Universidade de Aveiro Departamento de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas
2007

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

A inteligência emocional na actividade de enfermagem.

Universidade de Aveiro Departamento de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas
2007

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

A inteligência emocional na actividade de enfermagem.

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação cientifica do Dr. Arménio Rego, Professor Auxiliar do Departamento de Economia Engenharia e Gestão Industrial, da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus filhos, pela compreensão demonstrada ao longo destes anos.

O júri

Presidente

Doutor **José Manuel Lopes Dias Moreira**

Doutora **Teresa Carla Trigo Oliveira**

Doutor **José Arménio Belo da Silva Rego**

Doutora **Maria Manuela Frederico Ferreira**

Agradecimentos

Aos Enfermeiros que deram o seu precioso contributo no preenchimento dos questionários, também pela compreensão que demonstraram. Aos Conselhos de Administração dos Hospitais a que pertencem estes Enfermeiros, pela sua disponibilidade e interesse na concretização do estudo. Ao Sr. Prof. Dr. Arménio Rego, pela orientação prestada.

Palavras-chave

saúde, qualidade, enfermagem, cuidados de enfermagem, enfermeiros, inteligência emocional, cliente, satisfação.

Resumo

A inteligência emocional é um conceito novo que tem sido estudado por vários autores. Este conceito é basto e para facilitar o seu estudo e aprendizagem é apresentado com várias dimensões que podem habitar em simultâneo na pessoa ou apenas com algumas características. As repercussões da inteligência emocional são sentidas a nível pessoal e organizacional. Daí o seu interesse para o desenvolvimento da enfermagem como profissão de cuidar.

A enfermagem provavelmente foi uma das profissões que mais se desenvolveu nos últimos anos, talvez devido à importância que assume na promoção e recuperação da saúde das pessoas e consequente desenvolvimento da sociedade onde está inserida. O cuidar como um instrumento precioso da enfermagem, tem sido alvo de várias reflexões e recomendações, que muito contribuem para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada Enfermeiro, assim como para a realização de cuidados de saúde com qualidade. Com o desenvolvimento da profissão de enfermagem surge o código deontológico dos Enfermeiros, uma vez que em saúde só é possível obter resultados quando os profissionais interagem de um modo assertivo. O código deontológico veio esclarecer algumas dúvidas que existiam no exercício da profissão de enfermagem. A enfermagem é uma profissão de pessoas e para pessoas, como tal os princípios éticos devem estar presentes na sua actuação diária, de forma a respeitar os outros, sem atropelos, mas sim em interacção, produzindo mais valia para todos os intervenientes. Em Portugal a saúde caminha para a excelência. Uma vez que os recursos são limitados, têm de ser geridos de uma forma justa e distributiva. Neste investimento a enfermagem muito contribui através da sua participação nos processos de melhoria contínua da qualidade. O investimento da qualidade em saúde advém também da preocupação em satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes do mercado cuidados de saúde. À semelhança do que acontece nos outros mercados, o cliente deve ser o centro das preocupações dos fornecedores de cuidados. Foi realizado um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo, em que foi feita uma análise factorial dos dados obtidos. No caso dos Enfermeiros em que se pretendia medir a sua inteligência emocional, estes evidenciaram maiores valores na dimensão "empatia" e "auto-encorajamento" e menores valores, nas dimensões "compreensão das emoções dos outros" e "auto-controlo emocional". Os clientes evidenciaram melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros na dimensão "respeito" do que na dimensão "disponibilidade", no entanto boas percepções nas duas dimensões. Através da análise inferencial pode-se concluir que os clientes, na dimensão "respeito" mostraram melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "empatia". Na evolução da percepção dos clientes em função da inteligência emocional dos Enfermeiros, que os clientes que conviveram com Enfermeiros que evidenciaram menor inteligência emocional, tendem a manifestar pior percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, sendo os de melhores percepções, naqueles que conviveram com Enfermeiros com níveis intermédios de inteligência emocional. Após os estudos de regressão múltipla concluiu-se, que a percepção dos clientes, tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros, o que conduz à satisfação dos clientes. Assim pode-se concluir que o objectivo delineado foi atingido.

Keywords health, quality, nursing, caring, nurses, emotional intelligence , patient (client) , satisfaction

Abstract

The emotional intelligence is a new concept which has been carefully studied on by many people. This concept is very compact and in order to achieve a more profound study, it is set on various dimensions which can be simultaneously in the person or its characteristics. The emotional intelligence is felt as a personal and organized status, and therefore the necessity in making nursing a profession for caring.

Nursing is probably one of the professions that has been constantly increasing in the past years. This is perhaps due to it's importance in promoting and recovering people's health, and also the advancement within the society.

Caring for people is a precious instrument in nursing and has been the cause of many careful reflections as well as recommendations, which contribute in many ways to the professional and personal achievement of each nurse. This is reflected in the quality of health caring. As the profession develops and achieves certain standards the nursing urges a deontology code to nurses. In health it's only possible to obtain results when there is ethnic way of acting by all nursing professionals. This deontology code has only been set to clarify some of the existing doubts and questions within the practise of the nursing profession. Nursing is a profession from people to people and so this means that certain ethical principles have to be in constant and daily use, the respect for others interaction within each other and no conflicts. In Portugal health is heading towards a considerable and important improvement. Because resources are so scarce or limited they have to be fairly and equally distributed therefore, the reason for all the interest in investing in health in Portugal. In these investments nursing has a very important way of contributing by continuing to improve it's quality. The investment in quality and in health is an extremely important factor in achieving a high standard of quality as in other markets. In accordance with other markets the client (patient) must be the main reason for the nurse to give all the special health care. As it happens in other survey markets, the client must definitely be the centre of attention and care. A quantity, quality and retrospective study has been done to achieve results. As for the nurses what they looked for was to measure emotional intelligence, these showed high scores of "empathy" and self-encouragement, also lower scores in. the "understanding the emotions of others" and emotional "self-control". It became obvious that the nurses care in a “respect" type of dimension more that in the "availability", never the less both sides were considered sufficient.. With this study I was able to conclude that the clients, whereas "respect" is concerned showed a high degree of care by the nurses in the "empathy" dimension.. As things evaluate the satisfaction clients showed towards nurses emotionally intelligent, was higher than to those nurses that show less intelligent emotion. This is to conclude that clients get more satisfaction as the "emotional" intelligence of the nurses rise. After all this means that the set objective has successfully been achieved.

SIGLAS

SNS – Serviço Nacional de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
IQS – Instituto da Qualidade em Saúde
ISO – Norma Europeia da Qualidade
QFD – Desenvolvimento da Função Qualidade
QI – Quociente de Inteligência
QE – Quociente Emocional

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 3.1 – Valores médios da satisfação dos clientes (dimensão respeito) em função da inteligência emocional dos enfermeiros. 123

Gráfico 3.2 – Valores médios da satisfação dos clientes (dimensão disponibilidade) em função da inteligência emocional dos enfermeiros. 124

Gráfico 3.3 – Valores médios da satisfação dos clientes (global) em função da inteligência emocional dos enfermeiros. 124

INDICE DE QUADROS

Quadro 1.1 – Algumas classificações das dimensões da inteligência emocional 50

Quadro 2.1 – Estudo da consistência interna da escala da inteligência emocional 109

Quadro 2.1 – Continuação do estudo da consistência interna da escala da inteligência emocional 110

Quadro 2.2 – Estrutura factorial da escala de percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros 113

Quadro 2.3 – Estudo da consistência interna da escala de percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros 114

Quadro 3.1 – Inteligência emocional dos Enfermeiros: Médias, medianas, máximos e mínimos 118

Quadro 3.2 – Resultados da avaliação dos clientes: Médias, medianas, máximos e mínimos 119

Quadro 3.3 – Comparação da inteligência emocional em função do sexo do Enfermeiro 119

Quadro 3.4 – Correlação entre a inteligência emocional e a idade dos Enfermeiros 120

Quadro 3.5 – Comparação da inteligência emocional em função da categoria profissional do Enfermeiro 121

Quadro 3.6 – Correlações entre a inteligência emocional e as dimensões das percepções dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros 122

Quadro 3.7 – Regressão múltipla: como a inteligência emocional dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros 126

Quadro 3.8 – Regressão múltipla: como a inteligência emocional (global) dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros 127

INDICE DE TABELAS

Tabela 2.1 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o sexo e o grupo etário 99

Tabela 2.2 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a categoria profissional 100

Tabela 2.3 – Distribuição dos clientes segundo as características sócio-demográficas 101

Tabela 2.4 – Distribuição dos clientes segundo o tempo de convívio com o Enfermeiro 102

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 25

CAPÍTULO I – SAÚDE, ENFERMAGEM E INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

1. INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO 33

2. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 37

2.1 CONCEITO E ORIGEM 37

2.2 FISIOLOGIA DAS EMOÇÕES 39

2.3 DIMENSÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 45

2.4 MANIFESTAÇÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 50

2.4.1 Manifestações pessoais 50

2.4.2 Manifestações organizacionais e na liderança 52

3. ENFERMAGEM 59

3.1 CIÊNCIA E ARTE 59

3.2 CUIDAR EM ENFERMAGEM 63

3.3 A ÉTICA DO CUIDAR 67

3.4 CÓDIGO DEONTOLÓGICO 71

4. SAÚDE EM PORTUGAL 79

4.1 O SNS 79

4.2 QUALIDADE EM SAÚDE 81

4.3 SATISFAÇÃO DO CLIENTE 90

5. OBJECTIVOS DA PESQUISA 95

CAPÍTULO II – PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

1. AMOSTRA 99

2. PROCEDIMENTOS 103

3. INSTRUMENTO DE MEDIDA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL 105

4. INSTRUMENTO DE MEDIDA DA PERCEPÇÃO DOS CLIENTES SOBRE OS COMPORTAMENTOS DE CUIDAR DOS ENFERMEIROS 111

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1. RESULTADOS 117

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS E PERCEPÇÃO DOS CLIENTES ACERCA DOS COMPORTAMENTOS DE CUIDAR DOS ENFERMEIROS..... 131

2. OUTROS ASPECTOS IMPORTANTES SUGERIDOS PELOS DADOS 139

3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS 141

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXOS I – Autorização da aplicação dos questionários

ANEXOS II – Questionários utilizados em alguns hospitais

ANEXOS III – Questionário aplicado aos Enfermeiros

ANEXOS IV – Questionário aplicado aos clientes

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge afim de dar cumprimento ao decurso do Mestrado em Gestão Pública, encontra-se dividido em quatro capítulos, em que o primeiro diz respeito ao enquadramento teórico do tema a estudar, o segundo pertence aos procedimentos metodológicos, o terceiro descreve os resultados e por fim no quarto capítulo surge a discussão e as conclusões.

A escolha do tema deve-se ao contacto que tive, durante a sessão teórica do mestrado, com alguns ensinamentos acerca da inteligência emocional. Ao perceber que o investimento nesta área, poderia produzir mais valia para a minha actividade profissional, assim como para o desenvolvimento da Enfermagem como profissão de prestigio, decidi que o estudo final, iria incidir nesta área, e as suas implicações, na satisfação dos clientes de um determinado grupo profissional da saúde, que são os Enfermeiros, ao qual pertenço e onde exerço funções de coordenação.

Os ensinamentos da inteligência emocional, nas suas dimensões e nas suas manifestações quer pessoais quer organizacionais e a sua tomada de consciência poderão facilitar a actividade de enfermagem, na sua essência que é o cuidar.

Segundo Goleman, et al, (2002), a inteligência emocional é a ferramenta mais eficaz para o sucesso pessoal e profissional.

Para Cunha e Rego (2002), a inteligência emocional é a capacidade de relacionamento entre a razão e a emoção, o que facilita a interacção entre as pessoas.

Também Tapia (2001), refere que as pessoas que conhecem e controlam as suas emoções, compreendem e respeitam facilmente as emoções dos outros.

Para os Enfermeiros existem dois tipos de clientes, nomeadamente, os clientes internos e os clientes externos à instituição, tendo sido os primeiros o alvo deste estudo pois é através da sua satisfação que são produzidos maiores ganhos em saúde.

A enfermagem como ciência e arte, tem por objectivo, auxiliar a pessoa na manutenção e restabelecimento do seu estado de equilíbrio, o que pressupõe uma interacção entre Enfermeiro e cliente/utente. Esta interacção exige dos Enfermeiros a reflexão sobre as suas próprias emoções, sempre no sentido de um desenvolvimento desta relação.

Uma vez que a relação fornecedor de cuidados de saúde é suportada por uma interacção intensa e longa, onde as capacidades das pessoas emocionalmente inteligentes poderão ser um contributo para a satisfação desses mesmos clientes.

Por outro lado o Enfermeiro quando toma consciência e controlo das suas emoções, adquire engenho para a compreensão das emoções dos outros, o que facilita a sua prestação de cuidados e satisfação dos seus clientes.

Segundo Hesbeenn (2000), a enfermagem é a arte e a ciência de auxiliar a pessoa a manter e a recuperar a sua saúde, na medida em que vai buscar conhecimentos científicos gerais, para em seguida os adequar à pessoa que necessita dos seus cuidados.

Para Colliére (1989), é função da enfermagem, proporcionar cuidados de saúde adequados e acessíveis a todas as pessoas, incentivando a sua participação na manutenção da saúde.

Também Ribeiro (1995), afirma que a essência da enfermagem é o cuidar, em que a pessoa é respeitada em todas as suas vertentes de ser humano.

O cuidar na sua vertente no campo da interacção, torna-se assim uma ferramenta valiosa para a Enfermagem. No entanto como o seu desenvolvimento assenta na interacção das pessoas, torna-se imprescindível um acompanhamento por uma componente ética, que alerta no sentido de uma interacção com mais valias para todas as partes.

A par da componente emocional e ética, a componente deontológica assume uma importância crucial na actividade de enfermagem, como facilitadora também da interacção pessoal.

No mercado cuidados de saúde, onde a enfermagem presta serviços, fazendo parte integrante deste, torna-se imprescindível o desenvolvimento de um sistema de melhoria continua dos cuidados, por forma a racionalizar os recursos disponíveis e simultaneamente, atingir a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes.

Como diz Mezono (2001), a melhoria continua da qualidade, visa cuidados de saúde que satisfaçam e excedam as expectativas dos seus clientes. É o modo de oferecer aos clientes, os cuidados com qualidade, pretendidos.

Entende-se por satisfação, a concretização das necessidades e expectativas dos clientes.

Como refere Ribeiro (2005), p. 53, a satisfação é a tradução da " realização das necessidades percebidas, das expectativas e dos resultados obtidos".

De modo a testar o objectivo delineado para este trabalho "estudar em que medida a inteligência emocional dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros", cujo titulo "A inteligência emocional na actividade de enfermagem", foi realizado um estudo quantitativo, com a aplicação de dois questionários. Um dizia respeito à inteligência emocional, tendo sido aplicado aos Enfermeiros que prestam cuidados no SNS e o outro aplicado aos clientes destes mesmos Enfermeiros.

Com os dados obtidos foi realizada uma analise factorial, colocando em relação as informações recolhidas nos dois questionários. Foi encontrada a sua consistência interna, através da analise factorial dos seus itens. No caso do questionário sobre inteligência emocional, aplicado aos Enfermeiros, a analise factorial já tinha sido realizada pelos seus autores e como a amostra utilizada nesse estudo era superior à amostra utilizada neste estudo, optou-se por manter os valores encontrados, detectando também uma consistência interna elevada.

A média de idades dos Enfermeiros que fizeram parte do estudo, foi de 32,20 anos, sendo o maior grupo com idade inferior a 30 anos. Ainda no grupo dos Enfermeiros, 79 % são do sexo feminino e 60 % é detentor da categoria de Enfermeiro graduado.

Os seus clientes tinham uma média de idade de 48, 66 anos, sendo o maior grupo os que têm idades compreendidas entre os 50 e 60 anos. Quanto ás suas habilitações literárias a maioria, 40 % era detentor do 1º ciclo do ensino básico e também a maioria, 42,3 % eram operários não qualificados ou trabalhadores rurais, seguidos de um grupo de 20,3 % de domésticas.

No que diz respeito à inteligência emocional dos Enfermeiros, as dimensões "empatia" e "auto-encorajamento", foram as que mais evidenciaram a sua inteligência emocional, enquanto as dimensões "compreensão das emoções dos outros" e "auto-controlo emocional" atingiram os valores mais baixos, apesar de todas as dimensões terem atingido valores da média e da mediana, acima do valor central da escala, que era constituída de 1 a 7 pontos.

Nas respostas dadas pelos clientes, acerca da percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, para a dimensão "respeito", foi evidenciada melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, do que em relação à dimensão "disponibilidade," no entanto e como a escala varia entre 1 e 5 pontos, pode-se afirmar, que os clientes evidenciam boa percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos

Enfermeiros, nas duas dimensões e também no global, o que poderá conduzir à sua satisfação.

Foi feito o estudo da correlação entre a inteligência emocional manifestada pelos Enfermeiros, em todas as dimensões e a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, também nas suas duas dimensões, assim como para o global, através do coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, assim como foi encontrada a correlação significativa entre a dimensão "respeito" da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros e a inteligência emocional dos Enfermeiros, na dimensão "empatia" e também no global.

Para a dimensão "disponibilidade" da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, não foi encontrada correlação significativa. Pelo qual pode-se afirmar que os clientes que conviveram com Enfermeiros que evidenciaram maior inteligência emocional, na dimensão "empatia," tendem a apresentar melhor percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito."

Como a correlação é significativa entre os valores globais das duas escalas, o objectivo delineado foi confirmado.

Para perceber a evolução da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros em relação à inteligência emocional dos Enfermeiros, estes foram distribuídos por tercis e em cada tercil foi calculado o valor médio da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

Daqui foi possível concluir que os clientes com melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, tendem a ser aqueles que conviveram com Enfermeiros com níveis intermédios de inteligência emocional, apesar de não existirem diferenças acentuadas e que os clientes com piores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros foram aqueles que conviveram com Enfermeiros que evidenciaram menor inteligência emocional.

Posteriormente foram feitos estudos de regressão múltipla para avaliar em que medida a inteligência emocional é preditora da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros. Aqui também o estudo foi efectuado para as duas dimensões. Assim foi possível chegar à conclusão que as dimensões "empatia" e "sensibilidade emocional, " da escala da inteligência emocional, são preditoras da dimensão "respeito," da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, influenciando-se positivamente.

Para a dimensão "disponibilidade" da escala da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, apenas a dimensão "sensibilidade emocional" é sua preditora. No entanto pode-se dizer que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros nesta dimensão tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros, uma vez que os valores dos coeficientes de regressão padronizados são positivos.

Foi também realizado um estudo complementar entre as variáveis demográficas e profissionais dos Enfermeiros e a inteligência emocional manifestada.

Como finalização do trabalho foram delineadas algumas considerações finais e sugestões encontradas convenientes, após a reflexão do estudo realizado.

CAPÍTULO I

SAÚDE, ENFERMAGEM E INTELIGÊNCIA EMOCONAL

1 - INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO

Este capítulo inicia com o tema da inteligência emocional, em que são abordadas algumas opiniões acerca do seu conceito e origem. Durante muitos anos as emoções foram colocadas em segundo plano, dando-se a primazia ao poder cognitivo. Mais recentemente os estudos efectuados levam a acreditar numa simbiose entre a inteligência emocional e a inteligência cognitiva.

A inteligência emocional é algo que não é totalmente inato, mas sim que se aprende e desenvolve ao longo da vida, embora exista uma componente biológica que explica o desenvolvimento das emoções, o que será também tratado no decorrer deste capítulo.

Sempre que algo acontece na vida da pessoa, existe como que uma armazenagem de situações anteriores que irão servir de suporte à tomada de decisão. Daí o dizer-se que a inteligência emocional é construída ao longo da vida. Cada situação serve de aprendizagem, onde é retirada uma mais valia, que servirá de suporte à tomada de decisão em situações futuras.

Afim de facilitar o estudo e a compreensão da inteligência emocional, vários autores atribuíram-lhe várias dimensões e dentro destas algumas competências, que facilitam a sua análise.

Toda a dinâmica do desenvolvimento das emoções irá repercutir-se na vida pessoal, profissional e de interacção da pessoa. Por tal motivo é dada grande importância no mundo das organizações a esta temática, uma vez que toda a pessoa interage com outras no seio das organizações, dando alguns contributos ao seu desenvolvimento e recebe feed-back das mesmas, o que torna estes momentos de grande enriquecimento para a satisfação pessoal e profissional do individuo.

Como este estudo recai sobre a actividade de enfermagem, esta irá ser relatada de modo a proporcionar ao leitor, uma imagem do desenvolvimento da Enfermagem, como profissão fornecedora de cuidados de saúde, tendo em vista a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes, numa perspectiva de melhoria continua da qualidade.

A enfermagem foi uma profissão que operou várias alterações ao longo do tempo.

Inicialmente era apenas um conjunto de actos simplesmente empíricos e isolados, realizados por pessoas sem qualquer formação, mas que apenas se disponibilizavam para o fazer, no sentido da ajuda ao outro.

Por delegação de funções da parte médica, a enfermagem iniciou a expansão do seu campo de acção, sentindo para tal necessidade de investigar, adquirir e aprofundar conhecimentos que lhe eram apenas empíricos, de modo a transformar em científica a sua actividade.

Apenas a cientificação não bastava para a enfermagem, o "saber fazer" foi penas um objectivo. Logo se sentiu a necessidade de olhar para pessoa não apenas como um conjunto de órgãos e em caso de doença, com uma ou mais afecções, mas sim, como um ser único que sente e age com muita individualidade.

Surge então o cuidar, em que aos cuidados , com a sua componente cientifica é-lhes também atribuída uma especificidade, um respeito e adaptação à pessoa como ser único, que toma atitudes especificas em cada situação de doença, ou mesmo de manutenção e investimento na sua saúde. Temos assim a Enfermagem como uma ciência e uma arte, a arte do cuidar, que muito tem contribuído para o seu desenvolvimento como profissão.

Como todas as profissões e devido a esse mesmo desenvolvimento, houve necessidade de se introduzir a ética na prestação de cuidados, uma vez que estes são realizados por pessoas, dirigidos a outras pessoas.

Após a criação da ordem dos Enfermeiros, surgiu o código deontológico que veio confirmar e desenvolver as questões éticas dos cuidados de Enfermagem, para além de clarificar o modo de actuação dos Enfermeiros.

Os cuidados de Enfermagem fazem parte dos cuidados de saúde dirigidos à pessoa, como já foi referido anteriormente. Daí a opção em me debruçar um pouco sobre a saúde em Portugal, o modo como está organizada e como oferece aos seus clientes o seu produto, que são os cuidados de saúde.

No mundo de hoje não basta produzir, é necessário produzir com qualidade. O mercado cuidados de saúde à semelhança de outros mercados, teve necessidade de apostar na qualidade dos cuidados produzidos. Irá ser dedicado um sub-capítulo a esta temática, que tem tido algum incremento ao longo dos últimos anos e que certamente contribuí para a

satisfação dos clientes deste mercado, assim como para uma maior racionalização dos recursos existentes.

Em Portugal a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde, vem desde os anos 80. Desde então tem sido feita toda uma caminhada com vista à acreditação ou certificação dos serviços de saúde, ou mesmo das próprias instituições. Estes processos da melhoria continua da qualidade não significam que os serviços estejam a prestar "maus" cuidados, mas sim que existem certos erros processuais que prejudicam a eficiência e a eficácia do serviço e que devem ser eliminados.

A satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde foi também um dos assuntos abordados, uma vez que estes são o objectivo principal da actividade de enfermagem. Perceber as suas necessidades e expectativas é também um compromisso dos processos de melhoria continua da qualidade dos serviços de saúde. Segundo a opinião de alguns autores, são vários os factores que condicionam o modo como a pessoa percepciona as suas necessidades de saúde, o seu investimento na manutenção da sua saúde e as expectativas que tem acerca dos cuidados de saúde.

A selecção deste capítulo teve por base a prestação dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos clientes destes cuidados, tendo como ponto de analise a inteligência emocional dos Enfermeiros.

2 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

2.1 - ORIGEM E CONCEITO

O conceito de inteligência emocional, começou a ser estudado por Mayer e Salovey, que editaram vários artigos em 1990. As suas origens assentam no conceito de inteligência social, designada de inteligência não académica, não cognitiva ou mesmo não intelectiva, como referem Rego e Fernandes (2005), através de uma pesquisa efectuada acerca deste conceito. No entanto o grande incremento aos estudos da inteligência emocional, foi dado por Goleman em 1995, com a publicação de um livro, em que é introduzido o conceito de inteligência emocional, comparando-o com a inteligência cognitiva.

Segundo Tapia (2001), os primeiros estudos sobre inteligência eram baseados na craneometria. Mais tarde deixaram de avaliar os aspectos anatómicos para se avaliar as tarefas executadas, destacando-se três tipos de inteligência: social, concreta e abstracta. Supostamente estes estudos estavam relacionados com a inteligência emocional, sendo prática corrente a separação entre razão e emoção, onde se dava primazia à razão na tomada de decisões assertivas (Rego & Fernandes, 2005). Uma decisão era considerada correcta, desde que fosse afastada de qualquer emoção.

No entanto vários foram os investigadores que se debruçaram sobre o modo como avaliar a inteligência emocional assente na forma como as pessoas lidam com as suas emoções.

Sobretudo após os estudos de Mayer e Salovey (1995), a emoção e a razão foram consideradas imprescindíveis ao desenvolvimento pessoal e profissional de cada pessoa, onde se passou a considerar a inteligência emocional, como sendo o intercâmbio entre as emoções e as cognições. As emoções tornam a pessoa mais inteligente e a cognição auxilia a pessoa a pensar as suas emoções.

Segundo Salovey e Mayer (1990), a inteligência emocional é o modo que cada pessoa possui para gerir as suas emoções e as emoções dos outros. Sendo a capacidade de identificar, interpretar e aceitar as suas emoções e das outras pessoas, para em seguida as

utilizar como mais valia, numa forma de gestão dessas mesmas emoções. Assim a pessoa emocionalmente inteligente sabe aceitar as emoções dos outros e também as suas, usa-as de uma forma positiva, relacionando-as com as vivências diárias, retirando mais valia de todos os momentos de interacção.

A inteligência emocional aprende-se e desenvolve-se ao longo da vida, no entanto parece também existir uma certa predisposição genética para o desenvolvimento das suas competências, uma vez que as emoções são impulsos que nos levam à acção, em todas as circunstâncias da vida, Goleman (1995). É a capacidade de identificar, perceber e utilizar as emoções em prol da interacção. É também a capacidade de a pessoa se motivar a si própria e gerir as suas emoções.

Para Tapia (2001), inteligência emocional é a capacidade de compreender e gerar emoções para auxiliar o pensamento, levando a um crescimento e desenvolvimento emocional e intelectual, existindo uma interligação entre inteligência e emoções, pois as emoções promovem os pensamentos inteligentes tornando-as pessoas que pensam inteligentemente sobre as emoções, ou seja emocionalmente inteligentes.

Digamos que a inteligência emocional é a capacidade de relacionamento entre a razão e a emoção, tornando a pessoa mais sociável, com atitudes assertivas no relacionamento com os outros, tirando partido de cada situação, realçando sempre os pontos positivos e servindo-se das situações menos agradáveis para as transformar em situações de aprendizagem e desenvolvimento (Cunha & Rego, 2002).

Para Goleman, Boyatzis e Mckee (2002), a inteligência emocional é a capacidade da pessoa em lidar com as emoções, é um equilíbrio de acções assertivas.

A aprendizagem é facilitada pela interacção pessoal, uma vez que as pessoas têm tendência em imitar as atitudes, as expressões faciais, os movimentos e postura das pessoas mais próximas, o que significa que quando se relaciona com pessoas emocionalmente inteligentes poderá ser contagiada pelas suas atitudes. A pessoa emocionalmente inteligente gera nos outros comportamentos e atitudes assertivas.

Para Cunha e Rego (2002), as emoções levam as pessoas a ter pensamentos inteligentes e estes por sua vez ajudam-na a utilizar as emoções de uma forma assertiva,

levando a pessoa a melhorar o seu desempenho, profissional ou simplesmente nas relações interpessoais do dia–a–dia.

A inteligência emocional é também explicada de uma forma orgânica e hormonal com a libertação de neurotransmissores do sistema límbico, mas para além destes processos fisiológicos é necessário existir na pessoa a vontade de mudar, de alterar comportamentos menos correctos.

2.2 - FISIOLOGIA DAS EMOÇÕES

As emoções são processos que têm uma base biológica, mais propriamente de origem cerebral e hormonal, embora exista uma aprendizagem que pode interferir na sua manifestação. Daí a grande importância em a pessoa conhecer e gerir as suas próprias emoções (Damásio, 2000).

Os estudos efectuados à componente emocional do cérebro revelam a existência de circuitos que influenciam o comportamento. As vivências da infância podem determinar certos comportamentos, tais como a ira , o medo e a alegria (Goleman, 1995).

Cada emoção que encontra no corpo humano a sua resposta fisiológica é produzida nas diferentes áreas do cérebro (Damásio, 2000):

- A ira em que o sangue se concentra nas mãos o que leva a pessoa a agarrar em objectos, o ritmo cardíaco aumenta assim como a adrenalina, o que prepara a pessoa para uma actividade forte, de grande concentração de energia (Goleman, 2000).

