levando a um estado de satisfação. Quando se fala em bem-estar no trabalho, automaticamente falamos num estado emocional positivo que surge sempre que o sujeito faz uma apreciação do seu trabalho ou dos aspetos a ele associados. Dadas as circunstâncias da atividade destes profissionais, as exigências de disponibilidade para o trabalho e o envolvimento emocional têm vindo a aumentar, levando ao aumento da carga cognitiva e emocional do trabalhador em relação à sua atividade, ameaçando assim a sua saúde mental.

Neste âmbito, apurar a aplicabilidade das competências emocionais, tornou-se importante e interessante, dada a exposição destes profissionais a situações vulneráveis, de grau variável, onde a acuidade e gestão emocional se tornam fundamentais para que o processo de cuidar não se torne debilitante.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

A inteligência emocional, no modelo misto de *Goleman*, é definida como um conjunto de capacidades não cognitivas relacionadas com a assertividade e controlo de impulsos, podendo ser considerada como um traço de personalidade, integrando cinco domínios principais: conhecer as próprias emoções; gerir as emoções; motivar-nos a nós; reconhecer as emoções dos outros e gerir as relações interpessoais. Acrescenta que a inteligência emocional abrange competências como: autoconsciência emocional (compreendida como a facilidade em lidar com as próprias emoções para que seja capaz de as identificar, nomeá-las e reconhecê-las); autocontrolo (consiste num controlo adaptativo e funcional das emoções e das reações de acordo com o contexto onde o sujeito se insere e as circunstâncias); motivação (compreendida como a facilidade em planear a própria vida, de forma a lidar com possíveis adversidades que surjam no seu percurso, acreditar, persistir e manter uma postura positiva de forma a propiciar a concretização de metas futuras e objetivos); empatia (esta componente permite aos sujeitos perceberem o que as pessoas sentem, tornarem-se capazes de tomar a perspetiva destes e relacionar-se, criando ligações saudáveis e verdadeiras que revelem sintonia com uma grande

diversidade de pessoas); competências sociais (esta permite aos sujeitos regular e gerir bem as emoções, quer as suas quer as dos outros, nas ligações que cria e ser capaz de entender e ler com precisão as situações sociais e as redes). Na perspetiva deste autor, estas tornam-se necessárias para o desempenho afetivo, para a aquisição de uma boa acuidade emocional e para a gestão afetiva, sendo igualmente necessárias para um bom desempenho laboral, estendendo-se também a outros contextos do indivíduo. As competências emocionais não são inatas, mas são habilidades aprendidas que exigem treino e dedicação de forma a serem desenvolvidas e se tornarem automáticas para alcançar um desempenho excelente. Estes processos são fundamentais para o funcionamento adaptativo do indivíduo perante o meio onde se envolve, na medida em que estas influenciam a capacidade para a gestão de conflito e resolução de problemas. Compreender as emoções é um complemento fundamental da competência emocional e existem pressupostos teóricos que apontam esta habilidade como sendo um fator preditor do ajustamento social e da saúde mental, o que leva a que se associem positivamente altos níveis de inteligência emocional à saúde mental. As emoções são fundamentais no dia-a-dia dos indivíduos, uma vez que se tornam numa ferramenta de auxílio à tomada de decisão, bem como nas respostas adaptativas perante diversas situações e para enfrentar possíveis dificuldades. Desempenham um papel importante na medida em que ajudam a preservar o bem-estar social e o bem-estar emocional/subjetivo. Reconhecer os estados emocionais, gerir as próprias emoções e ajustá-las às circunstâncias, permite ao profissional ser mais racional na tomada de decisão, agir em conformidade com o que sente e adaptar o pensamento e o comportamento de forma equilibrada para lidar com as experiências emocionais.

Nesta perspetiva, a inteligência emocional torna-se uma aptidão individual útil para o processamento emocional dos profissionais de saúde, permitindo uma maior humanização dos cuidados com efeitos diretos no próprio, mas indiretos nos pacientes. Trabalhar em prol da humanização de um serviço permite desenvolver competências e características positivas destinadas a tornar a assistência mais eficaz e a potenciar um clima facilitador para os profissionais. Este estilo de ação possibilita tornar as relações mais acessíveis, bem como fortalecer o conhecimento para uma maior qualidade de trabalho e saúde.

