

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

PRISCILA GRANEMANN

**A REVALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA ANALISAR A
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM
HOSPITAL INFANTIL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE CURITIBA/PR.**

CURITIBA

2019

PRISCILA GRANEMANN

**A REVALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA ANALISAR A
INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM
HOSPITAL INFANTIL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE CURITIBA/PR.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe – FPP, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre.

Orientador(a): Prof. Dr Rogério Saad Vaz.

CURITIBA

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

PRISCILA GRANEMANN

“A VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MEDIDA PARA ANALISAR A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL INFANTIL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE CURITIBA-PR”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



Prof. Dr. Rogério Saad Vaz

Doutor em Bioprocessos e Biotecnologia. Professor e Orientador do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Rosiane Guetter Mello

Doutora em Ciências (Bioquímica). Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação, Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof.ª Dr.ª Barbara Raquel do Prado Gimenez Corrêa

Doutora em Educação. Membro do Grupo de Pesquisa: Paradigmas Educacionais, Formação de Professores e Prática Pedagógica com Tecnologias Educacionais na PUCPR.

Curitiba, 24 de abril de 2019.



“A mente humana é como um pêndulo de relógio que flutua entre razão e emoção. Quem não tiver um caso de amor consigo, jamais amará profundamente as pessoas com as quais se relaciona.”

Augusto Cury.

RESUMO

A Inteligência Emocional (IE) é a habilidade de perceber emoções, avaliar, compreender e expressar emoções e o conhecimento emocional e, regular reflexivamente as emoções de forma a promover o crescimento emocional e intelectual. Visto a relevância sobre a IE na área da saúde, este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, de cunho exploratório e descritivo, realizado em profissionais de saúde. A pesquisa tem por objetivo revalidar um questionário chamado Medida de Inteligência Emocional (MIE) focado em profissionais enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em enfermagem e análises clínicas de um Hospital Infantil de grande porte na cidade de Curitiba-PR e assim, indicar se há necessidade de inserir a aprendizagem emocional em Instituições de Ensino Superior (IES). Para tal proposta, a pesquisa será realizada por meio de um estudo de levantamento (survey), através da revalidação de um questionário estruturado fechado chamado MIE, criado e validado por SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES,1999. O resultado da pesquisa permitiu uma menor percepção da IE em profissionais de saúde e conseqüentemente, algumas habilidades importantes para o bom desempenho e desenvolvimento tanto no ambiente de trabalho, como dos seus próprios pacientes. Concluindo assim que há necessidade do aprimoramento de estudos e estratégias didáticas para a abordagem da IE em cursos de saúde.

Palavras-chave: inteligência emocional, pessoa da saúde, ensino na saúde.

ABSTRACT

Emotional Intelligence (IE) is the ability to perceive, to evaluate, to understand and express emotion and emotional knowledge, and to reflexively regulate emotions in order to promote emotional and intellectual growth. Considering the relevance of EI in the health area, this work is a quantitative, exploratory and descriptive study carried out in health professionals. The research aims to validate a questionnaire called Emotional Intelligence Measure (EIM) focused on nursing professionals, pharmacists, nursing technicians and clinical analysis of a large children's hospital in the city of Curitiba-PR and thus indicate if there is a need for emotional learning in Higher Education Institutions (HEI). For this proposal, the research will be carried out through a survey, through the revalidation of a closed structured questionnaire called EIM, created and validated by SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999. The result of the research allowed a lower perception of EI in health professionals and, consequently, some important skills for good performance and development in the work environment as well as in their own patients. Concluding, therefore, there is a need to improve studies and didactic strategies for the approach of EI in health courses.

Key words: emotional intelligence, health professionals e health education.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.....	13
FIGURA 2.....	19
FIGURA 3.....	22
FIGURA 4.....	29

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.....	44
----------------	----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	55
TABELA 2	55
TABELA 3	59
TABELA 4	36
TABELA 5	37
TABELA 6	38
TABELA 7	39
TABELA 8	40
TABELA 9	41
TABELA 10	41
TABELA 11	42
TABELA 12	42
TABELA 13	43
TABELA 14	43

LISTA DE SIGLAS

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

ANOVA – Analysis of Variance

EQ-i – Emotional Quocient Inventory

GFI – Goodness of Fit Index

IE – Inteligência Emocional

IM – Inteligências Múltiplas

IS – Inteligência Social

IES – Instituição de Ensino Superior

MEE – Modelagem de Equação Estrutural

MEIS – Multifactor Emotional Intelligence Scale

MIE – Medida de Inteligência Emocional

MSCEIT – Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test

QE – Quociente Emocional

QI – Quociente de Inteligência

RMR – Root Mean Square Residual

RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

SRMR – Standardized Root Mean Square Residual

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
2.1 O ESTUDO DA INTELIGÊNCIA	13
2.1.1 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	18
2.1.2 OS TIPOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	19
2.1.3 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL POR JOHN MAYER E PETER SALOVEY	20
2.1.4 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL POR DANIEL GOLEMAN	21
2.2 A EDUCAÇÃO EMOCIONAL.....	24
2.2.1 A EDUCAÇÃO EMOCIONAL NA ÁREA DA SAÚDE	27
3. MATERIAIS E MÉTODOS	31
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	31
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	32
3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	32
3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	33
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	33
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	33
3.7 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	33
3.8 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	34
3.8.1 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA	35
3.8.1.1 TESTE QUI QUADRADO	36
3.8.1.2 MEDIDAS DE QUALIDADE DO AJUSTE	37
3.8.1.3 ALPHA DE CRONBACH.....	38
4 RESULTADOS.....	40
5 DISCUSSÃO	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
7 REFERÊNCIAS.....	49
APÊNDICE A	53
APÊNDICE B	55
ANEXO 1.....	60

1. INTRODUÇÃO

A inteligência e a emoção são grandes campos de pesquisa que ainda despertam interesses e fomentam debates dentro e fora do ambiente acadêmico. Desde o século XIX a inteligência tornou-se objeto de estudo de cientistas de todo o mundo. As conclusões de pesquisas na época chegaram a ser definidas como a inteligência ser geneticamente determinada ao desenvolvimento de escalas simples diferenciando crianças normais de anormais, os testes de Quociente de Inteligência (QI) de acordo com a idade cronológica e, posteriormente, a inteligência chegou a ser profundamente debatida por se tratar de um constructo somente lógico matemático e linguístico e, assim começaram a levar em conta aspectos sociais, como a Inteligência Social (IS), interpessoal e intrapessoal. Em um estudo mais científico, Antônio Damásio (1994-1996) encontrou evidências relacionando inteligência e emoção, essas primeiras formulações juntamente com estudos no campo da neurologia, afirmam que existe uma aproximação entre emoção e as funções intelectivas do neocórtex (SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999).

Em 1990 por meio de uma série de artigos publicados por John Mayer e Peter Salovey foi desenvolvida a concepção de Inteligência Emocional (IE) como uma sub forma da IS. Já entre 1994 a 1997 iniciou o fenômeno da popularização da IE, por Daniel Goleman através da publicação do livro: *Inteligência Emocional* (2012). Goleman utilizou então a mesma expressão para sintetizar uma ampla gama de descobertas científicas, unido ramos diferentes da pesquisa, focando mais no desempenho no trabalho e na liderança organizacional (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

O estudo da IE reflete a inter-relação entre pensamentos, sentimentos e habilidades, investigam as reações e interpretações emocionais assim como a função das emoções no comportamento inteligente. A junção entre cognição e emoção resulta na capacidade do sujeito de lidar com suas emoções de forma inteligente e compatível com seus objetivos de vida. Essa área de pesquisa tem contribuído para reflexões e críticas sobre a influência das emoções nos cenários clínico, educacional, ocupacional e social (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009).

A ideia de estudar as emoções no profissional de saúde surgiu decorrente a vários acontecimentos que chamaram a atenção na mídia envolvendo desde estudantes da área da saúde, até profissionais de saúde e pacientes, que então manifestou o questionamento: se os profissionais de saúde saem das IES já preparados emocionalmente para lidar com a realidade encontrada em um Hospital de grande porte? Levando em consideração que a relação profissional de saúde e paciente tem consequências no desenvolvimento da doença e no tratamento com o doente, assim como a satisfação no trabalho também, funcionando como um medidor importante que reflete a perspectiva do profissional condicionando a sua prestação no trabalho a influenciando também nos cuidados com o paciente.

A educação surge também, como forma de conhecimento de si mesmo, no sentido de manter a saúde física e mental dos sujeitos. O papel da educação emocional é tornar o profissional apto para lidar com frustrações, angústias e medos (DOMINGUES, 2009). As pessoas emocionalmente educadas são capazes de desenvolver seu poder pessoal, adotando uma melhor qualidade de vida, criar relacionamentos, criar afetos entre as pessoas e tornar possível o trabalho cooperativo e facilitar o sentido de comunidade (RÊGO; ROCHA, 2009).

Todas as organizações, principalmente as de saúde, são espaços onde os sentimentos emocionais moldam as relações e os ambientes (VILELAS; DIOGO, 2014). As emoções nesse meio refletem tanto no paciente, como nos cuidados prestados ao mesmo, assim como no profissional de saúde. Atualmente há uma lacuna na formação de profissionais de saúde, no que diz respeito a um conjunto de conhecimentos, afetos e experiências, que permitam agir, pensar e comunicar eliminando as barreiras entre vida pessoal e profissional. No entanto, quanto mais desenvolvida a IE de um profissional, mais facilmente conseguirá lidar na prática com seus próprios sentimentos, com a complexidade do indivíduo e com a equipe multidisciplinar (DOMINGUES, 2009).

Dessa forma, espera-se que os profissionais de saúde demonstrem habilidades emocionais para identificar a vulnerabilidade do doente, e também diferenciar seus próprios sentimentos, com isso, a humanização nos cuidados e o impacto nas emoções no contexto profissional não devem ser esquecidos,

uma vez que as consequências podem refletir no paciente e no próprio profissional (DOMINGUES, 2009).

Com a elaboração desse presente estudo após a revisão de literatura abordando a origem do estudo das inteligências, os tipos de inteligência, a IE e sua relação com o ensino em saúde, pretende-se, como objetivo geral, revalidar um instrumento de medida já utilizado para analisar a IE, porém em um ambiente de saúde, em um Hospital Infantil de grande porte na cidade de Curitiba-PR e indicar a necessidade de programas voltado para a inteligência emocional em cursos de saúde em IES. Já como objetivos específicos, deseja investigar a IE em profissionais de saúde enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em enfermagem e análises clínicas, interpretar os dados produzidos na pesquisa de acordo com a literatura e então relacionar os resultados com a IE no ensino em saúde.

Em suma, este trabalho tem caráter exploratório, realizado através de uma pesquisa quantitativa com levantamento (survey), utilizando um questionário estruturado fechado chamado MIE (SIQUEIRA, BARBOSA, ALVES, 1999) que foi revalidado em um ambiente de saúde para então analisar os cinco pilares da IE baseado no modelo de traços ou habilidades de Daniel Goleman: autoconhecimento, autoconsciência ou gestão dos sentimentos, automotivação, empatia e sociabilidade.

1.1 OBJETIVO GERAL

Revalidar um questionário chamado Medida de Inteligência Emocional (MIE) focado em profissionais enfermeiros, farmacêuticos, técnicos em enfermagem e análises clínicas de um Hospital Infantil de grande porte na cidade de Curitiba-PR e assim, indicar se há necessidade de inserir a aprendizagem emocional em Instituições de Ensino Superior.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar a Inteligência Emocional em profissionais de saúde: enfermeiros, farmacêuticos, técnicos de enfermagem e análises clínicas.

- Interpretar os dados produzidos na pesquisa de acordo com a literatura.
- Relacionar os resultados da pesquisa com a inteligência emocional no ensino em saúde.