- Quando surgem situações em que as pessoas sentem medo, acontece uma chamada de sangue e glicose aos músculos, principalmente aos dos membros inferiores, o que possibilita e facilita a fuga, podendo a pessoa sentir frio e ficar pálida, uma vez que existe uma concentração de sangue apenas numa pequena parte do corpo. Simultaneamente acontece como que uma paralisia, talvez para dar tempo à pessoa para reflectir acerca da situação em causa acompanhada por uma produção hormonal que prepara o corpo para a acção, mantendo-o em alerta (Damásio, 2000).

- Pelo contrário, em situações de bem estar, acontecem reacções fisiológicas especificas no cérebro, onde existe um centro que quando entra em actividade inibe os

sentimentos negativos e de preocupação, facilitando um aumento de energia, fazendo um relaxamento geral do corpo**.**

- Quando o parassimpático é estimulado há todo um clima propício ao amor, bem estar e sentimento de ternura.

- O simples arquear das sobrancelhas que traduz uma sensação de surpresa, leva a um aumento do campo visual, pela maior quantidade de luz que entra na retina, o que leva a pessoa a perceber mais facilmente o acontecimento que tem à sua frente, auxiliando-a na elaboração do plano de acção a prosseguir.

- A tristeza também tem uma função que é preparar a pessoa para a perda de algo que lhe é significativo, o que leva a uma quebra de energia, diminuindo também o metabolismo corporal, o que facilita o choro, a introspecção, a reflexão e o pensamento de novas acções, que levarão a pessoa a refazer o seu estado normal, de equilíbrio emocional (Goleman, 2002; Damásio, 2000).

Damásio (2000), classifica a alegria, a tristeza e o medo, como emoções primárias e chama de emoções secundárias ou sociais à vergonha, ao ciúme e à culpa. Ao bem ou mal estar, à calma e à agitação denomina de emoções de fundo.

As emoções, após serem induzidas no sistema nervoso central, produzem, através de produtos hormonais, alterações nas vísceras, nos músculos e consequentemente nos membros.

Segundo o mesmo autor, todas as emoções com as suas correspondentes biológicas são influenciados pela experiência de vida, condicionada pela cultura vigente da sociedade, através dos seus valores e crenças, o modo como a pessoa age e sente cada situação, assim como as relações entre as pessoas e até mesmo os laços familiares. As emoções, para além de serem traduzidas por atitudes, são também manifestadas por estados corporais, tais como a postura que a pessoa adopta, os movimentos oculares e contracturas musculares.

Existe uma relação constante de equilíbrio entre o emocional e racional na mente, de modo que quanto maior é o sentimento, maior é o domínio da mente emocional sobre a mente racional.

É este equilíbrio que torna as pessoas emocionalmente inteligentes, em que a mente emocional nutre a mente racional de “ boas práticas “ de “ bom senso “ e esta por sua vez torna-se uma espécie de controlo à mente emocional.

Sob o ponto de vista fisiológico as duas mentes são faculdades interdependentes, com circuitos distintos e interligados no cérebro humano, que tende para uma situação de equilíbrio, podendo por vezes entrar em situações de conflito (Goleman, 2002).

O tronco cerebral, o córtex cerebral ou neocortex e o hipotálamo são as zonas do cérebro onde são produzidas a maior parte das emoções, o mesmo acontecendo com a amígdala. Os centros emocionais derivam do tronco cerebral, onde as emoções têm aí a sua representação (Damásio, 2000). Foi a partir destes centros emocionais que se desenvolveu o cérebro pensante ou neocórtex, o que denota a importância da relação entre o pensamento e o sentimento.

O sistema límbico é a área do cérebro que circunda o tronco cerebral, chamado também de cérebro emocional, porque é aqui que se regulam as emoções (Goleman, Boytzis & Mckee 2002). Cabe ao sistema límbico a aprendizagem e a memória do ser humano.

O neocórtex, que é a sede do pensamento, é a parte do cérebro que ajuda a definir as estratégias e os planos de acção, a longo prazo, desenvolvendo a complexidade emocional, (Goleman, 1995).

A combinação do neocórtex com o sistema límbico é que proporciona as relações intensas e duradouras entre as pessoas significativas para cada um.

Cabe também ao neocórtex a responsabilidade pela complexidade da vida emocional, no entanto em casos de emergência é ao sistema límbico que cabe a responsabilidade dos actos.

O córtex cerebral é a estrutura responsável pelo processo de aprendizagem e memorização do ser humano.

Por vezes são tomadas atitudes menos assertivas que mais tarde a pessoa reconhece não saber como tomou tal decisão, a este acto Goleman (2002) chama de "sequestro" e é uma actividade de origem na amígdala, que se situa no sistema límbico.

O mesmo acontece quando a pessoa está perante uma situação emocionalmente forte e perde a consciência dos actos.

A amígdala que faz parte do sistema límbico, como foi referido, está relacionada com as emoções, é constituída por um conjunto de estruturas interligadas, em forma de amêndoa que se encontra por cima do tronco cerebral, perto da ala inferior do anel límbico,

sendo em número de duas, uma de cada lado do cérebro, na zona dos lóbulos temporais (Damásio, 2000).

Quando a amígdala é retirada ao cérebro, este deixa de usufruir da capacidade emocional chamando o autor Goleman (2002) de " cegueira afectiva ", a pessoa perde o interesse emocional pelos outros, preferindo a solidão à interacção, deixando de perceber quais as pessoas que lhe são significativas, não experimenta sensações nem sentimentos.

A amígdala é por assim dizer o centro da memória emocional, pois para além dos afectos é também dela que dependem as paixões.

As lágrimas, sinal de emoção humana são activadas pela amígdala e por outra estrutura que lhe fica próxima o "gyrus singulado".

Quando uma pessoa está a chorar se for abraçada ou acariciada, isto representa um estimulo de acalmia para o cérebro, pondo fim ao choro. Sem a amígdala, o choro não era possível, sendo também responsável pelas expressões de medo (Damásio, 2000), assim pode-se dizer que ela assume o controlo das atitudes, enquanto o neocórtex ou cérebro pensante se prepara para tomar uma decisão, sendo este intercâmbio, segundo Goleman (2002), o verdadeiro cerne da inteligência emocional.

Em ocasiões em que o impulso se sobrepõe à razão, o papel da amígdala é preponderante.

Os sinais externos captados pelos órgãos dos sentidos, são analisados pela amígdala de modo a identificar os pontos de conflito, o que lhe confere uma posição de poder na vida mental, tornando-a numa espécie de " sentinela psicológica ". Quando a situação desencadeia uma sensação desagradável de risco a amígdala reage enviando uma mensagem de alerta a todas as partes do cérebro, desencadeando a secreção de hormonas, nomeadamente a adrenalina, activando o sistema cardiovascular, músculos e intestinos.

É enviado um outro sinal ao tronco cerebral para dar ao rosto uma expressão de medo, acelerar o ritmo cardíaco, aumentar a tensão arterial, isto também como consequência da adrenalina e diminuir a respiração por forma a poupar a energia e a concentra-la nas actividades de luta. Em simultâneo os sistemas de memória cortical são interpolados no sentido de pesquisar qualquer conhecimento prévio do pensamento para a situação de emergência.

Por outro lado, outros circuitos que partem da amígdala, aceleram a produção de outra hormona a noradrenalina pondo o sistema cerebral em estado de alerta.

A extensa rede de ligações neuronais da amígdala, permite-lhe durante a emergência emocional, controlar e dirigir o cérebro, inclusive a mente racional.

Os sinais sensoriais chegam ao cérebro através do tálamo e em seguida são transmitidas à amígdala por uma única sinapse, ou seja estimulo nervoso, sendo o tálamo o responsável pelo envio ao neocórtex. O que leva a amígdala a responder primeiro do que este, ficando deste modo explicada a sobreposição do poder da emoção ao poder da razão.

A ligação entre o tálamo e a amígdala é feita por um grupo de neurónios, o que lhe permite receber mensagens directas dos órgãos dos sentidos, sem que estas tenham sido percepcionadas pelo neocórtex, embora a amigdala esteja preparada para dar uma resposta mais elaborada, o que se pode concluir sob o ponto de vista anatómico, que o sistema emocional pode funcionar independentemente do neocórtex.

A amígdala possui também a particularidade de guardar recordações o que permite agir em certas situações sem que a pessoa se aperceba, não tendo consciência delas, ou seja sem grande elaboração de resposta.

Quando se vê algo pela primeira vez, para além de identificar a sua existência a pessoa tem a sensação se gosta ou não, são as emoções que emitem a sua " opinião ", onde o hipocampo contribui para uma memória de contexto, que depois a amígdala lhe dá o carisma emocional (Goleman, 2002).

Na fisiologia das emoções, a nível do hipotálamo e tronco cerebral são produzidos neurotransmissores, que irão actuar noutras partes do cérebro provocando sinapses, ou seja transmissão neurológica, dai a razão de Damásio (2000), quando afirma que as emoções fazem parte dos mecanismos de sobrevivência da pessoa.

As hormonas que referidas anteriormente ajudam a gravar o acontecimento na memória, são segregadas pelas glândulas supra-renais e estimulam também o nervo vago que transmite à amígdala e ao cérebro a necessidade de gravar o acontecimento, principalmente se este tem uma carga emocional considerável.

Pode-se dizer que as emoções têm por base uma resposta hormonal e neurológica, que contribuem também para o equilíbrio homeostático do organismo (Damásio, 2000).

No cérebro existem dois sistemas de memória, um para factos normais, outro para factos emocionalmente relevantes.

As mensagens enviadas pela amígdala por vezes são um pouco desactualizadas, ou mesmo desajustadas, uma vez que a sua resposta é baseada numa experiência anterior, como se tratasse de um método associativo. Sempre que se encontra uma situação semelhante ao passado, reage do mesmo modo, em grande variedade de situações, reportando-se muitas vezes a experiências adquiridas na infância. Daí a grande importância dada a esta fase da vida, principalmente quando se trata de experiências negativas, porque no que diz respeito à memória, a amígdala e o hipocampo trabalham em simultâneo, embora cada um armazene e recupere a sua própria informação.

È nesta fase da vida que a interacção, principalmente com as pessoas significativas, cria laços e lições emocionais, tendo por base a harmonia e os percalços dessa interacção, o que por vezes em adulto justifica algumas explosões emocionais (Goleman, 2002).

As áreas pré-frontais são as responsáveis pela regulação emocional, uma vez que a maior parte dos impulsos que saem do tálamo vão para o neocórtex e apenas uma pequena parte para a amígdala. Nos lóbulos pré-frontais são organizadas as respostas incluindo as emocionais, sendo previamente analisada a informação no neocórtex.

Se no decurso do acto é necessário uma resposta emocional, os lóbulos pré-frontais fazem-no em intercâmbio e sintonia com a amígdala. Assim quando uma emoção é desenvolvida, aqueles encarregam-se de escolher qual a resposta adequada.

O neocórtex actua em todas as situações de tristeza, de felicidade ou mesmo em situações de briga e, à semelhança do que acontece com a amígdala, quando os lóbulos pré-frontais não estão a funcionar, a vida emocional desaparece.

O lóbulo pré-frontal esquerdo é responsável pelas emoções agradáveis e o direito pelos pensamentos negativos, controlando-se um ao outro, que, juntamente com a amígdala, que funciona em situações de emergência, conduzem a pessoa em todos os actos da vida.

Existem intercâmbios necessários entre diversas estruturas que são indispensáveis ao desenvolvimento harmonioso do ser humano, tais como entre a amígdala e o neocórtex, entre o pensamento e o sentimento. No fundo, todos significam o mesmo, embora com linguagem distinta, sendo a emoção fundamental para o pensamento eficaz, no que diz respeito à tomada de decisões, como nas atitudes assertivas do dia-a-dia, pois é também atribuído ao córtex pré-frontal a responsabilidade pela memória do trabalho. Os circuitos que ligam este ao cérebro límbico explicam como as emoções influenciam o rendimento

profissional do indivíduo, a sua capacidade de concentração, uma vez que as emoções também interferem nos circuitos cerebrais (Damásio, 2000). Daí ouvir-se com frequência que a pessoa quando está ansiosa ou triste não consegue concentrar-se na sua actividade, o mesmo acontecendo com as crianças com baixo rendimento escolar. Muitas vezes são situações de muita ansiedade ou nervosismo que as impede de se concentrarem nas tarefas escolares (Goleman, 2002).

Como foi referido anteriormente, a aprendizagem emocional ajuda a pessoa a tomar decisões na vida, pois o cérebro emocional está tão envolvido no raciocínio como o cérebro racional, tendo as emoções uma importância crucial no que respeita à racionalidade, e vice-versa. O cérebro racional desempenha também um papel crucial nas emoções, existindo uma situação de mais valia para a pessoa quando existe interacção entre o sistema límbico e o neocórtex, aumentando a inteligência emocional e a capacidade intelectual (Goleman, 2002).

2.3 - DIMENSÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

São várias as classificações das dimensões da inteligência emocional. Por exemplo, Salovey e Mayer (1990) sugerem cinco domínios:

A "**auto-consciência"** é a capacidade da pessoa em reconhecer os seus próprios sentimentos, tirando partido deles em seu proveito e em proveito dos outros, o que a ajuda a tomar as atitudes mais assertivas durante a sua vida..

"**Gerir as emoções"** é a capacidade de a pessoa controlar as suas emoções, de fomentar a tranquilidade, afastando a ansiedade, a tristeza e a irritabilidade.

"**Motivar-se a si mesmo",** significa colocar as emoções ao serviço da criatividade, motivar-se com as pequenas coisas do dia-a-dia. A pessoa com esta característica visa a competência e a produtividade, pretende atingir os seus objectivos e os das instituições com as quais colabora, por outro lado cria à sua volta um ambiente saudável que visa a qualidade.

"Reconhecer as emoções dos outros" é uma dimensão relacionada com a consciência social. Pode ser considerada como empatia e está também relacionada com a

auto-consciência. As pessoas, com elevada orientação nesta dimensão, percebem facilmente as emoções dos outros e ajudam-nas a tirar proveito de cada situação, mesmo que muito negativa ela pareça.

Estas pessoas dão contributos importantes em profissões que exigem uma interacção forte e constante com os outros, como a gestão, o ensino e os cuidados de saúde.

"**Gerir relacionamentos"** é uma aptidão que devem possuir as pessoas que lideram outras, de modo a saber compreender as suas atitudes, aspirações e anseios e a torná-las produtivas tanto na vida pessoal como na profissional. Esta capacidade auxilia na gestão de conflitos, facilita o trabalho em equipa e a liderança.

Goleman, Boyatzis e Mckee (2002) propuseram outra classificação:

- Auto-consciência;
- Auto-domínio;
- Consciência social;
- Gestão das relações.

A **autconsciência** é considerada a grande base da inteligência emocional, uma vez que constitui a essência das outras dimensões.

Ser auto-consciente é ter a consciência dos próprios sentimentos na altura da sua ocorrência e identificar o seu impacto, na interacção com os outros. É ter a consciência daquilo que a pessoa está a sentir em cada emoção, em cada momento. É uma espécie de equivalente do aforismo de Sócrates " Conhece-te a ti mesmo".

A pessoa com esta característica sabe reconhecer as suas emoções, seus limites e possibilidades, (Goleman, 1995).

Segundo Goleman (2002), os psicólogos chamam à consciência das emoções, metacognição onde a mente observa e investiga as experiências emocionais.

A auto-consciência é uma dimensão das competências pessoais, em que a pessoa conhece as suas emoções, sabe quais são as suas capacidades e os seus limites. A auto-consciência leva a pessoa à empatia e ao auto-domínio.

O **auto-domínio** é a capacidade de regular as emoções da própria pessoa, sendo necessário como um «tempero» para a vida. Quando fogem ao controlo, as emoções

tornam-se patológicas. Controlar as emoções é pois uma questão crucial no equilíbrio emocional, sendo a relação de emoções positivas e negativas que determina o bem estar do ser humano, mas este é um trabalho constante, pois grande parte da actividade de lazer é uma forma de controlar o estado de espírito. Como diz Goleman (2002, p. 77) " A arte de nos acalmarmos a nós mesmos é uma habilidade fundamental da vida."

A pessoa com auto-domínio está bem consigo própria, conhece-se a si mesma e percebe a forma como as emoções interferem na interacção com os outros, identifica os sinais de tensão nervosa, procura as suas causas e influencia positivamente. É uma pessoa com motivação, valores, objectivos e sonhos, actuando em concordância com estes princípios, sentindo-se estimulada pelo exercício profissional e pessoal do dia-a-dia.

A auto-reflexão acerca das actividades de vida diária é uma competência que os autores inserem no auto-domínio.

Associada a esta capacidade pode estar a capacidade de auto-avaliação em que a pessoa para além de reconhecer os seus pontos fracos e os pontos fortes, aceita as críticas dos outros de modo a melhorar a sua actuação e mantém uma abertura para novas situações de aprendizagem, principalmente quando é confrontada com situações que exigem mudança nas suas atitudes.

Outra competência inserida na dimensão auto-domínio é a auto-confiança, significa que quando a pessoa é confrontado com situações difíceis não vacila, vai em frente, toma a dianteira.

A auto-gestão é outra competência que os autores incluiem na dimensão auto-domínio. É a capacidade da pessoa em controlar as suas emoções, sabendo-as gerir de modo a tirar o máximo proveito de cada situação, seja ela de tensão ou de crise, orientando as energias de uma forma positiva.

Promove a transparência, onde o respeito pelos sentimentos dos outros é uma constante. A integridade é também uma consequência desta característica em que cada pessoa vive de acordo com os seus valores e princípios.

A pessoa com transparência é coerente com os seus valores, aceita e respeita os valores e crenças dos outros, o que a leva a encarar os problemas com seriedade, demonstrando ser uma pessoa honesta, integra e de confiança, com capacidade de

adaptação. São pessoas com grande flexibilidade, adaptando-se com facilidade à mudança e têm grande capacidade para lidar com situações ambíguas existentes em qualquer momento da vida.

A capacidade de realização é outra competência desta dimensão. As pessoas com esta competência visam a excelência querendo sempre melhorar o seu desempenho e as suas características pessoais. São ambiciosas, no sentido positivo de querer aprender sempre mais, gostam de cumprir com os seus objectivos e com os objectivos da organização onde estão inseridas. Aderem facilmente aos processos contínuos de melhoria, mas esta ambição não é desmedida, identificam os riscos, seleccionam as estratégias e acções a desenvolver de modo a viabilizar os objectivos pretendidos.

São pessoas com grande capacidade de iniciativa, estão disponíveis para qualquer desafio que lhes seja proposto, com grande sentido de eficácia.

A consciência social representa uma espécie de solidariedade com os sentimentos dos outros numa partilha constante, sendo a empatia a capacidade de conhecer, compreender e de respeitar os sentimentos dos outros sabendo-os conduzir para o crescimento e desenvolvimento da pessoa (Goleman, 1995)

Nos Enfermeiros a empatia é uma ferramenta crucial na arte do cuidar, uma vez que promove a interacção, facilitando o diagnóstico de determinadas situações.

Goleman, Boyatzis e Mckee (2002) referem-se à empatia como uma característica que pode gerar satisfação nas pessoas com quem se interage, pois significa o respeito pelas emoções dos outros.

O espírito de serviço é uma consequência da consciência organizacional e social que leva a pessoa a auto-motivar-se e preocupar-se com as necessidades e expectativas dos seus clientes.

A última dimensão descrita é a **gestão das relações** que assume uma importância capital na vida de um gestor, obriga-o a orientar as pessoas da organização no sentido dos seus objectivos, de modo a concretizar o seu projecto. É também fulcral na prestação dos cuidados de saúde. As tecnologias, apesar do auxilio que prestam, obrigam a uma maior interacção quer entre os técnicos de saúde, quer mesmo com o cliente, no sentido da maximização e eficácia destes recursos.

A capacidade de influência como competência desta dimensão leva as pessoas a uma partilha e consequente desenvolvimento pessoal e organizacional quando se trata dos momentos de interacção.

Por vezes nas organizações surgem situações de conflito em que é necessário a capacidade de gestão das relações, principalmente por parte de quem assume o papel de liderança, de modo a retirar o proveito máximo de cada situação, sem prejuízo para ninguém, mas antes em que todos saem ganhadores transformando a situação em momento de enriquecimento e desenvolvimento, criando laços e aumentando a interacção entre as pessoas que interagem no dia à dia, através do espírito de equipa e colaboração, (Goleman, Boyatzis & Mckee, 2002). Também no cuidar, acto por eleição da enfermagem, torna-se imperiosa uma gestão de conflitos adequada a cada situação, de modo a retirar mais valias para o cliente, para o serviço e para a organização.

Também Mayer et al (2000) se debruçaram sobre esta temática e numa das escalas que apresentam para medir a inteligência emocional, são identificadas quatro dimensões:

- Auto-consciência;
- Auto-controlo;
- Consciência social;
- Habilidades sociais.

Na primeira estão contempladas competências na área da tomada de consciência das próprias emoções, em que a pessoa para além de conhecer as suas emoções tem um controlo sobre elas, na medida em que exerce sobre si mesmo uma avaliação constante dessas mesmas emoções, o que lhe garante auto confiança.

Para o **auto-controlo** são relatadas competências como iniciativa, em que a pessoa exerce sobre si e as suas emoções um controlo de modo a retirar dai mais valia para o seu desenvolvimento pessoal e para a sua vida relacional.

Na **consciência social** são dadas como competências a empatia, capacidade de organização, de compreender os sentimentos dos outros.

Como **habilidades sociais** são apontadas competências no sentido da liderança, de saber levar os outros a desenvolver as suas capacidades pessoais e de trabalho. São pessoas

que conseguem influenciar os outros de modo positivo por forma a demonstrar-lhes quais os objectivos que devem seguir, conseguindo envolve-los no projecto de uma organização, mesmo que isso implique alguma mudança de atitudes e/ou processos. As pessoas com esta característica sabem gerir conflitos de modo que ambas as partes saiam ganhadoras, acrescentando valor para a organização, que é por excelência um local onde ocorrem situações de crise, uma vez que existe uma constante interacção.

Quadro 1.1 – Algumas classificações das dimensões da inteligência emocional

Autores / Competências	Salovey & Mayer (1990)	Goleman, Boyatzis & Mckee (2002)	Mayer et al (2000)
Individuais	Auto-consciência Gerir as emoções Motivar-se a si mesmo	Auto-consciência Auto-domínio	Auto-consciência Auto-controlo Motivação
Sociais	Reconhecer as emoções dos outros Gerir relacionamentos	Consciência social Gestão das relações	Consciência social Habilidades sociais

2.4 - MANIFESTAÇÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

2.4.1 - Manifestações pessoais

As pessoas emocionalmente inteligentes são aquelas que conhecem as suas próprias emoções e também as que conseguem compreender e respeitar as emoções dos outros, servindo-se delas para produzir mais valia, tanto para si próprio como para os outros (Tapia, 2001).

Segundo Goleman, Boyatzis e Mckee (2002), a pessoa considerada emocionalmente inteligente, sabe gerir as suas emoções, não toma atitudes impulsivas, trabalha as suas emoções de modo a produzir mais valia para si e para as pessoas que a rodeiam. São pessoas atentas aos processos de mudança, de forma a respeitar as emoções dos outros.

A pessoa emocionalmente inteligente sabe trabalhar as suas emoções de modo a utilizá-las no momento oportuno (Damásio, 2000).

Nos dias de hoje, com a grande variedade de solicitações que a sociedade impõe, o auto-domínio é crucial na saúde mental do indivíduo (Goleman, 2002).

Segundo Damásio (2000), o conhecimento das próprias emoções é de bastante utilidade para a pessoa, uma vez que estas são facilmente percepcionáveis pelos outros, daí a sua grande importância na vida de interacção com a tomada de atitudes assertivas.

No caso concreto dos Enfermeiros, Martins et al (2003), defendem que a auto-consciência, o auto-controlo das emoções e a empatia são capacidades que estes devem desenvolver, uma vez que a interacção é uma constante na sua actividade profissional.

O saber ouvir é também uma característica da pessoa emocionalmente inteligente, segundo Cunha e Rego (2002), sendo importante na actividade dos Enfermeiros (Martins et al (2003).

A pessoa possuidora da característica auto-consciência, percebe como as emoções interferem na actividade profissional e em toda a vida de relação. É uma pessoa com grande auto-confiança, sentido de auto-crítica, existindo coerência entre as suas palavras e os seus actos (Strichland, 2000). Não é excessivamente crítica, tenta perceber o que está a acontecer ao seu redor (Goleman, Boyatzis & Mckee, 2002).

Uma pessoa emocionalmente inteligente é capaz de se motivar a si própria, controla os seus impulsos, é empática e com esperança.

Segundo Goleman, Boyatzis e Mckee (2002); Salovey e Mayer (1990); Wong e Law (2002) a interacção entre inteligência emocional e QI conduzem mais facilmente a pessoa ao sucesso, tanto pessoal como profissional.

O QI e o QE não são competências antagónicas. Antes pelo contrário, podem completarem-se e ambas tornarem a pessoa inteligente, produtiva e com grandes qualidades na interacção pessoal.

O QI é necessário que exista para que a pessoa seja capaz de desenvolver competências na área da inteligência emocional, uma vez que esta apesar de ter uma componente fortemente biológica, necessita de uma aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida da pessoa.

Um individuo com um forte QI, mas sem inteligência emocional, apesar de ter grandes capacidades intelectuais seria uma pessoa demasiado ambiciosa, com grande produtividade, mas essa produtividade seria apenas para proveito próprio, apenas para auto-promoção, não se preocuparia com os outros. Pelo contrário um Homem emocionalmente inteligente é uma pessoa alegre, extrovertida, preocupa-se com os outros e tem uma interacção relevante, pois é compreensivo, empático, com uma vida emocional fértil, está de bem consigo próprio e com os outros. No entanto necessita associar ao seu QE, os requisitos intelectuais que o ajudarão a identificar e a compreender as suas emoções (Goleman, 1995).

Para Rego e Fernandes (2005), o intercâmbio entre inteligência emocional e QI leva a pessoa ao sucesso tanto profissional como na sua vida de relação com os outros.

2.4.2 - Manifestações organizacionais e na liderança

A inteligência emocional é igualmente relevante para o funcionamento das organizações. Tem sido estudada em vários domínios, incluindo o da liderança. A inteligência emocional dos lideres marca a diferença, no que diz respeito à consciência social, que será uma ferramenta importante para motivar as pessoas que o rodeiam. O mesmo se passa na gestão de conflitos, uma vez que o auto-domínio tem aí um papel preponderante.

Goleman, et al (2002), referem que grande percentagem do sucesso de uma organização depende da inteligência emocional do seu líder.

O líder emocionalmente inteligente sabe cativar as pessoas que consigo colaboram, respeita as suas emoções, lida com situações críticas de modo a retirar mais valias, tanto pessoais, como para a organização.

Wong e Law (2002) descrevem que a inteligência emocional dos lideres está correlacionada com o desempenho e satisfação dos seus colaboradores.

Segundo Strichland (2000), a boa actuação dos gestores está directamente relacionada com os resultados da sua organização, assim como o aumento da rentabilidade, associada a baixos custos e à retenção de clientes.

A pessoa emocionalmente inteligente consegue bons resultados, dentro das organizações, porque contribui para um elevado estado de espírito das pessoas com quem interage, aumentando a motivação, o que resulta numa elevada cooperação e enriquecimento pessoal e profissional.

Para o mesmo autor, as organizações de saúde, na sua maioria, encontram-se em estado caótico, sendo uma das razões o não envolvimento dos seus profissionais nos processos de mudança, acabando por ser os eternos desconhecidos nesse processo. Por tal razão não é de estranhar a baixa produtividade, a ausência de interacção, o que leva a um descontrolo orçamental e a um colapso das estruturas.

As pessoas que ocupam lugares de gestão nas organizações devem possuir técnicas e instrumentos que os auxiliem no processo de mudança, assim como devem saber utilizar cada situação, para proveito da organização, pondo em acção a sua experiência e a sua inteligência emocional.

Só as técnicas não bastam para o sucesso, é necessário outras capacidades diferenciadas, tal como refere Strichland (2000), quando explica um ensinamento de Goleman em que este considera que uma pessoa com quociente de inteligência elevado e um leque alargado de técnicas será uma pessoa limitada que dificilmente atingirá o sucesso, se não possuir inteligência emocional.

Para Strichland (2000), a pessoa emocionalmente inteligente procura o sucesso, não para seu bel-prazer, mas sim pelo brio profissional e pessoal, porque aquilo que faz, fá-lo numa entrega total. São pessoas enérgicas e criativas, pioneiras na tomada de decisões, não deixam que os problemas se arrastem, procuram novos desafios, são exigentes consigo próprias, tendo sempre cuidado com o modo como avaliam as outras pessoas e as suas atitudes.

O autor dá o exemplo de um serviço de saúde , em que a Enfermeira Directora e a Enfermeira chefe reúnem periodicamente com os seus Enfermeiros, solicitando as suas

opiniões acerca da sua actuação e dos pontos a modificar, traçando um plano de actuação que é revisto de quatro em quatro anos, o que tem dado frutos. A equipa está motivada, com alta produtividade e com uma actuação de qualidade.

Quando se trata de pessoas que executam funções de coordenação ou liderança, as características da inteligência emocional tornam-se uma ferramenta de sucesso. Assim o líder empático é uma pessoa importante no desenvolvimento da organização, porque consegue perceber as angústias, motivações e anseios dos seus colaboradores, o que leva a uma grande aproximação entre as pessoas, com uma forte interacção, existindo um feed back em que todos são cúmplices nas actividades da organização.