O processo de humanizar é garantir a dignidade ética não menosprezando a dignidade pessoal dos profissionais. Nesta perspetiva, torna-se importante valorizar os aspetos relacionados com o bem-estar, no sentido de promover a gestão do contacto com

a dor, sofrimento, fases da doença e características pessoais do doente e família. É importante tornar o processo de cuidar mais empático, promovendo um ato capaz de entender ambas as partes, onde exista comunicação clara, essencialmente dos aspetos positivos e negativos que este contacto origina nos profissionais .

No contexto hospitalar, importa tornar o processo voltado para o treino de profissionais para o contacto equilibrado com o paciente e promoção de uma experiência hospitalar mais confortável. Assume assim, um papel relevante para intervenções mais eficazes e estruturadas de forma a equilibrar a profissão com a vida pessoal visando a melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos profissionais e a qualidade do trabalho.

Assim, desenvolveu-se o presente programa de investigação-ação que procurou fornecer ferramentas úteis para a autorregulação dos profissionais de saúde, focando competências de Inteligência Emocional fundamentais para um bom desenvolvimento relacional e da prestação de serviços, necessários para a prática no contexto clínico, e também a promoção de saúde mental e respetiva regulação interna. Este artigo tem como objetivo principal apresentar analisar a eficácia deste programa em termos quantitativos (com medidas pré e pós teste) e também qualitativos (perceção dos participantes sobre a intervenção).

### 3 MÉTODO

#### 3.1 PARTICIPANTES

O grupo de assistentes operacionais foi composto por três assistentes da Unidade de Cuidados Continuados e três da Unidade de Convalescença, Reabilitação e Manutenção (N=6) de um hospital do norte de Portugal. Todos os elementos eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 21 e os 47 anos, com o 3º ciclo de escolaridade, sendo um grupo com média de 8 anos de experiência.

#### 3.2 MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Para a realização desta investigação-ação foram administrados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS)- Versão portuguesa (WLEIS-P); Continuum de Saúde Mental-versão reduzida para adultos (MHC-SF); Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – 21 itens (EADS-21); ROCI-II (*RahimOrganizationalConflictInventory*) – Forma A, B e C, para as análises quantitativas e o Questionário de Avaliação da Sessão, para as análises qualitativas.

**a) Questionário Sociodemográfico**

Este questionário foi estruturado especificamente para a realização desta investigação-ação e tem como objetivo recolher informações relativas a variáveis sociodemográficas que permitem caracterizar os participantes. É constituído por itens de formato variado e inclui questões como a idade, escolaridade, estado civil, anos de experiência da função, entre outros.

**b) Versão Portuguesa da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (2002) – WLEIS-P**

A Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) é um instrumento de autorresposta constituído por 16 itens formulados na positiva, que avaliam as quatro dimensões de inteligência, sendo elas: a) Avaliação e Expressão das próprias emoções; b) Avaliação e Reconhecimento das emoções nos outros; c) Regulação das emoções do próprio e d) Utilização das emoções para facilitar o desempenho. Cada uma das sub-dimensões é composta por quatro itens que indicam o nível de concordância do sujeito, numa escala de tipo Likert, onde 1= Discordo Fortemente; 2= Discordo; 3= Não Discordo Nem Concordo; 4= Concordo e 5= Concordo Fortemente.

A versão portuguesa da escala WLEIS-P foi desenvolvida por Rodrigues, Rebelo e Coelho composta pelo mesmo número de itens e dimensões da versão original.

Seguem-se alguns exemplos e respetivas sub-dimensões da versão portuguesa (WLEIS-P), como: *Compreendo bem as minhas emoções* (respeita à avaliação e expressão das próprias emoções); *Sou um bom observador das emoções dos outros* (na dimensão da avaliação e reconhecimento das emoções nos outros); *Possuo um bom controlo das minhas emoções* (regulação das emoções do próprio); *Estabeleço sempre metas para mim próprio, tentando em seguida dar o meu melhor para as atingir* (utilização das emoções para facilitar o desempenho).