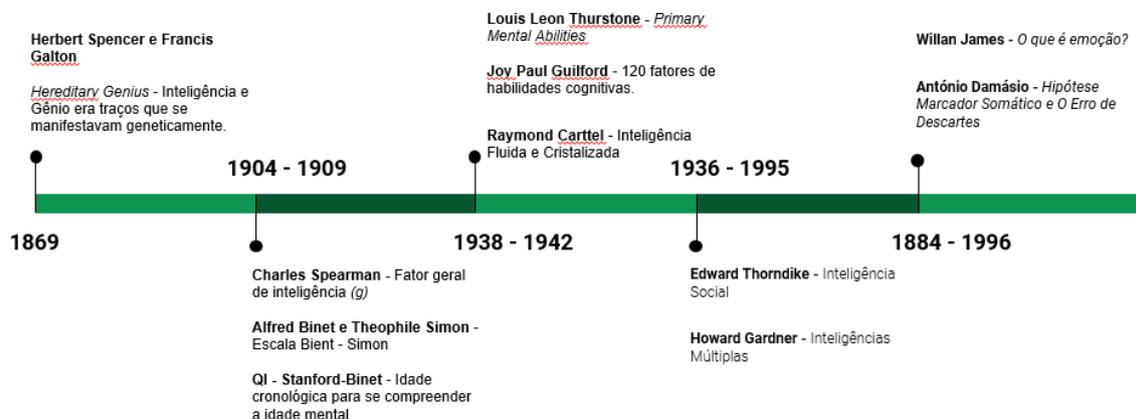
2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ESTUDO DA INTELIGÊNCIA

Desde o século passado até atualmente vem se discutindo sobre o que é inteligência e como medi-la. Muitas definições foram feitas e críticas formuladas apontando que descreviam sobre produtos de desempenho e não a inteligência em sua essência (ALMEIDA, 1996). Segundo Butcher (1972, p. 5), “O estudo da inteligência humana permitiu um grande acúmulo de conhecimento a respeito de diferenças individuais, e relativamente pouco a respeito do funcionamento cognitivo.”.

No entanto, durante os cenários de pesquisas, a ciência dos testes mentais progrediu de seus estágios mais primitivos para um estágio de alto desenvolvimento. Assim, os principais problemas do estudo de habilidades mentais foram identificados, as metodologias básicas foram desenvolvidas e testes de habilidades mentais entraram em uso (STERNBERG, 1982).

Figura 1. Linha do tempo - estudos sobre a inteligência.



Fonte: autora, 2018.

No século XIX a introdução dos primeiros conceitos sobre inteligência foi desenvolvida por Herbert Spencer e Francis Galton que acreditavam na

importância de uma capacidade de inteligência geral, considerada superior e distinta das capacidades específicas (BUTCHER, 1972). Galton em seu trabalho *Hereditary Genius (1869)*, concluiu que a inteligência e o gênio, eram traços que manifestavam-se geneticamente. Outro pesquisador como Raymond Cattell, acreditava também em diferenças individuais, discriminação sensorial, associação de palavras e em testes de habilidades mentais simples para construir um desenvolvimento acadêmico, quando em uma experiência frustrada na Universidade da Colômbia aplicou testes relacionado ao sucesso escolar em estudantes universitários, na qual posteriormente demonstraram que não possuíam correlações úteis (STERNBERG, 1982).

Em 1904 Charles Spearman criou a teoria do fator geral de inteligência (*g*), que segundo ele as pessoas seriam mais ou menos inteligentes dependendo do *g* que possuíam o que tornaria o desempenho em todas as atividades intelectuais (FLYNN, 2009). Após seus inúmeros estudos, Spearman desviou seu foco da psicologia estatística para a psicologia cognitiva, onde estudou análise completa do processo de raciocínio, envolvendo a resolução de problemas matemáticos e coisas do gênero. Através destes trabalhos, o autor chegou à conclusão que o *g* era um fator central e supremo de todas as medidas de inteligência, e que representa o poder do raciocínio ou a “neogênese” do pensamento abstrato (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009; STERNBERG, 1982).

Em meados de 1905, o psicólogo francês Alfred Binet depois de investigar uma série de pesquisas feitas por Galton, Cattell e entre outros cientistas, chegou à conclusão que testes envolvendo tarefas mais “complexas”, semelhantes a atividades mentais da vida cotidiana, eram mais promissoras, contrariando a teoria de Spearman. Dessa forma ficou conhecido pela descoberta de uma maneira apropriada para medir a inteligência ou a capacidade mental, e assim foi criada a escala Binet-Simon, derivada de uma pesquisa juntamente com Theophile Simon, a primeira escala satisfatória para distinguir crianças com retardo mental de crianças de inteligência normal e progresso escolar. Esse teste, que foi revisado posteriormente (1908), consistia em uma série de tarefas de dificuldades crescentes, cada tarefa representando o desempenho típico de crianças em um determinado nível cronológico, tornou-

se a base para testes individuais de inteligência em diferentes países e línguas (STERNBERG, 1982).

Em 1909 Cyril Burt criou testes para diferenciar crianças normais de crianças mentalmente deficientes. Em seguida, a revisão das escalas de Binet-Simon deu origem aos testes de Quociente Intelectual (QI) Stanford-Binet que levou em consideração a idade cronológica como variável importante para se compreender o significado da idade mental. Na época a projeção dos testes de QI eram inquestionáveis, levavam em consideração a avaliação lógico-matemática e linguística dos indivíduos, habilidades necessárias somente para o sucesso acadêmico (BUTCHER, 1972; SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999).

Paralelamente a tais descoberta, Louis Leon Thurstone (1938) criticou a inteligência geral de Spearman e afirmou que a inteligência poderia ser decomposta em várias capacidades básicas por meio da análise fatorial. Contrariamente aos modelos de inteligência mencionados anteriormente, Thurstone produziu resultados surpreendentemente interessantes para a época, em seu trabalho intitulado *Primary Mental Abilities (1938)*, o autor produziu 57 variáveis sobre testes mentais, do qual nove foram interpretados psicologicamente de forma bastante definitiva, representando diferentes tipos de habilidades mentais, como: aptidão espacial, compreensão verbal, fluência verbal, aptidão numérica, introdução, velocidade perceptiva, dedução, memória e raciocínio. Porém, em uma versão mais recente Joy Paul Guilford (1959), através de sua pesquisa durante 20 anos, publicou um modelo com cerca de 120 fatores de habilidades cognitivas e aptidões diferentes. Guilford, no entanto, viu a proliferação de diferentes fatores como uma indicação de que a vida mental é tão estruturada que é perfeitamente razoável esperar a existência de um grande número de fatores (STERNBERG, 1982). Esse modelo deu origem a diversas ramificações de testes, muito usados em orientações vocacionais, empresas e escolas (SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999).

A partir de então, entre as décadas de quarenta a sessenta, alguns autores elaboraram concepções sobre a inteligência, capazes de conciliar as abordagens citadas anteriormente. Em meados de 1942, Carttel analisando os estudos de Thurstone e o fator *g* de Spearman, constatou a existência de dois

fatores gerais. Alguns anos depois, John Horn confirmou o estudo de Carttel e os fatores passaram a ser chamados como: Inteligência Fluida e Cristalizada. A Inteligência Fluida é a habilidade de raciocinar e resolver problemas independente de conhecimento prévios, e a Inteligência Cristalizada é a capacidade de utilizar o conhecimento e as experiências passadas. Propostas muito utilizadas nos dias atuais (HUTZ; BANDEIRA; TRENTINI, 2018).

Paralelamente a essas teorias, através de Edward Thorndike em 1936, surgiram os primeiros estudos sobre a Inteligência Social (IS), onde abrangiam habilidades relacionadas com o contexto social, a definição inicial referia-se a capacidade de compreender e lidar com homens e mulheres e agir com sabedoria nas relações humanas. O autor diferenciou de outras duas inteligências, a abstrata e a mecânica (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). Posteriormente, em 1966 O'Sullivan e Guilford elaboraram um teste de seis fatores de inteligência social, e após revisada por outros autores, foi revelada como um critério comportamental representado por habilidades para atingir objetivos relevantes no ambiente social. A partir dessas proposições, a inteligência começou a ser vista com um fenômeno mais amplo, com ênfase a inteligência social, e saindo do foco da inteligência lógico matemática e linguística (SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999).

Em 1995 Howard Gardner criticava os testes de inteligências e suas correlações e acreditava em fontes de informações mais naturalistas e, como as pessoas de modo geral desenvolviam capacidades de acordo com seu modo de vida. Para Gardner (1995) a inteligência é um potencial biopsicológico de processar informações de determinadas maneiras para resolver problemas, de acordo com o ambiente ou comunidade cultural, ou seja, as inteligências de um indivíduo são recursos a serem desenvolvidos para dar uma contribuição que beneficie não apenas o indivíduo, mas também a comunidade mais ampla. Este desenvolveu um modelo de sete habilidades, assemelhando-se aqueles já apontados por Guilford, o que chamou de Inteligências Múltiplas (IM): inteligência linguística, inteligência lógico matemática, inteligência espacial, inteligência musical, inteligência corporal cinestésica, inteligência interpessoal e inteligência intrapessoal. Segundo o autor, as inteligências podem catalisar-se mutuamente, ou seja, uma pode estimular o crescimento da outra (TRAVASSOS, 2001).

Em uma outra perspectiva, Willian James, filósofo e psicólogo americano, em 1884 foi o primeiro a abordar as emoções, quando publicou seu trabalho intitulado *O Que é a Emoção? (1884)*, em sua obra, James questionou se os sentimentos provocavam reações emocionais ou se as reações que ocasionavam os sentimentos. O autor sustentou sua resposta de que as reações emocionais ocasionam sentimentos, afirmando que alterações fisiológica corporal, como por exemplo coração acelerado, contração no estômago, músculos tensos e assim por diante, são a base de uma experiência emocional, e que a percepção dessas alterações constituíam as emoções (LEDOUX, 2011).

Em um aspecto mais científico António Damásio, português, médico neurologista e cientista, em meados de 1994 a 1996 refere-se a emoção como alterações orgânicas de nível neural e químico, desencadeados por estímulos internos e externos influenciados pelo contexto social e cultural que o indivíduo está inserido. O autor inquieto com a perspectiva tradicional sobre a natureza da racionalidade, afirma através de seus estudos neurocientíficos com pacientes reais que sofreram danos neurológicos, que a emoção é um componente integral na maquinaria da razão e que realmente existe uma aproximação da emoção e de funções intelectivas do neocórtex. (SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999; DAMÁSIO, 2005).

Em seu trabalho intitulado *Hipótese Marcador Somático*, Damásio relata que a emoção é parte integrante do processo de raciocínio. Ele sugere ainda que, a razão humana não depende somente de um único centro cerebral, e sim de vários sistemas cerebrais que funcionam de forma conjunta ao longo de muitos níveis de organização neuronal. A cooperação com a razão, vem tanto de regiões cerebrais de “alto nível” até as de “baixo nível”, desde os cortes pré frontais até o hipotálamo e o tronco cerebral.

E por fim, em sua obra *O Erro de Descartes (1994)*, Damásio descreve que:

“A noção de que os sistemas cerebrais que participam conjuntamente da emoção e da tomada de decisão estão, generalizadamente, envolvidos na gestão da cognição e do comportamento social”. (DAMÁSIO, 2005, p.12).

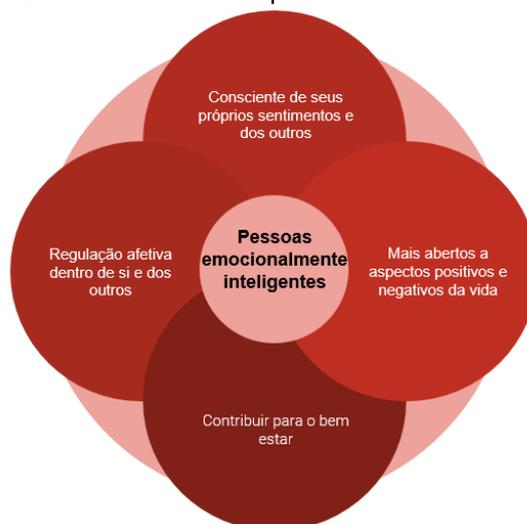
Mesmo com o estudo da inteligência e emoção em âmbitos separados, percebe-se uma aproximação entre essas duas teorias que ao ver científico se completam, a inteligência com seu aspecto social e emocional, e a emoção ligada a funções intelectivas (SIQUEIRA; BARBOSA; ALVES, 1999).

2.1.1 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A Inteligência Emocional (IE) é uma área crescente de investigação comportamental, tendo amadurecido com a ajuda de uma atenção generosa da mídia internacional, em meados dos anos 80 principalmente dentro da área acadêmica. Desde então, pesquisadores e cientistas fizeram avanços importantes para entender sua natureza, fatores, determinantes, trajetória de desenvolvimento e modos de modificação. Dessa forma, a IE tem sido apontada como uma solução para os negócios modernos, ingrediente essencial na pacificação da enfermagem, direito, medicina e engenharia. Em algumas pesquisas, a IE fornece o meio que a educação finalmente alcançara sua plena potencialidade, através dos níveis primários, secundário e terciário da escolaridade (MATTHEWS; ZEIDNER; ROBERTS, 2002).