O exemplo dado pelo autor em questão é o de um gestor a quem foi dada uma tarefa difícil de unir duas equipas de empresas diferentes, que sofreram uma fusão. Este objectivo foi concretizado através do diálogo entre as pessoas dos dois grupos rivais e da definição de objectivos comuns.

Outro exemplo dado pelo mesmo autor é o caso das organizações de saúde em Inglaterra, que aspiram a ter êxito e competitividade, mas para tal terão de apostar nos líderes emocionalmente inteligentes.

A transformação exigida é tão profunda que não é possível que aconteça ao acaso. Assim, Enfermeiros, Médicos e Gestores são impulsionados a relacionar-se com pessoas que até aí eram consideradas estranhas ou rivais à sua organização, o que os obriga a uma redefinição da sua cultura organizacional e até mesmo de algumas competências profissionais.

O líder deve compreender que pode encontrar pessoas desmotivadas sendo necessário fornecer as ferramentas, a experiência, e o tempo necessário para a concretização dos objectivos propostos, de modo a apostar na aprendizagem, no sucesso e na melhoria contínua. O que exigirá do líder um quociente emocional considerável, pois pressupõe um processo de mudança organizacional, que obriga a uma capacidade de empatia e auto-controlo.

O líder deve também possuir uma grande capacidade de auto-regulação, deve permitir que as pessoas reajam à mudança, mantendo-se no entanto um pouco à margem dessas reacções, de forma a analisar cada acto, para controlar e tirar o máximo de proveito

das situações, pois a sua firmeza traduz-se em segurança para os seus colaboradores. Não pode deixar-se invadir pela tristeza, pelo desânimo ou mesmo pela ansiedade.

No entanto, o seu papel não é de "Bombeiro", mas sim aquele que sabe compreender cada atitude, de modo a tirar uma "lição", uma aprendizagem para situações futuras.

Deve permitir às pessoas viverem e expressarem os seus sentimentos sem qualquer pressão ou sentimento de culpa, proporcionando todas as condições para o seu sucesso. As pessoas não resistem à mudança, quando esta é desenvolvida com a cumplicidade de todos.

O autor conclui que às organizações não basta existirem líderes com grande quociente de inteligência e algumas habilitações académicas, estes necessitam de práticas para a auto-avaliação emocional com grande competência e assiduidade.

Ainda segundo Strichland (2000), a pessoa com capacidade empática é perspicaz para detectar situações negativas, clarifica as situações, empenha-se e concentra-se nas emoções dos outros, tentando perceber as suas inquietudes, ambições e talentos, de modo a rentabilizar o maior número de atitudes positivas para a interacção. Olha para cada pessoa como um ser único, relacionando-se com a sua unicidade de modo a dar oportunidades de desenvolvimento às suas capacidades.

Por vezes, certos acontecimentos podem só por si causar ansiedade às pessoas, daí a grande importância da capacidade de auto-domínio do líder, de modo que sinta e deixe transparecer segurança e firmeza para as outras pessoas, e não receio e ansiedade.

Quando o líder não possui esta capacidade, tenta apressar o mais rapidamente as situações que lhe geram ansiedade, o que pode levar a cometer erros, podendo ocorrer o descrédito por parte das outras pessoas. Pode também tentar fugir das situações ou entrar numa situação de ataque pessoal, culpabilizando os outros dos seus insucessos.

A pessoa emocionalmente inteligente está alerta às suas próprias emoções, o que lhe facilita a interpretação das emoções dos outros (Goleman, 1995), uma vez que é necessário conhecer as suas emoções, aprender a geri-las, para que depois o faça com as emoções dos que o rodeiam.

Strichland (2000) dá o exemplo de uma Enfermeira coordenadora que foi mudada de serviço. Quando se deparou com o segundo serviço, teve necessidade de alterar as suas atitudes, que eram consideradas assertivas para o primeiro serviço, mas que se mostravam

completamente desajustadas para este, tendo necessidade de optar por novas estratégias para atingir novamente o sucesso.

Quando o líder possui a capacidade de auto-regulação, é calmo e controlado, as outras pessoas sentem-se à vontade para expor as suas ideias, os seus anseios ou dificuldades, sendo um meio para atingir o sucesso. Quem consegue controlar as suas emoções lida com mais facilidade com as alterações introduzidas nas organizações, aplicando-se intensamente no processo de mudança, canalizando as suas energias para o sucesso do processo.

Nas organizações, um líder que não contenha esta característica torna-se num líder reactivo, que acusa sistematicamente os seus colaboradores quando algo corre mal, o que faz com que exista um clima de culpabilização dentro da organização (Strichland, 2000).

Para Goleman et al (2002) a maior parte das competências de um líder de sucesso são da área emocional.

A justiça e a percepção que as pessoas têm dela são de grande importância na vida das organizações. Colquitt (2001) no seu artigo sobre justiça, escreve que para que um determinado acto seja considerado justo pelas pessoas que fazem parte de uma determinada organização é necessário que todos o percebam como tal e isso depende em grande parte das suas experiências anteriormente vivenciadas.

Como se sabe as questões relacionadas com justiça andam sempre associadas à imagem do líder, numa determinada organização ou serviço, o que poderá influenciar as relações interpessoais, dai a grande importância no desenvolvimento das características da inteligência emocional, por forma ao desenvolvimento de uma cultura organizacional onde a justiça é tida como uma ferramenta de desenvolvimento.

Feldman e Morris (1996) descrevem quatro dimensões em termos do trabalho nas organizações, dimensões essas que poderão relacionar-se com a parte emocional das pessoas e a sua vida de interacção:

1- manifestações frequentes de atitudes assertivas;
2- propensão para fazer cumprir as regras;
3- variedade de emoções;
4- dissonância emocional.

A primeira dimensão deverá ter fortes repercussões a nível organizacional, tanto em termos de organização do trabalho, como a nível individual, das pessoas que fazem parte das organizações.

As duas seguintes características, se estiverem ausentes poderão levar a organização a uma ruptura emocional perdendo a sua homeostasia, o seu equilíbrio dinâmico.

A dissonância emocional, por si só, poderá levar as pessoas a sentirem-se insatisfeitas com a sua actividade profissional, o que leva a uma desmotivação e consequentemente baixa de produtividade e de auto-estima.

Segundo os autores a imagem que a organização passa para a sociedade é aquela que os seus colaboradores transmitem pela sua postura e modo de estar com o mundo e os outros, o que por sua vez é o prenúncio da sua satisfação e realização profissional e também o modo como interagem com os clientes. Para se sentirem bem, terão de sentir que fazem parte da organização, que trabalham todos para a concretização da sua visão, missão e objectivos.

Esta é considerada pelos autores como uma consequência da apresentação de emoções individuais com frequência , que geram satisfação no cliente, levando este e a organização a padronizar atitudes, digamos que amplamente aceitáveis. Assim definiram trabalho emocional como sendo expressões de emoções que ocorrem durante transacções de serviço.

Ainda segundo os autores referidos anteriormente existem emoções que servem de filtro àquelas emoções que são captadas do exterior, de modo que o comportamento do indivíduo seja um comportamento aceitável, o que por vezes pode levar a um conflito de emoções, que só a experiência individual saberá tratar de modo a retirar mais valia de cada situação. Por isso é importante que os colaboradores que trabalham em front-office, sejam emocionalmente inteligentes.

Do mesmo modo pode-se falar das organizações de saúde, em que os clientes vão adquirir um serviço, com certas expectativas do modo como os prestadores (fornecedores) desse serviço o vão abordar, tais como os Enfermeiros que são o alvo deste estudo.

3 – ENFERMAGEM

Enfermagem é uma profissão que sofreu uma forte evolução ao longo dos anos.

Hoje acompanha as tendências de outras profissões ou áreas de actuação que têm em vista a satisfação das necessidades e expectativas dos seus clientes. Como tal, aposta nos processos de melhoria continua da qualidade, através dos métodos aplicados à saúde.

O cuidar é a sua ferramenta de eleição, em que a pessoa é vista como um ser único, num contexto familiar, social e religioso.

3.1 - CIÊNCIA E ARTE

A enfermagem é uma ciência e uma arte. Ciência, na medida em que possui um corpo de conhecimentos próprio, desenvolve os seus métodos de trabalho e utiliza o processo de enfermagem. Arte, valoriza o Homem, situa-o no seu meio e valoriza as suas capacidades. O Enfermeiro consegue elementos do conhecimento, da destreza da interacção, que lhe permitem ajudar a pessoa como ser único. Por outro lado, dá supremacia ao desenvolvimento intelectual e à consolidação do conhecimento científico (Colliére, 1989; Santos, 2004).

Para Hesbeen (2000), a enfermagem é uma arte, porque apesar de se apoiar em conhecimentos científicos de vários ramos da ciência, consegue individualizá-los em cada cuidado praticado, respeitando a individualidade de cada pessoa.

Da sua acção resultam benefícios únicos para cada ser humano, que por sua vez também é ser único.

Vários foram os autores que tentaram definir a enfermagem como profissão autónoma, criando para tal teorias que justificam a sua essência, a sua acção e o seu objectivo. Assim Nancy Roper, referida por Colliére (1989), define os cuidados de enfermagem como sendo um substituto de vida diária da pessoa, quando esta está impedida de o fazer.

Para Colliére (1989), cuidados de enfermagem são todas as actividades de vida diária da pessoa, que ela faria a si própria se tivesse capacidade e conhecimentos para os realizar.

O grande objectivo da enfermagem é promover a recuperação e a manutenção da independência da pessoa, de modo a permitir a satisfação das suas necessidades básicas, tais como as actividades de manutenção das funções vitais, do conforto e da sua auto-estima.

Para tal a enfermagem é constituída por funções independentes, dependentes e interdependentes (Colliére,1989; Germano et al 2003). As funções independentes são aquelas cujo diagnóstico, planeamento, execução e avaliação estão simplesmente a cargo dos Enfermeiros. Por seu lado as funções dependentes necessitam de uma prescrição médica, enquanto as funções interdependentes são decididas pela equipa pluridisciplinar.

Na saúde, dada a complexidade das suas acções, existem muitas actividades que têm de ser planeadas e executadas por pessoas com diferentes formações profissionais, daí a grande importância da existência das equipas pluridisciplinares.

> *"A relação clínica deixou de ser individual para se inserir num universo mais amplo, numa verdadeira equipa prestadora de cuidados diferenciados."* (Serrão & Nunes, 1998; p. 31),

Aquando da relação entre cliente e o Médico, tendo o mesmo significado para o Enfermeiro, que pertence também a essa equipa que presta diferentes cuidados, sejam eles Médicos, Enfermeiros ou técnicos.

Assim, a enfermagem só tem sentido quando existe interacção entre os diferentes elementos destas equipas e os seus clientes.

O exercício profissional está intimamente ligado ao ser humano, que está protegido pela existência dos direitos humanos, que o ajudam a demarcar a sua personalidade e a sua liberdade. Para a sua complementaridade é necessário regularizar a sua actividade profissional por forma a situar e limitar as áreas em que cada profissão se situa, de modo a que todos possam coabitar e complementarem-se, trazendo mais valia para o ser humano e sociedade.

Os Enfermeiros, à semelhança de outras classes profissionais, sentiram a necessidade de redefinir o seu exercício profissional, no sentido da qualidade dos cuidados,

uma vez que foi uma das profissões que mais se desenvolveu nos últimos anos (Germano, et al 2003).

Segundo outros autores como Du Gás, (1978), aos Enfermeiros cabe o papel de prestar cuidados assistenciais curativos, de protecção à pessoa, de educação para a saúde e de advogado do seu cliente, na medida em que zelam pela sua segurança. É também atribuído aos Enfermeiros a coordenação das acções a desenvolver, de modo a produzir satisfação nos seus clientes.

Para o mesmo autor, a essência da enfermagem é a relação de ajuda que se estabelece entre o Enfermeiro e a pessoa ao longo da sua vida, não esquecendo que ele próprio é também uma pessoa, um ser biopsicossocial e religioso.

As pequenas coisas do dia-a-dia da enfermagem é que fazem dela uma verdadeira profissão, é nessas pequenas coisas que entra o cuidar, numa simultaneidade com os seus conhecimentos científicos, uma vez que é uma profissão de actuação no terreno, junto dos seus clientes, extraindo desta relação diária e constante ensinamentos que a tornam mais rica, eficaz e com um lugar bem definido no contexto das outras profissões de saúde.

Nos seus primórdios, a enfermagem não era uma profissão, mas uma prática realizada por mulheres, cujo objectivo era contribuir para o desenrolar de uma vida condigna e lutar contra a morte.

Não existia qualquer preparação científica destas mulheres, era apenas um regime de voluntariado. Assim, os seus cuidados eram denominados de "tomar conta", de modo a manter a vida das pessoas, com o objectivo da sobrevivência do grupo, através da reprodução. Esta actuação assentava em duas orientações:

- O mal - que leva ao mau estar;
- O bem - que faz viver.

O ser realizado por mulheres era devido à sua simbologia, uma vez que estas eram associadas à fecundidade, ao dar a vida. Por tal motivo, realizavam tarefas relacionadas com a vida e também com a morte, uma vez que também faz parte do desenvolvimento da vida. Dai o "tomar conta" de crianças, doentes e moribundos.

O modelo de sociedade cristã incentivava as mulheres a praticar caridade, como sendo uma dádiva ao outro, aos infortúnios. A enfermagem era praticada por mulheres da alta sociedade.

À mulher era-lhe reconhecida sabedoria, uma vez que aprendia a lidar com o seu próprio corpo que passava por várias transformações e também como gestora da sobrevivência, na sua relação com os frutos da terra, transformava-os e racionalizava-os de modo a permitir a subsistência dos que de si dependiam.

Mais tarde, entre o século V e o século XIII, este serviço passou a ser feito pela mulher condenada pela igreja, sendo considerada uma forma de limpar o seu pecado, praticando o bem.

Passadas algumas décadas, começou a ser realizado pela mulher consagrada, a que se dedicava inteiramente a Deus e à pratica do bem ao seu semelhante.

Do inicio do século XX até aos finais dos anos 60, a Enfermeira era considerada a auxiliar do Médico, sendo uma profissão totalmente dependente. Esta imagem surge devido à separação entre a igreja e o Estado, até ao aparecimento de Florence Nightingale, que é considerada a mãe da enfermagem.

Assim, a Enfermeira é aquela que ajuda a cura, que alivia o sofrimento, mas não o sabe prevenir, sendo atribuído a esta prática a simbologia da vocação, daí a sua entrega total à causa do bem-estar do paciente, acompanhada pela obrigação de celibato.

Nightingale defende uma enfermagem profissional com um comportamento ético e científico (Colliére, 1989).

A enfermagem procura na sua actuação técnica, a valorização e emancipação da sua profissão, iniciando-se o ensino de enfermagem, em escolas específicas integradas nos hospitais.

Os primeiros livros de enfermagem foram escritos por Médicos, como se se tratasse de uma delegação de competências. Após a II guerra mundial, passaram a ser escritos pelos Enfermeiros professores, onde surgiram também as primeiras revistas de enfermagem.

Nesta época, tanto o ensino de enfermagem como a sua actuação estavam mais centradas na tarefa e na doença. A pessoa era vista apenas como um órgão ou conjunto de órgãos, que se encontrava com alterações no funcionamento, sendo este modelo de actuação denominado de modelo biomédico (Hesbeen, 2000).

A partir dos anos 70, surge a preocupação com o cuidar da pessoa. A pessoa não é vista como um somatório de órgãos, mas como um ser único que interage com o mundo que a rodeia.

No final dos anos 70 e início de 80, surgem as primeiras investigações na área dos cuidados de enfermagem e realizadas por Enfermeiros, tais como Virgínia Henderson, que definiu as bases científicas para os cuidados de enfermagem, como metodologia de trabalho, através das necessidades humanas básicas. Adaptou o ensino de enfermagem a esta metodologia, a par de outros teóricos que criaram os seus modelos, como Nancy Roper e Dorothe Orem, que desenvolve a teoria do auto-cuidado, em que toda a actividade de enfermagem é desenvolvida no sentido de emancipar o indivíduo o mais rapidamente possível, para executar as suas actividades de vida diária (Colliére, 1989). Estão criados os modelos conceptuais da enfermagem.

A enfermagem adquire a sua identidade através da permanência dos seus cuidados, ajustados às situações mutantes, à individualidade de cada pessoa e às exigências da sociedade.

Assim surge o cuidar, ligado a um plano de cuidados, individualizado, que tem como objectivo a satisfação das necessidades e expectativas do cliente.

3.2 - CUIDAR EM ENFERMAGEM

Para Hesbeen (2000), p. 10 " ...cuidar essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajuda-lo."

Os cuidados serão os actos pelos quais se mantém o corpo nas diferentes fases da vida.

O cuidar é algo que é repensado e planeado de pessoa para pessoa, é individual, pois necessita de acompanhar e respeitar a individualidade de cada um.

No cuidar é dada primazia ao corpo-sujeito, em relação ao corpo-objecto, uma vez que o indivíduo é visto como um todo, na sua complexidade.

Cada reacção ou atitude é analisada com base na sua pluralidade, como ser biopsicossocial e religioso, numa visão holistica do homem, em que todas as áreas

(biológica, psicológica, social ou de relação e religiosa) interagem de modo a traduzir uma resposta, facilitando um diagnóstico eficaz da situação (Hesbeen, 2000).

Outros autores partilham a opinião, o Enfermeiro quando cuida, cuida a pessoa, "...como um todo, na sua estrutura psicossomática, social, cultural, ética e religiosa." (Bernardo,1996; p. 60).

O cliente do mercado cuidados de saúde não é apenas um indivíduo que sofre de uma ou várias afecções físicas, mas sim uma pessoa, que não pode ser reduzida a duas ou três situações particulares e distintas, daí a necessidade de inserir a actuação de enfermagem numa perspectiva do cuidar.

Este cliente não procura só a tecnologia e/ou a competência técnica, mas também e sobretudo o lado humano, amigo e empático, do técnico de saúde (Mezono, 2001).

No cuidar, o Enfermeiro respeita a individualidade do seu cliente, tendo sempre presente a complexidade do ser humano (Carvalho,1996)

Pelo contrário, no tratar, o corpo-objecto é o foco do estudo, em que apenas se dá importância ao órgão em desequilíbrio (Hesbeen, 2000).

A arte do cuidar reside na arte do terapeuta, onde interagem vários saberes, o saber fazer, o saber ser e o saber estar, numa combinação adequada a cada situação. Assim ressalta novamente a ideia do cuidar, como acto singular, para uma pessoa especifica.

Hesbeen (2000) defende que o cuidar é um valor, uma vez que não é possível provar cientificamente este acto, pois é impossível a sua universalização, uma vez que diz respeito a cada pessoa específica, transformando-se numa corrente filosófica, sendo uma espécie de orientação profissional que o Enfermeiro adopta. Entende-se por valor algo que queremos atingir, que desejamos, o que se torna motivante para a realização da actividade de enfermagem.

O cuidar alerta a enfermagem para a necessidade de interagir com outras ciências, de modo a aumentar os seus saberes.

Cabe ao Enfermeiro não a aplicação pura dos seus conhecimentos científicos, mas a transformação destes em actos úteis para a pessoa como ser biopsicossocial e religioso. Para tal é necessário existir um plano individual de cuidados, pois não é possível a aplicação de

somatórios de actos pré concebidos. Cada técnica e cada conhecimento tem de ser sujeito a um trabalho de adaptação para cada situação pessoal.

Contudo, isso não significa que os conhecimentos universais não servem para a enfermagem, antes pelo contrário, ajudam o Enfermeiro a observar, interpretar e resolver a situação da pessoa que se encontra em desequilíbrio.

Se por um lado os cuidados de Enfermagem têm uma base científica, por outro lado existe uma margem de adaptação desses mesmos dados científicos à realidade, uma vez que cada pessoa é um ser único, com características que lhe são muito próprias, o que dá um certo espaço de exploração e inovação por parte de cada Enfermeiro, tendo em conta a pessoa que está a receber esses mesmos cuidados, as suas necessidades, o contexto cultural e a realidade vivida a cada momento (Hesbeen, 2000).

São os Enfermeiros que mais tempo passam com o doente, existindo uma relação privilegiada, tanto em tempo como em proximidade, para transformar os cuidados de enfermagem em cuidar, e cuidar com arte.

Para além de prestar cuidados, o Enfermeiro tem possibilidade de fazer um levantamento exaustivo da situação de cada cliente, percebendo que o que está muitas vezes subjacente a uma afecção física são problemas de outra natureza, tendo ocasião de actuar de modo a resolver o problema de base, facultando uma relação de complementaridade.

Aqui está o cuidar, aquilo que está para além da simples resolução da afecção física, da sintomatologia.

São muitas as vezes em que o Enfermeiro tem necessidade de pedir colaboração a outros técnicos, o que enriquece o seu cuidar, a sua experiência profissional e a sua vivência pessoal.

Para a enfermagem, o indivíduo só atinge o seu bem-estar quando está em equilíbrio, quando se sente realizado e confortável em todas as suas vertentes do "seu ser", biológico, social, psíquico e religioso.

Assim, é possível afirmar que o cuidar é complexo e o acto ou as tarefas são complicadas, devendo existir em cada Enfermeiro uma simbiose perfeita entre o complexo e o complicado.

Os cuidados de enfermagem são a «atenção única» que cada profissional de enfermagem dedica a um indivíduo, família e/ou a um grupo de indivíduos, de modo a procurar soluções para a satisfação das suas necessidades afectadas.

Daqui se depreende que o conteúdo dos cuidados de enfermagem é complexo, não redutível a uma descrição exaustiva. O seu âmbito é muito abrangente, tanto quanto o é a realidade da vida humana nos nossos dias.

O simples acto de auxílio, poderá transformar-se num cuidado de enfermagem, algo que se pratica tendo em vista a satisfação de uma necessidade , tal como Hesbeen, (2000; p. 67), define os cuidados de enfermagem: ... "são a atenção prestada por um Enfermeiro/a a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajuda-los na sua situação.".

Os cuidados de enfermagem levam vantagem sobre a prescrição, na medida em que existe uma continuidade e permanência, assim como uma forte especificidade, o que facilita e proporciona um levantamento exaustivo dos motivos da procura dos cuidados de saúde, por parte do cliente, que muitas vezes não sabe qual o bem que deve adquirir, delegando no Enfermeiro essa opção, sendo esta relação denominada de relação de agência.

A actuação de enfermagem tem como objectivos suavizar, proporcionar conforto e tornar mais calorosas e amenas as situações de crise, daí a grande dificuldade em medir ou quantificar o cuidar e os cuidados de enfermagem, uma vez que cada situação requer uma acção e atitude particular, sendo algo que é sentido pelo cliente dos cuidados de saúde, mas por vezes difícil de expressar (Hesbeen, 2000).

Apesar da actuação da enfermagem visar a satisfação das expectativas e necessidades dos seus clientes, é também sua preocupação tornar a pessoa independente em todas as suas actividades, o mais precocemente possível, limitando todos os estados de dependência.

Porque todo o ser humano vive e morre, os cuidados de enfermagem situam-se neste binómio da natureza. Ao longo da vida, o Homem tem necessidade de recorrer aos cuidados de saúde de um modo não uniforme, mas que está sempre presente. Assim, antes do nascimento, no nascimento, na primeira infância e velhice, são as fases da vida que mais se consome cuidados de saúde.

Os adolescentes e os adultos são os que menos consomem este tipo de serviço, embora com algumas oscilações, devido a situações críticas da vida. Existem dois tipos de cuidados:

- Os cuidados de manutenção,
- Os cuidados de recuperação.

Os primeiros dizem respeito aos cuidados prestados na saúde publica, em que o objectivo é manter ou elevar o nível de saúde da pessoa e a sua qualidade de vida. Os segundos dizem respeito aos cuidados em situações de crise ou doença, de desequilibro, de modo a recuperar o estado de equilíbrio, impedindo a propagação da doença (Colliére, 1998).

Os cuidados de manutenção e os cuidados de recuperação devem estar interligados, por forma a elevar a qualidade de vida das pessoas.

Daí a grande importância do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem na perspectiva do cuidar, uma vez que o Homem é um ser individual, único, que age de um modo muito próprio, exigindo também um relacionamento especifico, mesmo quando se trata de uma relação entre técnico de saúde (prestador / fornecedor de cuidados de saúde) e cliente (doente / utente).

Digamos que o cuidar está intimamente ligado à vida, significando também o respeito pelas crenças e valores dos outros. Tal como diz Santos (2004), cuidar assenta na interacção com os clientes, na sua aceitação como ser diferente e único, com as suas crenças e valores, encontrando-se numa situação vulnerável, quer física quer psiquicamente, o que o torna mais dependente e sensível, daí a importância dada pelos Enfermeiros ás questões éticas que envolvem o cuidar.

3.3 - A ÉTICA DO CUIDAR

Numa profissão como a enfermagem, em que a interacção entre fornecedor de cuidados e cliente é uma constante, as questões éticas assumem uma importância capital. Por outro lado o cuidar, como acto individualizado, necessita da presença constante dos ensinamentos da ética.

O modelo ético do cuidado está associado à existência humana, na relação entre o juízo e a acção, como sendo um conflito entre a moral e a escolha. O cuidado também está associado à relação entre o eu e o outro, numa perspectiva psicológica, através do binómio feminino e masculino.

Assim, o cuidado é um valor interpretado pela expressão feminina e a justiça numa expressão mais masculina (Neves, 1995).

O cuidado deriva da expressão "care" que desenvolve o aspecto moral da relação entre duas pessoas, em que a interacção é uma realidade, respondendo às necessidades da pessoa que recebe o cuidado, de modo que se sinta como pessoa.

Esta análise ética do cuidado, como parte integrante do cuidar, leva-nos à sua essência, a pessoa humana, "O cuidado é personalizado, atende aos valores dos indivíduos envolvidos" Neves (1995; p. 36), porque quem cuida também é uma pessoa. Como alguém dizia, a enfermagem é "Gente que cuida de gente".

A relação entre Enfermeiro e cliente dos cuidados de saúde é uma relação de confiança, de respeito pela pessoa humana, sendo por isso a obrigação do profissional (fornecedor de cuidados) informar e aconselhar acerca do melhor método a adoptar, para a satisfação das suas necessidades humanas básicas.

Mantêm-se a relação de agência, uma vez que o cliente do mercado cuidados de saúde, não tem conhecimentos suficientes que lhe permitam adquirir o produto correcto para a satisfação das suas necessidades, "... assegurar que o tratamento proposto é o mais adequado..." (Serrão & Nunes, 1998; p.31).

Este tipo de relação, chamada de relação de agência pode ser considerada como um "...contrato tácito de prestação de serviços ..."(Serrão & Nunes, 1998, p.32). Como contrato, pressupõe direitos e deveres. Assim, ao fornecedor é exigida competência (técnica, científica e de comunicação), o que pressupõe formação profissional contínua, uma vez que é um campo da ciência que se encontra em constante evolução. A competência profissional é um dever ético.

Por outro lado, o respeito pelas pessoas de outras classes profissionais é também, motivo de compromisso para com os seus clientes.

A defesa da integridade do cliente insere-se no respeito pela individualidade, dignidade e pelos direitos humanos.

A verdade é também um direito que o cliente do mercado cuidados de saúde tem, desde que esteja assegurada a sua integridade psíquica (Serrão & Nunes, 1998). É um princípio que tem de estar presente na actividade de enfermagem.

Importa diferenciar a verdade da veracidade. Verdade é objectiva, a veracidade é a verdade lógica interpretada por cada pessoa, após a recepção dos actos, através dos seus órgãos dos sentidos e depois trabalhada, sendo submetida à interpretação pessoal, que depende das vivências de cada um. No entanto, a veracidade não é ausência de verdade, na medida em que não existe uma forma deliberada de alterar a realidade (Santos, 2004).

Os Enfermeiros como pessoas não fogem a esta realidade, daí o grande esforço na sua formação, em exercitar a congruência entre os seus princípios e os seus actos, quer seja em relação aos seus clientes, aos outros profissionais e mesmo consigo próprio, pois a pessoa só consegue respeitar os outros quando se respeita a si próprio.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados passa pela exercitação deste valor, uma vez que a enfermagem exerce a sua actividade inserida numa equipa multidisciplinar, onde a comunicação é uma ferramenta essencial (Santos, 2004).

Assim, o Enfermeiro tem o dever de comunicar com verdade, o que poderá não ser sinónimo de relatar toda a verdade, mas simplesmente aquilo que lhe pertence interpretar e actuar de acordo com o seu código deontológico. Nunca descurando o respeito pela dignidade e autonomia dos seus clientes, uma vez que estes são co-responsáveis no planeamento dos seus cuidados.

A justiça é outro valor presente na prestação de cuidados de saúde. Uma vez que os recursos são escassos, é necessário distribui-los de uma forma equitativa, sendo denominada de justiça distributiva.

Os cuidados de enfermagem estão inseridos nos recursos de saúde e, como tal, exigem uma gestão adequada, de modo a que sejam prestados os cuidados certos à pessoa que deles necessita, sem desperdício ou prejuízos.

O segredo profissional é considerado igualmente uma regra ética no exercício dos cuidados de saúde, que poderá ser partilhado por pessoas que não fazem parte da equipa de saúde, apenas em circunstâncias justificadas pela lei (Serrão & Nunes, 1998).

O sigilo será o respeito pela autonomia da pessoa, na medida em que é comunicado apenas aos interessados a verdade acerca da situação clínica da pessoa em causa (Santos, 2004).