**c) Continuum de Saúde Mental- versão reduzida para adultos (MHC-SF)**

O MHC-SF é um questionário multidimensional, de autopreenchimento, composto por 14 itens, distribuídos por três dimensões que integram o modelo de florescimento de Keyes: Bem-Estar Emocional, Bem-Estar Social e Bem-Estar

Psicológico<sup>12</sup>. Neste sentido, foi desenvolvido para colmatar a ausência de instrumentos que avaliassem as três dimensões da saúde mental positiva. Os entrevistados avaliam a frequência de cada sentimento no mês passado, numa escala tipo likert de 6 pontos (“nunca”, “uma ou duas vezes por mês”, “aproximadamente uma vez por semana”, “duas ou três vezes por semana”, “quase todos os dias”, “todos os dias”). Dos catorze itens que constituem a escala, três dizem respeito ao bem-estar emocional (1. felicidade, 2. interesse e 3. satisfação com a vida), cinco ao bem-estar social (4. contribuição social, 5. integração na sociedade, 6. atualização e crescimento social, 7. aceitação social e 8. coerência social) e seis ao bem-estar psicológico (9. autoaceitação, 10. domínio sobre o ambiente, 11. relações positivas com os outros, 12. crescimento pessoal, 13. autonomia e 14. propósito na vida)<sup>13</sup>. As pontuações totais variam consoante o número de itens presente em cada dimensão e quanto mais se aproxima do valor máximo, maior bem-estar naquela dimensão. Neste sentido, para o Bem-Estar Emocional as pontuações totais variam entre os valores 3-18, para o Bem-Estar Psicológico variam entre 6-36 e, por fim, relativamente ao Bem-Estar Social os valores variam entre 5-30<sup>3</sup>.

#### **d) Escala de Ansiedade, Depressão e Stress – EADS-21**

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, versão curta de 21 itens (EADS-21), advém da *DepressionAnxiety Stress Scale – DASS* criada por Lovibond e Lovibond em 1995. A EADS – 21 foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal<sup>4</sup> e propõe-se medir os mesmos constructos que a sua versão mais longa, constituída por 42 itens: a totalidade de sintomas de ansiedade, depressão e *stress*. Desta forma, cada constructo previamente enunciado representa uma subescala, composta por 7 itens, perfazendo assim o total dos 21.

A primeira subescala avalia a depressão, englobando sintomas de disforia, desânimo, desvalorização, auto depreciação, anedonia, falta de interesse/envolvimento e inércia. É assim composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 e apresenta um *alpha* de 0,85. A escala seguinte diz respeito à ansiedade e centra-se na excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Tem inerentes os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e um *alpha* de 0,84.

Por último, a escala do stress foca-se na dificuldade em relaxar, na impaciência, excitação nervosa ou irritabilidade/reações exageradas. É constituída pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 e apresenta um *alpha* de 0,81. As opções de resposta distribuem-se numa escala tipo *Likert* e variam entre 0 “Não se aplicou a mim”, 1 “Aplicou-se a mim, algumas vezes”, 2 “Aplicou-se a mim, muitas vezes” e 3 “Aplicou-se a mim, a maior parte das vezes”, representando assim a severidade e frequência dos sintomas experienciados nos últimos 7 dias. A pontuação resulta num somatório dos pontos inerentes a cada opção de resposta oscilando assim entre os 0 e os 21 pontos para cada uma das três subescalas, sendo que os estados afetivos mais negativos estão associados a pontuações mais elevadas.

Após realizado o somatório para cada subescala a pontuação encontrada é multiplicada por dois, obtendo-se assim a pontuação final que permite uma aproximação à versão dos 42 itens, usufruindo dos níveis de severidade atribuídos pelos autores.

#### e) **ROCI-II – Forma A, B e C**

O ROCI-II é um questionário de autopreenchimento que tem como objetivo conhecer os estilos de gestão de conflito que estão na base das relações interpessoais e pode ser aplicado em contexto laboral de qualquer organização.

É composto por 28 itens, que se distribuem por 5 dimensões ou subescalas e que se baseiam na conceptualização dos cinco estilos de gestão do conflito interpessoal: integração – 7 itens, evitação – 6 itens, dominação – 5 itens, anuência – 6 itens e compromisso – 4 itens. Este instrumento desdobra-se em três formas distintas (A, B e C), com indicação de utilização de cada uma, de acordo com os níveis de hierarquia/relações estabelecidas nas organizações. A forma A diz respeito à relação com superiores, a forma B destina-se ao contacto com subordinados e por fim, a forma C, debruça-se sobre a relação entre parceiros ou colegas.

O formato da escala é exatamente igual, alterando-se apenas em cada item o vocábulo referente à forma a que se destina. A resposta ao questionário é feita através de uma escala de *Likert* com cinco opções, sendo que o 1 corresponde a “Discordo Fortemente” e o 5 a “Concordo Fortemente”. Quanto mais alta a pontuação obtida, maior a propensão da pessoa a usar um determinado estilo, ou estilos, na gestão dos conflitos interpessoais.