A IE envolve uma avaliação verbal e não verbal, a expressão das emoções, a regulação das emoções em si mesmo e nos outros e a utilização da emoção para resolver problemas. Segundo alguns autores, as pessoas serão mais ou menos emocionalmente inteligentes. Indivíduos emocionalmente inteligentes podem estar mais conscientes de seus próprios sentimentos e os dos outros. Eles podem estar mais abertos a aspectos positivos e negativos da vida e mais capazes de rotular experiências. Tal consciência frequentemente levará à regulação efetiva do afeto dentro de si e dos outros, e assim contribuir para o bem estar (MAYER; SALOVEY, 1993).

Figura 2. Características de pessoal emocionalmente inteligentes.



Fonte: Mayer; Salovey, 1993.

Atualmente o campo da IE conta com diversas linhas de pesquisas, das quais originam modelos teóricos disponíveis e instrumentos de medidas para avaliar o Quociente Emocional (QE) (NETA ANDRADE; GARCÍA; GARGALLO 2008). Nos instrumentos de medidas reconhecido internacionalmente incluem a medida de auto relato de Bar-On Emotional Quocient Inventory – EQ-i, e a medida de desempenho Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test – MSCEIT (PRIMI; BUENO; MUNIZ, 2006). No Brasil estudos sobre a Inteligência Emocional foram avaliados pelo instrumento de auto relato Medida de Inteligência Emocional (MIE) (SIQUEIRA, BARBOSA E ALVES, 1999).

2.1.2 OS TIPOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Existem dois tipos de IE definidos: o Modelo de Aptidões ou Habilidade, centrado nas habilidades cognitivas e o Modelo de Traços ou Modelo Misto, focado na personalidade e fatores motivacionais. O Modelo de Habilidade é proposto por Mayer e Salovey, que veem a IE como um conjunto de habilidades cognitivas que se relacionam com a percepção, compreensão, uso e gestão de informação emocional e como outra dimensão da competência intelectual não consideradas pela conceptualizações tradicionais da inteligência. Já o Modelo de Traços ou Modelo Misto, pesquisado por Goleman

e Bar-On, a IE é vista como uma interrelação de competências, habilidades, qualidades pessoais e traços de personalidade.

Mesmo com algumas divergências de ideias, ambos os modelos concordam que a IE é um modelo multidimensional, com elementos cognitivos e afetivos, consistindo na capacidade de reconhecer e aplicar a informações emocional para a tomada de decisão diária. Além disso, ambos os autores consideram que uma pessoa com níveis elevados de IE é capaz de unir emoção e raciocínio, usar a emoção para facilitar tal raciocínio e raciocinar inteligentemente sobre emoção. E também nos dois modelos, os autores usam padronizações e questionários de autorrelato para mensurar a IE (CHERRY, *et al.*, 2014).

2.1.3 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL POR JOHN MAYER E PETER SALOVEY

Em meados de 1990 através de uma série de artigos científicos publicados por John Mayer, Peter Salovey e colegas como David Caruso, foi desenvolvida a concepção de Inteligência Emocional como uma subforma da Inteligência Social (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). As pesquisas de Mayer e Salovey afirmam que o uso do termo IE enfatiza o conceito de uma inteligência que processa e se beneficia das emoções, desta forma a IE é composta por um aptidão mental, habilidades e capacidades. Para Mayer e Salovey (1997, p.5), IE é descrita como:

“A habilidade de perceber emoções, avaliar e expressar emoções, compreender a emoção e o conhecimento emocional, e regular reflexivamente as emoções de forma a promover o crescimento emocional e intelectual.”.

Segundo esses autores há quatro níveis para o processamento das emoções: percepção acurada das emoções, que envolve perceber e codificar informações do sistema emocional; uso das emoções para facilitar o pensamento, envolve o processamento adicional das emoções para melhorar o processamento cognitivo com vista à resolução de problemas complexos;

compreensão emocional que diz respeito sobre o processo cognitivo da emoção e o quarto ramo, a gestão emocional que está relacionado ao controle e regulação das emoções em si próprios e nos outros. (MATTHEWS; ZEIDNER; ROBERTS, 2002).

Para mensurar então características dos quatro ramos da IE, Mayer, Salovey e Caruso desenvolveram uma medida baseada no desempenho chamada *Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS)*, posteriormente este instrumento de medida foi revisado pelos mesmos autores e então chamado de *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. (MATTHEWS; ZEIDNER; ROBERTS, 2002).

2.1.4 A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL POR DANIEL GOLEMAN

Entre 1994 a 1997 iniciou o fenômeno da popularização da IE, por Daniel Goleman através da publicação do livro: *Inteligência Emocional (1995)* (WOYCIEKOSKI; HUTZ, 2009). Goleman utilizou então a mesma expressão para sintetizar uma ampla gama de descobertas científica, unido ramos diferentes da pesquisa. Para Goleman o seu modelo de IE está pautado no desempenho no trabalho e na liderança organizacional, misturando esta teoria com décadas de pesquisas sobre a modelação de competências que separam indivíduos notáveis dos medianos. Segundo o autor, uma pessoa com IE bem desenvolvida têm mais probabilidade de se sentir satisfeita e de ser eficiente em sua vida, dominando os hábitos mentais que fomentam sua produtividade. Por outro lado, as pessoas que não tem controle sobre seu emocional travam batalhas internas que sabotam capacidade de concentração no trabalho e na lucidez de pensamento (GOLEMAN, 2012). Para Goleman, a IE é:

(...) a capacidade de criar motivações para si próprio e de persistir num objetivo apesar dos percalços; de controlar impulsos e saber aguardar pela satisfação de seus desejos; de se manter em bom estado de espírito e de impedir que a ansiedade interfira na capacidade de raciocinar; de ser empático e autoconfiante. (GOLEMAN, 2012, p. 58).

O mesmo autor afirma que a IE pode ser desenvolvida ao longo da vida e que o sucesso na vida pessoal, social e laboral depende mais da IE do que

da inteligência cognitiva. E segundo o mesmo, embora haja quem argumente que o QI não exista possibilidade de se alterar através da experiência ou aprendizado, por outro lado, o QE pode ser aprendido e aprimorado já na tenra idade. Esse modelo está baseado em cinco habilidades básicas e interdependentes: autoconhecimento, autocontrole, automotivação, empatia e sociabilidade (GOLEMAN, 2012).

Figura 3. Os cinco pilares da IE segundo Daniel Goleman.



Fonte: GOLEMAN, 2012.

Autoconhecimento é reconhecer nossos estados internos, preferências, recursos e intuições. Para Goleman, esta é a base que traduz o conhecimento de si mesmo, a autoanálise de si, da vida e de como desejamos nos comportar. O autor realça a importância de termos consciência de nossos sentimentos positivos e negativos, através da autoavaliação, para assim nos orientar em situações e nos dar autoconfiança nos momentos de tomada de decisão. Quem tem consciência de suas emoções governa melhor a sua vida, tendo uma maior segurança naquilo que sentem e guiam suas ações de forma mais estável e produtiva (VILELA, 2006).

Autocontrole ou gestão das emoções é gerir os próprios estados internos, impulsos e recursos. É conseguir administrar nossos sentimentos e impedir de ser prisioneiro deles. Este pilar tem a finalidade de aprimoramento de si através do autodomínio, buscando aprimoramento contínuo sobre seus impulsos/emoções, pensar antes de agir, e assim lidar com as emoções de

forma apropriada no modo que facilite a tarefa que tem em mãos (VILELA, 2006).

Automotivação é a tendência emocional que orienta e facilita o cumprimento de objetivos. Motivar-se é inserir as emoções em um contexto que facilite o alcance de seus objetivos, com persistência, mesmo através de percalços. Quando motivados por sentimentos e colocamos persistência, razão e entusiasmo em nossos objetivos, face a contrariedades e frustrações, tendem-se a ser mais produtivas e eficazes no que fazem (TREVISAN; TREVISAN, 2001).

Empatia, no contexto mais social, é a consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações com os outros. Compreende uma expressão verbal e não verbal e a forma como interpretamos os sentimentos dos outros. É uma aptidão relacionada ao autoconhecimento, quanto mais cientes estivermos sobre nossas emoções, mais fácil será de entender o próximo. Assim, a empatia é essencial tanto para relações interpessoais, quanto também para um contexto organizacional, se tornando fundamental para o trabalho em equipe e em profissionais que prestam cuidados (TREVISAN; TREVISAN, 2001).

Sociabilidade ou gestão de relacionamentos em grupo é uma aptidão capaz de induzir respostas favoráveis nos outros. Goleman coloca nesse pilar a necessidade de um relacionamento eficaz com a equipe, possuir capacidades de comunicação, liderança e um bom relacionamento com o grupo é a chave para o êxito em um ambiente organizacional. O treino da assertividade nessas relações é primordial para lidar com situações desgastantes e com o sentimento das pessoas da equipe (VILELA, 2006).

Para avaliar os pilares inseridos no contexto de IE proposto por Goleman, há o instrumento de auto relato MIE, desenvolvido por Siqueira, Barbosa e Alves, 1999, utilizado neste trabalho.

2.2 A EDUCAÇÃO EMOCIONAL

Ao longo da última década, houve uma crítica à educação, em que os docentes estão sendo cada vez mais cobrados para melhorar os padrões acadêmicos, em relação ao tempo dedicado aos testes e matérias chaves do currículo. Em contrapartida, o tempo dedicado às matérias não sujeitas a esses testes, como o currículo social e emocional no desempenho acadêmico vem sendo prejudicado, isso refere-se também à energia gasta em metas sociais e comportamentais em contrapartida da aprendizagem acadêmica (CLARKE; BARRY, S/D). Visto que além do pensamento puramente cognitivo ensinado nas escolas, a maior parte dos pensamentos exigidos fora dela requer capacidades voltadas à gestão de pessoas e de situações adversas, na qual, há a necessidade de um currículo voltado para o desenvolvimento das competências emocionais do indivíduo, e assim, os cursos de formação passaram a ter uma visão mais ampla e centrada no aluno (SILVA; SILVA, 2009).

Um dos desafios da escola atual é desenvolver aos alunos não somente uma aprendizagem cognitiva, mas também uma aprendizagem socioemocional, que envolve o entendimento dos estudantes com diversidade cultural, habilidades e motivações variadas para o aprendizado. Infelizmente existem estudantes que não possuem competências socioemocional, e essa falta de conexão afeta negativamente seu desempenho acadêmico, comportamental e em sua própria saúde (COSTA; FARIA, 2013). Segundo Elias, *et al.* (1997 citado por CLARKE; BARRY, S/D, p.01), define aprendizagem social e emocional como:

“(...) processo pelo qual reconhecemos e gerenciamos emoções, estabelecemos relacionamentos saudáveis, definimos metas positivas, nos comportamos de forma ética e responsável e evitamos comportamentos negativos”.

Assim, esta aprendizagem potencializa o autoconhecimento, o autocontrole, a consciência social, as competências de relacionamento interpessoal e a tomada de decisão responsável (COSTA; FARIA, 2013).

A educação então, vem também como uma experiência social, de descobrimento pessoal, desenvolvimento de relações e obtenção de conhecimento. No momento da adolescência até o amadurecimento, os jovens ainda sentem-se perdidos na ansiedade por responsabilidades futuras, desta forma, é importante oferecer a eles ferramentas apropriadas para refletir e preparar o futuro, assim como diversificar as escolhas curriculares que faça o aluno se desenvolver em todos os aspectos. Quando todos têm acesso ao conhecimento, a educação desempenha um papel essencial: ajudar a compreender o mundo e o outro, a fim de que cada um adquira maior compreensão de si mesmo (DELORS, 2006).

A Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, decidiu implantar conteúdos educativos essenciais relacionados ao autoconhecimento e a busca de meios adequados para a saúde física e psicológica, e assim definiu recomendações que a educação baseia-se em quatro pilares: Aprender a Conviver, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção de si mesmo; Aprender a Conhecer, considerando o progresso científico, econômico e social para beneficiar-se das oportunidades oferecidas pela educação ao longo da vida; Aprender a Fazer, não somente relacionado a qualificação profissional, mas também competências em enfrentar situações imprevisíveis e o trabalho em equipe e Aprender a Ser, desenvolvendo a personalidade e a capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade pessoal (DELORS, 2006).

Esses pilares estão inseridos no mesmo contexto exigido por Gardner, pelos pioneiros da IE, Mayer e Salovey e por Goleman. Onde advertem a importâncias dos temas como autoconhecimento, autoconsciência, consciência social e administração de relacionamentos (RÊGO; ROCHA, 2009).