No que diz respeito à informação, o cliente tem direito à consulta do seu processo clínico, no entanto ficam reservados os registos dos profissionais, uma vez que são considerados como subjectivos, sendo uma interpretação pessoal de determinada situação.

Serrão e Nunes (1998) fazem a distinção entre negligência e acidente profissional, onde o acidente pode ocorrer em qualquer momento, uma vez que o técnico de saúde também é um ser humano e por vezes nos cuidados de saúde, existem situações menos claras. No entanto, a lei Portuguesa não faz qualquer distinção, o que por vezes obriga o técnico de saúde, fornecedor de cuidados, a exercer a chamada "medicina defensiva", em que são utilizados meios de diagnóstico e tratamento, supérfluos, pondo em causa a justiça distributiva, bem como a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde. Uma vez que a escassez de recursos na saúde é uma realidade, em Portugal, estes devem ser utilizados de modo a produzir mais valia para quem os utiliza e para a sociedade em geral, sendo este também um princípio na prática dos cuidados de saúde

A pessoa é o centro do universo bioético. O principio ético da liberdade individual, é um valor absoluto e normativo, quando se trata da interacção entre pessoas de várias culturas (Germano, et al; 2003). O que poderá surgir na realidade diária do mercado cuidados de saúde, uma vez que, de acordo com a sociedade em que a pessoa está inserida, as suas atitudes ou acções são categorizadas de certas ou erradas. Consequentemente, o bem comum que é a saúde será definido conforme a cultura de cada sociedade.

No exercício da profissão de enfermagem, o seu código deontológico alerta para certos princípios que facilitam a interacção entre fornecedor de cuidados (Enfermeiro) e o seu cliente, tais como:

- Respeito pela autonomia;
- Beneficência;
- Não - maleficência;
- Justiça;
- Vulnerabilidade.

O respeito pela autonomia significa que o cliente tem uma palavra a dizer nos tratamentos que lhe irão ser aplicados. Daí o consentimento informado, como respeito pela sua liberdade individual.

A beneficência significa que o fornecedor de cuidados actua numa relação de agência, de acordo com aquilo que julga ser o melhor para o seu cliente.

A não – maleficência implica que o Enfermeiro não deve provocar danos ao seu cliente de uma forma negligente ou intencional.

A justiça diz respeito à equidade na distribuição dos recursos.

A vulnerabilidade significa que certos clientes, devido ao seu estado físico, psíquico ou idade, encontram-se mais dependentes da decisão do fornecedor. É o caso das crianças, deficientes e alguns idosos (Germano et al, 2003).

A ética nos cuidados de enfermagem está presente de uma forma contínua, uma vez que o Enfermeiro, ao cuidar da pessoa, deve respeitar as suas crenças, a sua cultura, o modo como encara e desenvolve as suas actividades de vida diária.

No cuidar é pressuposto uma relação entre duas pessoas, o que terá por base princípios éticos e deontológicos de respeito pelos direitos humanos, nomeadamente sempre que está em causa uma decisão, que vai interferir na saúde da pessoa, o que traduz a actividade diária do Enfermeiro (Manteigas, 1997).

3.4 - CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Como foi referido anteriormente, o cuidar é algo que se aplica ao ser humano com a sua complexidade e unicidade. Por outro lado, também é praticado por seres humanos que, apesar da sua formação, sentem dúvidas quanto à sua actuação, que poderão condicionar o exercício pleno das suas funções e a satisfação dos seus clientes.

O código deontológico, para além de clarificar algumas situações consideradas duvidosas, permite ao Enfermeiro actuar com segurança no que respeita à legalidade dos seus actos.

"O código deontológico é um instrumento legal e vinculativo para todos os Enfermeiros, em cujo articulado encontramos um conjunto de normas assentes em princípios morais e do direito, relativas à profissão e ao exercício." (Santos, 2004; p.17), o que significa que clarifica a actuação dos Enfermeiros, a sua relação com a sociedade.

Cabe ao Enfermeiro o zelo pela segurança do seu cliente, daí que um dos princípios gerais do seu código diga respeito à defesa da liberdade e dignidade da pessoa humana. A liberdade, porque toda a pessoa tem vontade própria, que deve ser respeitada pelos outros, mesmo no que diz respeito à manutenção da sua saúde. A dignidade, porque toda a pessoa é um ser moral.

A responsabilidade profissional do exercício da enfermagem, assenta na dignidade e na unicidade do ser humano, com valores considerados universais, tais como (Germano, et al; 2003):

- Igualdade, uma vez que todas as pessoas nascem iguais perante a lei e no que diz respeito à saúde, a pessoa deve ser cuidada sem qualquer tipo de descriminação.

- Liberdade no sentido da responsabilidade, com vista ao bem comum.

- Verdade que consiste na consonância entre as palavras e os actos, tendo por base as convicções de cada pessoa.

- Justiça diz respeito à legalidade e à equidade.

- Solidariedade, que é o respeito pelo outro e a partilha de saberes no sentido da melhoria continua da qualidade dos cuidados.

- Competência, que é o colocar na acção, os saberes adquiridos, por forma a aumentar a qualidade dos cuidados.

- Aperfeiçoamento profissional, que está associado à actualização de conhecimentos, através da formação.

É também o código deontológico que fala da vida, na sequência dos direitos humanos. O Enfermeiro deve respeitar a vida entendendo-a como um contínuo desde a fase da concepção até à sua morte. Assim, é seu dever recusar participar ou praticar qualquer acto que possa pôr em causa a vida, quer seja através de torturas ou mesmo actos desumanos.

É chamada a atenção dos Enfermeiros para o direito ao cuidado. Estes devem proporcionar os cuidados em tempo útil, ou seja, logo que possível devem atender o seu cliente, sem prejuízo para a sua doença, ou dos outros clientes. O código recomenda também que o Enfermeiro deve encaminhar o seu cliente para outros profissionais, sempre que a situação assim o exija.

Por outro lado, obriga a uma continuidade de cuidados, para tal incentiva os registos de todos os actos e ocorrências e o não abandono do posto de trabalho sem substituição por outro colega.

Outro dever incumbido ao Enfermeiro é o dever de informar, para o qual o código deontológico recomenda o modo como deve ser transmitida a informação, qual a informação a transmitir e os destinatários dessa mesma informação. Assim, o doente/cliente tem direito a ser informado acerca da sua situação de saúde/doença, dos cuidados que lhe vão ser aplicados, qual a sua finalidade e quem lhos irá aplicar.

A Ordem dos Enfermeiros chama a atenção dos seus associados para o facto de trabalharem inseridos numa equipa pluridisciplinar e também para o facto de existirem actividades independentes e actividades interdependentes, o que será uma condicionante a ter em conta quando é elaborada e transmitida a informação.

Assim, esta deve ser transmitida apenas ao doente/cliente, porque só a ele diz respeito, a não ser que o alvo dos cuidados seja também a família, ou então quando este não tem capacidade de se responsabilizar pelo seu estado de saúde, quer devido à sua idade ou ao seu estado de saúde mental.

Chama também a atenção para o consentimento informado, como sendo o modo de tornar a pessoa livre, pois só com informação a pessoa poderá decidir livremente sobre algo que diga respeito à sua vida.

Outro dos deveres do Enfermeiro é o dever de sigilo, em que mais uma vez o respeito pela individualidade da pessoa, a sua intimidade e crenças continuam a ser preocupações destes profissionais. Na saúde, existe necessidade de se efectuar registos acerca da situação de cada doente/cliente, no sentido da continuidade de cuidados, com vista à reposição do seu estado de equilíbrio. Os Enfermeiros, logo no seu primeiro contacto com o cliente, ou seja no acolhimento, iniciam a colheita de dados que diz respeito a várias áreas da vida da pessoa: familiar, hábitos de higiene, actividade sexual, religião, doenças

portadoras, etc., que apenas interessam aos profissionais para o exercício restrito da sua profissão e para os quais têm o dever de guardar sigilo. O Enfermeiro apenas deve utilizar as informações colhidas para uso exclusivo da recuperação do bem estar do seu cliente.

O respeito pela intimidade está também contemplado no código deontológico, que complementa o direito à privacidade, sendo um dos pilares da humanização dos serviços.

O Enfermeiro deve ter em atenção, mesmo quando delega algumas funções, o respeito pelo pudor e intimidade dos seus clientes, intimidade essa não apenas ligada ao seu corpo, como também aos seus princípios e crenças.

Os cuidados à pessoa em fase terminal estão também contemplados, uma vez que a morte pertence ao percurso natural do ser humano. Assim, lembra as várias fases por que passa o doente em fase terminal (negação, cólera, negociação, depressão e aceitação), embora nem todas as pessoas passem por todas estas fases de um modo consecutivo, uma vez que cada pessoa é um ser único, mesmo quando está perante a morte.

Aqui, também o Enfermeiro deve cuidar da pessoa como ser individual, respeitando as suas vontades, crenças e proporcionando a presença das pessoas que lhe são significativas, de modo a minimizar o seu sofrimento psíquico e físico, embora deva também recorrer às técnicas de conforto e farmacológicas.

Após a morte, a Ordem dos Enfermeiros aconselha um tratamento ao corpo de respeito pelo culto da morte, de acordo com as tradições culturais da nossa sociedade e também com as emoções dos familiares, numa tentativa de suavizar o acto. Esta situação, que obriga a uma gestão equilibrada das emoções das pessoas envolvidas, apela à inteligência emocional do Enfermeiro, uma vez que é a este que cabe o papel de acompanhamento das pessoas e suavizar o seu sofrimento.

A actividade de enfermagem visa a melhoria contínua dos cuidados e, como tal, a excelência. A prova disso é a indicação dada pela Ordem dos Enfermeiros, no seu código deontológico, criando um artigo de recomendações de boas práticas, que deve nortear toda a actividade de enfermagem. A qualidade dos cuidados rumo à excelência é uma preocupação constante, tanto dos Enfermeiros prestadores de cuidados como dos Enfermeiros mais ligados à gestão e aos saberes científicos.

Assim, todo o Enfermeiro é incentivado a denunciar os pontos críticos que detecta na prestação de cuidados, por forma à sua correcção, à satisfação dos seus clientes e à racionalização de recursos.

As normas da qualidade devem ser seguidas, tendo sempre em vista o ser humano, na sua visão holistica, como ser biopsicossocial e religioso, respeitando a sua individualidade e unicidade.

Para que tudo isto seja possível, é necessário que o Enfermeiro se mantenha actualizado. A avaliação de desempenho dos Enfermeiros contempla precisamente a formação continua como meio de actualizar conhecimentos, contribuir para o enriquecimento pessoal e profissional destes e, por fim, prestar cuidados com qualidade para gerar clientes satisfeitos.

Também aqui estão contempladas as condições dignas de trabalho, pois só com Enfermeiros motivados e um ambiente físico propício se poderão cativar os clientes. Por outro lado, este ambiente contará também com o contributo de cada Enfermeiro.

Assim, os Enfermeiros estão proibidos de utilizar para consumo próprio substâncias que possam alterar o seu estado emocional e/ou neurológico, uma vez que poderão pôr em risco a vida das pessoas, que a si recorrem, para satisfazer as suas necessidades afectadas.

A humanização dos cuidados de enfermagem também recebe atenção no código deontológico, onde lhe é dedicado um artigo específico, embora em toda a sua descrição esteja sempre presente a unicidade e individualidade do ser humano, alertando para a necessidade de se adaptar os conhecimentos teórico/práticos à realidade específica de cada pessoa.

O dever para com a profissão e os seus profissionais está também aqui consagrado, no sentido em que todos os Enfermeiros devem contribuir para aumentar o prestígio da profissão, através da aplicação dos seus conhecimentos e da contribuição científica que poderão prestar à profissão.

Na enfermagem, para além do saber ser e saber fazer, é necessário saber estar, não só com o cliente, mas também com os outros profissionais, alertando para as falhas e necessidade de formação, sem no entanto pôr em causa a credibilidade dos serviços, perante os seus clientes. Mais uma vez, a gestão e o conhecimento das suas emoções por parte do

Enfermeiro serão de bastante utilidade, não só para a satisfação do cliente como para a sua realização profissional.

As relações dos Enfermeiros com outros grupos profissionais estão também contempladas no código deontológico, uma vez que estes trabalham em equipa e na saúde as equipas são pluridisciplinares, onde a interacção é uma constante. Daí a necessidade de se clarificar alguns pontos, de modo a que não hajam atropelos, mas sim complementaridade, com vista à excelência dos cuidados de saúde e consequente satisfação dos clientes.

Como foi referido anteriormente, a enfermagem actua grandemente no seio das equipas pluridisciplinares, contendo algumas actividades independentes, outras dependentes e outras interdependentes. No entanto, não existem barreiras estanques que as separem, existindo algumas situações menos claras. Por vezes existem actividades que não se sabe a que grupo profissional pertencem, de quem é a responsabilidade da sua concretização, chamada a zona cinzenta dos cuidados de saúde.

Aqui, a Ordem dos Enfermeiros aconselha que estas actividades deverão ser desenvolvidas pela pessoa que melhor estiver preparada para as realizar, o que mais uma vez põe em evidência a satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, assim como a melhoria contínua dos cuidados de saúde.

O ênfase na satisfação do cliente é uma constante no código deontológico dos Enfermeiros, alertando para o facto de que cada pessoa, ao procurar os serviços de saúde, tem sobre ele uma determinada expectativa, que é preciso perceber, satisfazer e, se possível for, exceder.

Os Enfermeiros, como todo o ser humano, têm direito à objecção de consciência. Assim, e depois de devidamente formulada a sua objecção de consciência, poderá recusar-se a intervir em certas situações, desde que essas mesmas situações sejam contrárias às suas convicções filosóficas ou religiosas.

Quando surgem estas situações, o cliente nunca será prejudicado, o Enfermeiro será substituído por outro colega, cuja situação não constitua qualquer obstáculo (Germano et al; 2003).

Como se depreende o código deontológico tem como finalidade a qualidade dos cuidados de enfermagem, com vista à dos clientes destes mesmos cuidados.

4 - SAÚDE EM PORTUGAL

A saúde é um bem de mérito, que envolve recursos dispendiosos e escassos, como tal deve ser encarada de modo à rentabilização desses mesmos recursos.

Em Portugal, os cuidados de saúde estão confiados ao sector público e ao sector privado, formando o Sistema Nacional de Saúde.

O sector público, representa a maior parcela dos cuidados de saúde produzidos em Portugal. É também o sector mais desenvolvido, tanto no campo da investigação, como na área da melhoria continua desses mesmos cuidados. Daí a opção por este estudo, neste sector.

A preocupação com a qualidade dos serviços prestados ao cliente do mercado cuidados de saúde já se faz sentir em Portugal.

Pode-se afirmar que existe uma mudança no sector público da saúde, uma vez que é sentida uma preocupação, não só por parte dos dirigentes como também por parte dos fornecedores directos de cuidados, com a satisfação das expectativas e necessidades dos clientes.

4.1 - O SNS

O sector público da saúde é constituído pelo SNS, que comporta hospitais e centros de saúde. Os hospitais estão mais direccionados para a medicina curativa e de reabilitação, enquanto os centros de saúde estão vocacionados para a medicina preventiva.

O SNS tem como características:

- Universalidade: todos os cidadãos têm o direito de usufruir dos seus serviços;

- Generalidade;

- Equidade e acessibilidade, possibilitando a obtenção dos cuidados de saúde, pelo cliente, no local e no momento em que necessita, com qualidade;

- Tendencialmente gratuito, na medida em que o cliente não paga na totalidade os cuidados de saúde que consome, mas apenas uma taxa que é atribuída a cada cuidado.

- Regionalizado, descentralizado e participado.

Todos os indivíduos têm direito à protecção da saúde, daí o papel dos centros de saúde, na prevenção da doença (Campos, et al; 1987). Cabe ao Estado a garantia ao acesso de todas as pessoas aos cuidados de saúde. Este para além de organizador, regulador e financiador é também fornecedor dos cuidados de saúde.

Segundo Pereira (2003), existem indicadores gerais que nos poderão esclarecer o "estado" da saúde em Portugal, tais como a taxa de mortalidade infantil, a taxa de infecções no meio hospitalar, o número de reinternamentos e o número de segundas consultas, numa visão de que o cliente consegue satisfazer as suas necessidades afectadas de imediato, ou seja logo na primeira abordagem feita aos serviços de saúde.

Para Fernandes (2001), os grandes problemas do serviço nacional de saúde Português, residem no facto de existirem enormes listas de espera, alguma desumanização nos serviços com excesso de burocracia, custos elevados e profissionais insatisfeitos, o que também se traduz em clientes não satisfeitos, desperdiço e ineficácia.

Contrariamente ao que acontece nos outros mercados, o mercado cuidados de saúde não deve oferecer apenas consoante a procura, mas sim diminuir as necessidades dos seus clientes, com a satisfação dos mesmos, ou seja, não deve incentivar o consumo, porque isso será um indicador da pouca qualidade dos cuidados prestados. Demonstrará que o cliente poderá ter ficado satisfeito no momento que adquiriu o serviço, mas mais tarde as suas necessidades de cuidados de saúde voltam a manifestar-se, uma vez que não foram satisfeitas na sua totalidade, levando a pessoa ao desequilibro (Biscaia, 2000).

A relação entre o cliente do mercado cuidados de saúde e o prestador ou fornecedor é considerada uma relação de agência (Serrão & Nunes, 1998). Este tipo de relação acontece, na medida em que o cliente desconhece qual o produto ou serviço que mais se coaduna à sua necessidade, atribuindo-se-lhe um papel passivo na manutenção ou recuperação da sua saúde, uma vez que deposita no técnico de saúde, a decisão de todos os procedimentos a realizar. Talvez por essa passividade, o cliente do mercado cuidados de saúde foi durante longos anos chamado de Doente, sempre numa situação de desigualdade de poder e decisão, na relação com o profissional de saúde.

Nos nossos dias, devido à evolução social, económica, cultural e política do país, cada vez mais o cidadão tem um papel activo, tanto na manutenção da sua saúde, como na

recuperação da mesma, embora continue a existir a relação de agência, uma vez que o bem cuidados de saúde tem características muito próprias.

Assim os cuidados de saúde passam a ser um bem consumível, idêntico aos outros, deixando de ser apenas um bem negociável, criando-se para tal o mercado cuidados de saúde, que tende a reger-se pelas leis do mercado, através da oferta e da procura do melhor produto ou serviço.

Nesta linha de pensamento, o doente dá lugar ao cliente, embora com alguma relutância por parte de alguns prestadores de cuidados (fornecedores), adoptando-se também o termo utente, de modo a não ferir susceptibilidades (Mezono, 2001).

É também a pensar no cliente e na sua satisfação que surge a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde.

4.2 - QUALIDADE EM SAÚDE

Porquê qualidade em saúde? Para Biscaia (2000), na sociedade actual a tecnologia da informação facilita o conhecimento, todos os cidadãos têm acesso a ele, assim como ao grande número de informação, o que torna as pessoas mais exigentes com os produtos e serviços que têm necessidade de adquirir. Por outro lado, os avanços tecnológicos no sector da saúde, assim como a crescente preocupação das organizações em trabalhar no sentido dos resultados e da utilidade dos serviços que presta, associados a uma exigência cada vez maior dos seus clientes, impõem um investimento em qualidade, por forma a reduzir os erros. Os profissionais da saúde, uma vez que as suas competências técnicas têm sofrido muitas e rápidas transformações ao longo dos últimos anos, são desde logo os próprios agentes da mudança, o que só por si também coloca questões de responsabilização. Por todas estas razões, houve uma necessidade de se pensar e começar a trabalhar nas questões da qualidade na saúde.

Como sabemos o SNS Português, possui recursos materiais limitados, o que obriga à sua rentabilização. Como a saúde é um bem de mérito, é-lhe exigido um nível baixo de risco por parte dos seus consumidores, existindo também a necessidade de o disponibilizar com o máximo de eficácia, o que também contribui para que a qualidade na saúde em

Portugal se tornasse um imperativo. Como afirma Biscaia (2000; p. 7) "A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados."

Porquê o desenvolvimento do sistema de qualidade? Para Almeida (2001), torna-se um imperativo dos tempos a prestação de cuidados por parte dos profissionais, tendo em vista a satisfação das necessidades dos seus clientes, assim como para além dessa satisfação têm direito de adquirir um serviço seguro e correcto, de acordo com essas mesmas necessidades. Por fim, os profissionais deverão prestar contas das suas actividades, dos recursos utilizados, uma vez que na saúde estes são escassos e dispendiosos.

Os cuidados de saúde são bastante complexos, daí a grande possibilidade de existirem erros nos seus processos, sendo necessário encará-los de forma responsável, de modo a identificá-los, corrigi-los e se possível preveni-los.

O desenvolvimento de um sistema de melhoria continua da qualidade irá contribuir para a realização eficiente e eficaz do desempenho dos cuidados de saúde, uma vez que cria normas e padrões de actuação, planeia e avalia os cuidados, identificando pontos críticos, introduzindo correcções oportunas e adequadas, levando não só à satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde, como dos seus profissionais (Almeida, 2001).

Segundo Morgado (2001), o investimento em qualidade na saúde torna-se um imperativo, uma vez que os cidadãos são de cada vez pessoas mais informadas e exigentes, o que aumenta as suas expectativas quando procuram os serviços de saúde, sendo cada vez mais difícil atingir a sua satisfação. Por outro lado, a evolução da medicina, o aumento da esperança de vida, o aumento das doenças crónicas e a escassez de recursos contribuem para a necessidade de investimento nesta área.

É necessário um envolvimento e responsabilização de todos os trabalhadores de saúde, no sentido de uma maior racionalização e rentabilização dos recursos, assim como uma maior responsabilização dos indivíduos pela manutenção do seu estado de equilíbrio, da sua saúde.

Quando as pessoas se sentem úteis e peças fundamentais no processo de qualidade do serviço ou organização, são elas próprias que por livre iniciativa controlam os processos, levando à perfeição dos mesmos.

A preocupação com as questões da qualidade em saúde tiveram inicio no século passado a nível mundial. Nos Estados Unidos, no ano de 1917, foi aprovado o programa de estandardização hospitalar e em 1919 foram publicados os padrões mínimos para a prestação de cuidados no sector hospitalar.

Na França, em 1996, foi criada a Agence Nationale d'acreditation et d'evolution en Santé, que dizia respeito à acreditação das unidades de saúde.

Na Espanha, principalmente na região da Catalunha, existe o programa de acreditação para a formação médica especializada, para além de outras iniciativas existentes em várias outras regiões. Existem muitos outros países a nível mundial em que a melhoria contínua da qualidade é uma meta na prestação de cuidados.

A acreditação a nível mundial surge em concordância com o poder político, no sentido de acrescentar valor aos serviços prestados, prestar cuidados de acordo com as necessidades dos clientes, com a responsabilização de todos os intervenientes, quer sejam prestadores, fornecedores ou clientes (Boavista, 2000).

A OMS declarou a necessidade de se investir num sistema de qualidade, através do lema "Saúde para todos no ano 2000", onde são descritas práticas no sentido da melhoria continua da qualidade dos cuidados, recomendando também a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde.

A qualidade na saúde surge como uma forma de diminuir e prevenir os erros, os pontos críticos, aumentando a eficácia, eficiência, a efectividade, a aceitabilidade e a equidade.

Assim, a qualidade é um processo contínuo, que visa todas as áreas de actuação de uma determinada instituição, dizendo respeito não apenas aos procedimentos efectuados em back office, ou front office, mas também as estruturas físicas que são consideradas um espelho do esforço da prestação de serviço com qualidade, uma vez que deverão gerar todo um clima de comunicação, confiança e cumplicidade entre o técnico e o utente/cliente.

Em Portugal, o investimento em qualidade na saúde iniciou-se nos finais dos anos 80 com a criação de legislação que obrigava à constituição de comissões de qualidade nas instituições de saúde, a par de um investimento em formação contínua. Foi criada a Direcção dos serviços de promoção e garantia da qualidade, ligada à Direcção Geral da Saúde.

Mais tarde, na viragem do século (1998-2000), foi definida uma estratégia: "A saúde um compromisso". A partir daqui a política da qualidade na saúde está associada à política da saúde, sendo criado o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, assim como o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS). Foram igualmente criados programas e projectos no sentido da melhoria continua da qualidade (Biscaia, 2000).

O IQS é um instituto que depende da Direcção Geral da Saúde, é responsável pela acreditação e certificação dos hospitais. Em Portugal são apenas alguns os hospitais acreditados, ou apenas com alguns serviços certificados, de acordo com as normas ISO, uma vez que são decisões dos conselhos de administração, não existindo ainda uma obrigatoriedade em iniciar o processo, pois são processos que envolvem custos, embora possam ser financiados por fundos comunitários (Christo, 2003).

A acreditação dos hospitais está a ser feita através do sistema King's Fund/Heath Quality Service (Morgado, 2001). Esta acreditação tem a particularidade de dinamizar a melhoria contínua da qualidade de uma forma permanente, assim como a mudança organizacional. Incentiva o trabalho em equipa, introduz a padronização de procedimentos e cria hábitos de planeamento de acções e suas avaliações, por forma a focalizar a actividade no âmbito dos objectivos de cada organização. O que pressupõe uma avaliação continua da organização, sendo válida por três anos (Boavista et al, 2000).

Por seu lado, a certificação dos serviços tem sido feita principalmente nas áreas consideradas prioritárias, onde é urgente um plano de intervenção (Morgado, 2001).

No processo de certificação é feita uma normalização de todos os processos e competências com vista à eficácia e eficiência dos recursos, sentindo-se os seus benefícios em todas as áreas da instituição, tanto na satisfação dos clientes internos como dos clientes externos (Christo, 2003).

Pode afirmar-se que a certificação é a afirmação, por parte de terceiros, de que um determinado serviço está conforme com as normas Europeias exigidas para a sua área de actuação. É o modo da organização demonstrar à população e aos seus clientes que de facto presta um serviço de qualidade e que todos os seus procedimentos são executados com qualidade, o que poderá acrescentar valor ao serviço, à instituição, aos seus trabalhadores e também aos seus clientes (Christo, 2001).

Quando uma organização adere ao programa de qualidade, não é questão essencial que todos os seus procedimentos estejam errados, antes pelo contrário, poderão estar

correctos, no entanto é um modo de questionar e repensar aquilo que se faz há muitos anos, sempre do mesmo modo, como uma rotina.

O espírito de análise nos profissionais vai sendo desenvolvido e serão os primeiros a detectar e a denunciar pontos críticos, a corrigi-los, existindo uma interacção e cumplicidade grande entre os profissionais e os técnicos auditores do sistema de qualidade (Paúl et al, 1999).

As normas ISO, referidas anteriormente, descrevem a necessidade de se fazer nas organizações que aderem ao sistema de melhoria contínua da qualidade, uma abordagem por processos, o que facilita a identificação de pontos críticos e de procedimentos desnecessários, que não acrescentam valor e que levam ás falhas dos processos.

A abordagem por processos será a identificação de todos os processos da organização, as suas interacções e a sua gestão. O processo não é mais do que a interacção de um conjunto de actividades. Assim, é necessário identificar as actividades de uma determinada organização, a sua sequência e aquelas que podem ser eliminadas por não acrescentarem valor. É também necessário listar todos os materiais e informações necessárias à realização dessas mesmas actividades, resultados ou serviços prestados. Após este levantamento, será necessário fazer um fluxograma que oriente as actividades do processo, onde estão também contemplados os passos necessários à realização dos processos, o intercâmbio com outros processos e as hipóteses de controlo desses mesmos processos. Deste modo, fica facilitada a operacionalização e gestão do processo em causa, facilitando a reengenharia organizacional, caso seja necessário (Teixeira 2002).

Por seu lado, a norma ISO 9001:2001 faz uma abordagem sistémica das organizações que aderem ao seu programa. Esta norma assenta nos princípios em que as organizações são consideradas sistemas abertos, existindo um feedback com o mercado. As organizações são parte de um sistema mais amplo onde existem fornecedores, clientes e demais participantes das actividades económicas e culturais.

Uma das ferramentas utilizadas pelos processos aderentes a esta norma é a "QFD." - Desenvolvimento da Função Qualidade", orientada para o cliente e sua satisfação, eliminando todos os processos que não acrescentam valor para o processo ou organização (Vara, 2001).

Para os centros de saúde, foi criado o projecto de monitorização da qualidade chamado MoniQuor, que também tem em vista a resolução dos pontos críticos de cada organização. Para tal, foram elaborados protocolos para facilitarem a auto e heteroavaliação. Segundo Pisco et al (2000) foram registados grandes progressos em vários centros de saúde. Foi feito um protocolo com o IQS e o King's Fund Health Quality Sistem para a parte hospitalar, introduzido em Portugal em 1999, (Boavista, 2000), estando já implementado em vários centros de saúde e hospitais do SNS.

Para a gestão, existe o sistema de qualidade total, denominado Qualigest, uma vez que os órgãos de gestão também são fornecedores directos dos seus clientes internos e indirectos dos clientes externos, entendendo-se a qualidade dos serviços como a tradução de uma liderança eficiente e eficaz. A implementação do sistema da qualidade na gestão é um modo de garantir o cumprimento da missão, visão e objectivos da organização, acrescentando valor tanto à organização como aos seus clientes.

Qualigest é um modelo que pode ser aplicado a hospitais, centros de saúde, administrações regionais de saúde ou sub-regiões, mais direccionado para a gestão de topo, mas que também pode ser aplicado à gestão a nível operacional e está em concordância com os outros modelos apresentados para a prestação de cuidados, tendo em vista a excelência organizacional (Christo, 2003).