#### f) **Questionário de Avaliação da Sessão**

O questionário de avaliação da sessão utilizado tem por objetivo recolher a opinião dos participantes sobre a sessão e é composto por duas partes (quantitativa e qualitativa).

A parte quantitativa é composta por 18 questões, numa escala de 1 a 5 em que 1=Mau; 2=Insuficiente; 3=Suficiente; 4=Bom; 5=Muito Bom; e divididas em três grupos, nomeadamente 1) a avaliação que o participante faz sobre os objetivos/conteúdos programáticos; 2) a avaliação do participante sobre o funcionamento da sessão e 3) a avaliação que o participante faz sobre o desempenho dos formadores.

Relativamente à parte qualitativa, esta é composta por 3 questões de resposta aberta, nomeadamente sobre a perceção da aprendizagem adquirida; a avaliação dos participantes face às características da sessão/programa e sugestões indicadas para programas futuros.

### **4 PROCEDIMENTO**

De forma a corresponder aos objetivos mencionados anteriormente, foram respeitadas algumas etapas. Primeiramente realizou-se o pedido de autorização à Comissão de Ética do Hospital onde decorreu a implementação do programa para a realização desta investigação-ação. Este pedido mereceu parecer favorável da mesma.

Relativamente aos instrumentos utilizados, não foi necessário realizar pedidos de autorização aos autores, uma vez que os instrumentos já se encontravam publicados. O acesso aos participantes foi realizado de acordo com os procedimentos que a direção clínica sugeriu como mais apropriados à dinâmica do funcionamento dos serviços. Assim, foram prestados os devidos esclarecimentos aos participantes, quer sobre o programa, quer sobre a investigação sobre a avaliação da eficácia do mesmo.

Relativamente ao Consentimento Informado, este contemplou toda a informação necessária respeitante ao procedimento, bem como a confidencialidade dos dados e limites éticos e legais dos mesmos. Neste caso, tal foi realizado através da existência de dois envelopes, um que conteve os consentimentos informados devidamente assinados pelos participantes e um outro com os instrumentos utilizados para recolha de dados.

Após prestados todos os esclarecimentos, foi solicitado aos participantes o seu consentimento informado por escrito. Seguidamente, iniciou-se a recolha de dados, que foi realizada de forma individual em dois momentos (antes do início da 1ª sessão e no final da 3ª sessão).

O programa foi composto por 3 sessões com cerca de 3h cada com as seguintes temáticas: a) Inteligência Emocional; b) Comunicação e c) Resolução de Conflitos.

Por fim, os dados recolhidos foram introduzidos numa base de dados criada no *Statistical Package for Social Science*(SPSS) versão 25, onde foram tratados e analisados os dados quantitativos. Para a análise dos dados qualitativos seguiram os procedimentos propostos pelo método da análise do conteúdo, tendo sido feita uma investigação descritiva complementando assim a análise quantitativa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 ANÁLISES QUANTITATIVAS

Quadro 1:Diferenças entre o pré e pós teste ao nível da inteligência emocional; saúde mental (bem-estar e psicopatologia) e gestão de conflitos

Instrumentos	Resultados Pré-Teste			Resultados Pós-Teste			Teste Wilcoxon – Pré e Pós (sig)
	Mínimo	Máximo	Média	Mínimo	Máximo	Média	
WLEIS-P APE	16	20	16,83	16	20	17,33	0,18
WLEIS-P AEO	13	18	16,17	13	18	16,17	1,00
WLEIS-P UE	15	19	17,00	15	19	17,00	1,00
WLEIS-P RE	15	20	16,50	16	20	17,17	0,39
MHCSF BEE	15	17	15,83	15	18	16,33	0,18
<b>MHCSF BES</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>19,67</b>	<b>11</b>	<b>28</b>	<b>23,00</b>	<b>0,02*</b>
MHCSF BEP	29	36	33,17	27	35	32,50	0,33
EADS Dep.	0	7	2,50	0	5	2,67	1,00
EADS Ans.	0	6	2,33	0	12	4,67	0,10
<b>EADS Stress</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>4,67</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>7,17</b>	<b>0,10*</b>
ROCI(A) Int.	28	35	30,67	28	33	30,33	0,49
ROCI(A) Anu.	20	29	23,67	22	27	24,17	0,49
ROCI(A) Dom.	10	19	14,17	9	21	13,67	0,91
ROCI(A) Evit.	17	29	23,50	19	27	23,83	0,91
ROCI(A) Comp.	15	17	15,67	12	18	15,17	0,46
ROCI(B) Int.	28	34	32,00	28	35	30,67	0,41
ROCI(B) Anu.	17	24	19,83	15	25	19,83	0,49
ROCI(B) Dom.	6	19	12,83	8	18	11,83	0,59
ROCI(B) Evit.	21	28	23,67	20	26	22,50	0,22
ROCI(B) Comp.	15	17	15,67	11	19	14,83	0,34
ROCI(C) Int.	28	33	30,00	28	35	30,50	1,00
ROCI(C) Anu.	18	28	23,33	17	25	21,00	0,17
ROCI(C) Dom.	10	19	15,17	9	21	15,33	0,83
<b>ROCI(C) Evit.</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>24,50</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>22,50</b>	<b>0,07*</b>
ROCI(C) Comp.	12	18	15,17	11	20	15,17	1,00