Goleman (2012), em seu livro *Inteligência Emocional* aborda que o real problema é que a inteligência acadêmica não prepara as pessoas para os acontecimentos e oportunidades que ocorrem na vida, que um alto QI não é nenhuma garantia de sucesso, prosperidade e felicidade na vida. O autor critica que as escolas ignoram a IE, que também exerce um papel importante no destino pessoal. Para o autor, a medida de aptidões emocionais é decisiva para compreender por que uma pessoa prospera na vida, enquanto outra, de igual nível intelectual, não consegue alcançar seus sonhos e objetivos. Assim,

Goleman (2012, p. 60), relata que “A aptidão emocional é uma “metacapacidade” que determina até onde podemos usar bem quaisquer outras aptidões que tenhamos, incluindo o intelecto bruto.”.

Goleman afirma ainda que:

A alfabetização emocional amplia a nossa visão acerca do que é escola, explicitando-a como um agente da sociedade encarregando de constatar se as crianças estão obtendo os ensinamentos essenciais para a vida - isto significa um retorno ao papel da educação. Esse projeto maior exige, além de qualquer coisa específica no currículo, o aproveitamento das oportunidades, dentro e fora das salas de aula, para ajudar os alunos a transformar momentos de crise pessoal em lições de competência emocional. (GOLEMAN, 2001, p.294 *apud* RÊGO; ROCHA, 2009)

Santos (2000 *apud* RÊGO; ROCHA, 2009), reforça essa mesma ideia, e acredita que a educação com domínios somente cognitivos tem se mostrado insatisfatória, em relação também a grandes avanços tecnológicos utilizados no processo educacional, assim, as novas gerações estão demonstrando grande falta de inteligência emocional e social. O mesmo autor, (citado por CADEIRA, 2012), também coloca que a educação emocional vai desenvolver a energia psíquica do pensamento e promove a atuação da pessoa para um contexto específico.

Assim, Cardeira (2012), afirma que as escolas devem apostar na formação da educação emocional, e que com isso haverá melhorias no rendimento escolar, nas relações interpessoais, no acréscimo a autoestima, a melhor adaptação em meio escolar, familiar e social. Inversamente há diminuição de sentimentos negativos, desordens alimentares, condutas antissociais e agressivas e iniciação ao consumo de drogas.

Steiner e Perry (1998), declaram que ser emocionalmente inteligente significa conhecer as próprias emoções e as alheias, sua intensidade e causalidade. E ser emocionalmente educado significa dar conta das próprias emoções por estar familiarizado com elas, os autores pontuam ainda que:

Ser emocionalmente educado é ser capaz de lidar com as emoções de modo a desenvolver seu poder pessoal e a qualidade de vida que o cerca. A Educação Emocional amplia os relacionamentos, cria possibilidade de afeto entre as pessoas, torna possível o trabalho cooperativo e facilita o sentido de comunidade. (STEINER; PERRY, 1998, p. 23).

Segundo Beauport (1998, *apud* RÊGO; ROCHA, 2009), se a elaboração de um processo emocional contribuiu para o avanço da ciência, é de se esperar que a elaboração do nosso processo emocional contribua para o avanço humanístico. No entanto, através desta análise compreende-se que a inserção da aprendizagem emocional nos currículos implica em três grandes mudanças: que o educador vá além da sua missão tradicional na aprendizagem cognitiva, que as escolas incluam em seus currículos o ensino das emoções e que a família e as pessoas da comunidade se envolvam mais nas escolas (RÊGO; ROCHA, 2009). Pois, aliar o desenvolvimento de competências cognitivas com a emocional, é a melhor maneira de formar seres humanos mais íntegros, menos discriminatórios e que são capazes de compreender melhor a si e aos outros, estabelecendo relações mais positivas, uma vez que no espaço de formação dos estudantes, eles estabelecem também relacionamentos interpessoais e gestão de conflitos (CARDEIRA, 2012).

2.2.1 A EDUCAÇÃO EMOCIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

As emoções são partes importantes e determinantes nos mais variados domínios. Trabalhar com doenças e com pacientes demanda um saber técnico, mas também o uso de habilidades interpessoais e emocionais do profissional da saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012). Na relação profissional da saúde e paciente, os papéis de cada um são distintos, mas as emoções representam um elo comum entre eles. Nesse sentido quando o profissional realiza alguma atividade clínica, ele traz para essa relação sentimentos, valores e emoções, e em certo grau, condicionam uma eficiência clínica, há então a necessidade de esses profissionais saberem lidar com suas próprias emoções e identificarem as emoções no outro (PESSOTI, 1996).

Domingues (2009) coloca que na formação médica, por exemplo, existem algumas lacunas no que diz respeito ao reconhecimento das emoções como fontes de informações terapêuticas provenientes do espaço clínico. E em relação a equipe de enfermagem o trabalho emocional é visto como um

componente crítico na cultura de um atendimento em serviços de saúde, que ajuda o profissional a se envolver, refletir e gerenciar seus próprios estados emocionais, que está extremamente relacionado ao melhor prática e padrões de atendimento (MCCLOUGHEN; FOSTER, 2017).

Vilela (2006), em seu estudo sobre a IE em enfermeiros, pontua que o Ministério da Saúde (2000) em um documento sobre o ensino em enfermagem coloca que na formação dos futuros profissionais de saúde é ideal prepará-los para uma elevada capacidade de adaptação a novas situações profissionais que surgirão no percurso de cada um. Em 2003 o Parlamento Europeu se referiu a necessidade de reconhecer a hostilização psicológica como um risco para a saúde profissional. Assim como Fornés et al., (2004 *apud* VILELA, 2006) afirma que a hostilização psicológica no âmbito laboral afeta cerca de 10% dos trabalhadores da Europa e é um fenômeno frequente.

A eficiência clínica depende de uma preparação para lidar com aspectos pessoais, não estritamente médicos, do paciente. Desta forma, é essencial na formação em saúde, o ensino humanístico e o autoconhecimento, assim, desenvolvendo no aluno a consciência de seus próprios valores, o que fará ele entender o paciente na clínica e fora dela (PESSOTI, 1996). No entanto, quanto mais conhecimento o profissional tiver sobre as emoções e o comportamento humano, mais facilmente conseguirá lidar na prática com seus próprios sentimentos, com a complexidade do indivíduo e com a equipe multidisciplinar (DOMINGUES, 2009).

Segundo Pessoti (1996), o ensino em saúde está desnorreado, os profissionais de saúde foram preparados para tratar um paciente que é somente um corpo humano, e assim, se defronta com a realidade e encontra um homem que tem um corpo que sofre, e está reagindo fisiologicamente à influências emocionais, cultural e moral. Para a eficácia médica, não basta entender o corpo e nem o doente, pois a própria eficácia clínica passa a exigir que se entenda o “homem que está doente”.

Por outro lado, há um tipo de sintomatologia comum em profissionais de saúde como fadiga, irritabilidade, dificuldade de concentração, perturbação do sono e queixas físicas. Isso retrata também a importância de preservar a saúde física e emocional dessa população adotando estratégias que sejam eficazes para a resolução desses problemas (DOMINGUES, 2009).

Araújo relata que os profissionais da saúde precisam ter:

Automotivação e atitudes positivas frente às incertezas, saber lidar com situações de estresse e reverses sem perder o autocontrole, desenvolvendo empatia para saber o que as pessoas sentem, saber ouvir e buscar compreender o ponto de vista do outro, ter habilidade no trato social e no relacionamento interpessoal, e necessitam ser emocionalmente inteligentes para gerenciar emoções. (Araújo et al. (2012 p. 58).

Figura 4. Aptidões emocionais em profissionais de saúde.



Fonte: ARAUJO *et al.*, 2012.

Brewer e Cadman (2000 *apud* CHERRY *et al.*, 2014), coloca que aqueles que são mais emocionalmente inteligentes conseguem lidar melhor com as tensões da educação médica e tem melhor desempenho tanto academicamente como clinicamente, e assim há razões para supor que a educação então baseada na IE pode desempenhar um papel no desenvolvimento do profissionalismo, melhorando o raciocínio clínico e a tolerância ao estresse. Segundo Cherry *et al.*, 2014, a IE é um constructo que tem validade face à educação médica pois os profissionais da saúde, cujo trabalho diário é altamente emocional, respondem a variações emocionais todos os dias. Assim, é primordial que nesta população haja o uso eficaz de habilidades interpessoais, promovendo o bem estar emocional do paciente e da

família e desenvolvendo relacionamentos entre equipes de trabalho (MCCLOUGHEN; FOSTER, 2017).

McCloughen e Foster (2017), afirmam que durante estudo entre a liderança do profissional médico e enfermeiro, a IE é um componente importante no desenvolvimento desta liderança para construir profissionalismo, construindo importantes redes de comunicação na área, elevação nos níveis de bem estar, diminuição da síndrome de burnout, construindo relacionamentos com pacientes e conseqüentemente obtendo melhores resultados clínicos.

Por outro lado, Martins *et al.*, (2003 *apud* CHERRY *et al.*, 2014), afirma que quando os cuidados com os pacientes for emocionalmente competente, torna-os mais satisfeitos com o serviços e com os profissionais e a instituições que os assistem, concluindo que a IE poderá ser um contributo importante para a qualidade do processo do cuidado nos serviços de saúde.

Apesar desta ligação entre IE, educação e profissionalismo seja apenas teórica, não se pode negar a importância do profissional de saúde ter compaixão, empatia e capacidade de resposta emocional, e que de fato é que a IE dos profissionais de saúde afeta os pacientes e os próprios resultados de saúde. As habilidades que são mais facilmente ensinadas e medidas diretamente relacionado aos resultados de pacientes são a compreensão, gestão e consciência emocional, pois incluem estar ciente, gerenciando as suas próprias emoções e a do paciente ao mesmo tempo, e assim ambos terem uma experiência positiva. Para Goleman (2000 *apud* VILELA, 2006), acredita que na formação dos profissionais de saúde deveria ser incluso pelo menos algumas ferramentas básicas da IE como a autoconsciência, empatia e saber ouvir. Lewis *et al.* (2005 *apud* Cherry *et al.*, 2014), afirma que a IE pode ser aprendida por estudantes da área da saúde, e que as intervenções curriculares incluindo habilidades em comunicação e profissionalismo podem melhorar a aprendizagem.

Cherry *et al.*, 2014, coloca ainda que a o constructo da IE não foi desenvolvido exclusivamente para a educação em saúde, desta forma, a sua avaliação nesta área tem que ser investigada. As mensurações baseadas em habilidades compreendem a experiência e aprendizado (IE cristalizada) e a habilidade de resolver novos problemas, independente de aprendizagens prévias (IE fluida).

Já na medida de autorrelato há um maior risco dos participantes não responderem às questões de acordo com suas reais características, pois o participante responderá perguntas sobre suas percepções de habilidades, ou seja, a IE autopercebida. Porém, as medidas de habilidades não estão totalmente livres de autorrelatos, uma vez que podem estar sujeitos a um desejo social da resposta (CHERRY *et al.*, 2014). Desta forma, Cherry *et al.*, 2014, propõe a interpretar a IE de acordo com a autoapresentação do indivíduo, como por exemplo em OSCE (Objective Structured Clinical Examination) e desempenho interpessoal em entrevistas.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho consiste em uma pesquisa quantitativa, que será realizada por meio de um estudo de levantamento (survey), esta metodologia é utilizada como forma de obtenção de dados para pesquisas e tenta descobrir relações entre variáveis dentro de uma população a partir de uma amostras utilizando questionários como instrumento de medição (HOSS, CANTEN, 2010).

O questionário utilizado é estruturado fechado chamado *Medida de Inteligência Emocional* (MIE), criado e validado por Siqueira; Barbosa; Alves, 1999, a utilização do questionário foi autorizado por comunicação pessoal (e-mail) pelo autor Dr. Nilton Cesar Barbosa em 17 de Abril de 2017.

O instrumento de medida MIE avalia as cinco habilidades da Inteligência Emocional, o questionário contém 59 questões com alternativas usando uma escala de quatro pontos (1 = nunca, 2 = poucas vezes, 3 = muitas vezes e 4 = sempre), os participantes devem indicar com que frequência emitem o comportamento listado. Visto que o questionário não foi desenvolvido para uma população específica como profissionais de saúde e que sua aplicação em um ambiente de trabalho seria um pouco longa e desgastante

para profissionais em um espaço hospitalar infantil, o questionário sofreu uma revalidação pela autora (ANEXO 1), através da retirada de questões. O critério utilizado para a retirada de questões foi baseado na literatura dessa pesquisa e pensando em perguntas chave mais voltadas a um ambiente de saúde. Após a revalidação do questionário MIE e do estudo das variáveis estatísticas, o questionário final totalizou 24 itens.