A certificação do sistema de gestão da qualidade é feita através de uma decisão dos órgãos de gestão que terão de traçar objectivos, envolver todos os colaboradores da instituição por forma ao seu sucesso (Christo, 2001). Este modelo também está a ser utilizado na França e na Espanha (Christo, 2003).

Simultaneamente, através do programa saúde XXI, foram adoptadas medidas que diziam respeito à melhoria continua da qualidade em saúde, como a acreditação dos hospitais, certificação de serviços hospitalares como laboratórios, gabinetes de radiologia e gabinetes de atendimento ao público, em que são compilados manuais de admissão e encaminhamento do cliente, assim como instrumentos de avaliação e monitorização da satisfação do cliente e também da satisfação profissional do trabalhador. A implementação destas medidas tem estado sob a responsabilidade do Instituto da Qualidade em Saúde (Morgado, 2001).

Deste modo, as instituições introduzem acções de desempenho qualificado, com parâmetros específicos de avaliação desse mesmo desempenho, o que aumenta a satisfação do cliente e a sua retenção à organização. O cliente numa lógica de mercado é o centro das atenções, sendo esta a perspectiva que os sistemas de qualidade introduzem no mercado cuidados de saúde, em que o prestador é o fornecedor dos cuidados, que existe para satisfazer as necessidades dos seus clientes, tendo em vista a excelência (Christo, 2003).

Segundo Christo (2001), os processos de melhoria continua não dizem apenas respeito aos procedimentos técnicos, mas também à área comportamental, ao modo como o utente é atendido e esclarecidas as suas dúvidas. Assim, no manual de boas práticas, para além de estarem descritos todos os procedimentos relativos a cada processo, estão também descritas as formas como se deve contactar os clientes, quer sejam internos ou externos.

Também Reis (2001) partilha a opinião de que os manuais são considerados ferramentas práticas, que proporcionam aos seus utilizadores aptidões na área do saber ser, saber fazer e saber estar. Estes manuais apelam pois, à inteligência emocional dos profissionais de saúde.

Será necessária a sua elaboração para cada serviço ou procedimento para que as pessoas não tenham duvidas acerca da actuação correcta, o que também facilita a mobilidade dos trabalhadores, sem provocar grande insegurança ou ansiedade.

Outra vantagem de existir em todos os serviços um manual de procedimentos é a facilitação de integração de novos elementos no serviço, uma vez que, para além da passagem de testemunho através dos colegas, existe um documento credível, onde se podem satisfazer algumas dúvidas que possam surgir na actividade diária.

Na perspectiva de Christo (2001), na qualidade os erros são enfrentados e trabalhados de modo à sua resolução e à sua inexistência, ou seja, não se aceita que um erro aconteça duas vezes, ou até mesmo uma só vez. Para isso os procedimentos devem ser protocolados, para mais facilmente serem avaliados e prevenidas as falhas. Há como que uma monitorização do risco, por forma à sua prevenção.

Na opinião do autor, o atendimento é considerado, no sector da saúde, um procedimento vital para a satisfação do cliente, pois como sabemos o primeiro contacto é o mais importante, é aquele que mais impressiona. Podemos dizer que é o cartão de visita, sendo os primeiros vinte segundos de primordial importância. Assim, para que o atendimento produza os efeitos desejados, o contacto deve ser natural, expressivo,

moderado e agradável, pois o cliente fará uma avaliação genérica, em que apenas percepciona e retêm uma parte, julgando em seguida o todo, através dessa pequena percepção, sendo uma avaliação mais emocional que racional. Daí a importância do investimento nesta fase do atendimento do cliente, no sentido da sua satisfação.

Um dos objectivos das boas práticas no atendimento é a percepção que o cliente faz desse acto, ou seja o cliente deve sentir que foi escutada e compreendida a sua necessidade, por parte do técnico, e que este mesmo lhe ofereceu a solução mais correcta para a satisfação da sua necessidade e reposição do seu equilíbrio (Christo, 2003).

A auto-avaliação é outra ferramenta utilizada no processo da qualidade, em que são feitas auditorias internas de modo a avaliar os processos e a imprimir medidas correctivas.

A formação é também uma ferramenta indispensável para o sucesso da qualidade total, todos os colaboradores da organização devem ser envolvidos no processo, devem ser informados acerca da visão, missão e objectivos da organização, de modo a convergir os seus esforços, actividades e saberes nesse sentido. Também deve ser dada formação acerca das normas e procedimentos a utilizar, por forma que todos se sintam cúmplices e motivados para o programa. Também a Ordem dos Enfermeiros, através do seu código deontológico, apela à formação continua, como sendo uma forma que nutre a satisfação do profissional e das necessidades e expectativas dos clientes.

Antes de se implementar um sistema de qualidade, deve existir um conhecimento das normas a aplicar, de modo a escolher as que melhor se adaptam à organização.

A organização poderá optar por implementar o sistema de qualidade em todos os sectores ou serviços ou, pelo contrário, iniciar apenas pelos serviços considerados mais sensíveis, de modo à sua certificação. Pode também optar pela acreditação apenas das competências técnicas.

Em seguida, deverá ser feito um diagnóstico de acordo com o objectivo pretendido, para se identificar os pontos críticos, que necessitam de intervenção urgente. Deverá ser elaboração o fluxograma dos processos que auxiliará na identificação das tarefas a realizar para o sucesso da organização.

Por fim, as auditorias internas terão de ser periódicas, contribuindo para o diagnóstico de situações críticas, que estejam mal ajustadas à realidade da organização e satisfação dos clientes internos e externos (Reis, 2001).

Em cada organização, existe uma multiplicidade de culturas que devem ser geridas de modo a conduzir a organização ao sucesso, através dos potenciais de cada pessoa, dentro de um quadro normativo, que a conduz a um equilíbrio dinâmico. Este equilíbrio deve ser também norteado pelas mudanças tecnológicas, visando a satisfação dos clientes, o que induz a uma constante actualização das normas da organização de modo a tornar-se uma organização competitiva. Para tal, poderá contar com o auxílio do processo de melhoria continua cujos princípios respeitam as culturas da organização, os avanços tecnológicos e as necessidades dos clientes

Segundo Jackson (2001), para se atingir a Excelência, através do sistema de qualidade, é essencial que se mudem mentalidades na saúde, tais como:

- Em vez de se pensar em termos de utente e prestador, deve-se pensar em clientes e fornecedores, sendo os clientes e as suas necessidades a preocupação da actividade da organização;

- Deve-se trabalhar com vista aos resultados de modo a adquirir mais valias para a organização, seus colaboradores e clientes;

- A missão, visão e objectivos devem estar bem definidos de modo que todos os conheçam e possam partilhar desses princípios, norteando a sua actividade para tal;

- Devem ser elaborados fluxogramas para que os clientes percebam o modo como estão organizados os serviços, facilitando também a análise dos processos e a detecção de possíveis pontos críticos;

- Os colaboradores devem sentir-se envolvidos, como fazendo parte integrante da organização, sendo fundamental a sua actividade para o seu sucesso e consequente satisfação das necessidades dos seus clientes;

- O sistema de qualidade é também uma forma de aprendizagem, em que as pessoas, para além de executarem procedimentos, desenvolvem capacidades de análise, ficando despertas para as exigências e satisfação dos seus clientes. Por vezes a organização pode sentir necessidade de realizar parcerias, tendo em vista a optimização de resultados, o que também pode ser considerado uma aprendizagem.

- Por fim, o modo como são utilizados os recursos demonstram uma responsabilidade social.

Todas estas alterações orgânicas levam a resultados tanto financeiros como de saúde para a comunidade, onde se insere a organização de saúde. Assim pode-se depreender que a

qualidade em saúde é todo um processo de mudança quer a nível comportamental, quer mesmo a nível técnico e operacional, onde a inteligência emocional dos Enfermeiros, poderá dar um contributo qualitativo.

Os processos de qualidade, sejam de acreditação ou apenas de certificação, obrigam a um esforço colectivo e envolvimentos de todos os colaboradores, pois devem partilhar os mesmos objectivos, visando a satisfação do cliente (Christo, 2003).

Para Vara (2001), as organizações de qualidade são aquelas que estão próximas dos seus clientes, que sabem ouvir as suas críticas, sugestões e exigências do produto que pretendem consumir e por outro lado constroem soluções que produzem valor acrescentado, aumentam a sua produtividade e estão abertas à inovação.

São organizações que apostam numa dinâmica sistémica, dando ênfase aos seus processos, sub-processos, actividades ou tarefas, existindo um conhecimento da sua globalidade. Nada acontece isoladamente, mas sim integrado no mesmo conjunto.

Pode-se então concluir que a qualidade do serviço pode ser traduzida pelo cliente em satisfação, quando este percebe a qualidade do produto que vai adquirir (Paúl, et al; 1999).

4.3 - SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Os estudos sobre a satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde, tiveram grande incremento em Portugal a partir dos anos 80. Num estudo realizado por (Infante, 1989), são encontradas algumas características que interferem na satisfação dos clientes, tais como:

- O seu nível socio-económico;
- A informação fornecida acerca do serviço;
- As características físicas das instalações.

A satisfação do cliente será o ir de encontro às suas necessidades e expectativas e, se possível, exceder essas mesmas expectativas. Será também a adequação do produto ou serviço às necessidades do cliente, com a ausência de defeitos, o que também traduz a adequação do produto ao seu uso (Mezono, 2001).

Segundo Campos et al (1987), na saúde existem várias condicionantes que por si só podem conduzir a desigualdades no acesso e percepção do bem, cuidados de saúde e consequentemente à satisfação das necessidades das pessoas, tais como factores regionais, geográficos, sócio-económicos, o próprio sexo e a idade das pessoas.

Nas diferentes regiões do país, o nível de vida da população tem assimetrias, nomeadamente no que respeita à manutenção da saúde do indivíduo, devido à rede de esgotos e de água potável que não chega a toda a população Portuguesa, o que pode interferir na saúde das pessoas, na sua procura pelos cuidados de saúde, nas expectativas que têm acerca deste bem e consequentemente na sua satisfação.

Ainda segundo o autor, no que respeita a desigualdades regionais, os meios de transporte e a distância existente entre uma instituição de saúde e alguma população, condicionam a percepção desta relativamente ao bem saúde. Assim, nas regiões mais interiores, a distância que a pessoa tem de percorrer até à unidade de saúde (hospital ou centro de saúde) é maior do que aquela que necessitam de percorrer as pessoas que vivem junto dos grandes centros urbanos.

Por outro lado, também não existe equidade nos meios de transporte, o que dificulta a procura, para quem tem de percorrer grandes distâncias, o que por si só poderá ser um factor desencorajante para adquiri o bem cuidados de saúde, levando a um desinvestimento na manutenção da própria saúde.

De certo que também a percepção que cada pessoa, tem da sua saúde e do próprio SNS, varia nas diferentes regiões do país. O modo como é percepcionado o serviço do fornecedor de cuidados de saúde, será certamente diferente e consequentemente diferente será o seu nível de satisfação.

A pessoa como ser único também interpreta as suas necessidades de saúde, de um modo próprio, de acordo com a aprendizagem efectuada ao longo da sua vida, tanto no aspecto cultural, como no aspecto relacional ou até mesmo no aspecto sócio - profissional, ou seja de acordo com o seu capital humano (Campos et al, 1987).

A idade também condiciona a procura, segundo o mesmo autor, na medida em que certas fases da vida a pessoa tem maiores necessidades em consumir o bem cuidados de saúde, como é o caso da infância, velhice e o período de gravidez nas mulheres em idade fértil.

O nível sócio – económico e cultural, também interfere no modo como a pessoa sente as suas necessidades de saúde, como e quando vai procurar o bem em causa, assim como o seu nível de satisfação em relação ao fornecedor e ao produto que vai adquirir.

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 64º, referida pelo autor, para além de declarar a criação de um serviço nacional de saúde, universal, geral e tendencialmente gratuito, recomenda a criação de condições económicas e sociais que garantam a saúde das pessoas, o que pressupõe a interligação destes factores com a satisfação da pessoa.

No que diz respeito à interpretação dos cuidados prestados, por parte dos clientes, Dingman et al (1999); Willians (1997) em estudos realizados chegaram à conclusão que os comportamentos de cuidar dos Enfermeiros geram satisfação nos seus clientes.

Para Willians (1997) são os Enfermeiros que mais tempo passam com os clientes do mercado cuidados de saúde, daí a grande importância dada aos seus comportamentos de cuidar.

Também Godkin e Godkin (2004) são de opinião que os Enfermeiros podem contribuir para a satisfação dos seus clientes, quando manifestam preocupação com estes, não apenas no que diz respeito ás suas afecções físicas, mas também emocionais, ou seja vêm a pessoa com um ser biopsicissocial e religioso.

Ainda segundo os mesmos autores as atitudes de cuidar dos Enfermeiros são mais predictoras de satisfação nos seus clientes, do que propriamente a perfeição da componente técnica dos cuidados de enfermagem.

Issel e Kahn (1998) referem que em estudos que realizaram, aquilo que os clientes dos Enfermeiros manifestam como factor preponderante na sua satisfação é o modo como estes lhes prestam atenção e se mostram disponíveis para com eles.

Para Watson (2002) a preocupação dos Enfermeiros com os seus clientes, aquando da relação de cuidar, significa o respeito pela individualidade de cada pessoa.

Mayer et al (2006) é de opinião que os Enfermeiros podem suscitar satisfação nos seus clientes, quando os respeitam como ser biopsicossocial e religioso.

Segundo Paul et al (1999) como em qualquer outro mercado, o cliente do mercado cuidados de saúde ganhou voz, os serviços passaram a produzir de acordo com as suas expectativas, surgindo assim a preocupação com a sua satisfação, como objectivo de todo e qualquer serviço de saúde

Se ao prestador (fornecedor) era antes conferido um grande poder, quase mágico, o que levava as pessoas a terem uma certa expectativa quando recorriam aos seus serviços. Hoje talvez este mito esteja alterada, devido à desmistificação dos actos de saúde e ao envolvimento do cliente nesses mesmos actos, o que facilita a satisfação deste, uma vez que a interacção entre fornecedor e cliente é mais intensa, criando-se uma certa cumplicidade.

As expectativas são mais facilmente reconhecidas pelo prestador, que passa a preocupar-se mais com elas e com a sua satisfação.

A satisfação é uma atitude, que no caso do cliente do mercado cuidados de saúde, pode ser relativa aos profissionais, ao modo como interagem, em relação aos cuidados na sua componente técnica e em relação aos resultados esperados.

> *"A satisfação resulta da avaliação feita pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. É um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio, ás necessidades do indivíduo"(Paúl, et al; 1999 p.18).*

Segundo o mesmo autor, as atitudes estão interligadas ás crenças, a figuras sociais da saúde e da doença, assim como ao papel dos profissionais. Estas figuras sociais e crenças são transmitidas à pessoa, através da sociedade em que está inserida, o que a leva a fazer uma avaliação afectiva dos cuidados de saúde.

Daí a grande importância do primeiro contacto com a realidade do mercado cuidados de saúde, no sentido da desmistificação de certas crenças e por outro lado será também o momento privilegiado para o fornecedor de cuidados perceber quais as expectativas do seu cliente.

Segundo Mota (1991), existem várias condicionantes que interferem na satisfação do cliente do mercado cuidados de saúde, tais como:

- Expectativas do cliente em relação ao bem cuidados de saúde;
- As suas crenças e costumes;
- O seu nível sócio-cultural;
- A acessibilidade aos cuidados de saúde;
- Características da personalidade do fornecedor dos cuidados de saúde.

O cliente é por assim dizer o objectivo ultimo das organizações, do seu esforço e da sua atenção e não o problema da sua actividade.

Nestas características do fornecedor dos cuidados de saúde, parece poder incluir-se a inteligência emocional dos Enfermeiros.

Também Agosta (2005), numa pesquisa realizada no decurso de uma pós-graduação, nos Estados Unidos, concluiu que a comunicação e a empatia são factores determinantes na satisfação dos clientes dos Enfermeiros.

Por forma a satisfazer os seus clientes, a organização deve ouvi-los, conhecer as suas necessidades e expectativas e fazer delas o trilho da sua actividade produtiva (Mezono, 2001). Para que seja possível conhecer e exceder as expectativas dos clientes, é necessário que a organização adopte uma atitude proactiva, de identificação dessas mesmas expectativas, através de questionários ou entrevistas aos seus clientes.

Assim para além de inventariar os requisitos pertinentes à satisfação dos seus clientes, a organização demonstra a estes que são a parte mais importante da sua actividade, o seu objectivo último.

Esta metodologia pressupõe uma organização dinâmica, virada para os seus clientes e para o mercado a que se dirige. Os processos de melhoria contínua da qualidade auxiliam as organizações a melhorar os seus procedimentos e consequentemente a reter e angariar novos clientes, através da satisfação das suas necessidades e expectativas (Mezono, 2001).

5 - OBJECTIVOS DA PESQUISA

Perante o que foi exposto anteriormente, torna-se claro o papel relevante que as atitudes e comportamentos dos Enfermeiros podem exercer sobre a qualidade dos serviços e a satisfação dos clientes.

Diversos aspectos do código deontológico chamam a atenção de determinadas atitudes que devem ser adoptadas pelos Enfermeiros, no sentido do respeito pela individualidade e dignidade de cada pessoa, assim como na defesa da prestação de cuidados com qualidade, com vista à satisfação dos seus clientes.

As filosofias e as práticas de certificação, garantia e melhoria da qualidade, também salientam a importância de várias atitudes e comportamentos dos Enfermeiros.

Tendo em atenção o que foi referido, também nas secções sobre inteligência emocional, parece poder esperar-se que os Enfermeiros mais emocionalmente inteligentes, sejam mais capazes de adoptar comportamentos de cuidar e de gerar satisfação nos clientes.

Por conseguinte, o objectivo desta pesquisa empírica, é estudar em que medida a inteligência emocional dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

São consideradas seis dimensões da inteligência emocional:

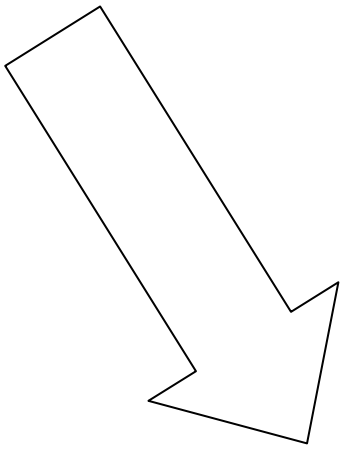
- Sensibilidade emocional,
- Empatia;
- Compreensão das emoções próprias;
- Auto-encorajamento;
- Compreensão das emoções dos outros;
- Auto-controlo emocional.

Foi inquirida uma amostra de 100 Enfermeiros, trabalhando em vários hospitais do centro do Pais: Espinho, Ovar, São João da Madeira, Estarreja, Águeda e Anadia. Para cada Enfermeiro 3 clientes descreveram as suas percepções acerca dos comportamentos de cuidar desse Enfermeiro.

DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

Inteligência Emocional dos Enfermeiros

- Sensibilidade emocional
- Empatia
- Compreensão das emoções próprias
- Auto-encorajamento
- Compreensão das emoções dos outros
- Auto-controlo emocional



Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros
Descritos pelos clientes

- Disponibilidade
- Respeito

CAPÍTULO II

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

1 - AMOSTRA

Foi inquirida uma amostra de conveniência, constituída por 100 Enfermeiros, trabalhando em seis hospitais: Espinho, Ovar, São João da Madeira, Estarreja, Águeda e Anadia, nomeadamente nos serviços de cirurgia e ortopedia, internamento, por forma a colher informações de clientes submetidos a situações idênticas, ou com pouca variância.

No grupo dos Enfermeiros verificou-se que 79.0% eram do sexo feminino. As idades variaram entre 21 e 68 anos, sendo a idade média de 32.20 anos com desvio padrão 8.87 anos. Verificou-se (tabela 2.1) que 48.0% dos Enfermeiros tinham menos de 30 anos, seguidos de 31.0% que tinham entre 30 e 40 anos.

Tabela 2.1

Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e o grupo etário

Sexo	**nº**	**%**
Masculino	21	21.0
Feminino	79	79.0
Total	100	100.0
Grupo etário	**nº**	**%**
< 30	48	48.0
30 – 40	31	31.0
40 – 50	15	15.0
50 – 60	5	8.0
≥ 60	1	1.0
Total	100	100.0

Observando os resultados apresentados na tabela 2.2 verificou-se que a maioria dos profissionais, concretamente 60.0%, ocupava a categoria profissional de Enfermeiro Graduado, seguidos de 34.0% que tinham a categoria de Enfermeiro.

A carreira de Enfermagem encontra-se regulamentada pelo decreto lei nº 437/91 de 8 de Novembro, rectificado pelos decreto lei nº412/98 de 15 de Outubro e decreto lei nº 411/99 de 30 de Outubro, onde são descritas as categorias correspondentes à promoção na carreira.

Assim o percurso profissional do Enfermeiro inicia-se pela categoria de Enfermeiro, seguindo-se Enfermeiro graduado, Enfermeiro Especialista, Enfermeiro Chefe, Enfermeiro Supervisor, Assistente técnico e por ultimo o Enfermeiro Director, lugar que não faz parte da promoção natural da carreira, pois é um cargo de nomeação política.

É também nestes decretos que são descritos os conteúdos funcionais de cada categoria, onde a prestação de cuidados diz respeito apenas ás categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Graduado e Enfermeiro Especialista. As outras categorias dizem respeito à área da gestão.

Na prática existem Enfermeiros Especialistas a exercerem funções de gestão, uma vez que têm formação especifica para tal, são chamados de Enfermeiros Coordenadores, no entanto não conseguiram lugar na carreira, uma vez que é uma carreira em forma piramidal, à medida que se sobe na categoria, diminuem os lugares nos quadros de pessoal dos hospitais e centros de saúde.

Tabela 2.2

Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional

Categoria profissional	**nº**	**%**
Enfermeiro	34	34.0
Enfermeiro graduado	60	60.0
Enfermeiro especialista	6	6.0
Total	100	100.0

Para cada Enfermeiro responderam 3 clientes acerca da sua percepção relativamente aos comportamentos de cuidar desse Enfermeiro.

Relativamente aos clientes que colaboraram no estudo verificou-se que 55.0% eram do sexo masculino. Apresentavam idades compreendidas entre 7 e 88 anos, sendo a idade média de 48.66 anos com o desvio padrão de 17.50 anos. Observando os resultados apresentados na tabela 2.3 verificou-se que 20.7% dos clientes tinham entre 50 e 60 anos, seguidos de 18.0% tinham entre 30 e 40 anos e de 17.3% que tinham entre 40 e 50 anos. Constatou-se que 40.0% tinham como habilitações literárias o 1º Ciclo do Ensino Básico e que 25.6% que possuíam o Ensino Secundário. Relativamente à profissão/ocupação verificou-se que 42.3% pertenciam à categoria IV, ou seja, eram operários não qualificados

ou trabalhadores rurais, seguidos de 20.3% que eram domésticas. De modo a facilitar a análise dos dados, para as profissões integradas na sociedade Portuguesa, foi utilizada a classificação de Sedas Nunes.

Foram consideradas as hipóteses de habilitações académicas a partir da terceira classe, 1º ciclo do ensino básico, uma vez que em certa altura da vida do país, era possível cessar os estudos a partir da terceira classe, até ao topo do sistema de ensino Português.

Tabela 2.3

Distribuição dos clientes segundo as características sócio-demográficas

Sexo	**nº**	**%**
Masculino	165	55.0
Feminino	135	45.0
Total	300	100.0
Grupo etário	**nº**	**%**
< 10	4	1.3
10 – 20	12	4.0
20 – 30	29	9.7
30 – 40	54	18.0
40 – 50	52	17.3
50 – 60	62	20.7
60 – 70	51	17.0
70 – 80	27	9.0
≥ 80	9	3.0
Total	300	100.0
Habilitações literárias	**nº**	**%**
1º Ciclo do Ensino Básico	30	10.0
2º Ciclo do Ensino Básico	120	40.0
3º Ciclo do Ensino Básico	59	19.7
Ensino Secundário	77	25.6
Ensino Superior	14	4.7
Total	300	100.0
Profissão/Ocupação	**nº**	**%**
Categoria I	12	4.0
Categoria II	10	3.3
Categoria III	14	4.7
Categoria IV	127	42.3
Desempregados	10	3.3
Reformados	50	16.7
Estudantes	16	5.3
Domésticas	61	20.3
Total	300	100.0

Relativamente ao tempo de convívio com o enfermeiro verificou-se que este variou entre 3 e 55 dias, sendo o valor médio foi de 5.56 dias com desvio padrão de 5.21 dias. Os resultados apresentados na tabela 2.4 permitem verificar que a maioria dos clientes, concretamente 80.7%, conviveu com o Enfermeiro menos de 7 dias.

Tabela 2.4

Distribuição dos clientes segundo o tempo de convívio com o Enfermeiro

Tempo de convívio com o enfermeiro (dias)	**nº**	**%**
< 7	242	80.7
7 – 14	40	13.3
14 – 21	13	4.3
21 – 28	2	0.7
≥ 28	3	1.0
Total	300	100.0

2 - PROCEDIMENTOS

A colheita de dados foi feita através de um questionário contendo duas partes. A primeira parte, dizia respeito à inteligência emocional dos Enfermeiros. A segunda parte foi aplicado aos clientes destes Enfermeiros. De modo a relacionar a percepção dos clientes relativa aos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, com a inteligência emocional destes, foram distribuídos questionários pelos Enfermeiros que estavam codificados com os questionários destinados aos clientes, fazendo corresponder a cada Enfermeiro a opinião de três clientes.

A colheita de dados foi realizada durante três meses, em que os clientes à medida que utilizavam os serviços era-lhes solicitado o preenchimento do questionário, no momento da sua alta do serviço, desde que tivessem tido um contacto mínimo de três dias com o Enfermeiro em causa. Para cada Enfermeiro era pedida a opinião de três clientes.

Foi feito um contacto aos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros coordenadores dos serviços em que iriam ser implementados os questionários, no sentido de obter colaboração para a sensibilização dos Enfermeiros para o preenchimento do questionário que lhes dizia respeito e na distribuição e recolha dos questionários aos clientes dos seus serviços, uma vez que estes Enfermeiros não pertencem à prestação de cuidados e como tal não estão incluídos no estudo.

Aos questionários dos Enfermeiros foi-lhes atribuído um número, em seguida foi atribuído o mesmo número a três questionários destinados aos cliente, de forma a corresponder a cada Enfermeiro a resposta de três clientes, mantendo sempre o anonimato, tanto dos Enfermeiros como dos clientes.

Os questionários foram introduzidos em envelopes. Cada envelope continha um questionário para um Enfermeiro e três questionários, que lhe correspondiam, para os clientes.

O Enfermeiro Chefe ou Enfermeiro Coordenador entregava o questionário ao Enfermeiro e quando os clientes, que estiveram em contacto, durante pelo menos três dias , com esse Enfermeiro, tinha anunciada a sua alta, era-lhes pedido que preenchessem um questionário, tendo em conta o contacto que tiveram com o Enfermeiro em questão.

Durante os três meses em que decorreu a colheita de dados, todas as semanas visitava os serviços, contactava com os Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Coordenadores,

Enfermeiros prestadores de cuidados, que se encontravam ao serviço e os clientes que se encontravam internados. Em todos os hospitais a colaboração foi grande, em alguns responderam todos os Enfermeiros envolvidos no estudo e número correspondente de clientes, como foi o caso do hospital de Ovar, Estarreja e São João da Madeira, nos restantes hospitais foram poucos os Enfermeiros que não aderiram.

Cada Enfermeiro respondeu ao questionário de medida da inteligência emocional, desenvolvido e validado por (Rego & Fernandes 2005). As características deste instrumento de medida são descritas adiante.

Cada Enfermeiro foi ainda convidado a referir a sua idade, sexo e categoria profissional.

Aos clientes foi-lhes solicitado que descrevessem os comportamentos de cuidar desse prestador de cuidados de saúde, através de um questionário. Este questionário foi desenvolvido a partir dos itens sugeridos por (Millar, 1996), referentes ás expectativas dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros.

As suas características são descritas em parte posterior desta secção.

3 - INSTRUMENTO DE MEDIDA DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A inteligência emocional dos Enfermeiros foi medida através do questionário desenvolvido e validado por (Rego & Fernandes, 2005). Este questionário contem 41 itens e mede seis dimensões:

- sensibilidade emocional;
- empatia;
- compreensão das emoções próprias;
- auto-encorajamento,
- compreensão das emoções dos outros;
- auto-controlo emocional.

Assim para medir a sensibilidade emocional, foram utilizados treze itens que mediam a "atenção ás emoções próprias", "sensibilidade ás emoções dos outros", e "auto-controlo perante as criticas dos outros" (Rego & Fernandes, 2005).

As pessoas emocionalmente inteligentes para além de conhecerem as suas próprias emoções, sabem identificar compreender e respeitar as emoções dos outros (Tapia 2001). Quem sabe gerir as suas emoções e as emoções das pessoas com quem interage, tem características que o podem levar a ser considerado como emocionalmente inteligente (Cunha & Rego 2002).

A empatia é a segunda dimensão medida por este questionário através de sete itens. Por empatia entende-se como sendo a percepção das emoções das pessoas com quem interage (Goleman et al, 2002), é a capacidade que cada pessoa desenvolve para entender as emoções dos outros. Será uma habilidade utilizada para identificar as emoções das outras pessoas, tendo como origem a auto-consciência, uma vez que quanto maior for a capacidade de identificar e controlar as próprias emoções, mais fácil será compreender as atitudes e emoções dos outros (Tapia, 2001). Estas pessoas têm grande capacidade para trabalhar em equipa, pois procuram compreender os sentimentos e preocupações de quem com eles interagem.