De acordo com a análise realizada, no que respeita à WLEIS-P, observa-se um aumento nas médias nas dimensões *Avaliação e Perceção das Próprias Emoções e Regulação das emoções*, do pré-teste para o pós-teste. Isto é, após a realização do

programa os participantes apresentam maior capacidade para identificação e reconhecimento das suas próprias emoções e dos outros, traduzindo-se numa maior autoconsciência e autocontrolo emocional.

Desta forma, de acordo com o referido na literatura, estas competências são fundamentais no contexto hospitalar, uma vez que permitem uma compreensão mais clara dos estados emocionais do doente, familiares e restante equipa multidisciplinar, identificando aquelas que possam ser as suas vulnerabilidades e os seus sentimentos.

Relativamente à escala MHC-SF verifica-se um aumento nas médias das dimensões do *Bem-estar Emocional* e do *Bem-estar Social*, do pré-teste para o pós-teste. Este aumento traduz-se numa alteração significativa do *Bem-estar Social*, medida através do teste de Wilcoxon ( $\text{sig} = 0,02$ ), ou seja, denota-se indicadores de uma saúde social positiva neste grupo de participantes.

A dimensão social das relações humanas tem um forte impacto na saúde mental positiva dos indivíduos<sup>12</sup>. Como tal, este resultado é justificado essencialmente com o tipo de dinâmica da formação, que permitiu o fortalecimento de relações entre colegas, permitiu o convívio com colegas de outras unidades e também a comparação de realidades, permitindo uma coesão social.

Assim, surge um desenvolvimento da dimensão da aceitação social, que traduz a compreensão e confiança no outro, potenciando um contexto social favorável, e, também, um desenvolvimento da dimensão integração social, que consiste na evolução da qualidade e desenvolvimento de relações em comunidade, quando surge o sentimento de que o individuo tem algo em comum com um outro.

Na EADS-21 verifica-se um aumento nas médias ao nível das três dimensões, podendo ser possível observar um aumento dos sintomas associados ao *stress*, ansiedade e depressão, do pré-teste ao pós-teste. Isto surge, na medida em que ao serem estimuladas as competências associadas à inteligência emocional, permite-se o desenvolvimento da acuidade emocional dos indivíduos, tornando-os mais conscientes e, por consequente, torna os sintomas mais perceptíveis.

Globalmente, surgem alterações marginalmente significativas em relação ao *Stress*, sendo perceptível um aumento deste ( $\text{sig.} = 0,10$ ). Este resultado seria esperado, pois ao trabalharmos a autoconsciência emocional, estamos a permitir que a pessoa entre num processo de autoconhecimento e introspeção.

Devido à curta duração da formação, acaba por ser um processo que não se desenvolve totalmente, daí ainda surgirem estados emocionais confusos ou o

conhecimento de sinais que anteriormente não se identificavam como sendo fatores de *stress*, que potenciam o desconforto da pessoa e situações de *stress*.

Em relação aos estilos de gestão de conflitos, é possível observar alterações na escolha de estilos após a implementação do programa. Em relação aos estilos de gestão de conflitos utilizados na *Relação com Superiores* (ROCI-II Forma A), identifica-se uma alteração, ainda que não significativa, nos estilos *Anuência* e *Evitação*, nomeadamente um aumento tendo em consideração os valores presentes nas médias. Além disso, também se verifica uma diminuição na utilização dos restantes estilos de gestão de conflito (*Integração*, *Dominação* e *Compromisso*).