A pesquisa, é também de cunho exploratório, devido ao tema do estudo ser pouco abordado, principalmente relacionado a área da saúde. Este estudo descreve características e variáveis da amostra estudada, o que compõe também uma pesquisa descritiva.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local da pesquisa foi em um Hospital infantil de grande porte localizado na cidade de Curitiba/PR.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O questionário foi respondido por 106 profissionais de saúde que trabalham no local da pesquisa. A amostra do estudo consistiu em: 7 assistentes sociais, 9 biomédicos, 41 enfermeiros, 10 farmacêuticos, 8 psicólogos, 16 técnicos em enfermagem e 11 técnicos em análises clínicas. A abordagem consistiu em 91,5% no sexo feminino e 9% no sexo masculino e a faixa etária entre 20 e 65 anos, no estudo foi dividido em profissionais de até 30 anos (67,6%) e acima de 30 anos (32,4%). Os profissionais que se incluíram como profissão “Outro”, Biólogo (1) e Coletador (3) foram retirados da pesquisa posteriormente por não se encaixarem na população alvo do estudo.

3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de informações foi por meio de um questionário estruturado fechado, revalidado pela autora conforme descrito no item 3.1. O instrumento de pesquisa foi entregue ao setores do Hospital e então distribuído aos participantes para responderem durante o expediente.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram profissionais de saúde com formação em biomedicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social e técnicos de enfermagem e de análises clínicas, de ambos os sexos e entre 20 a 65 anos de idade, que trabalham no Hospital Infantil de grande porte na cidade de Curitiba/PR. É classificado também como critério de inclusão os profissionais que responderam primeiramente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) após abordagem individual no ambiente de trabalho.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram os profissionais que não são profissionais formados em biomedicina, enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social e técnicos de enfermagem e de análises clínicas, que estão fora da faixa etária de 20 a 65 anos de idade, que se recusaram a assinar o TCLE ou que deixaram de responder algum item da pesquisa.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguirá os preceitos éticos da Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados serão informados sobre o caráter voluntário da participação na pesquisa, sobre o anonimato, sigilo das

informações e da sua autonomia para desistir da pesquisa em qualquer momento que desejarem. Será assegurado ainda, que os dados serão utilizados estritamente para os fins desta pesquisa. Todos os entrevistados que aceitarem participar da pesquisa assinaram o TCLE antes de iniciá-la. O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado através do número 83303818.2.0000.5580.

3.8 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

Os dados de natureza numérica do questionário foram tratados eletronicamente pelo programa estatístico R Versão 3.5.0 (R Core Team, 2018). A análise descritiva é feita verificando quantidades e percentuais para as variáveis categóricas (Tabela 1 – Apêndice B). Na Tabela 2 – Apêndice B encontram-se os dados descritivos das respostas dos profissionais e as medidas descritivas (mínimo, máximo, quartis, média e desvio-padrão), para variáveis contínuas encontram-se na Tabela 3 – Apêndice B,.

Uma validade interna de um instrumento de medida que atribui qualidade e uma boa mensuração deve ter duas características essenciais: confiabilidade e validade. A confiabilidade é sinônimo de consistência, estabilidade e previsibilidade. Já a validade tem um sentido de acuracidade, autenticidade e veracidade (HOSS, CANTEN, 2010).

A validação de um questionário é necessária quando não há nenhum critério de mensuração direto definido para o atributo que se deseja medir. Uma quantidade de ítems de uma dimensão pode ser agrupada em subdimensões, chamado de fatores. Para isso utiliza a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) como método de validade de construção (HOSS, CANTEN, 2010).

A Modelagem de Equação Estrutural (MEE), conhecida também como medidas de qualidade de ajuste, tornou-se uma das técnicas de escolha para pesquisadores de todas as áreas. Essa técnica é entendida como uma mistura de análise fatorial e análise de regressão, que permite testar estruturas fatoriais de instrumentos de medida psicométrica, por meio da AFC. Este modelo não permite somente o teste confirmatório de estruturas psicométricas, mas

também para analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis simultaneamente, sejam essas latentes ou observadas.

O MEE procura replicar um conjunto de dados observados por meio da imposição de parâmetros nas matrizes, que são as relações teóricas definidas pelo pesquisador. Esta técnica é considerada confirmatória pois exige uma pré definição do tipo de relações existentes entre as variáveis do modelo em teste, como por exemplo: as medidas utilizadas pelo pesquisador sejam de boa qualidade psicométrica e modelos teóricos sólidos e fundamentados em pesquisas anteriores. Ter uma correlação desses índices de qualidade de ajuste, indica um bom ajuste do modelo do questionário, ou seja, significa que covariâncias provenientes de dados amostrais podem reproduzir os dados populacionais associados ao conjunto de parâmetros do modelo estrutural (PILATI; LAROS, 2007).

3.8.1 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

A Análise Fatorial é uma das principais ferramentas na psicologia para o desenvolvimento, avaliação e refinamento de testes psicométricos, é um conjunto de técnicas estatísticas que tem por objetivo definir a estrutura subjacente em uma matriz de dados, avaliando de que maneira um determinado número de itens pode ser agrupado em um número menor de variáveis latentes que expliquem as suas inter relações (DAMÁSIO, 2013).

A AFC é uma técnica confirmatória, uma vez que o pesquisador precisa predeterminar a estrutura a ser avaliada. É uma técnica voltada especificamente a modelos de mensuração, ou seja, modelos que avaliam a relação entre variáveis latentes e observadas. Ao conduzir uma AFC, o pesquisador deve apresentar uma estrutura já delineada, que explicitamente o número de fatores, e os itens específicos correspondentes a cada fator (DAMÁSIO, 2013).

3.8.1.1 TESTE QUI QUADRADO

O valor do teste do qui quadrado se refere a medida tradicional para avaliar o ajuste geral do modelo, indica a quantidade de diferença entre as matrizes de covariância observadas e esperadas. Um valor de qui quadrado perto de zero e um p-valor de qui quadrado menor que 0,05 indicam que há pouca diferença entre as matrizes de covariância observadas e esperadas, o que é um indicador de bom ajuste. É importante ao longo de toda análise estatística, considerar um nível de significância (p) de 0,05. Este valor corresponde a verificação da hipótese de estimativa da questão ser igual a zero (0), sendo $p < 0,05$ pode se rejeitar que a estimativa seja zero, assim a questão pode ser considerada neste modelo (JORESKOG, 1969).

Na tabela abaixo (Tabela 4), observa-se que no modelo proposto pela autora, a questão 08 apresenta $p > 0,05$, não constando um nível de significância para contribuir com a dimensão inserida, sendo então esta questão retirada do questionário, totalizando 24 questões.

Tabela 4. Nível de significância (p) p-valor proposto pela autora.

lhs	Op	Rhs	Est.std	Se	Z	P-valor	Ci.lower	Ci.upper
D1	==	Q1	0,6031	0,08256	7,305	2,77E-13	0,4413	0,7649
D1	==	Q2	0,7776	0,06389	12,17	0	0,6524	0,9028
D1	==	Q3	0,6414	0,07827	8,194	2,22E-16	0,488	0,7948
D1	==	Q4	0,5397	0,08938	6,039	1,55E-09	0,6346	0,7149
D1	==	Q5	0,3345	0,1071	3,122	0,001799	0,1245	0,5445
D2	==	Q6	0,4107	0,1024	4,01	6,07E-05	0,21	0,6114
D2	==	Q7	0,425	0,1012	4,199	2,69E-05	0,2266	0,6235
D2	==	Q8	0,1445	0,1172	1,232	2,18E-01	-0,08528	0,3742
D2	==	Q9	0,5729	0,08724	6,567	5,14E-11	0,4019	0,7439
D2	==	Q10	0,76	0,07127	10,66	0	0,6204	0,8997
D3	==	Q11	0,704	0,06566	10,72	0	0,5753	0,8327
D3	==	Q12	0,6288	0,07525	8,357	0	0,4814	0,7763
D3	==	Q13	0,7624	0,05811	13,12	0	0,6485	0,8763
D3	==	Q14	0,7864	0,05511	14,27	0	0,6784	0,8944
D3	==	Q15	0,6302	0,07508	8,394	0	0,483	0,7773
D4	==	Q16	0,3799	0,1059	3,587	0,0003351	0,1723	0,5875
D4	==	Q17	0,6541	0,08014	8,161	2,22E-16	0,497	0,8111
D4	==	Q18	0,601	0,0856	7,021	2,20E-12	0,4332	0,7688
D4	==	Q19	0,7518	0,07098	10,59	0	0,6127	0,8909
D4	==	Q20	0,5713	0,08866	6,444	1,16E-10	0,3976	0,7451
D5	==	Q21	0,4521	0,1008	4,483	7,36E-06	0,2545	0,6498
D5	==	Q22	0,5538	0,09132	6,065	1,32E-09	0,3748	0,7328
D5	==	Q23	0,7051	0,07631	9,241	0	0,5556	0,8547
D5	==	Q24	0,4386	0,102	4,299	1,71E-05	0,2386	0,6385
D5	==	Q25	0,6829	0,07838	8,712	0	0,5292	0,8365

Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 5, mostra que todas as estimativas (est.std) podem ser consideradas diferentes de 0 ($p < 0,05$ indica isso), assim, conclui que as questões estruturadas desta forma possuem contribuição para o modelo.

Tabela 5. Resultado do modelo de equações estruturais proposto pela autora com alterações.

lhs	Op	Rhs	Est.std	Se	Z	P-valor	Ci.lower	Ci.upper
D1	==	Q1	0,6031	0,08256	7,305	2,77E-13	0,4413	0,7649
D1	==	Q2	0,7776	0,06389	12,17	0	0,6524	0,9028
D1	==	Q3	0,6414	0,07827	8,194	2,22E-16	0,488	0,7948
D1	==	Q4	0,5397	0,08938	6,039	1,55E-09	0,6346	0,7149
D1	==	Q5	0,3345	0,1071	3,122	0,001799	0,1245	0,5445
D2	==	Q6	0,4107	0,1024	4,01	6,07E-05	0,21	0,6114
D2	==	Q7	0,425	0,1012	4,199	2,69E-05	0,2266	0,6235
D2	==	Q9	0,5729	0,08724	6,567	5,14E-11	0,4019	0,7439
D2	==	Q10	0,76	0,07127	10,66	0	0,6204	0,8997
D3	==	Q11	0,704	0,06566	10,72	0	0,5753	0,8327
D3	==	Q12	0,6288	0,07525	8,357	0	0,4814	0,7763
D3	==	Q13	0,7624	0,05811	13,12	0	0,6485	0,8763
D3	==	Q14	0,7864	0,05511	14,27	0	0,6784	0,8944
D3	==	Q15	0,6302	0,07508	8,394	0	0,483	0,7773
D4	==	Q16	0,3799	0,1059	3,587	0,0003351	0,1723	0,5875
D4	==	Q17	0,6541	0,08014	8,161	2,22E-16	0,497	0,8111
D4	==	Q18	0,601	0,0856	7,021	2,20E-12	0,4332	0,7688
D4	==	Q19	0,7518	0,07098	10,59	0	0,6127	0,8909
D4	==	Q20	0,5713	0,08866	6,444	1,16E-10	0,3976	0,7451
D5	==	Q21	0,4521	0,1008	4,483	7,36E-06	0,2545	0,6498
D5	==	Q22	0,5538	0,09132	6,065	1,32E-09	0,3748	0,7328
D5	==	Q23	0,7051	0,07631	9,241	0	0,5556	0,8547
D5	==	Q24	0,4386	0,102	4,299	1,71E-05	0,2386	0,6385
D5	==	Q25	0,6829	0,07838	8,712	0	0,5292	0,8365

Fonte: a autora, 2018.

3.8.1.2 MEDIDAS DE QUALIDADE DO AJUSTE

O RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) informa como o modelo, com estimativas de parâmetros desconhecidas se encaixaria na matriz de covariância das populações. Nos últimos anos tornou-se um dos índices de acessos mais informativos. Ou seja, o índice de RMSEA é a capacidade de calcular um intervalo de confiança em torno de seu valor, isso é possível devido aos valores de distribuição conhecidos na estatística que permite que a hipótese nula (ajuste inadequado), seja testada com maior precisão. O valor de RMSEA em um modelo bem ajustado, tem um limite de 0 a 0,8 (HOOPER; COUGHLAN; MULLEN, 2008). Segundo Hum e Bentler (1999), um modelo de bom ajuste é geralmente indicado por um valor de RMSEA de 0,06 ou menos.

A estatística GFI (*Goodness of Fit Index*) foi criado como alternativa ao teste qui quadrado e calcula a proporção de variância que é explicada pela covariância estimada da população. Ao explicar as variações e covariâncias explicadas pelo modelo, mostra-se como o modelo chega a replicar a matriz de covariância observada. Esta estatística varia de 0 a 1, com amostras maiores aumentando seu valor, o ponto de corte estabelecido é 0,9 (PILATI; LAROS, 2007).