Nos Enfermeiros esta característica cedo começa a ser desenvolvida, desde o inicio da sua formação, pois para se cuidar da pessoa como ser biopsicossocial e religioso é

necessário que ela esteja sempre presente, o que facilitará a interpretação das necessidades afectadas e a sua satisfação, no cliente em causa (Ribeiro,1995; Hesbeen, 2000).

A terceira dimensão diz respeito à compreensão das emoções próprias. Para se compreender as emoções é necessário saber identifica-las, interpreta-las e utiliza-las, (Rego & Fernandes, 2005) transformando-as em mais valia para si próprio e para os que o rodeiam. É a capacidade da pessoa em reconhecer e perceber os seus sentimentos, controlar as suas emoções, fomentar a tranquilidade, afastando a ansiedade, a tristeza e a irritabilidade (Salovey & Mayer, 1990). O controlo das emoções próprias, leva a pessoa à motivação, aumentando a criatividade, a competência e a produtividade (Goleman et al, 2002), esse controlo tende para o equilíbrio emocional. A capacidade de regular as emoções próprias, faculta o crescimento intelectual e emocional (Tapia, 2001).

No questionário a compreensão das emoções próprias, é identificada pelas respostas dadas aos seis itens que envolvem a compreensão dos sentimentos (Rego & Fernandes 2005), as emoções e suas causas, pois o modo como as pessoas lidam com as suas emoções, traduz a sua inteligência emocional (Tapia, 2001: Goleman, 2002).

O auto-encorajamento é o modo como são utilizadas as emoções na resolução dos problemas diários da vida. Nesta dimensão está incluída a motivação pessoal, como tal no instrumento utilizado no estudo é medida através de seis perguntas dirigidas à "motivação pessoal" e ao "espírito de iniciativa" (Rego & Fernandes. 2005).

Para tirar mais valia da aprendizagem efectuada ao longo da vida, a pessoa deve exercitar o controlo das suas emoções, como acontece com o auto-encorajamento, que é a capacidade da pessoa para se auto-motivar, para retirar proveitos, mais tarde dos seus esforços. A motivação é um sentimento intrínseco, que se vai consolidando ao longo da vida, com a aprendizagem que efectuada, à custa da interpretação e controlo das emoções (Shoda et al, 1990). Através da auto-motivação a pessoa desenvolve a sua criatividade, aprende a confiar em si próprio e nas suas capacidades, sabe até onde é capaz e por tal razão investe.

O auto-encorajamento, a motivação e a iniciativa, levam a pessoa a aceitar desafios, oportunidades que se não tivesse a percepção das suas potencialidades, não o faria (Seligman, 1991).

As pessoas que possuem esta característica traçam objectivos e metas, como linhas orientadoras da sua actividade, reunindo para tal todos os esforços, o que poderá trazer mais valia à sua pessoa e à sociedade onde estão inseridas.

Esta característica dota a pessoa de uma ambição positiva, no sentido em que é um sentimento motivador que a leva a uma certa insatisfação, procurando sempre mais. Tudo fazem para levar por diante aquilo com que se comprometeram . Têm um sentido de eficácia e eficiência, não se incomodam por correr riscos, desde que seja por uma causa considerada pertinente.

As emoções são utilizadas para despertar a criatividade, uma vez que desejam experiênciar novas situações, o que lhes confere grande competência.

As pessoas com esta característica são muito importantes no processo de mudança (Goleman et al, 2002) que facilitam o desenvolvimento das actividades de melhoria continua da qualidade, com uma visão de excelência, numa determinada organização .

Compreensão das emoções dos outros, no instrumento de colheita de dados, ocupa seis itens que dizem respeito à "compreensão emocional" e à "avaliação das emoções dos outros" (Rego & Fernandes, 2005).

As pessoas com esta característica facilmente compreendem as atitudes dos outros, ajudam-nos também a perceber as suas emoções e a alterar algumas atitudes menos assertivas (Goleman, 2002).

Para os Enfermeiros esta característica é de grande importância uma vez que existe uma forte relação entre Enfermeiro/cliente (utente) e desta relação surge o cuidar, essência da profissão de enfermagem (Ribeiro, 1995; Hesbeen, 2000).

O ultimo factor descrito no instrumento de medida da inteligência emocional é o auto-controlo emocional, incluído em quatro itens que dizem respeito ao controlo das emoções próprias em situações adversas, assim como a aprendizagem efectuada ao longo da vida, através do modo como utilizou as emoções para a resolução das situações em questão.

Durante a sua existência, o indivíduo analisa o modo como actuou em cada situação, quais os seus sentimentos e emoções, retira daí um ensinamento e em situações análogas futuras, de certo que age de outro modo, de uma forma mais trabalhada, mais equilibrada.

Esta é também uma característica que facilita a mudança, quer a nível organizacional pessoal ou interpessoal.

O auto-controlo emocional é uma competência pessoal, assim como o auto-encorajamento e a compreensão das emoções próprias, em que a pessoa sabe gerir as sua emoções. A gestão das emoções passa pela sua compreensão, por forma à sua regulação, o que promove o crescimento intelectual e emocional (Tapia, 2001; Goleman, 2002).

O Enfermeiro com esta capacidade é uma mais valia para a satisfação dos seus clientes, uma vez que consegue gerir as suas emoções, de modo a centrar a sua atenção nas necessidades afectadas do seu cliente, facilitando o processo do cuidar.

Para cada dimensão foram calculados os índices de consistência interna (Alfa de Cronbach). Os resultados estão expostos no Quadro 2.1 mostram que todos os valores satisfazem o mínimo referido por (Nunnally, 1978), ou seja 0.70, assim como todos se correlacionam significativa ($p < 0.05$) e positivamente com o total das dimensões em que se inserem e da escala global.

Tendo em consideração que a amostra em estudo é de tamanho inferior à utilizada pelos autores para o desenvolvimento da escala de inteligência emocional, foi utilizada a estrutura factorial que os autores encontraram.

Quadro 2.1

Estudo da consistência interna da escala de inteligência emocional

Dimensão	Sensibilidade emocional		Empatia		Compreensão das emoções próprias	
Item	a)	b)	a)	b)	a)	b)
Quando as pessoas falam comigo, tenho tendência a pensar noutras coisas	+0.51	0.747				
Raramente penso acerca do que estou a sentir	+0.43	0.755				
Compreendo os meus sentimentos e emoções					+0.34	0.751
Não lido bem com as criticas que me fazem	+0.51	0.747				
Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele			+0.40	0.754		
Reajo com calma quando estou sob tensão						
Posso identificar as emoções dos outros olhando-os "olhos-nos-olhos"						
Não reparo nas minhas reacções emocionais	+0.30	0.770				
Sou indiferente à felicidade dos outros	+0.28	0.769				
Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados						
Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio			+0.60	0.713		
Nunca tomo em conta os meus sentimentos para orientar a minha vida	+0.29	0.768				
Concluo a maior parte das coisas que começo						
Quando sou derrotado num jogo perco o controlo	+0.42	0.756				
O sofrimento alheio não me afecta	+0.34	0.763				
Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas			+0.47	0.749		
Consigo acalmar-me sempre que estou furioso						
Não gosto de festas de aniversário de crianças	+0.38	0.760				
Compreendo as causas das minhas emoções					+0.62	0.677
Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas			+0.41	0.752		
A maior parte das pessoas sente-se à vontade para falarem comigo acerca dos seus sentimentos						
Quando necessito de me concentrar, afasto as emoções que podem prejudicar-me						
Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções						
Sou indiferente aos ferimentos num animal	+0.34	0.764				
Tenho aprendido muito sobre mim mesmo prestando atenção aos meus sentimentos					+0.31	0.766
Fico alegre quando vejo as pessoas em meu redor felizes			+0.53	0.729		
Tenho dificuldade em conversar com as pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus	+0.36	0.762				
Normalmente encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor						
Fico irritado quando me criticam– mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão	+0.57	0.743				
Sou uma pessoa auto-motivada						
Percebo bem os sentimentos das pessoas com quem me relaciono						
Raramente fico furioso						
De uma forma geral tenho consciência dos meus sentimentos					+0.65	0.671
Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir			+0.48	0.741		
Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos						
Dou o meu melhor para alcançar os objectivos a que me propus						
Quando estou triste sei quais são os motivos					+0.42	0.727
É difícil para mim aceitar uma critica	+0.46	0.752				
Preocupo-me com um amigo que está doente			+0.55	0.726		
De uma forma geral costumo estabelecer objectivos para mim próprio						
Sei bem o que sinto					+0.66	0.657
α total	0.772		0.767		0.746	

a) Correlação item-total corrigida b) α se o item fosse eliminado

Quadro 2.1

Estudo da consistência interna da escala de inteligência emocional (cont.)

Dimensão	Auto--encorajamento		Compreensão das emoções dos outros		Auto-controlo emocional		Global	
Item	a)	b)	a)	b)	a)	b)	a)	b)
Quando as pessoas falam comigo, tenho tendência a pensar noutras coisas							+0.46	0.875
Raramente penso acerca do que estou a sentir							+0.29	0.879
Compreendo os meus sentimentos e emoções							+0.27	0.879
Não lido bem com as criticas que me fazem							+0.23	0.879
Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele							+0.36	0.877
Reajo com calma quando estou sob tensão			+0.67	0.750			+0.39	0.876
Posso identificar as emoções dos outros olhando-os "olhos-nos-olhos"					+0.49	0.630	+0.29	0.878
Não reparo nas minhas reacções emocionais							+0.41	0.876
Sou indiferente à felicidade dos outros							+0.20	0.880
Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados			+0.63	0.764			+0.31	0.878
Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio							+0.52	0.874
Nunca tomo em conta os meus sentimentos para orientar a minha vida							+0.30	0.878
Concluo a maior parte das coisas que começo	+0.55	0.840					+0.30	0.878
Quando sou derrotado num jogo perco o controlo							+0.20	0.881
O sofrimento alheio não me afecta							+0.28	0.878
Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas							+0.26	0.879
Consigo acalmar-me sempre que estou furioso			+0.80	0.713			+0.43	0.876
Não gosto de festas de aniversário de crianças							+0.23	0.879
Compreendo as causas das minhas emoções							+0.41	0.876
Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas							+0.56	0.874
A maior parte das pessoas sente-se à vontade para falarem comigo acerca dos seus sentimentos					+0.43	0.667	+0.43	0.875
Quando necessito de me concentrar, afasto as emoções que podem prejudicar-me	+0.65	0.829					+0.37	0.877
Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções			+0.35	0.841			+0.46	0.875
Sou indiferente aos ferimentos num animal							+0.30	0.878
Tenho aprendido muito sobre mim mesmo prestando atenção aos meus sentimentos							+0.49	0.874
Fico alegre quando vejo as pessoas em meu redor felizes							+0.51	0.875
Tenho dificuldade em conversar com as pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus							+0.22	0.880
Normalmente encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor	+0.66	0.822					+0.43	0.878
Fico irritado quando me criticam– mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão							+0.34	0.877
Sou uma pessoa auto-motivada	+0.68	0.816					+0.44	0.876
Percebo bem os sentimentos das pessoas com quem me relaciono					+0.55	0.598	+0.47	0.876
Raramente fico furioso			+0.57	0.783			+0.29	0.878
De uma forma geral tenho consciência dos meus sentimentos							+0.59	0.874
Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir							+0.54	0.875
Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos					+0.47	0.642	+0.46	0.876
Dou o meu melhor para alcançar os objectivos a que me propus	+0.65	0.835					+0.44	0.876
Quando estou triste sei quais são os motivos							+0.39	0.876
É difícil para mim aceitar uma critica							+0.20	0.881
Preocupo-me com um amigo que está doente							+0.41	0.876
De uma forma geral costumo estabelecer objectivos para mim próprio	+0.74	0.810					+0.44	0.876
Sei bem o que sinto							+0.59	0.873
α total	0.850		0.811		0.698		+0.880	

a) Correlação item-total corrigida b) α se o item fosse eliminado

4 - INSTRUMENTO DE MEDIDA DA PERCEPÇÃO DOS CLIENTES SOBRE OS COMPORTAMENTOS DE CUIDAR DOS ENFERMEIROS

Os clientes foram convidados a responder a um questionário preparado para o efeito. Socorreu-se para tal dos 28 itens sugeridos por (Millar, 1996), a propósito das percepções dos clientes, do mercado cuidados de saúde, quanto aos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

Foram escolhidos e adaptados 15 desses itens, tendo em conta a minha experiência profissional, assim como os comportamentos de cuidar sugeridos por vários autores (Doona, Chese & Haggerty, 1999; Godkin, 2001; Godkin & Godkin, 2004).

Também segundo Hesbeen (2000); Cleary et al (1991), a satisfação pode ser estudada em três categorias: técnicas, interpessoais e comunicação. Assim para além da competência técnica, o relacionamento entre o técnico e o cliente, nomeadamente no acolhimento e admissão, mas também ao longo da continuidade do contacto, a disponibilidade exibida pelo prestador, demonstrativa da filosofia da instituição, são circunstâncias que contribuem para a percepção do cliente em relação ao produto que adquiriu. No estudo a opção recaiu apenas no estudo das categorias interpessoais e comunicação, ás quais foi atribuída a designação de respeito e disponibilidade, respectivamente.

Existem estudos nesta área que chegaram à conclusão que existe uma associação positiva entre as competências técnicas dos fornecedores de cuidados (técnicos de saúde) e a satisfação dos seus clientes, no entanto também existem outros investigadores que não conseguiram encontrar qualquer tipo de associação (Ferreira,1991).

Já no que respeita à comunicação entre o prestador e o cliente, os estudos apontam para uma forte relação (Delbanco et al 1995; Larson et al, 1996; Leavey et al ,1997), uma vez que os clientes se sentem como actores principais na manutenção do seu estado de equilíbrio, ou seja na recuperação da sua saúde.

A informação que o Enfermeiro (prestador de cuidados) presta ao cliente, vai melhorar a sua adesão ao tratamento, facilita a interacção entre ambos, criando um ambiente de confiança e cumplicidade, o que por sua vez eleva a auto-estima do cliente e consequentemente o modo como interpretou o acto, ou seja a sua satisfação (Scott, 2003).

Esta informação a que o cliente tem direito, está consagrada no código deontológico dos Enfermeiros, no seu artigo 84º nas alíneas a) e c), declarado como um dever no âmbito dos cuidados de enfermagem, recursos e acesso a estes (Germano e tal, 2003).

Este dever não diz respeito apenas ao informar quando o Enfermeiro assim o entende, mas também sempre que o cliente lhe faça uma abordagem acerca dos cuidados que lhe vão ser aplicados (fornecidos).

Germano et al (2003) ao comentar este código, na sua alínea c) diz mesmo que as respostas ás perguntas feitas pelos clientes devem ser cuidadas, com gentileza, atenção e concretas, direccionadas ao objectivo da pergunta do cliente.

Na vertente interpessoal o direito ao respeito e privacidade individual, podem interferir com o modo como o cliente interpreta os cuidados que lhe são prestados, pois é interpretado como fazendo parte dos direitos humanos (Scott et al, 2003; Hesbeen, 2000).

Para Hesbeen (2000), num estudo realizado na Escócia, chegou à conclusão que a disponibilidade que a Enfermeira demonstra quando o cliente lhe faz uma abordagem pessoal, é de grande importância, uma vez que esses clientes relataram essa experiência quando foram inquiridos sobre o assunto.

Referem que a postura corporal que a Enfermeira adopta, quando lhes dirige a palavra, mostrando disponibilidade, assim como o seu fácies concentrado na pessoa e o contrário quando estão a responder mas concentradas noutra tarefa, ou até mesmo quando se dirigem para a porta, o que demonstra que estão com muita pressa, levando o cliente a sentir-se um estorvo.

Posto isto os clientes foram convidados a descrever o grau em que cada afirmação se aplicava ao Enfermeiro em causa, mediante uma escala de 5 pontos.

Os dados foram submetidos a uma analise factorial das componentes principais com rotação varimax, para identificar a existência de dimensões (factores) subjacentes que fossem independentes entre si. Seguidamente procedeu-se ao estudo da homogeneidade dos itens avaliando a correlação entre cada item e o resultado global e determinando o coeficiente α de Cronbach.

Procedendo ao estudo da análise factorial identificou-se dois factores (dimensões) com raízes latentes superiores a 1. Após a análise do peso (loading) dos itens em cada factor constatou-se que o item «mostrou abertura às questões que lhe coloquei», o item «esclareceu-me acerca dos meus direitos na instituição» e o item «senti que ele se

preocupou comigo» apresentavam em ambos os factores pesos muito próximos pelo que se optou pela sua eliminação por suscitarem duvidas quanto à pertença a um dos factores, pelo que o instrumento ficou reduzido a 12 itens.

A análise factorial sugeriu dois factores, explicando 56.73% de variância total (Quadro 2.2). O primeiro factor foi denominado por dimensão «respeito» é constituído por 8 itens e explica 45.92% da variância. O segundo factor foi denominado "disponibilidade"e engloba 4 itens, explica 10.81% da variância.

Quadro 2.2

Estrutura factorial da escala de percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros

Factor / Item	1 *Loading*	2 *Loading*
O enfermeiro teve a amabilidade de se apresentar	0.10-	**0.73**
Explicou-me os tratamentos que me iria aplicar e os resultados esperados	0.15-	**0.81**
Dispendeu o tempo necessário para me dar explicações e falar comigo	0.32	**0.70**
Explicou-me a dor que iria sentir aquando da aplicação dos tratamentos	0.40	**0.69**
Senti que estava a ser sincero, quando me transmitia as informações	**0.73**	0.32
Respondeu aos meus chamamentos e pedidos num período de tempo razoável	**0.55**	0.31
Quando lhe fiz uma pergunta obtive resposta	**0.80**	0.16
Quando falei com ele, prestou-me atenção	**0.81**	0.18
Abordou-me de uma maneira educada e respeitosa	**0.67**	0.12
Foi digno da minha confiança	**0.73**	0.28
Mostrou disponibilidade quando o abordei	**0.66**	0.33
Respeitou a minha dignidade, intimidade e crença religiosa	**0.59**	0.13
Percentagem de variância explicada	45.92%	10.81%

O Quadro 2.3 mostra os índices de consistência interna das escalas relativas aos dois factores. Mostra ainda a consistência interna da escala do global, que engloba o factor respeito e o factor disponibilidade. Nos três casos, os valores dos alfas de Cronbach são superiores a 0.70, pelo que se pode concluir que a consistência interna é elevada. Verificou-se também que todos os coeficiente são significativos ao nível de 0.05.

Quadro 2.3

Estudo da consistência interna da escala de percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros

Dimensão / Item	Respeito		Disponibilidade		Global	
	a)	b)	a)	b)	a)	b)
O enfermeiro teve a amabilidade de se apresentar			+0.50	0.757	+0.44	0.877
Explicou-me os tratamentos que me iria aplicar e os resultados esperados			+0.61	0.685	+0.55	0.858
Dispendeu o tempo necessário para me dar explicações e falar comigo			+0.56	0.702	+0.60	0.854
Explicou-me a dor que iria sentir aquando da aplicação dos tratamentos			+0.61	0.669	+0.68	0.848
Senti que estava a ser sincero, quando me transmitia as informações	+0.71	0.838			+0.69	0.852
Respondeu aos meus chamamentos e pedidos num período de tempo razoável	+0.52	0.860			+0.53	0.859
Quando lhe fiz uma pergunta obtive resposta	+0.74	0.833			+0.64	0.853
Quando falei com ele, prestou-me atenção	+0.72	0.836			+0.65	0.853
Abordou-me de uma maneira educada e respeitosa	+0.56	0.858			+0.51	0.863
Foi digno da minha confiança	+0.69	0.840			+0.66	0.853
Mostrou disponibilidade quando o abordei	+0.63	0.846			+0.64	0.854
Respeitou a minha dignidade, intimidade e crença religiosa	+0.48	0.871			+0.46	0.864
α total	0.864		0.758		0.868	

a) Correlação item-total corrigida b) α se o item fosse eliminado

CAPÍTULO III

RESULTADOS

1 - RESULTADOS

O Quadro 3.1 apresenta a médias, medianas, máximos e mínimos da inteligência emocional dos Enfermeiros. Constata-se que, na dimensão "sensibilidade emocional" os Enfermeiros obtiveram pontuações compreendidas entre 2.23 e 6.85, sendo a pontuação média de 5.53 com desvio padrão de 0.62. Cerda de 50.0% dos Enfermeiros obtiveram resultados superiores a 5.53. Na dimensão "empatia" observou-se pontuações compreendidas entre 4.29 e 7.00, sendo a média de 5.70 com desvio padrão de 0.62. Cerda de metade dos Enfermeiros obtiveram resultados superiores a 5.71. Para a dimensão "compreensão das emoções próprias" os Enfermeiros obtiveram pontuações compreendidas entre 3.67 e 7.00, sendo a pontuação média de 5.22 com desvio padrão de 0.67. Metade dos Enfermeiros apresentaram pontuações superiores a 5.17. Para a dimensão "auto-encorajamento" observou-se pontuações entre 3.67 e 7.00, sendo a pontuação média de 5.64 com desvio padrão de 0.86. Metade dos Enfermeiros apresentaram pontuações superiores a 5.67. Na dimensão "compreensão das emoções dos outros" os Enfermeiros apresentaram pontuações compreendidas entre 2.40 e 7.00, sendo a pontuação média de 4.10 com desvio padrão de 0.92. Para cerca de 50.0% dos Enfermeiros observou-se pontuações superiores a 4.00. Na dimensão "auto-controlo emocional" as pontuações variaram entre 3.50 e 7.00, sendo a pontuação média de 4.78 com desvio padrão de 0.73. Metade dos Enfermeiros apresentaram, nesta dimensão, pontuações superiores a 4.75. Em termos globais, observou-se resultados compreendidos entre 4.34 e 6.63, sendo o resultado médio de 5.28 com desvio padrão de 0.46. Metade dos Enfermeiros obtiveram pontuações superiores a 5.29.

Comparando os resultados das medidas de tendência central (média e mediana) verificou-se que os Enfermeiros evidenciaram maior inteligência emocional em termos de "empatia" e "auto-encorajamento" e menor inteligência emocional relativamente à "compreensão das emoções dos outros" e "auto-controlo emocional". No entanto, atendendo a que a escala variava entre 1 e 7 pontos, verificou-se que em todas as dimensões e no global os valores médios e medianos se situaram acima do valor central da escala (4 pontos).

Quadro 3.1

Inteligência emocional dos Enfermeiros: Médias, medianas, máximos e mínimos

Inteligência emocional	$\bar{x}$	**Md**	**s**	x_{min}	$x_{máx}$
Sensibilidade emocional	5.53	5.58	0.62	2.23	6.85
Empatia	5.70	5.71	0.62	4.29	7.00
Compreensão das emoções próprias	5.22	5.17	0.67	3.67	7.00
Auto-encorajamento	5.64	5.67	0.86	3.67	7.00
Compreensão das emoções dos outros	4.10	4.00	0.92	2.40	7.00
Auto-controlo emocional	4.78	4.75	0.73	3.50	7.00
Global	5.28	5.29	0.46	4.34	6.63

O Quadro 3.2 apresenta as médias, medianas, máximos e mínimos, no que diz respeito ás dimensões "respeito" e "disponibilidade", correspondentes ás respostas dadas pelos clientes, ao modo como percepcionam os comportamentos de cuidar dos Enfermeiros. Verifica-se que, na dimensão "respeito" os valores variaram entre 3.88 e 5.00, sendo o valor médio de 4.83 com desvio padrão de 0.23. Cerca de metade dos resultados situaram-se acima de 4.92. Para a dimensão "disponibilidade" observou-se resultados compreendidos entre 3.67 e 5.00, sendo o valor médio de 4.57 com desvio padrão de 0.39. Cerca de 50.0% dos resultados situaram-se acima de 4.67. Em termos globais, verificou-se que os resultados variaram entre 3.89 e 5.00, sendo o valor médio de 4.74 com desvio padrão de 0.25. Aproximadamente metade dos resultados eram superiores a 4.82.

Os clientes evidenciaram melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, em termos de "respeito" que em termos de "disponibilidade" mas, tendo em consideração que a escala variava entre 1 e 5 pontos, pode-se afirmar que em ambas as dimensões e também no global os clientes evidenciaram melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, o que poderá conduzir à sua satisfação.

Quadro 3.2

Resultados da avaliação dos clientes: Médias, medianas, máximos e mínimos

Dimensões	$\bar{x}$	**Md**	**S**	x_{min}	$x_{máx}$
Respeito	4.83	4.92	0.23	3.88	5.00
Disponibilidade	4.57	4.67	0.39	3.67	5.00
Global	4.74	4.82	0.25	3.89	5.00

Como estudo complementar, procurou-se avaliar em que medida algumas características (demográficas e profissionais) dos Enfermeiros poderiam influenciar a inteligência emocional por eles evidenciada.

Observando os dados apresentados no quadro 3.3 verificou-se que, comparando a inteligência emocional dos Enfermeiros em função do sexo, apenas se observou diferença significativa ($p = 0.003$) na dimensão "auto-encorajamento". Os valores das medidas de tendência central apresentados sugerem que os Enfermeiros do sexo masculino tendem a apresentar maior inteligência emocional que os Enfermeiros do sexo feminino, em termos de "auto-encorajamento".

Quadro 3.3

Comparação da inteligência emocional em função do sexo do Enfermeiro

Inteligência emocional Sexo	**N**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}_{aritm}$	**Md**	**Z**	**p**
Sensibilidade emocional						
Masculino	21	42.24	5.27	5.38	1.470	0.141
Feminino	79	52.70	5.60	5.62		
Empatia						
Masculino	21	55.07	5.81	5.86	0.815	0.415
Feminino	79	49.28	5.68	5.71		
Compreensão das emoções próprias						
Masculino	21	59.33	5.45	5.33	1.576	0.115
Feminino	79	48.15	5.15	5.17		
Auto-encorajamento						
Masculino	21	62.43	6.03	6.17	2.126	**0.003**
Feminino	79	47.33	5.54	5.50		
Compreensão das emoções dos outros						
Masculino	21	54.62	4.33	4.20	0.734	0.463
Feminino	79	49.41	4.04	4.00		
Auto-controlo emocional						
Masculino	21	47.31	4.70	4.50	0.571	0.568
Feminino	79	51.35	4.80	4.75		
Global						
Masculino	21	52.00	5.33	5.29	0.267	0.790
Feminino	79	50.10	5.27	5.29		

O estudo da correlação entre a inteligência emocional dos Enfermeiros e a sua idade (quadro 3.4) revelou a existência de correlação significativa (p = 0.018) apenas na dimensão "compreensão das emoções próprias". O facto da correlação ser positiva leva a concluir que os Enfermeiros mais velhos tendem a evidenciar maior inteligência emocional ao nível da "compreensão das emoções próprias".

Quadro 3.4

Correlação entre a inteligência emocional e a idade dos Enfermeiros

	Idade		
Inteligência emocional	**N**	**r_s**	**p**
Sensibilidade emocional	100	+0.01	0.934
Empatia	100	-0.05	0.606
Compreensão das emoções próprias	100	+0.24	**0.018**
Auto-encorajamento	100	-0.02	0.884
Compreensão das emoções dos outros	100	+0.10	0.339
Auto-controlo emocional	100	+0.19	0.058
Global	100	+0.06	0.555

Na comparação da inteligência emocional dos Enfermeiros em função da categoria profissional considerou-se apenas as categorias Enfermeiro e Enfermeiros Graduado atendendo a que o número de casos na categoria Enfermeiros Especialista não é representativo. Com base neste estudo apenas se observou diferença significativa (p = 0.019) na dimensão "compreensão das emoções próprias". Comparando os valores das medidas de tendência central pode-se concluir que, em termos de "compreensão das emoções próprias", os profissionais que estavam na categoria de Enfermeiro Graduado apresentaram maior inteligência emocional que os profissionais que se encontrava na categoria de Enfermeiro.

Quadro 3.5

Comparação da inteligência emocional em função da categoria profissional do Enfermeiro

Inteligência emocional Categoria profissional	**N**	$\bar{x}_{ord}$	$\bar{x}_{aritm}$	**Md**	**Z**	**p**
Sensibilidade emocional						
Enfermeiro	34	48.25	5.56	5.69	0.201	0.841
Enfermeiro graduado	60	47.08	5.50	5.50		
Empatia						
Enfermeiro	34	51.49	5.78	5.86	1.070	0.285
Enfermeiro graduado	60	45.24	5.65	5.57		
Compreensão das emoções próprias						
Enfermeiro	34	38.74	4.99	5.00	2.354	**0.019**
Enfermeiro graduado	60	52.47	5.29	5.33		
Auto-encorajamento						
Enfermeiro	34	44.31	5.57	5.58	0.856	0.392
Enfermeiro graduado	60	49.31	5.71	5.67		
Compreensão das emoções dos outros						
Enfermeiro	34	49.75	4.04	3.90	0.604	0.546
Enfermeiro graduado	60	46.23	4.04	3.90		
Auto-controlo emocional						
Enfermeiro	34	48.94	4.75	4.75	0.389	0.698
Enfermeiro graduado	60	46.68	4.72	4.50		
Global						
Enfermeiro	34	47.90	5.25	5.29	0.106	0.915
Enfermeiro graduado	60	47.28	5.27	5.29		

Análise e apresentação inferencial

Para atingir o objectivo deste estudo "**estudar em que medida a inteligência emocional dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros"** procedeu-se ao estudo da correlação entre os resultados das duas variáveis, em cada dimensão e no global, aplicando o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância. Analisando os resultados apresentados no quadro 3.6 pode-se constatar que, na dimensão "respeito" e no global, a percepção dos clientes está significativamente correlacionada ($p < 0.05$) com a inteligência emocional dos enfermeiros na dimensão "empatia" e no global. Na dimensão "disponibilidade" não se observou qualquer correlação significativa.