No que respeita a *Relação com Subordinados* (ROCI-II Forma B) verifica-se uma diminuição de todos os estilos de gestão de conflito, excetuando a *Anuência*. Contudo, à vista do supracitado, estas diferenças nas médias não são significativas.

Relativamente à *Relação com Colegas* (ROCI-II Forma C), identificam-se alterações na preferência dos estilos *Integração* e *Dominação*. No que corresponde aos estilos de gestão de conflitos, após a exploração dos diversos tipos existentes e tendo sido facultadas formas adaptativas de gerir situações de conflito, nota-se uma diminuição marginalmente significativa em relação à adoção do estilo *Evitação* na relação com os colegas (ROCI-II Forma C) ( $sig = 0,07$ ), privilegiando a *Integração*.

Este estilo associa-se à retirada ou falta de ação perante situações de conflito, ou seja, muitas vezes os indivíduos não identificam uma situação como sendo de conflito, recusando a sua existência ou intervir na sua resolução.

## 5.2 ANÁLISE QUALITATIVA

Quadro 2: Resultados referentes à percepção da aprendizagem adquirida com a participação no programa

Categories de 1ª Ordem	Categories de 2ª Ordem	Unidades de Análise
<b>Desenvolvimento de competências profissionais e adoção de estratégias de regulação e gestão emocional</b>	Aquisição de estratégias e competências para lidar e melhorar a prática profissional	“(...) para rever algumas situações para futuramente alterar” – Suj. 1 “Sim, para nos ajudar no dia-a-dia” – Suj. 4 “Sim, aprendemos a lidar com situações mais complicadas” – Suj. 2 “(...) para resolver as dificuldades da melhor forma” – Suj. 3 “(...) para ultrapassar os obstáculos que nos deparamos” – Suj. 3 “Sim, para pensarmos antes de agir” – Suj. 6 “Sim, debatemos muitas ideias entre serviços” – Suj. 1 “(...) para promover a qualidade no serviço” – Suj. 3 “(...) para conseguir mais harmonia no trabalho” – Suj. 3 “Aprender a trabalhar com os utentes” – Suj. 2 “Aprendizagem” – Suj. 1 “Aprendizagem” – Suj. 2 “Aprender a lidar com as situações diárias” – Suj. 2 “Saber tirar partido dos aspetos menos positivos do trabalho” – Suj.3 “Tentar controlar as situações no local de trabalho” – Suj. 3 “Aprender a relaxar em situações complicadas” – Suj. 2 “Aprender o que podemos melhorar nas relações” – Suj, 2 “Adquirir ferramentas para ultrapassar os obstáculos” – Suj. 3 “Procurar resolver sempre os problemas” - Suj. 2
	Desenvolvimento de competências emocionais	“Deu para aprender a lidar com mais calma em algumas situações” – Suj. 1 “Sim, aprendemos a trabalhar com as nossas emoções” – Suj. 2 “Sim, pois ajuda-nos a equilibrar as emoções” – Suj. 2 “Aprender a trabalhar os nossos medos” – Suj. 2 “Aprender a trabalhar as nossas emoções” – Suj. 2 “Aprender a lidar com os problemas a nível pessoal” – Suj. 5
	Estratégias de resolução e gestão de conflitos	“Aprender a lidar com situações de conflitos” – Suj. 2 “Gerir melhor os conflitos” – Suj. 3 “(...) para saber lidar com conflitos” – Suj. 3 “Aprender como reagir numa situação de conflito” – Suj. 5

Após a análise quantitativa dos dados procedeu-se à análise qualitativa do discurso dos participantes. Tendo em conta o discurso apresentado pelo grupo dos assistentes operacionais depreende-se que na ótica destes elementos, a participação no programa

permitiu um desenvolvimento de competências profissionais e consequente adoção de estratégias de regulação e gestão emocional. Tais ferramentas possibilitaram a aquisição de estratégias e competências para lidar e melhorar a prática profissional, impulsionando o desenvolvimento de competências emocionais e consequentemente, impactando nas estratégias de resolução e gestão de conflitos.

Desta forma, tendo em consideração os exemplos fornecidos pelos participantes com a participação neste programa foi possível resolver as dificuldades diárias da melhor forma, ultrapassando os obstáculos inerentes aos serviços e funções, promovendo, consequentemente, uma maior qualidade e harmonia no trabalho.