Outro tipo de ajuste baseado em resíduos, é RMR (*Root Mean Square Residual*) e o SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*). Ambos avaliam a “distância” entre os elementos preditos por meio da estimação dos parâmetros do modelo e os dados observados na matriz de covariância. Para estes índices espera-se valores aproximado de zero (PILATI; LAROS, 2007).

Na tabela abaixo (Tabela 6), pode-se observar que os valores de qualidade de ajustes do questionários reestruturado pela autora, conseguiram chegar no valor estabelecido pela literatura, indicando uma boa qualidade de ajuste do questionário reestruturado.

Tabela 6. Medidas de Qualidade de Ajuste dos modelos.

RMSEA	GFI	RMR	SRMR
0,06876	0,7588	0,03838	0,09623

Fonte: a autora, 2018.

3.8.1.3 ALPHA DE CRONBACH

A confiabilidade refere-se a precisão da mensuração independente do que é medido. A consistência interna, como medida de confiabilidade de um questionário indica quão diferente os itens medem o mesmo conceito, o estimador mais utilizado para para consistência interna é o Alpha de Cronbach. (HOSS, CANTEN, 2010). O Alpha de Cronbach estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta prioridade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o alfa pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as

estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas. Ou seja, o Alpha de Cronbach é utilizado para verificar a confiabilidade de um questionário aplicado em pesquisa (CRONBACH, 1951). De modo geral, o valor mínimo aceitável para a confiabilidade de um questionário é alfa $> 0,70$, abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo, portanto, os itens redundantes devem ser eliminados (STREINER, 2003).

Na Tabela 7 constam os valores de referência para o Alpha de Cronbach. Já na Tabela 8 pode-se verificar os valores de Alpha de Cronbach para cada dimensão e o alfa geral do questionário que foi reestruturado. Percebe-se que os valores de Alpha de Cronbach da dimensão 2 (Auto motivação) foi o mais baixo, considerado como confiabilidade moderada, as dimensões 1, 4 e 5 que condizem respectivamente com o pilar de Autoconhecimento, Empatia e Sociabilidade demonstraram um índice bom de confiabilidade, e já a dimensão 4 (Autoconsciência) foi a que demonstrou melhor confiabilidade com um alfa considerado muito alto. Em um aspecto geral do questionário, observa-se um índice também muito alto totalizando um alfa de 0,823.

TABELA 7. Valores de referência para Alpha Cronbach.

Alpha Cronbach	Confiabilidade
0,5 >	Inaceitável - Muito baixa
> 0,6	Ruim - Baixa
0,6 a 0,7	Moderado
0,7 a < 0,8	Bom - Alta
0,8 a < 0,9	Muito bom - Muito alta
> 0,9	Excelente

Fonte: Adaptado de Nunnally, 1994.

Tabela 8. Valor de Alpha de Cronbach para as dimensões do questionário.

Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5	Geral
0,709	0,617	0,828	0,718	0,702	0,823

Fonte: a autora, 2018.

4 RESULTADOS

O teste ANOVA (*Analysis of Variance*), é utilizado na comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), ou seja, o teste analisa o efeito de um fator na variedade endógena, testando se as medidas da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. As médias e desvios padrões são apresentados para cada questão e dimensão em relação a cada categoria (REBELO, 2012).

Nesta análise comparativa, os comparativos são feitos de cada variável em relação ao grupo da dimensão, onde o grupo é uma característica categórica. Ao se comparar duas variáveis categóricas o Teste Qui Quadrado é usado, ao se comparar uma variável numérica em relação a uma categórica o teste de Wilcoxon foi utilizado. Para a comparação do teste Wilcoxon o valor p é utilizado como referência para decisão, valores $p < 0,05$ indicam evidência de diferença significativa (SANGLARD, *et al.*, 2007).

Nas tabelas a seguir temos o comparativo do grupo em relação ao sexo, idade e profissão.

Na Tabela 9 observa-se que não há diferenças significativas nas dimensões da IE entre a variável sexo nos profissionais de saúde.

Tabela 9. Comparativo das dimensões da IE nos profissionais de saúde com a variável - sexo.

	Média (DP) - Feminina	Média (DP) - Masculina	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,82 (0,42)	2,64 (0,24)	0,32	0,172
Automotivação	2,9 (0,29)	2,87 (0,24)	0,7	0,609
Autocontrole	2,33 (0,24)	2,49 (0,3)	0,15	0,115
Empatia	2,85 (0,43)	2,84 (0,26)	0,7	0,968
Sociabilidade	254 (0,3)	2,67 (0,26)	-0,18	0,203
Geral	2,69 (0,2)	2,7 (0,12)	0,21	0,666

Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 10, nota-se uma diferença significativa na dimensão Autoconsciência na variável idade. Profissionais de saúde maiores de 30 anos de idade demonstraram maior consciência de suas emoções em relação aos profissionais de saúde com idade inferior a 30 anos.

Tabela 10. Comparativos das dimensões da IE nos profissionais de saúde com a variável - idade.

	Média (DP) - Idade <= 30	Média (DP) - Idade >= 30	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,74 (0,4)	2,93 (0,41)	-0,19	0,021
Automotivação	2,88 (0,28)	2,93 (0,3)	-0,08	0,499
Autocontrole	2,36 (0,28)	2,32 (0,17)	-0,56	0,361
Empatia	2,82 (0,43)	2,93 (0,37)	0,05	0,08
Sociabilidade	2,56 (0,29)	2,53 (0,33)	-0,54	0,62
Geral	2,67 (0,2)	2,73 (0,18)	-0,22	0,124

Fonte: a autora, 2018.

Em relação às classes profissionais participantes do estudo 6,6% foram Assistentes Sociais, 8,5% Biomédicos, 38,7% Enfermeiros, 9,4% Farmacêuticos, 7,5% Psicólogos, 15,1% Técnico de Enfermagem e 10,4% Técnico em Análises Clínicas. Devido a pouca quantidade de respondentes da profissão Assistentes Sociais, Biomédicos e Psicólogos (Tabela 1), não houve a compilação de dados referente a essas profissões, pois o número de respostas foi muito pequena relacionado a população dos outros profissionais

como: Farmacêutico, Enfermagem, Técnico de Enfermagem e Técnico em Análises Clínicas.

Na tabela 11 observa-se que não há diferenças significativas nas dimensões da IE nos profissionais de enfermagem em relação aos outros profissionais de saúde estudados.

Tabela 11. Comparativo das dimensões da IE em profissionais Enfermeiros.

	Média (DP) - Enfermeiro	Média (DP) - Outros profissionais	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,82 (0,43)	2,8 (0,4)	0,02	1
Automotivação	2,9 (0,29)	2,89 (0,29)	0,25	0,765
Autocontrole	2,38 (0,25)	2,33 (0,24)	-0,21	0,433
Empatia	2,79 (0,41)	2,88 (0,42)	0,77	0,152
Sociabilidade	2,53 (0,3)	2,56 (0,3)	0,18	0,819
Geral	2,68 (0,21)	2,69 (0,18)	0,3	0,635

Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 12 verifica-se que há uma diferença significativa na dimensão Autoconsciência dos profissionais Farmacêuticos em relação aos outros profissionais de saúde. Os farmacêuticos participantes deste estudo relataram ter uma menor consciência de suas emoções em relação aos outros profissionais de saúde pesquisados.

Tabela 12. Comparativo das dimensões da IE em profissionais Farmacêuticos.

	Média (DP) - Farmacêutico	Média (DP) - Outros profissionais	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,48 (0,34)	2,84 (0,4)	0,38	0,011
Automotivação	2,94 (0,25)	2,89 (0,29)	0,39	0,587
Autocontrole	2,36 (0,3)	2,35 (0,24)	0,36	0,65
Empatia	2,78 (0,4)	2,86 (0,42)	-0,36	0,753
Sociabilidade	2,58 (0,3)	2,54 (0,3)	0,19	0,766
Geral	2,63 (0,17)	2,69 (0,2)	0,28	0,573

Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 13 nota-se uma diferença significativa na dimensão Sociabilidade em profissionais Técnicos de Enfermagem em relação aos outros profissionais de saúde. Os Técnicos de Enfermagem possuem uma menor sociabilidade em relação aos outros profissionais de saúde abordados no local da pesquisa.

Tabela 13. Comparativos das dimensões da IE em Técnicos de Enfermagem.

	Média (DP) - Téc. de enfermagem	Média (DP) - Outros profissionais	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,89 (0,54)	2,79 (0,38)	-0,43	0,574
Automotivação	2,83 (0,26)	2,9 (0,29)	0,28	0,385
Autocontrole	2,33 (0,31)	2,35 (0,23)	0,28	0,697
Empatia	2,73 (0,37)	2,87 (0,42)	-0,21	0,224
Sociabilidade	2,4 (0,31)	2,57 (0,29)	-0,27	0,019
Geral	2,63 (0,21)	2,7 (0,19)	-0,15	0,133

Fonte: a autora, 2018.

Na Tabela 14 verifica-se diferenças significativas em duas dimensões da IE em Técnicos em Análises Clínicas. Os Técnicos em Análises Clínicas demonstraram um nível de empatia superior em relação aos outros profissionais de saúde pesquisados. Em contrapartida no índice de IE geral possuíram um maior desempenho.

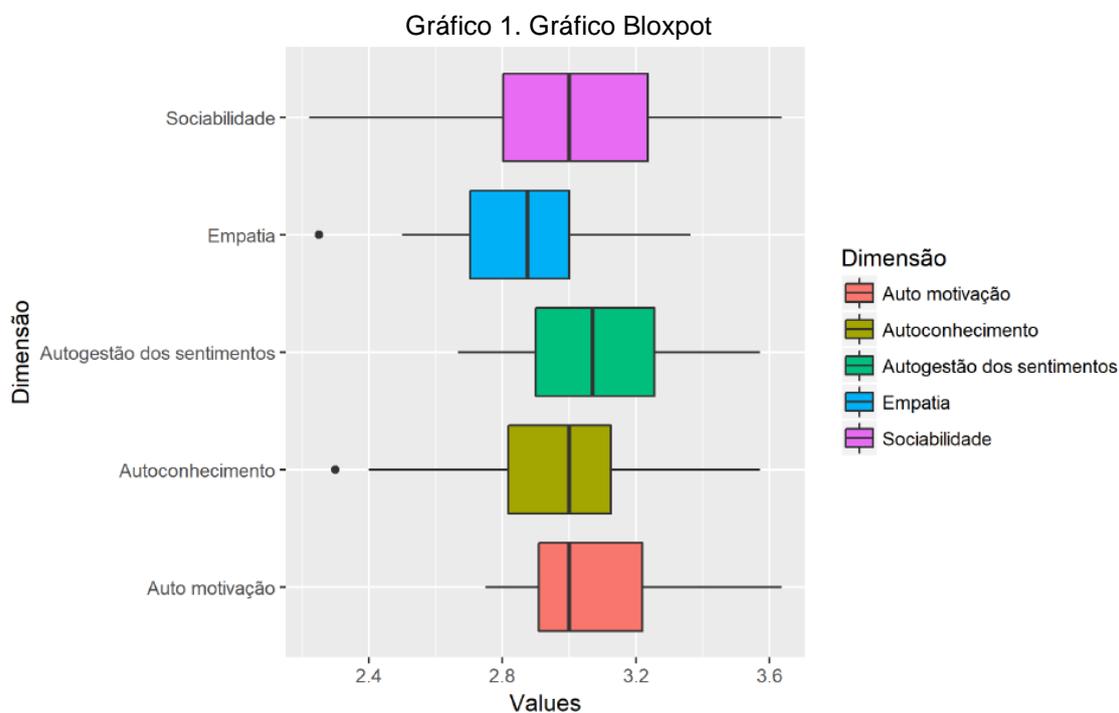
Tabela 14. Comparativos das dimensões da IE em Técnicos de Análises Clínicas.

	Média (DP) - Téc. em Análises Clínicas	Média (DP) - Outros profissionais	Correlação	Wilcoxon - Valor p
Autoconsciência	2,88 (0,41)	2,8 (0,41)	-0,33	0,611
Automotivação	3,05 (0,31)	2,88 (0,28)	-0,31	0,102
Autocontrole	2,27 (0,3)	2,36 (0,24)	-0,08	0,264
Empatia	3,16 (0,6)	2,81 (0,38)	-0,1	0,001
Sociabilidade	2,65 (0,35)	2,54 (0,29)	0,09	0,271
Geral	2,8 (0,22)	2,68 (0,19)	-0,01	0,035

Fonte: a autora, 2018.