O facto da correlação ser positiva permite afirmar que os clientes que conviveram com Enfermeiros que evidenciavam maior inteligência emocional, na dimensão "empatia" e no global, tendem a apresentar melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" e no global.

O facto da correlação ser significativa entre os valores globais das duas escalas levam a concluir que se confirma o objectivo delineado e que os clientes que convivem com Enfermeiros com maior inteligência emocional tendem a manifestar melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

Quadro 3.6

Correlações entre inteligência emocional e as dimensões das percepções dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros

Dimensões	Respeito		Disponibilidade		Global	
Inteligência emocional	**r_s**	**P**	**r_s**	**p**	**r_s**	**p**
Sensibilidade emocional	+0.17	0.091	+0.17	0.093	+0.19	0.060
Empatia	+0.21	**0.034**	+0.14	0.157	+0.21	**0.039**
Compreensão das emoções próprias	+0.10	0.344	-0.01	0.981	+0.05	0.638
Auto-encorajamento	+0.07	0.489	-0.04	0.684	+0.02	0.859
Compreensão das emoções dos outros	+0.03	0.797	+0.09	0.387	+0.07	0.498
Auto-controlo emocional	+0.09	0.357	+0.10	0.306	+0.13	0.212
Global	+0.20	**0.047**	+0.16	0.109	+0.20	**0.042**

Os gráficos seguintes pretendem mostrar a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, em função da inteligência emocional destes. Para tal dividiu-se os Enfermeiros em três grupos, tendo por base os resultados obtidos na escala de inteligência emocional: Enfermeiros que apresentavam valores mais baixos de inteligência emocional (1º tercil), Enfermeiros que obtiveram valores intermédios de inteligência emocional (2º tercil) e Enfermeiros que apresentaram valores mais elevados de inteligência emocional (3º tercil). Para cada um destes grupos calculou-se os valores médios da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros. Da análise dos gráficos verificou-se que não existem diferenças muito acentuadas nos níveis médios da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, em função

dos níveis de inteligência emocional desses mesmos Enfermeiros, no entanto constatou-se que na maioria das situações os clientes que conviveram com Enfermeiros que evidenciaram menor inteligência emocional tendem a manifestar piores percepções cerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros. Verificou-se também que os clientes com melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, tendem a ser os que conviveram com Enfermeiros com níveis intermédios de inteligência emocional.

Gráfico 3.1

Valores médios da percepção dos clientes (dimensão respeito)
em função da inteligência emocional dos Enfermeiros

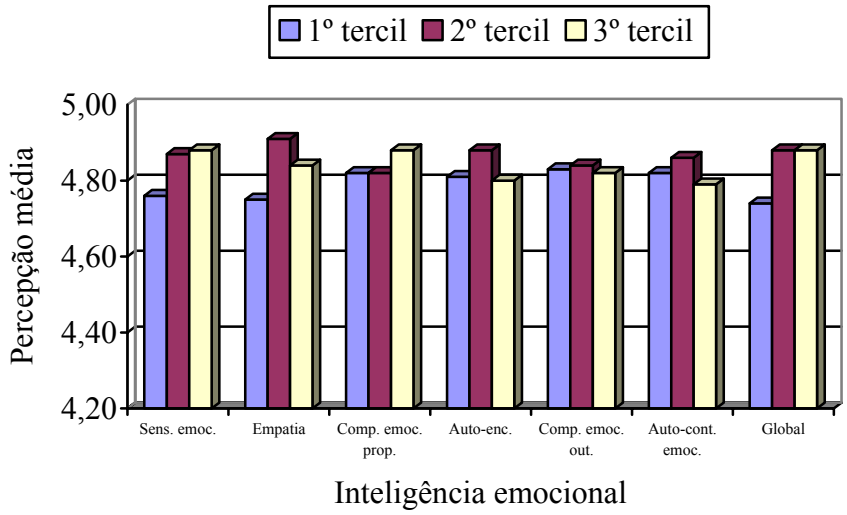


Gráfico 3.2

Valores médios da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros (dimensão disponibilidade)
em função da inteligência emocional dos Enfermeiros

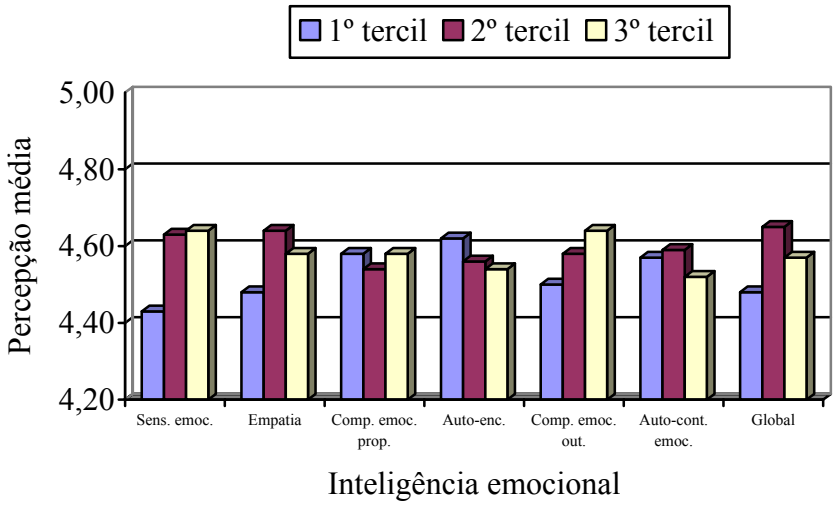
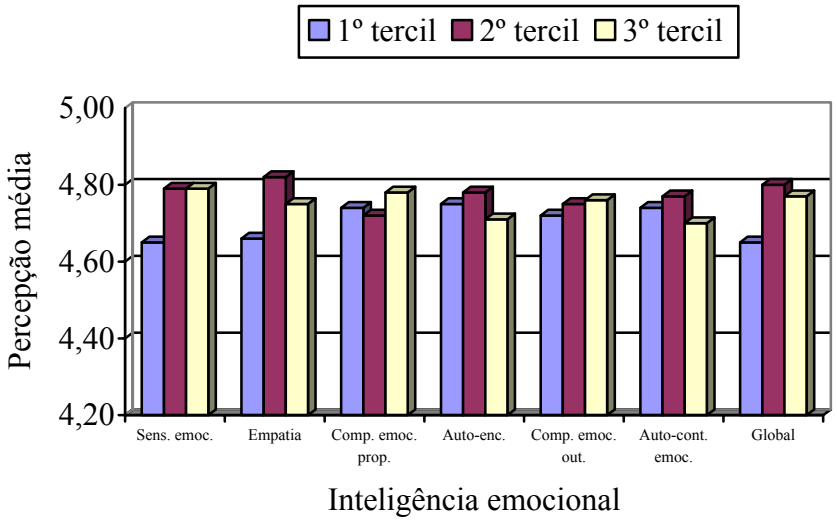


Gráfico 3.3

Valores médios da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros (global)
em função da inteligência emocional dos Enfermeiros



Seguidamente apresenta-se os resultados dos estudos de regressão múltipla efectuados para avaliar em que medida a inteligência emocional é preditora da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros. O estudo foi efectuado para cada uma das dimensões e para o global da escala da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros (variável critério). Procedeu-se primeiro ao estudo utilizando as dimensões da escala de inteligência emocional (variáveis preditoras) não incluindo neste estudo o global desta escala para minimizar os efeitos de multicolinearidade, dado que o global da escala contém em si as várias dimensões. Posteriormente efectuou-se o estudo da regressão linear simples considerando como variável preditora apenas o global da escala de inteligência emocional.

Analisando os resultados apresentados no quadro 3.7, pode-se verificar que as dimensões "empatia" e "sensibilidade emocional" da escala de inteligência emocional foram seleccionadas como preditoras da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito". O coeficiente de correlação múltipla apresentou o valor 0.137, pelo que a proporção de variância da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" que é explicada por aquelas variáveis preditoras é 13,7%. A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.0029$).

Considerando o resultado global da escala de inteligência emocional como variável preditora (quadro 3.8) verificou-se que o coeficiente de correlação apresentou o valor 0.071, pelo que a proporção de variância da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" que é explicada pela inteligência emocional global é de 7.1%. A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.007$).

O facto dos valores dos coeficientes de regressão padronizados serem positivos, quer nas duas dimensões quer no global da inteligência emocional, sugerem que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros.

Quadro 3.7

Regressão múltipla: como a inteligência emocional dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros

Dimensões / **Inteligência emocional**	Respeito			Disponibilidade			Global		
	β	T	p	β	T	p	β	T	p
Sensibilidade emocional	+0.22	2.14	**0.035**	+0.18	2.04	**0.044**	+0.23	2.23	**0.028**
Empatia	+0.28	2.07	**0.041**	+0.23	1.70	0.092	+0.29	2.16	**0.033**
Compreensão das emoções próprias	-0.04	0.27	0.788	-0.17	1.23	0.223	-0.11	0.78	0.434
Auto-encorajamento	-0.05	0.37	0.710	-0.12	0.95	0.344	-0.09	0.74	0.464
Compreensão das emoções dos outros	-0.11	0.97	0.337	0.00	0.01	0.997	-0.07	0.60	0.550
Auto-controlo emocional	+0.06	0.47	0.638	+0.16	1.22	0.224	+0.12	0.96	0.342
R^2	0.137			0.108			0.146		
F	2.468			2.185			2.650		
P	**0.029**			**0.043**			**0.020**		

Quadro 3.8

Regressão múltipla: como a inteligência emocional (global) dos Enfermeiros explica a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros

Dimensões / **Inteligência emocional**	Respeito			Disponibilidade			Global		
	β	t	p	β	t	p	β	t	p
Global	+0.27	2.74	**0.007**	+0.19	2.10	0.038	+0.26	2.70	**0.008**
R^2	0.071			0.036			0.069		
F	7.508			4.410			7.299		
P	**0.007**			0.038			**0.008**		

Relativamente à dimensão "disponibilidade" da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, verificou-se que apenas a dimensão "sensibilidade emocional" da escala de inteligência emocional foi seleccionada como sua preditora. O coeficiente de correlação múltipla apresentou o valor 0.108, ou seja, a proporção de variância da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "disponibilidade", que é explicada pela sensibilidade emocional dos Enfermeiros é de 10,8%. A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.043$).

Utilizando o resultado global da escala de inteligência emocional como variável preditora (quadro 3.8) obteve-se o valor 0.036 para o coeficiente de correlação, pelo que a proporção de variância da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, ao nível da dimensão "disponibilidade", que é explicada pela inteligência emocional global dos Enfermeiros é de 3.6%. A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.038$).

Atendendo a que valores dos coeficientes de regressão padronizados são positivos leva a concluir que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "disponibilidade" tende a aumentar quando aumenta a

inteligência emocional dos Enfermeiros, em termos globais e em termos de "sensibilidade emocional".

Os resultados apresentados permitem constatar que as dimensões "sensibilidade emocional" e "empatia" da escala de inteligência emocional foram seleccionadas como preditoras da percepção global dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, sendo o coeficiente de correlação múltipla de 00146. A proporção de variância da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros que é explicada por aquelas variáveis preditoras é 14.6% e a equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.0020$).

Considerando como preditora a inteligência emocional global verificou-se que a proporção de variância da percepção global dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros que é explicada pela inteligência emocional global dos enfermeiros é de 6.9%. A equação de regressão tem uma capacidade preditiva significativa ($p = 0.008$).

Sendo positivos os valores dos coeficientes de regressão padronizados, quer nas duas dimensões quer no global da inteligência emocional, pode-se concluir que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional destes, o que poderá conduzir à satisfação por parte dos clientes.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

1 - INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS E PERCEPÇÃO DOS CLIENTES ACERCA DOS COMPORTAMENTOS DE CUIDAR DOS ENFERMEIROS

Neste estudo foi possível chegar à conclusão que de um modo geral os Enfermeiros evidenciaram maior inteligência emocional na dimensão "empatia" e "auto-encorajamento", o que não surpreende uma vez que, durante toda a sua formação profissional os Enfermeiros são incentivados a desenvolver a sua capacidade de empatia, por forma a facilitar a interacção com os seus clientes.

No entanto é de realçar que em todas as dimensões da inteligência emocional e no global, os valores situam-se acima da média.

Para Campos (2003), a empatia é uma característica do Enfermeiro que cuida o seu cliente, com vista à sua satisfação.

Segundo Mendes (2004) para que o Enfermeiro preste cuidados de qualidade, é necessário que se sinta bem consigo próprio, quer em relação à sua pessoa, como também em relação à sua vida profissional. Daí também o grande investimento dos Enfermeiros na dimensão "auto-encorajamento", que como já foi referido anteriormente, facilita o modo como lidam com as situações desgastantes do seu exercício profissional.

Strichland (2000) é de opinião que a pessoa emocionalmente inteligente possui uma forte motivação, o que poderá ser interpretado como auto-encorajamento, fazendo a correspondência às dimensões deste estudo.

Para Martins (2003) o cuidar com inteligência emocional traduz-se em clientes satisfeitos, não só com os cuidados que lhes foram prestados, mas também com os fornecedores desses mesmos cuidados.

Costa (2003) baseado em questões tratadas por CARL ROGERS refere a importância da sensibilidade do Enfermeiro para as emoções, como forma de interagir com o seu cliente.

Também Martins (2004) refere que o modo como o Enfermeiro encara as emoções, tem repercussões na satisfação dos seus clientes.

Ainda segundo Andrade e Monteiro (2004) o Enfermeiro deve aproveitar os momentos de interacção para estabelecer parcerias com os seus clientes, no sentido da

cumplicidade dos cuidados. A compreensão das suas emoções por parte do Enfermeiro, fará com que se sinta respeitado e com liberdade para expressar as suas necessidades afectadas, o que contribui para a sua satisfação.

Para medir a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, foram definidas duas dimensões: o respeito e a disponibilidade.

Segundo Almeida e Rodrigues (2004), o respeito é uma competência dos Enfermeiros, que está presente na interacção com o cliente e que contribui para a sua satisfação e qualidade dos cuidados.

Neste estudo os clientes evidenciaram melhor percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito", no entanto à semelhança do que aconteceu para a inteligência emocional, pode-se afirmar que nas duas dimensões e no global os clientes evidenciaram boas percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, uma vez que foram apresentados valores na percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, acima da média da escala.

Para Campos (2003) a enfermagem, na sua dimensão ética contempla o respeito pelo seu cliente, como ser humano, na sua unicidade, em situações especificas.

Segundo Lazure (1994), citado por Campos (2003 p.16) "Respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, (.....) Respeitar o cliente é aceitar humanamente a sua realidade presente de ser único ". Também na opinião de (Campos, 2003) o cuidar assenta na aceitabilidade e no respeito do seu cliente. O respeito é um direito de todo o ser humano.

Costa (2003) refere que o Enfermeiro deverá cuidar do seu cliente com respeito pela sua individualidade e unicidade, sendo esta relação facilitadora do desenvolvimento e enriquecimento de ambos, o que influência a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

Gonçalves (2004), num estudo que fez com doentes idosos, refere que o que estes mais referenciaram como causa da sua satisfação foi o modo como os Enfermeiros os respeitaram e comunicaram com eles, não referindo qualquer importância à componente técnica, mas sim ao saber ser e saber estar do Enfermeiro, ao modo como interagem com eles.

Costa (2003) é de opinião que no cuidar, o modo como se comunica com o cliente, transmite a disponibilidade para o ouvir e ajudar a recuperar o seu estado de equilíbrio.

Noutro estudo Sanches & Baltar (2004), chegaram à conclusão que para os clientes do mercado cuidados de saúde, a percepção dos comportamentos de cuidar incidem no modo como o Enfermeiro comunica com eles e os informa sobre as acções que lhe irão ser aplicadas. É também a disponibilidade demonstrada para ouvir e ajudar, tendo sido a componente relacional, a mais enfatizada.

Em seguida foi feito um estudo para evidenciar a evolução da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros em função da inteligência emocional, através de gráficos.

De acordo com os resultados obtidos na escala da inteligência emocional, os Enfermeiros foram distribuídos por três grupos, 1º tercil Enfermeiros que apresentavam valores mais baixos da inteligência emocional, 2º tercil Enfermeiros que obtiveram valor intermédios e 3º tercil os Enfermeiros que obtiveram valores mais elevados de inteligência emocional. Para cada tercil foi calculado o valor médio da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, para as duas dimensões e para o global.

A conclusão deste estudo revela que não existem diferenças significativas nos níveis médios da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros em função dos níveis de inteligência emocional dos Enfermeiros, no entanto na maioria das situações os clientes que conviveram com Enfermeiros que evidenciaram menor inteligência emocional, tendem a manifestar piores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, sendo os clientes com melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, aqueles que conviveram com Enfermeiros com níveis intermédios de inteligência emocional.

Seria de esperar que os clientes com melhores percepções de comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, seriam aqueles que conviveram com Enfermeiros com níveis mais elevados de inteligência emocional.

Strichland (2000), quando fala da actuação dos gestores emocionalmente inteligentes, uma das consequências das suas habilidades no campo da interacção é a retenção dos clientes à organização, porque se encontram satisfeitos com os seus serviços. O mesmo seria de esperar dos Enfermeiros com níveis mais elevados de inteligência emocional.

No entanto neste estudo não foi possível retirar essa conclusão, talvez devido ao tamanho da amostra, ou também devido à sua homogeneidade, uma vez que se tratava de

Enfermeiros que desempenhavam funções em hospitais com características semelhantes, que poderão condicionar as respostas dos clientes, no que respeita à sua percepção acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros.

Para avaliar em que medida a inteligência emocional é preditora da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, foi efectuado o estudo de regressão múltipla para cada uma das dimensões e para o global da escala da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, assim como para a escala de inteligência emocional, nas suas dimensões. Para o global foi realizado o estudo de regressão linear.

As dimensões "empatia" e "sensibilidade emocional" da escala de inteligência emocional, foram consideradas preditoras da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" .

Uma vez que os valores dos coeficientes de regressão padronizadas são positivas, nas duas dimensões da inteligência emocional e no global, a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros na dimensão "respeito" tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros.

Para Martins (2004), entre o Enfermeiro e o cliente é formada uma parceria, existindo uma cumplicidade entre ambos.

Nesta parceria o Enfermeiro adquire uma grande intimidade com o seu cliente, o que lhe exige uma grande disponibilidade e um grande respeito, pela pessoa com quem interage.

Também Mezono (2001) faz referência a esta parceria que é necessário estabelecer entre fornecedor e cliente, tomando este como parte integrante da recuperação do seu estado de equilibrio-Saúde.

Para Ribeiro (2005) o respeito demonstrado pelo Enfermeiro em relação ao seu cliente, assim como a empatia e o desenvolvimento de parcerias entre ambos, na concretização dos cuidados de saúde "(.....) são elementos importantes para a satisfação dos utentes (.....) p. 52.

Num estudo que o mesmo autor realizou o respeito foi uma dimensão apontada pelos clientes, como preditora da sua satisfação, em relação à actuação dos Enfermeiros, o que vem de encontro ás recomendações da Ordem dos Enfermeiros que sugere a integração destas dimensões nos estudos de satisfação dos clientes do mercado de cuidados de saúde.

É também referido pelo mesmo autor que o saber lidar com as emoções por parte do Enfermeiro é um factor preponderante na interacção com os seus clientes, tendo em vista a sua satisfação.

Para Costa (2003) o Enfermeiro que conhece e desenvolve as suas emoções, promove o desenvolvimento nos seus clientes e consequentemente gera clientes satisfeitos.

Para a dimensão "disponibilidade" da percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, apenas a dimensão "sensibilidade emocional" da escala da inteligência emocional é sua preditora. Como os valores dos coeficientes de regressão padronizados são positivos, pode-se concluir que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros na dimensão "disponibilidade", tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros, na sua dimensão "sensibilidade emocional" e no global.

Lalanda (1995), refere que a comunicação com o cliente faz parte do cuidar. É uma medida terapêutica que promove o restabelecimento do estado de equilíbrio, facilita a integração da pessoa no seio da família e sociedade e favorece a sua satisfação na interacção que estabelece com o prestador/fornecedor de cuidados. Ainda segundo a mesma autora, uma vez que o cliente interpreta os cuidados que lhe são prestados, de uma forma subjectiva, de acordo com as suas expectativas e representações adquiridas acerca dos cuidados de saúde, o momento de interacção entre cliente e fornecedor deverá ser um momento de enriquecimento e satisfação para as partes envolventes.

Como foi referido anteriormente, optou-se por denominar de "disponibilidade" a dimensão que expressa o modo como o Enfermeiro comunica com o cliente.

Segundo Davies (1995) a congruência entre os actos do Enfermeiro e sua expressão corporal e facial, interferem no modo como os seus clientes interpretam os cuidados que lhe são prestados.

Para Querido (2004), ao cuidar, o Enfermeiro deve saber escutar, mostrar disponibilidade e para tal é necessário uma simbiose entre o intelectual e o emocional. A sua sensibilidade emocional poderá levar à satisfação dos seus clientes.

Mezono (2001) refere que a satisfação do cliente do mercado cuidados de saúde, depende do modo como o fornecedor de cuidados, comunica com ele, desde o primeiro contacto. Ainda segundo a opinião do mesmo autor, a satisfação do cliente é também

condicionada pelo modo como o fornecedor de cuidados mostra a sua disponibilidade e respeito pelas suas emoções.

Segundo Estanqueiro (1993), a pessoa que demonstra disponibilidade, sabe escutar o outro com serenidade, respeitando as suas emoções. É uma pessoa que conhece também as suas próprias emoções. Ainda segundo o autor, alguns clientes do mercado cuidados de saúde, procuram o técnico (fornecedor) apenas pela necessidade de encontrar alguém que demonstre disponibilidade para os ouvir e compreender as suas emoções.

No seu estudo Ribeiro (2005), relata que a disponibilidade demonstrada pelo Enfermeiro em relação aos seus clientes, foi também mencionada por estes como sendo um factor preditor da sua satisfação.

Para finalizar, as dimensões "sensibilidade emocional" e "empatia" foram seleccionadas como preditoras da percepção global dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, assim como a inteligência emocional global.

Assim e uma vez que os valores dos coeficientes de regressão padronizados são positivos, quer nas duas dimensões quer no global da inteligência emocional, pode-se concluir que a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, tende a aumentar quando aumenta a inteligência emocional dos Enfermeiros.

Palmer et al, (2001) num estudo que efectuou, chegou à conclusão que existe relação entre a satisfação das pessoas e o reconhecimento das emoções. Ainda segundo o mesmo autor a interacção é responsável pelo sucesso de certas profissões que exigem uma certa caminhada em conhecimentos científicos e criatividade na aplicação prática, como é o caso dos cargos de liderança e profissões que trabalham directamente com a saúde e bem estar das pessoas.

Afim de testar o objectivo delineado, foi realizado o estudo da correlação entre os resultados da inteligência emocional e a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, nas suas dimensões e no global, através do coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância.

Assim verificou-se que na dimensão "respeito" e no global, a percepção dos clientes acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, está significativamente correlacionada com a inteligência emocional dos Enfermeiros, na dimensão "empatia" e no global.

Pode-se afirmar que os clientes que convivem com Enfermeiros que evidenciaram maior inteligência emocional, na dimensão "empatia" e no global, tendem a apresentar melhor percepção dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, na dimensão "respeito" e no global. O mesmo não foi possível verificar para a dimensão "disponibilidade".

Como a correlação é significativa entre os valores globais das duas escalas, pode-se concluir que se atingiu o objectivo deste estudo. Os clientes que conviveram com os Enfermeiros com maior inteligência emocional, tendem a manifestar melhores percepções acerca dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros, o que poderá conduzir à sua satisfação.

2 - OUTROS ASPECTOS IMPORTANTES SUGERIDOS PELOS DADOS

Neste estudo foi possível chegar à conclusão que os Enfermeiros que evidenciaram maior inteligência emocional, são os que têm mais idade, nomeadamente, ao nível da compreensão das emoções próprias, o que está em acordo com a opinião dos autores, (Goleman, 1995; Damásio 2000; Mayer et al, 2000; Martins et al 2003) quando afirmam que as características da inteligência emocional vão-se desenvolvendo ao longo da vida, através da aprendizagem.

No que diz respeito à categoria profissional dos Enfermeiros, na correlação com a inteligência emocional, apenas foi observada diferença significativa na dimensão "compreensão das emoções próprias", em que os Enfermeiros graduados evidenciam maior inteligência emocional relativamente aos que se encontram na categoria de Enfermeiro. O que vem reforçar o que foi dito em relação ao factor idade, uma vez que na carreira de enfermagem só poderá ser detentor da categoria de Enfermeiro graduado, o Enfermeiro com o mínimo de 6 anos de exercício profissional.

Sendo assim estes são os Enfermeiros com mais idade, que se encontram na prestação de cuidados, uma vez que o número de Enfermeiros especialistas não é representativo.

Por outro lado e segundo a opinião Goleman, et al (2002), para que a pessoa saiba lidar com as emoções dos outros é necessário que conheça e compreenda as suas próprias emoções.

A maioria dos Enfermeiros deste estudo, eram do sexo feminino, no entanto comparando este parâmetro com a inteligência emocional, apenas se observou diferença significativa na dimensão "auto-encorajamento," em que os Enfermeiros do sexo masculino tendem a apresentar maior inteligência emocional, em relação aos Enfermeiros do sexo feminino.

Para Martins et al, (2003), o auto-encorajamento, que denomina de persistência e motivação, são características que o Enfermeiro tem necessidade de desenvolver, uma vez que diariamente na sua actividade profissional é confrontado com situações que o poderão

levar ao desanimo. Esta característica fará dele uma pessoa que luta pela satisfação dos seus clientes. Opinião partilhada por (Santos, 2004).

Os clientes dos Enfermeiros em estudo permaneceram em contacto com estes em média, 5,56 dias. Considerou-se como tempo mínimo de contacto 3 dias, para que fosse possível estabelecer uma certa cumplicidade entre ambos.

Segundo Germano et al (2003), o Enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo permanece junto do seu cliente, dai a grande importância dada por estes ao facto como é cuidado pelo Enfermeiro.

Para Santos (2004), o Enfermeiro assume o papel de advogado dos seus clientes, devido ao tempo de contacto e interacção.

Num estudo realizado por Ribeiro (2005) sobre a satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde, estes referem que as suas relações com os enfermeiros e as características pessoais destes, influenciam a sua satisfação.

Existem também estudos que indicam que a estrutura física e organizacional da instituição interfere com a satisfação dos clientes e consequentemente com a percepção que estes fazem dos comportamentos de cuidar dos Enfermeiros..

Segundo Lalanda (1995) nos hospitais são criadas rotinas para facilitar a sua actividade diária, também na opinião da autora a estrutura física do hospital interfere na sua dinâmica diária de prestação de cuidados.

Nos hospitais contactados, no sentido de perceber o que se fazia no terreno em termos de satisfação dos clientes, os seus questionários contemplavam também esta área.

Por outro lado o nível sócio-cultural e a idade dos clientes também poderão estar na origem deste resultado uma vez que interferem nas necessidades e expectativas da pessoa (Lalanda, 1995).

3 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO E PESQUISAS FUTURAS

Ao iniciar este estudo foi minha intenção, contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem, assim como elevar o reconhecimento da Enfermagem como profissão.

Ao longo da pesquisa efectuada, foi notada uma grande ausência de estudos entre a inteligência emocional dos Enfermeiros e as suas repercussões, tanto nos seus comportamentos de cuidar, como na satisfação dos seus clientes, principalmente no que diz respeito à realidade Portuguesa. Pelo qual se pode concluir que é necessário incentivar os Enfermeiros para o investimento nesta área.

De certo que este estudo também contribuiu para o despertar dos Enfermeiros para as questões da inteligência emocional e num futuro próximo irão aparecer estudos e artigos de Enfermeiros que resolveram investir mais e melhor na formação do seu saber ser e do seu saber estar, uma vez que ao longo dos meses de contacto com os colegas de outras instituições, foram várias as questões colocadas, inclusive pelos Enfermeiros Directores, pois apreciaram bastante as questões do inquérito que pretendia medir a inteligência emocional dos Enfermeiros.

Dado este estudo se referir a um número restrito de Enfermeiros e consequentemente também de clientes, a que se reportava a amostra, não foi possível extrapolar para o universo da saúde em Portugal, o que também condicionou os resultados. No entanto serviu para se demonstrar o interesse em se realizar periodicamente estudos , em cada instituição do SNS, que digam respeito a esta área.

Como ficou demonstrado através da grande adesão aos inquéritos aplicados, aos comportamento de cuidar dos Enfermeiros, os clientes respondem com entusiasmo, o que denota que lhe atribuem grande importância.

Para os Enfermeiros estes momentos, de simples preenchimento de um questionário, poderão transformar-se em momentos de reflexão, que simultaneamente poderão despertar curiosidade em investir em formação e exercitar práticas que levarão a tornarem-se pessoas "emocionalmente inteligentes", com um grande investimento no acto do cuidar.