Quadro 3: Resultados referentes à avaliação dos participantes face às características do programa

Categorias de 1ª Ordem	Categorias de 2ª Ordem	Unidades de Análise
<b>Características facilitadoras da aprendizagem</b>	Promoção da aprendizagem	“Sim, deu para aprender” – suj.1 “(...) para podermos aperfeiçoar os conhecimentos” – Suj. 3 “Sim, grande motivação para aprendizagem entre formandos” – suj. 6 “Sim, é uma mais valia” – Suj. 3 “Sim, foi uma mais-valia” – Suj. 3 “Sim, foi muito bom” – Suj. 4 “Sim, bastante esclarecedora” – Suj. 5 “Sim, foi bastante interessante” – Suj. 5 “Sim, foi bastante produtiva” – Suj. 3 “Sim, porque foi bastante esclarecedora” – Suj. 5 “Sim, muito motivadora” – Suj. 1 “Sessão bastante produtiva” – Suj. 3 “Toda a sessão foi muito boa” – Suj. 4 “Aspetos todos positivos para o nosso dia-a-dia” – Suj. 5 “Os conteúdos mostrados foram muito positivos” – Suj. 6 “Os esclarecimentos foram muito explícitos” – Suj. 6 “Sessões muito positivas” – Suj. 4 “Sessão bastante positiva” – Suj. 5 “Sessão bastante esclarecedora” – Suj. 5
	Características e relação intragrupo	“Sim, as formadoras foram muito assertivas” – Suj. 1 “(...) As formadoras foram muito comunicativas” – suj.1 “(...) As formadoras foram muito acolhedoras” – Suj. 1 “Sim, boa relação para aprendizagem entre formador/formando” – Suj. 6 “Diálogo” – Suj. 2 “Boa compreensão das formadoras” – Suj. 6 “Bom espírito de entreajuda” – Suj. 6 “Bom relacionamento entre formador/formando” – Suj. 6

Este impacto positivo deveu-se à aprendizagem adquirida através da regulação e equilíbrio emocional, assim como uma maior compreensão das situações conflito e aquisição de estratégias para lidar com as mesmas. Segundo o discurso dos participantes, este programa dotou-se de características facilitadoras da aprendizagem proporcionando, assim, um aperfeiçoamento de conhecimentos, devido às características das sessões, da relação entre participantes e da relação com as formadoras. Tendo em consideração os relatos obtidos na tabela supracitada é possível depreender que os participantes sugerem a extensão da formação a outros profissionais, com maior número de sessões, salientando a pertinência da continuidade do programa na promoção de um melhor ambiente de trabalho.

## 6 CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde encontram-se expostos a fatores psicológicos com um impacto negativo para a saúde mental, tais como a vulnerabilidade ao *stress*, a não satisfação com o trabalho, a fadiga, a carga horária excessiva, que, a longo prazo, se traduzem num desgaste emocional.

Com o desenvolvimento e implementação deste programa de investigação-ação, o propósito foi contribuir para a adoção de estratégias eficazes, úteis à prática profissional nos contextos de saúde, que possibilitassem a manutenção da saúde mental e minimização dos riscos inerentes à prática dos assistentes operacionais, impactando consecutivamente no outro (restantes colegas, utentes e organização).

A aquisição de estratégias que permitam desenvolver a inteligência emocional, tornam-se uma aprendizagem essencial para o ajuste às rotinas, às situações de conflito e à comunicação com o outro. Ao tornar o profissional mais racional acerca do seu estado emocional, estamos a promover uma leitura mais ampla de uma situação e respetiva resolução.

Globalmente, os resultados obtidos demonstram que os objetivos propostos foram alcançados, dotando os profissionais de saúde de estratégias eficazes à perceção, autoconsciência, clarificação e autorregulação emocional, permitindo um ajustamento equilibrado aos desafios diários com que se deparam diariamente na sua prática laboral.

Evidencia-se assim que, promover o desenvolvimento das competências relacionadas com a inteligência emocional se torna fundamental para a saúde mental dos profissionais de saúde, na medida em que ajuda a promover um equilíbrio entre os estados emocionais agradáveis e desagradáveis.

Este equilíbrio permite a adoção de estratégias que facilitem lidar com as fragilidades dos outros tornando o processo de cuidar mais acessível e humanizado.