No Gráfico Boxplot 1 abaixo, consegue-se visualizar a distribuição do resultado geral da pesquisa por dimensão. Consegue-se observar a variação

geral dos pilares da IE de acordo com as respostas dos profissionais de saúde. O constructo Empatia foi o que teve as respostas com os valores mais baixo comparando com os outros pilares. Os outros pilares ficaram entre as respostas às vezes e sempre, com a mediana mais aproximada da resposta às vezes.



5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal a revalidação de um instrumento de medida (MIE), que continha 59 questões. O motivo da revalidação foi devido ao questionário conter muitas perguntas o que se tornava inviável para a aplicação em profissionais de saúde dentro de um Hospital Infantil de grande porte. De acordo com a literatura, o instrumento foi revalidado totalizando 24 questões, passando por uma série de análises estatística, mostrando então ótimos índices de validade, (Teste Qui Quadrado, RMSEA, GFI, RMR e SRMR) e confiabilidade com o Alpha de Cronbach geral de 0,8. Demonstrando assim um instrumento de medida reduzido para medir a inteligência emocional em profissionais de saúde em um ambiente de trabalho.

Levantando os dados obtidos durante a pesquisa e relacionando-os. Consegue-se perceber, que no que diz respeito ao gênero dos profissionais de saúde entrevistados, a maioria foram mulheres totalizando 91,5%. Na análise comparativa entre as dimensões da inteligência emocional, não há diferenças significativas entre a população feminina e masculina. De acordo com estudos sobre a IE em enfermeiros de Vilela (2006), mostrou também que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos. Porém, Stoddard e colaboradores (2001 *apud* Domingues, 2009), em seus estudos sobre a IE em uma população médica constatou que o público feminino tende a ser mais empático que o masculino.

Na variável idade, a população da pesquisa foi dividida em profissionais abaixo de 30 anos de idade (67,6%) e acima de 30 anos de idade (32,4%). Nesta variável nota-se uma diferença significativa na dimensão autoconhecimento, onde profissionais acima de 30 anos demonstraram um maior conhecimento de seus sentimento e emoções, e assim segurança na forma com que agem durante as tarefas diárias. Esses resultados como demonstra Campos (2010 *apud* Rebelo, 2012), aponta que os indivíduos com mais idade possuem níveis mais elevados de IE em relação aos mais novos, assim como Goleman (2000 *apud* Rebelo, 2012) defende também que a IE evolui ao longo da vida de acordo com novas experiências e com a maturidade.

Em relação a profissão, nos pilares da IE relacionados a competências pessoais verificou-se que os farmacêuticos se auto relataram com um menor nível de Autoconhecimento em relação aos outros profissionais de saúde entrevistados ($p=0,011$). O autoconhecimento possibilita ao indivíduo um conhecimento de si mesmo e de suas emoções, uma vez que parece um processo natural, muitas vezes passa despercebido. É um processo auto reflexivo, colocando o indivíduo ao par do que está sentindo e assim evitando tomar decisões movido por tais emoções. Este é também o primeiro passo para que a pessoa desenvolva autocontrole.

No contexto profissional, o autoconhecimento é necessário também para que tais decisões sejam tomadas levando em consideração a necessidade do grupo e não influenciada por sentimentos particulares daquele que está decidindo. Os relacionamentos interpessoais influenciam diretamente na prática com o cuidado, assim, faz primordial no desenvolvimento da assistência

à saúde com vistas à humanização, contemplando o cuidado com competências sociais (VILELA, 2006).

Já os pilares da IE mais voltados para competências sociais, os Técnicos em Enfermagem mostraram uma baixa Sociabilidade ($p=0,019$) e os Técnicos em Análises Clínicas um nível muito maior de empatia ($p=0,01$) e no índice geral de IE ($p=0,035$) em relação aos outros profissionais de saúde entrevistados. Em um estudo de Stoddard e colaboradores (2001 *apud* Domingues, 2009), verificou-se que os profissionais de saúde com uma especialidade médica mais voltada para o doente possuem uma maior empatia em relação aos que são mais relacionados com a tecnologia, o que neste presente estudo mostrou o contrário, a equipe de saúde relacionada com tecnologia que não possui muito contato com o paciente como é o caso dos Técnicos em Laboratório se auto relataram com uma empatia muito maior quando comparada com outros profissionais de saúde que possuem uma maior interação com o paciente como é o caso por exemplo dos Técnicos em Enfermagem.

As habilidades sociais são competências indispensáveis para a IE, aplicada tanto na esfera individual como em grupo. A empatia é o pilar fundamental em uma relação significativa entre profissional de saúde e paciente, na relação terapêutica, uma vez que permite ao profissional de saúde tomar a perspectiva do doente, compreendendo-o e mostrando que se importa com o que ele pensa e sente. Em relação ao ambiente de trabalho uma maior empatia é dar uma maior importância aos sentimentos dos colegas de trabalho e levá-los em consideração para tomar decisões eficazes (MORAIS, 2012).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a revisão de literatura, percebe-se que a inteligência e as emoções estão muito bem relacionadas e quando utilizadas de uma forma sensata podem conduzir a um melhor desenvolvimento e desempenho tanto pessoal como profissional.

Os desafios e pressões que rodeiam hoje o mundo e mais especificamente os serviços de saúde justificam o interesse crescente e o aumento sobre as investigações da IE na saúde, como é o caso dessa pesquisa. Esse estudo também fundamentou e fez-se entender melhor a importância de cada pilar da IE para os profissionais que atuam na saúde e que se dedicam a humanização no cuidado, com todas as questões de ordem emocional e racional que lhe são inerentes.

Com o desenvolvimento dessa pesquisa conseguiu-se a validação de um instrumento de medida no qual poderá ser utilizado como forte indicativo para aprimorar e desenvolver competências emocionais em situações e problemas reais do cotidiano nos profissionais dentro de um serviço de saúde.

Quando fala-se em desenvolver competências a educação continuada surge, como uma forma de capacitar profissionais para proporcionar a essas pessoas a aquisição de conhecimentos para que atinja a capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e social.

O trabalho apresentado mostrou relevância também pois, demonstrou uma menor percepção da IE em profissionais de saúde e conseqüentemente, algumas habilidades importantes para o bom desempenho e desenvolvimento tanto no ambiente de trabalho, como dos seus próprios pacientes. Mostrou que as organizações e instituições de ensino em saúde a necessidade de criar condições para que a IE seja vivenciada, pois favorecerá o desenvolvimento de profissionais felizes e realizados e que trará a tona um ambiente onde as pessoas convivam com mais respeito, sejam mais produtivas e vivam melhor em sociedade, sem contar que cada vez mais há a necessidade de personalizar os cuidados aos doentes, e humanizá-lo, permitindo assim uma troca de informações mais eficaz e recíproca, minimizando os erros que decorrem da comunicação.

Como ressalva a Teoria das Múltiplas Inteligências de Gardner, é fundamental a valorização da inteligência intrapessoal e interpessoal nas profissões que ressaltam o cuidado e contato humano, como no caso da saúde. O profissional da área da saúde precisa, além de desenvolver competências técnicas e acadêmicas, necessita aprimorar continuamente suas

inteligências intra e interpessoais para garantir a vinculação com seus pacientes e com o ambiente de trabalho.

Assim, percorrendo pela teoria da IE de Daniel Goleman pode-se constatar que pessoas que se conhecem melhor abrem caminhos para descobertas e habilidades antes mesmas desconhecidas ou não aproveitadas em sua potencialidade, e também quando reconhecem suas emoções, isso faz com que se tornem mais autoconfiantes e em equilíbrio. A IE permite também que o profissional persista em suas metas, mesmo diante dos desafios que encontrará. Além do mais, o profissional de saúde como um ser social, ampliará o olhar para o próximo construindo relacionamentos que fazem do convívio uma verdadeira arte de viver em sociedade.

Assim, sugere que nos próximos estudos seja abrangido um número maior de profissionais de distintas áreas, e que seja mais aprofundado o estudos de matérias e estratégias didáticas facilitadoras relacionadas a IE para inserir nos currículos de saúde.

7 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. S. Considerações em torno da medida de inteligência. In: PASQUALI, L. Brasília: INEP, p. 199-223. 1996.

ARAÚJO, M. M. T, *et al.* Inteligência emocional no trabalho em equipe em cuidados paliativos. **Revista Bioethikos**. São Camilo, v.6, n.1, p. 58-65. 2012.

BUTCHER, H. J. **A inteligência humana**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

CARDEIRA, A. R. Educação emocional em contexto escolar. **O portal dos psicólogos**. Disponível em <
<http://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/45654/Manual%20de%20Normalizacao%20de%20Documentos%20Cientificos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 07 mai. 2012.

CHERRY, M. G, *et al.* Emotional intelligence in medical education: a critical review. **Medical Education**. p. 465-478. 2014.

CLARKE, A. M; BARRY, M. M. A ligação entre aprendizagem social e emocional e desempenho acadêmico. **Health Promotion Research Centre**, S/D. Disponível em:
http://www.amigosdozipy.org.br/index/images/stories/Avaliacao_Artigo_SEL.pdf.

COSTA, A; FARIA, L. Aprendizagem social e emocional: Reflexões sobre a teoria e a prática na escola portuguesa. **Análise psicológica**. 2013.

CRONBACH, L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, 1951.

DAMÁSIO, A. R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

DAMÁSIO, B. F. Contribuições da Análise Fatorial Confirmatória Multigrupo (AFCMG) na avaliação de invariância de instrumentos psicométricos. **Psico-USF**. Bragança Paulista, v.18, n.2, p. 221-220, 2013.

DELORS, J. *et al.* Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. **UNESCO**, Brasília, 2006.

DOMINGUES, A, R. S. **Inteligência emocional, empatia e satisfação no trabalho em médicos**. 64 f. Dissertação (Temas em psicologia) – Faculdade de psicologia e de ciências da educação, Universidade do Porto, Portugal, 2009.

FLYYN, J. R. **O que é Inteligência?** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional**: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 2.ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

HOOPER, D; COUGHLANM J; MULLEN, M. R. Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. **The Electronic Journal of Business Research Methods**. V.6, 2008.

HOSS, M; CANTEN, C. S. Processo de validação interna de um Questionário em uma Survey Research Sobre ISO 9001:2000. **Produto & Produção**, v.11, n.2, p. 104-119, 2010.

HUM, L; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analyses: Conventional criteria versus new alternatives. **Structural Equation Modeling**, v.6, n.1, p. 1-55, 1999.

HUTZ, C. S; BANDEIRA, D. R; TRENTINI, C. M. **Avaliação Psicológica da Inteligência e da Personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

JORESKOG, K. G. A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis. **Psychometrika**, 1969.

LEDOUX, J. **O Cérebro Emocional: O Misterioso Alicerce da Vida Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, LTDA, 2011.

MAYER, J. D; SALOVEY, P. The Intelligence of Emotional Intelligence. **Intelligence**. P 433-442, 1993.

MAYER, J. D; SALOVEY, P. What is emotional intelligence. **Emotional development and emotional intelligence**: educational implications. New York: Basic books, 1997. P. 3-31.

MATTHEWS, G; ZEIDNER, M; ROBERTS, D. R. **Emotional Intelligence**: Science and Myth. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, 2002.

MCCLOUGHEN, A; FOSTER, K. Nursing and pharmacy students' use of emotionally intelligent behaviours to manage challenging interpersonal situation with staff during clinical placement: A quantitative study. **Journal of Clinical Nursing**. 2017.

MORAIS, F. L. Inteligência Emocional do Processo de Autodesenvolvimento. 33 f. Dissertação - Centro universitário Filadélfia - UniFil, 2012.

NETA ANDRADE, N. F; GARCÍA, E. G; GARGALLO, I. S. Inteligência emocional no âmbito acadêmico: uma aproximação teórica e empírica. **Psicol. Argum**, Madrid, v.21. n.2, p.11-22. Jan-Mar, 2008.

NUNNALLY, J. Psychometric Theory. **New York: McGraw-Hill**, 1994.

PESSOTTI, I. A Formação Humanística do Médico. **Simpósio: Ensino Médico de Graduação**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 440-448. Out-Dez, 1996.

PILATI, R; LAROS, J. A. Modelos de Equações Estruturais em Psicologia: Conceitos e Aplicações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.23, n.2, p.205-216. Abr-Jun, 2007.

PRIMI, R; BUENO, J. M. H; MUNIZ, M. Inteligência emocional: validade convergente e discriminante do MSCET com a BPR-5 e o 16PF. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 26, n. 1, p. 26-45. 2006.