Ao nível da comunicação e da gestão do conflito, ressaltam-se a adoção de ferramentas e sucessiva aplicação aos contextos reais, que tornam a resolução de problemas mais consciente e eficaz junto de utentes, colegas e chefia. Mediante o contacto direto com estes profissionais, e atendendo aos relatos evidenciados anteriormente, compreendemos que este programa constituiu um momento de aprendizagem, onde foram proporcionados espaços e momentos de partilha, vivências e reflexões, que impactaram no bem-estar social e emocional dos participantes, evidenciando o notório impacto ao nível da saúde ocupacional.

Sendo efetivamente benéfico para o contexto e para o profissional, também importa salientar algumas limitações e sugestões em relação a esta investigação-ação. Essencialmente surgiram limitações em relação à sobrecarga horária da formação e o longo espaçamento entre as sessões, que pode ter condicionado a monitorização da aplicação das estratégias.

Numa ótica mais incentivadora, revela-se de extrema importância a dinamização de ações deste teor, que promovam um espaço para a partilha, comunicação, aprendizagem e essencialmente de convívio. São fatores evidenciados pelos participantes como sendo facilitadores das limitações e que ajudam a descomprimir dos estados emocionais mais negativos. Dados os resultados e a observação naturalista ao longo da formação, considera-se ser uma intervenção oportuna, que não só facilita a satisfação como trabalho e produtividade dos profissionais, mas também aumenta a sustentabilidade de um serviço.

## REFERÊNCIAS

1. Cabral L, Duarte JC, Silva D, Gonçalves AM & Silva Z. A situação de crise em Portugal e a saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2016; (3): 57-62.
2. Mota RA, Martins CGM, Vêras RM. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo* 2006; 11 (2): 323-330.
3. Da Costa ILS. *As condições de trabalho, os riscos gerais e os riscos psicossociais nos profissionais de saúde: Um estudo no pólo de Valongo do Centro Hospitalar São João do Porto* (Tese de Mestrado). Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2017.
4. Covacs JM. *Bem-estar no trabalho: O impacto dos valores organizacionais, percepção de suporte organizacional e percepção de justiça*. Dissertação de Mestrado não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2006.
5. Monteiro RFN. *Bem-estar no trabalho e percepção de saúde: Estudo realizado com auxiliares de geriatria no norte de Portugal* [Dissertação]. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2011.
6. Domingues A. *Inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos*. [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2009.
7. Goleman D. *Trabalhar com Inteligência Emocional* (5a). Lisboa: Temas e Debates-Círculo de Leitores; 2012.
8. Franco MGS d'Eça C & Santos NN. Desenvolvimento da Compreensão Emocional. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 2015; 31(3), 339-348. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032099339348>
9. Faria L, Costa AC & Costa M. Validação do questionário de competência emocional (QCE): Estudo em Contexto Hospitalar com Enfermeiros. *Actas das XIII Conferência Internacional e Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições 2008; 923-930.
10. Rodrigues N, Rebelo T, & Coelho JV. Adaptação da Escala de Inteligência Emocional de Wong e Law (WLEIS) e análise da sua estrutura factorial e fiabilidade numa amostra portuguesa. *Psychologica*, 2011; 55: 189-207.
11. Libbrecht N, Beuckelaer A, Lievens F & Rockstuhl T. Measurement Invariance of the Wong and Law Emotional Intelligence Scale Scores: Does the Measurement Structure Hold across Far Eastern and European Countries? *Applied Psychology: An International Review*, 2014; 63(2), 223-237. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2012.00513.x>
12. Keyes CLM. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior* 2008; 43 (2), 207

13. Matos A, André R, Cherpe S, Rodrigues D, Figueira C, & Pinto A. Estudo Psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form - for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica* 2010; 53: 131–156.
14. Fonte C, Silva I, Vilhena E & Keyes C. The portuguese adaptation of the mental health continuum-short form for adult population. *CommunityMent. Health J.* 2020; 56: 368–375.
15. Pais-Ribeiro JL, Honrado A & Leal I. Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2004, 5 (2), 229-239.
16. Franque PT. *Análise dos Estilos de Gestão do Conflito Predominantes em Ambiente Laboral dos Enfermeiros da Ilha de São Miguel*. Dissertação de Mestrado, Portugal: Universidade dos Açores, 2006.
17. Cunha P & Leitão S. *Manual de Gestão de Construtiva de Conflitos*. Edições Universidade Fernando Pessoa. 3ª Edição. Porto, 2016.
18. Akerjordet K, & Severinsson E. Emotional intelligence: A review of the literature with specific focus on empirical and epistemological perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16 (8): 1405-1416.
19. Cadman C & Brewer J. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management* 2001; (9): 321-324