REBELO, A. C. J. Inteligência Emocional em Profissionais de Saúde da Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados. 202 f. Dissertação - Universidade Católica Portuguesa, 2012.

RÊGO, C. C. de A. B; ROCHA, N. M. F. Avaliando a educação emocional: subsídios para um repensar da sala de aula. **Ensaio: aval. pol. públi. Educ**, Rio de Janeiro, v.17, n.62, p. 135-152. Jan-Mar, 2009.

SANGLARD, R. C. F., *et al.* A influência dos isostretching nas alterações do equilíbrio em idosos. **Revista Brasileira Ci. e Mov**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, p. 63-71. 2007.

SILVA, A. C. R; SILVA, G. L. A Educação Emocional e o Preparo do Profissional Docente. **Actas do X Congresso de Internacional Galego-Português de Psicopedagogia**, Braga, p. 600-613, 2009.

SIQUEIRA, M. M. M; BARBOSA, N. C; ALVES, M. T. Construção e validações fatorial de uma medida de inteligência emocional. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Mogi das Cruzes, v.15, n.2, p.143-152. Mai-Ago, 1999.

STERNBERG, R. J. A Componential Approach to Intellectual Development. **Advances in the Psychology of Human Intelligence**. Hillsdale: Erlbaum, 1982.

STEINER, C; PERRY, P. **Educação emocional**. 8. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1998.

STREINER, D. L. Being Inconsistent About Consistency: When Coefficient Alpha Does and Doesn't Matter. **Journal of Personality Assessment**, Toronto, v.80, n.3, p.217-222, 2003.

TRAVASSOS, L. C. P. Inteligências múltiplas. **Revista de biologia e ciências da terra**. V. 1, n.2, 2001.

TREVISAN, S; TREVISAN, M. Contribuições das habilidades emocionais para o sucesso profissional. **Disciplinarium Scientia**, Santa Maria, v. 2, n.1, p. 125-142, 2001.

VILELA, A. C. L. Capacidade da inteligência emocional em enfermeiros: validade de um instrumento de medida. **Universidade de Aveiro**. 2006.

VILELAS, J. M. da S; DIOGO, P. M. J. O trabalho emocional da práxis de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem**, Lisboa, v. 35, n. 3, p. 145-149. 2014.

WOYCIEKOSKI, C; HUTZ, S. C. Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v.22, n.1, p. 1-11, 2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado: A inteligência emocional em profissionais de saúde onde será realizado em um hospital infantil de grande porte em Curitiba-PR no período de 10/01 a 10/05, cujos objetivos são: analisar as cinco habilidades da Inteligência Emocional em profissionais da saúde e identificar a necessidade de programas voltado para a inteligência emocional em cursos de saúde em instituições de ensino superior.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder a uma entrevista estruturada realizada pelo pesquisador do trabalho sobre a inteligência emocional em profissionais de saúde, que abrange o autoconhecimento, gestão das emoções, automotivação, empatia e sociabilidade.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: repensar sobre o conhecimento que tem de si mesmo e de seus sentimentos, sobre a sua automotivação com sua vida pessoal e profissional, assim como a empatia e a sociabilidade com os pacientes e colegas de trabalho, e portanto, procurar melhorar cada vez mais.

Por outro lado poderá apresentar tais riscos relativo à perda do anonimato, e ao constrangimento dos participantes perante exposição da sua atuação profissional. A entrevista também podem envolver riscos emocionais, principalmente quando relacionados a autoconhecimento e gestão dos sentimentos, pois os participantes irão responder perguntas de aspecto pessoal. Estes riscos serão minimizados da seguinte maneira: ficará assegurado que em momento algum, a identidade dos participantes será revelada, uma vez que os dados obtidos serão usados para fins acadêmicos, e os únicos que terão acesso a esses dados são os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa que manterão o sigilo profissional. Quanto aos aspectos emocionais, uma importante medida de prevenção em relação a tais riscos seria a compreensão prévia de todos os participantes da pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo, caso esteja recebendo algum tipo de assistência.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são o Prof. Dr. Rogério Saad Vaz – orientador do projeto - Faculdades Pequeno Príncipe (FPP) e Priscila Granemann – mestranda do Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da saúde pela FPP, com os quais poderá manter contato pelos telefones 41- 9 9646-7962. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética pelo número 41- 3310-1512. Também haverá assistência integral, gratuita e imediata por parte dos pesquisadores.

É também assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação na pesquisa.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer n°: (colocar o número da aprovação pelo CEP).

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador

Assinatura do participante

APÊNDICE B

Tabela 1. Descritiva de dados categóricos.

	Quantidade (%)
Sexo	
Feminino	97 (91.5)
Masculino	9 (8.5)
Profissão	
Assistente social	7 (6.6)
Biomédico	9 (8.5)
Enfermeiro	41 (38.7)
Farmacêutico	10 (9.4)
Psicólogo	8 (7.5)
Técnico em enfermagem	16 (15.1)
Técnico em análises clínicas	11 (10.4)
Outro	4 (3.8)
Outras profissões	
Biólogo	1 (2.5)
Coletador	3 (7.5)
Faixa etária	
Até 30 anos	71 (67.6)
Acima de 30 anos	34 (32.4)

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 2. Descritiva das respostas.

	Quantidade (%)
Questão 01	
Muitas vezes	41 (46.6)
Poucas vezes	25 (28.4)
Sempre	22 (25)
Questão 02	
Muitas vezes	56 (63.6)
Poucas vezes	13 (14.8)
Sempre	19 (21.6)
Questão 03	
Muitas vezes	50 (56.8)

Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	28 (31.8)
Sempre	9 (10.2)
Questão 04	
Muitas vezes	39 (44.3)
Poucas vezes	17 (19.3)
Sempre	32 (36.4)
Questão 05	
Muitas vezes	49 (55.7)
Nunca	2 (2.3)
Poucas vezes	13 (14.8)
Sempre	24 (27.3)
Questão 06	
Muitas vezes	47 (53.4)
Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	7 (8)
Sempre	33 (37.5)
Questão 07	
Muitas vezes	48 (54.5)
Nunca	3 (3.4)
Poucas vezes	19 (21.6)
Sempre	18 (20.6)
Questão 08	
Muitas vezes	78 (88.6)
Poucas vezes	8 (9.1)
Sempre	2 (2.3)
Questão 09	
Muitas vezes	64 (72.7)
Poucas vezes	2 (2.3)
Sempre	22 (25)
Questão 10	
Muitas vezes	62 (70.5)
Nunca	2 (2.3)
Poucas vezes	11 (12.5)
Sempre	13 (14.8)
Questão 11	

Muitas vezes	46 (52.3)
Nunca	2 (2.3)
Poucas vezes	11 (12.5)
Sempre	29 (33)
Questão 12	
Muitas vezes	54 (61.4)
Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	21 (23.9)
Sempre	12 (13.6)
Questão 13	
Muitas vezes	57 (64.8)
Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	14 (15.9)
Sempre	16 (18.2)
Questão 14	
Muitas vezes	46 (52.3)
Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	17 (19.3)
Sempre	24 (27.3)
Questão 15	
Muitas vezes	57 (64.8)
Poucas vezes	12 (13.6)
Sempre	19 (21.6)
Questão 16	
Muitas vezes	53 (60.2)
Nunca	1 (1.1)
Poucas vezes	20 (22.7)
Sempre	14 (15.9)
Questão 17	
Muitas vezes	57 (64.8)
Nunca	3 (3.4)
Poucas vezes	23 (26.1)
Sempre	5 (5.7)
Questão 18	
Muitas vezes	72 (81.8)
Poucas vezes	10 (11.4)

Sempre	6 (6.8)
Questão 19	
Muitas vezes	55 (62.5)
Poucas vezes	26 (29.5)
Sempre	7 (8)
Questão 20	
Muitas vezes	59 (67)
Nunca	2 (2.3)
Poucas vezes	18 (20.5)
Sempre	9 (10.2)
Questão 21	
Muitas vezes	44 (50)
Nunca	2 (2.3)
Poucas vezes	29 (33)
Sempre	13 (14.8)
Questão 22	
Muitas vezes	64 (72.7)
Poucas vezes	2 (2.3)
Sempre	22 (25)
Questão 23	
Muitas vezes	47 (53.4)
Nunca	4 (4.5)
Poucas vezes	31 (35.2)
Sempre	6 (6.8)
Questão 24	
Muitas vezes	49 (55.7)
Nunca	3 (3.4)
Poucas vezes	16 (18.2)
Sempre	20 (22.7)
Questão 25	
Muitas vezes	44 (50)
Nunca	5 (5.7)
Poucas vezes	18 (20.5)
Sempre	21 (23.9)

Fonte: a autora, 2018.

Tabela 3. Medidas descritivas das questões do estudo.

	N	1º Quartil	Mediana	3º Quartil	Max	Média	DP
Questão 01	106	1	3	4	4	2.99	0.76
Questão 02	105	2	3	3	4	3.06	0.6
Questão 03	106	1	3	3	4	2.8	0.67
Questão 04	104	2	3	4	4	3.16	0.75
Questão 05	100	1	3	4	4	3.04	0.74
Questão 06	104	1	3	4	4	3.27	0.67
Questão 07	105	1	3	3	4	2.93	0.75
Questão 08	104	2	3	3	4	2.93	0.38
Questão 09	106	2	3	4	4	3.23	0.52
Questão 10	103	1	3	3	4	2.97	0.65
Questão 11	106	1	3	4	4	3.14	0.75
Questão 12	106	1	3	3	4	2.89	0.67
Questão 13	104	1	3	3	4	2.98	0.62
Questão 14	103	1	3	4	4	3.04	0.73
Questão 15	106	2	3	3	4	3.06	0.6
Questão 16	106	1	3	3	4	2.92	0.66
Questão 17	106	1	3	3	4	2.73	0.61
Questão 18	106	2	3	3	4	2.98	0.46
Questão 19	105	2	3	3	4	2.8	0.56
Questão 20	105	1	3	3	4	2.83	0.67
Questão 21	106	1	3	3	4	2.8	0.75
Questão 22	106	2	3	3	4	3.22	0.48
Questão 23	105	1	3	3	4	2.66	0.72
Questão 24	106	1	3	3	4	2.98	0.76
Questão 25	106	1	3	3	4	2.95	0.81

Fonte: a autora, 2018.

ANEXO 1**MIE – Medida de Inteligência Emocional**

Esse questionário faz parte de um estudo para uma dissertação de mestrado. Pretende-se coletar dados para avaliar a inteligência emocional em profissionais da saúde. A inteligência emocional está relacionado com a capacidade de autoconhecimento, automotivação, autocontrole, empatia e sociabilidade.

Gostaríamos de contar com sua colaboração!

Você não precisa se identificar.

Grato por sua colaboração.

Dados complementares:

1. Sexo: () feminino. () masculino.
2. Idade: ___anos.
3. Profissão: ()Assistente social
 ()Biomédico
 ()Enfermeiro
 ()Farmacêutico
 ()Psicólogo
 ()Técnico de enfermagem
 ()Técnico de laboratório ou análises clínicas
 ()Outro _____

Indique a frequência com que você apresenta, atualmente, os componentes descritos abaixo. Sendo possível assinalar somente uma das respostas.

Perguntas	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.Avalio meus sentimentos para compreender o que estou sentindo.				
2.Consigo nomear os sentimentos que marcaram minha vida.				
3.Identifico todos os meus sentimentos.				
4.Preocupo-me com o que estou sentindo.				
5.Evito refletir sobre o que estou sentindo.				
6.Ajo com otimismo em relação aos meus projetos.				
7.Duvido da realização das minhas metas futuras.				
8.Persisto em meus objetivos mesmo diante de forte obstáculos.				
9. Oriento minhas ações no presente pelos planos que fiz para o futuro.				
10.Devolvo na mesma moeda a um insulto que recebi.				
11.Controlo os sentimentos que me perturbam.				
12.Falo o que me vem à cabeça.				
13.Procuro pensar antes de responder a algo que me desagradou.				
14.Tomo decisões com base em meus impulsos.				
15.Descubro as intenções de uma pessoa pela forma de como ela age.				
16.Entendo o que uma pessoa está querendo, mesmo que ela não fale.				
17.Reconheço quando uma pessoa está com problemas.				
18.Identifico com facilidade os sentimentos das pessoas.				
19.Consigo nomear os sentimentos das pessoas mais próximas.				
20.Aumento o número de pessoas em meu ciclo de amizade.				
21.Deixo as pessoas à vontade perto de mim				
22.Fico à vontade entre pessoas recém conhecidas.				
23.Prefiro trabalhar sozinho.				
24.Prefiro ficar calado à conversar com pessoas desconhecidas.				