Na instituição onde exerço a actividade profissional, estou a trabalhar com os Enfermeiros do serviço que coordeno, no sentido do desenvolvimento das suas capacidades no campo da interacção, com grandes resultados.

Apesar de na formação de base dos Enfermeiros se enfatizar a área relacional dos cuidados, é necessário todo um investimento diário, de modo a auxiliar nas situações com que se deparam no dia á dia da sua actividade. Como é sabido, a pessoa quando está em desequilibro, quando está doente, quando tem uma ou mais necessidades afectadas, perde o seu auto-controlo emocional, o que por vezes dificulta a interacção com o fornecedor ou prestador de cuidados. Daí a grande importância que tem para a enfermagem o investimento nesta área.

Deixo também a sugestão para a realização de estudos com amostras mais significativas, que poderão permitir chegar a conclusões que aqui não foi possível, talvez devido ao tamanho da amostra.

Por outro lado estudos de menor dimensão, a nível de cada instituição, penso que seriam pertinentes, na medida em que poderiam contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde, satisfação dos clientes deste mercado, com prováveis ganhos para a saúde de cada comunidade.

A Ordem dos Enfermeiros recomenda a realização de estudos sobre a satisfação dos clientes, no entanto parece-me pertinente que se faça a correlação respectiva entre a satisfação dos clientes e especificamente a acção dos Enfermeiros, no que diz respeito aos comportamentos de cuidar.

Sugiro que se faça formação para os Enfermeiros na área da inteligência emocional, pois é uma área onde não existem estudos direccionados para os Enfermeiros.

Estou certa que se existissem estudos específicos, dizendo respeito aos Enfermeiros, na área da inteligência emocional, relacionada com a satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde, esta seria uma temática leccionada nas escolas de Enfermagem, num futuro próximo, como já o é a economia da saúde, tendo como meta a melhoria continua da qualidade dos cuidados. Espero com este estudo ter contribuído para a evolução da Enfermagem como profissão digna de respeito por parte da sociedade.

Se me é permitido, gostaria de sugerir, alteração do tempo que é dado aos alunos de Mestrado, para levarem a cabo a sua dissertação. Considero este tempo insuficiente, pois restringe o trabalho no terreno, o que em minha opinião é um embaraço á conclusão dos

estudos. Estou certa de que se poderia chegar a outros resultados se não existisse escassez de tempo, para este tipo de estudo.

BIBLIOGRAFIA

Agosta, J. L.. (2005). Patient satisfaction with nurse practitioner delivered primary health care services. *A dissertation submitted to the graduate faculty of the Louisiana Stata University and Agricultural and Mecnanical College.*

Almeida, M. H.. (2001). O I.Q.S. e a qualidade em Saúde, o papel do conselho executivo. *I.Q.S.*, (2), 8.

Almeida, A. M. S. S., & Rodrigues, I. M.. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico**.** *Nursing,* 15. (193), 20 - 21.

Andrade, G. G., & Monteiro, A. (2004). A relação de ajuda na prestação de cuidados de saúde. *Nursing,* 15. (194), 16 - 21.

Bernardo, F. D.. (1996). Humanizar para cuidar**.** *Servir,* 44 (2), 60 - 62.

Biscaia, J. L.. (2000). Qualidade em saúde uma perspectiva conceptual. *I.Q.S,* (0), 6 - 10.

Boavista, A.. (2000). A experiência Portuguesa de acreditação dos hospitais. *I.Q.S,* (0), 27 - 32.

Campos, A. C., et al (1987). Sociedade, saúde e economia. Equidade geográfica no sistema de saúde Português. *Escola Nacional de Saúde Publica,* 239 - 246.

Campos, P. M. O. T. S.. (2003). Quando o preconceito condiciona o Respeito. *Nursing,* 15 (176), 15 - 18.

Carvalho, M. M. M.. (1996). A enfermagem e o humanismo**.** *Lusociência*.

Cleary, P.D., et al (1991). Patients evaluate their hospital care: A national survey. *Health Aff (Millwood). Winter* 10 (4).

Christo, F. H.. (2001). Certificação: Necessidade sim, moda não! *I. Q. S,* (5), 16 - 21.

Christo, F. H.. (2003). Qualidade em saúde. Manuais de qualidade. *I.Q.S,* (3), 24 - 25.

Colliére, M. F.. (1989). Promover a vida. *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*.

Colquitt, J. A.. (2001). Justice at the millenimum - analytic review of 25 years of organizational justice research. *Journal of Applied Psichology,* 86, (3), 425 - 445.

Costa, A. L.. (2003). O cuidar no hospital**.** *Nursing,* 15, (176), 19 - 22.

Costa, A.. (2003). De quem cuidamos afinal**?** *Nursing,* 15. (175), 13 - 15.

Cunha, M. P. & Rego, A.. (2002). Liderança emocional electrizante. *http://www.amba.pt*.

Damásio, A.. (2000). O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. *Publicações Europa-América.*

Davies, P.. (1995). Comunicação não verbal com doentes. *Nursing,* 8, (87), 22 - 25.

Delbanco, T. l. et al. (1995). Medical patients' assessment of their care during hospitalization: insights for internists. *Journal Gen. Inter. Med.,* 10, (12), 30 - 37.

Dingman, S. K. et al. (1999). Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of nursing administration,* 29, (12), 30.

Doona, M. E., Chase, S. K., & Haggerty, L. A.. (1999). Nursing presence: As real as a Milky Way bar. *Journal of Holistic Nursing,* (17), 54 - 70.

Du Gas, B. W.. (1978). Enfermagem prática. 4º Edição. *Interamericana.*

Estanqueiro, A.. (1993). Saber lidar com as pessoas**.** 2ª edição. *Presença.*

Feldeman, D. C.& Morris, J. A.. (1996). The dimensions, antecedents and consequences of emotional labor. *Academy of management review,* 21, (4), 986 - 1010.

Fernandes, C. J.. (2001). Auditorias em espírito de cooperação**.** *I. Q. S,* (2), 22 - 21.

Ferreira, P. L.. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Critica de Ciências Sociais,* (33), 93 - 111.

Germano, A. et al. (2003). Código deontológico do Enfermeiro: Anotações e comentários. *Ordem dos Enfermeiros.*

Godkin, J.. (2001). Healing presence. *Journal of Holistic Nursing,* 19 (1), 5 - 21.

Godkin, J. & Godkin, L.. (2004). Caring behaviors among nurses. Fostering a conversation of gestures. *Health care management review,* (29), 3.

Goleman, D.. (2002). Inteligência emocional. *Temas e Debates Lda.*

Goleman, D.. (1995). Inteligência emocional. *Objectiva.*

Goleman, D. at al. (2002). Os novos lideres. A inteligência emocional nas organizações. *Gradiva.*

Goleman, D., Boyatizs, R. & Mckee, A.. (2002). O poder da inteligência emocional. *Campus.*

Gonçalves, P. R. C.. (2004). A relação do Enfermeiro com o doente Idoso Hospitalizado. *Nursing,* 15, (188), 16 - 17.

Hesbeen, W.. (2000). Cuidar no hospital – enquadra os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. *Lusociência.*

Infante, A. M. B.. (1989). Satisfação dos utentes e a garantia da qualidade. *Escola de Saúde Pública.*

Issel, L. M. & Kahn, D.. (1998). The economic value of caring. *Health care manage review,* 23, (4), 45 - 53.

Jachson, S.. (2001). Modelo de excelência da E.F.Q.M. conceitos e benefícios. *I.Q.S,* (8), 30 - 32.

Lalanda, P.. (1995). A interacção Enfermeiro – Doente. Uma abordagem bioantropológica. *Nursing,* 8, (88), 28 - 32.

Larson, C. et al. (1996). The relationship between meeting patiints' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status out-comes. International *Journal Quality Health Care,* 8 (5), 213 - 225.

Leavey, G., et al. (1997). First – onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with service. *Journal Psichiatry,* (170), 216 - 232.

Manteigas, A. M. E.. (1997). O Enfermeiro e a ética. *Servir,* (45), 6.

Martins, F. R. P. et al. (2003). Inteligência emocional - um desafio para a enfermagem. *Nursing,* 15. (176), 28 - 30.

Martins, M. M.. (2004). Visitas e parceria de cuidados. *Nursing,* 16. (184), 8 - 14.

Mayer, J. D. et al. (2000). Selecting a measure of emotional intelligence. *Handlbook of emotional intelligence,* (15), 320 - 339.

Mayer, J., & Salovey, P.. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psycology,* (4), 197 - 208.

Meyer et al. (2006). A design of caring to develop the advanced emergency. *Nursing jounal new,* 28. (3), 258 - 264.

Mendes, C. S.. (2004). Desafiar a mudança para um futuro com mais qualidade. *Nursing,* 15, (189), 6 - 15.

Mezono, J. C.. (2001). Gestão da qualidade na saúde - princípios básicos. 1ª edição, *Manole.*

Millar, C.. (1996). À lar encontre dês besoins dês clients. *Actualité,* 18 - 24.

Morgado, V.. (2001). Qualidade em saúde: uma exigência do presente, um investimento no futuro. *I. Q. S,* (5), 13 - 15.

Mota, V. M. C.. (1991). A satisfação dos utentes no Hospital Distrital de Vila Franca de Xira. *Escola de Saúde Pública.*

Neves, M. C. P. (1995). Comissões de ética: das bases teóricas à actividade quotidiana. *Açores.*

Paúl, C. et al. (1999). Comunidade e saúde – satisfação dos utentes e voluntariado. *Afrontamento.*

Palmer, B. et al (2001). Emotional inteligence and life satisfaction. *Elsevier Science Lda.*

Pereira, L. F. (2003). Qualidade acreditação / certificação das unidades hospitalares. *S.G.S. Global,* 3, (16), 4 - 7.

Querido, A.. (2004). Quando um silêncio vale mais do que mil palavras. *Nursing,* 15, (185), 24 - 28.

Rego, A. & Fernandes, C.. (2005). Inteligência emocional: desarrollo y validacion de un instrumento de medida. *Interamericana de psicologia,* 39, (1),. 1 - 184.

Reis, F.. (2001). O modelo de excelência da EFQM: uma ferramenta para a excelência da gestão. *Qualidade,* (3), 38 - 41.

Ribeiro, A. L. A.. (2005). O percurso de construção e a validação de um instrumento para avaliação da Satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros,* (16), 53 - 60.

Ribeiro, A. L. A.. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros,* (16), 52.

Ribeiro, L. F.. (1995). Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral. 1ª edição, EDUCA, *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.*

Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional inteligence. In imagination. *Cognition and personality.* 9, 185 - 211.

Sanches, L. & Baltar, C.. (2004). Vivências do individuo com ferida crónica. *Nursing,* 15, (187), 35 - 41.

Santos, Cláudia (2004). Valores universais na prática de enfermagem; verdade e justiça. *Ordem dos Enfermeiros.* Dezembro, nº 15, 17 - 19

Scott, Anne P., et al (2003). Autonomia, privacidade e consentimento informado 2 : perspectiva pós - natal. *Nursing,* 15 (179), 14 - 25.

Serrão, Daniel & Nunes, Rui (1998). Ética em cuidados de saúde. *Porto Editora.* ISBN: 972 - 0 - 06033 - 6.

Seligman, Martin (1991). Leaned optimism. Nova Iorque Knopf.
Shoda, Michel, et al (1990). Predicting adolescent cognitive and self – regolatory competencias from preschoal delay of gratification. *Developmental psychology.* 26, 6.

Strichland, Donna (2000). Emotional intelligence the most potent factor in the success equation. *Jona,* 30(3), 118 - 130.

Tapia, Martha (2001). Measuring emoticional inteligence. *Psichological reports,* (88), 353 - 364.

Teixeira, A. P. (2002). Abordagem por processos: actual e necessária. *I. Q. S,* (4), 12 - 15.

Vara, J.. (2001) A abordagem sistémica na gestão da qualidade. *Qualidade,* (3), 36 - 37.

Watson, J.. (2002). Assessing and measuring caring in nursing and health science. *New York: Springer.*

Willians S. A. (1997). The relationship of patient's perceptions of holistic nurse to satisfaction with nursing care. *Journal nurse care quality,.* 11 (5), 15 - 29.

Wong, C., & Law, K. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The leadership Quality,* (13), 234 - 274.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização da aplicação dos questionários

Ministério da Saúde

HOSPITAL DISTRITAL DE S. JOÃO DA MADEIRA
Rua da Misericordia, 3700-190 S. João da Madeira
Tele. 256 837500 Fax. 256 837519
hdsjmadeira@hdsjmadeira.min-saude.pt

Ex.mª Senhora
D. Maria Lucinda R.M. Figueiredo Godinho
Enfermeira – Bloco operatório
Hospital Visconde Salreu
Apartado 46
3864 – 756 - Estarreja

S/Ref	S/Comunicação	N/Ref	Data:
			002593 JUL 8'04

Assunto: Pedido de autorização para realização de inquerito/questionário

Face ao pedido de V. Exª relativo a inquerito/questionario, solicitado por carta de 28 de Junho de 2004, ouvida a nosa Direcção de Enfermagem, cumpre-nos informar nada termos a opor à realização do solicitado.

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho de Administração

(Dr. Fernando Neves Portal e Silva)

FP/AP

Ministério da Saúde

ANADIA Hospital José Luciano de Castro

BOLETIM DE SERVIÇO N.º _____

[X] Ex.mo Senhor **Enfermeiro Director** [ ] Responsável do Serviço _____ De: **Comissão de Ética** N.º. Mec.: _____ Data: **27 Ago. 04**	**DESPACHO** *Conselho de Administração* _____ _____/_____/_____
ASSUNTO: Apreciação de Questionário codificado como A25/2004-I. Foi apreciado o questionário em epígrafe que será o anexo I da acta nº25 da reunião desta comissão em 20/08/04, com a seguinte conclusão**: - A comissão de Ética não tem nada a opor**, uma vez que a autora refere que cumpre os princípios éticos, nomeadamente o anonimato e confidencialidade de dados. A Presidente da Comissão de Ética, (Teresa Cardoso)	*INFORMAÇÃO*

Mod. 109

Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de Administração do Hospital Distrital de Águeda

22 07 04

3832

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirurgica, a exercer funções no bloco operatório do Hospital do Visconde de Salreu, Estarreja, encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão Pública na Universidade de Aveiro.

Neste momento estou a preparar a dissertação na área da gestão de pessoas, sob orientação do Senhor Professor Doutor Arménio Rego.

Para concretizar este trabalho, tenho que partir de uma base de pesquisa que tem por objectivo relacionar a inteligência emocional dos enfermeiros com a satisfação dos clientes do mercado cuidados de saúde.

Dado que a colheita de dados é imprescindível para a prossecução da dissertação a que me propus levar a cabo, venho solicitar a Vossa Excelência a devida autorização para aplicação de um pequeno questionário aos enfermeiros (da área da prestação de cuidados) e utentes do serviço de cirurgia e ortopedia (internamento), garantimos o seu anonimato, assim como a confidencialidade dos dados .

Certa de que esta minha solicitação merecerá a melhor compreensão e apreciação de V. Exa, junto envio dois exemplares dos referidos questionários, subscrevo-me com a maior estima, consideração e gratidão.

Enviar à Comissão de Ética p/ parecer

Pede deferimento

2004.07.22

Autorizado em conformidade c/ a conformidade de c. ética

Estarreja, 22 de Julho de 2004

Sou de opinião que nada obsta ao deferimento da pretensão da requerente.

23.07.04

Respeitosamente

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

05/08/04

À Sra Enf.ª Lucinda

Ministério da Saúde

HOSPITAL DO VISCONDE DE SALREU

ESTARREJA

007703 '04 07-30 09.33

Autorizada a realização do estudo

Exma. Sra. Dr.ª
Presidente do Conselho de Administração
Hospital do Visconde de Salreu

PARECER (02/CESHVS/04)

1. Considerando que:

A investigação em apreciação compromete-se a respeitar os princípios básicos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, no assegurar do consentimento informado, tratamento das relações entre sujeito e investigador, confidencialidade e anonimato.

2. A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Visconde de Salreu é de parecer que:

Estão satisfeitas as exigências éticas necessárias à prossecução deste estudo.

Estarreja, 29 de Julho de 2004

O Presidente da CESHVS

ANEXO II

Questionários utilizados nos hospitais

Ex.mo/a Senhor/a:

Qualquer processo de melhoria de qualidade deve ter reflexos em toda ou em parte da organização em que são aplicados.

Este pequeno questionário tem como objectivo a medição do impacto do processo de acreditação dentro do hospital em que trabalha. Deste modo, solicitamos-lhe que o preencha o mais honestamente possível, pois assim estará de facto a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Trata-se de um questionário anónimo e o seu tratamento será perfeitamente confidencial. Ninguém poderá ser identificado pelas suas respostas, nem os resultados serão apresentados de forma individual.

Muito obrigado pelo tempo e apoio dispensado ao preencher este questionário. Por favor verifique se respondeu a todas as perguntas. De seguida, dobre-o e coloque-o no correio. Não são precisos selos de correio.

Centro de Estudos e Investigação em Saúde Universidade de Coimbra

Instituto da Qualidade em Saúde

Na pergunta seguinte escolha a resposta que mais se aproxima do conhecimento que tem sobre o processo de acreditação.

1 Tem conhecimento de que o **Hospital Dr. Francisco Zagalo (Ovar)** se encontra num processo de acreditação ao abrigo de um protocolo entre o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS) e o King's Fund Health Quality Service (KFHQS)?

- ❑1 SIM, ESTE HOSPITAL ESTÁ A PARTICIPAR NUM PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
- ❑2 NÃO, NUNCA OUVI FALAR DE TAL PROCESSO NESTE HOSPITAL

*Se respondeu **Não**, por favor passe para a pergunta 13.*

2 O seu serviço foi visitado pela equipa de auditores? ❑1 SIM ❑2 NÃO

O que acha disso? _____

Pedimos-lhe agora que leia com atenção as afirmações que se seguem e que responda de que modo concorda com cada uma delas. Coloque uma cruz (x) no quadrado que mais se aproxima da sua opinião. Se achar que não tem opinião sobre o assunto ou que a não quer manifestar, por favor assinale a opção de resposta "NÃO SEI".

	CONCORDO MUITO	CONCORDO	DISCORDO	DISCORDO MUITO	NÃO SEI
3 Sinto-me bastante orgulhoso/a pelo hospital estar a participar no processo de acreditação	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
4 Foram feitas propostas de solução e de melhoria para os problemas detectados	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
5 As alterações introduzidas pelo processo de acreditação facilitam o trabalho	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
6 As alterações introduzidas pelo processo de acreditação têm impacto directo nos doentes	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

De seguida responda às seguintes perguntas:

7 Acha que o hospital melhorou em qualidade por participar neste processo de acreditação?

- ❑1 SIM, JÁ SE SENTEM MELHORIAS
- ❑2 AINDA NÃO, MAS ESPERO QUE ISSO ACONTEÇA
- ❑3 NÃO E TAMBÉM NÃO É DE ESPERAR.

8 Como avalia o papel desempenhado neste processo de acreditação pelas seguintes entidades:

	MAU	*RAZOÁVEL*	*BOM*	*MUITO BOM*	*EXCELENTE*
CONSULTORES DO KING'S FUND	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
GRUPO COORDENADOR DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NO HOSPITAL	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
DIRECÇÃO DO SEU SERVIÇO	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

9 Qual o **seu** grau de participação e envolvimento no processo de acreditação?

❑1 NENHUM ❑2 PEQUENO ❑3 MÉDIO ❑4 GRANDE ❑5 MUITO GRANDE

Porquê? _____

10 Considera que a sua participação foi aquela que estava em condições de oferecer?

❑1 SIM
❑2 NÃO, PODERIA TER PARTICIPADO MAIS
❑3 NÃO. NÃO DEVERIA TER PARTICIPADO TANTO

11 Acha que o **seu** esforço valeu a pena tendo em conta os resultados esperados em termos de organização do seu serviço?

❑1 SIM ❑2 NÃO

12 Se o processo estivesse a iniciar agora voltaria a estar tão envolvido/a como esteve?

❑1 SIM ❑2 TALVEZ ❑3 NÃO

13 O que pensa da acreditação dos hospitais do SNS?

PONTOS POSITIVOS ***PONTOS NEGATIVOS***

_____ _____

Por fim, forneça-nos alguns dados pessoais, só para fins estatísticos.

14 Categoria profissional:

❑1 ADMINISTRADOR/A HOSPITALAR
❑2 MÉDICO/A
❑3 ENFERMEIRO/A
❑4 PESSOAL TÉCNICO SUPERIOR / TS SAÚDE
❑5 PESSOAL TÉCNICO
❑6 PESSOAL ADMINISTRATIVO
❑7 PESSOAL DOS SERVIÇOS GERAIS / OPERÁRIO
❑8 OUTRA. QUAL? _____

15 Sexo: ❑1 FEMININO ❑2 MASCULINO

16 Idade: _____ ANOS

17 Tempo de serviço no hospitalar / centro de saúde: ____ANOS

18 Desempenha algum cargo de chefia? ❑1 SIM ❑2 NÃO

AUTORIZADO PELOS CTT
NO SERVIÇO NACIONAL

RSF

NÃO PRECISA DE SELO

ACREDITAÇÃO DE HOSPITAIS – PROGRAMA NACIONAL

CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE ECONOMIA
AV. DIAS DA SILVA 165
3004 – 512 COIMBRA

20427

Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

A Sua Opinião Sobre o Serviço de Urgências

A PREENCHER PELO CEISUC

Para responder a este questionário, por favor pense na sua última ida ao Serviço de Urgências. Gostaríamos que respondesse às seguintes perguntas, assinalando a resposta mais próxima da sua opinião. Se preferir usar as suas próprias palavras, por favor use a última página deste questionário, ou uma folha separada.

Data ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

e hora ☐☐ : ☐☐ de chegada ao Hospital na sua última ida às urgências.

ANTES DA CHEGADA AO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

1 Qual o motivo da sua ida às urgências?

- ☐ Adoentado/a há vários dias sem sentir melhoras
- ☐ Adoentado/a há algum tempo, tendo vindo a piorar
- ☐ Adoeci de repente
- ☐ Um acidente
- ☐ Uma outra razão

2 Quanto tempo esteve adoentado/a ou lesionado/a, antes de ir às urgências?

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ Entre 1 e 5 horas
- ☐ Entre 5 e 24 horas
- ☐ Entre 1 e 7 dias
- ☐ Mais de 7 dias

© 1997, 2003, IAQH-UA v4, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

20427

3 Consultou alguém dos Serviços de Saúde antes de ir às urgências?

- ☐ Sim, telefonei para um centro de saúde
- ☐ Sim, fui a um Centro de Saúde
- ☐ Sim, telefonei para as urgências
- ☐ Sim, telefonei a um médico ou técnico de saúde
- ☐ Sim, fui a uma farmácia
- ☐ Sim, outro. Qual? _____
- ☐ Não, fui por iniciativa própria
- ☐ Não, alguém me recomendou

A PREENCHER PELO CEISUC

4 Se consultou alguém de um Serviço de Saúde, foi-lhe dito para ir às urgências? ☐ Sim ☐ Não

5 Quais foram as razões que o/a levaram desta vez a ir às urgências?
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

Foi às urgências porque ...	Sim	Não	Não sei
Esperava ser internado/a?	☐	☐	☐
Esperava receber tratamento e depois ir para casa?	☐	☐	☐
Queria ser observado/a por um especialista?	☐	☐	☐
Precisava de um atestado médico?	☐	☐	☐
Precisava de uma receita médica?	☐	☐	☐
Precisava de ajuda urgente e não pensou em mais nada?	☐	☐	☐
Já tinha ido ao Centro de Saúde outras vezes, mas não ficou satisfeito/a?	☐	☐	☐
O Centro de Saúde não lhe disse para lá voltar caso não se sentisse melhor ou precisasse de mais tratamento?	☐	☐	☐
Foi difícil marcar uma consulta no Centro de Saúde?	☐	☐	☐
O Centro de Saúde estava fechado e não sabia a que outro local se dirigir?	☐	☐	☐
O seu caso só podia ser tratado num hospital? (ex: raio-X, análises, operação ou internamento)	☐	☐	☐

Outra razão. Qual? _____

A PREENCHER PELO CEISUC

6 **Foi sozinho/a às urgências, ou foi mais alguém consigo?**

☐ Fui sozinho/a ..... **PASSE S.F.F. PARA A PERGUNTA 8**

☐ Foi mais alguém comigo

7 **Se foi acompanhado/a de um familiar ou de outra pessoa, como é que eles foram tratados e informados?**

☐ Muito bem

☐ Bem

☐ Razoavelmente

☐ Mal

☐ Não pediram qualquer informação

8 **Esteve internado/a num hospital por qualquer período, durante os últimos 3 meses?**

☐ Não

☐ Sim, pela mesma doença ou lesão

☐ Sim, por outra doença ou lesão

9 **Esteve nas urgências mais alguma vez durante os últimos 3 meses como doente?**

☐ Não, só esta vez

☐ Sim, duas vezes ao todo

☐ Sim, três vezes ou mais

A PREENCHER PELO CEISUC

10 **Qual o meio de transporte que utilizou quando se deslocou às urgências?** ☐☐

NO SERVIÇO DE URGÊNCIAS ANTES DE TER SIDO OBSERVADO/A

11 **Quando chegou às urgências ...**

☐ Foi logo atendido/a por um medico ou enfermeiro que pediu que aguardasse a sua vez

☐ Foi logo observado/a por um médco e/ou enfermeiro

☐ Foi logo tratado/a

☐ Teve de esperar a sua vez

2 **Na altura, face à sua situação, quanto tempo achou que ia ter de esperar até ser visto/a por um médico?**

☐ Achei que devia ser visto/a imediatamente

☐ Achei que podia ser visto/a no prazo de 30 minutos

☐ Achei que podia ser visto/a no prazo de 1 hora

☐ Achei que podia ser visto/a no prazo de 2 horas

☐ Achei que podia esperar mais de 2 horas, nomeadamente ☐☐ horas

20427

13 Quanto tempo passou até começar a ser visto/a e/ou tratado/a?

- ☐ Imediatamente, logo que cheguei
- ☐ Em menos de 30 minutos
- ☐ Entre 30 minutos a 1 hora
- ☐ Entre 1 a 2 horas
- ☐ Após mais de 2 horas, nomeadamente ☐☐ horas

14 Onde esteve à espera, a maior parte do tempo?

- ☐ Numa sala de espera
- ☐ Na sala de observações
- ☐ Numa maca, no corredor
- ☐ Numa maca, na sala de observações
- ☐ Fui tratado/a imediatamente

15 O que achou do tempo que teve de estar à espera?

- ☐ Não tive que esperar
- ☐ Aceitável
- ☐ Longo
- ☐ Muito longo

16 Havia informação acerca das possíveis demoras no atendimento?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

17 Se pensa que esperou muito tempo, foi-lhe dada alguma explicação?

- ☐ Sim, deram-me uma explicação
- ☐ Não, não me deram explicação para a demora, mas gostaria de ter sabido alguma coisa
- ☐ Não, não me deram explicação, mas eu próprio/a compreendi as razões
- ☐ Não, não tive que esperar muito tempo

18 Na sua opinião, qual era o movimento das urgências enquanto lá esteve?

- ☐ Estava calmo
- ☐ Estava algum movimento
- ☐ Estava muito movimento
- ☐ Não sei avaliar

19 Como se sentiu enquanto esperava pelo médico?
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não	Não sei
Calmo/a e sossegado/a?	☐	☐	☐
Estava a sofrer muito?	☐	☐	☐
Sentiu-se quase a desmaiar?	☐	☐	☐
Foi incomodado/a por outros doentes?	☐	☐	☐
Sentiu-se muito incomodado/a?	☐	☐	☐
Sentiu muito frio?	☐	☐	☐
Sentiu-se esquecido/a?	☐	☐	☐

Outros comentários

A PREENCHER PELO CEISUC

OBSERVAÇÃO MÉDICA

20 O que pensa sobre a observação que o médico lhe fez?
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não	Não sei
O médico fez-me uma observação cuidadosa	☐	☐	☐
O médico inspirou-me confiança	☐	☐	☐
Senti-me bem a falar com o médico	☐	☐	☐
O médico explicou-me os resultados da observação que fez	☐	☐	☐

21 Sabe o nome do médico que o/a examinou ou tratou? ☐ Sim ☐ Não

20427

ALTA DO SERVIÇO DE URGÊNCIAS

22 Quais foram os resultados da sua ida às urgências?
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Sim	Não
Ficou internado/a no próprio serviço de urgência?	☐	☐
Foi para casa depois de ter sido tratado/a?	☐	☐
Foi enviado/a para a consulta externa?	☐	☐
Foi enviado/a para o médico de família?	☐	☐
Foi-lhe indicado outro especialista?	☐	☐
Foi-lhe passado um atestado médico?	☐	☐
Foi-lhe passada uma receita?	☐	☐
Foi-lhe feito um RX, análise ou outros exames?	☐	☐
Foi observado/a, mas disseram-lhe para estar atento/a à evolução do seu estado e voltar às urgências, se necessário?	☐	☐

23 O que é que o médico lhe disse que tinha?

24 Ao todo, quanto tempo esteve nas urgências?

A PREENCHER PELO CEISUC

- ☐ Menos de 1 hora
- ☐ Entre 1 e 2 horas
- ☐ Entre 2 e 3 horas
- ☐ Entre 3 e 4 dias
- ☐ Mais de 4 horas, nomeadamente ☐☐ horas

25 Sente que recuperou do acidente ou doença que o/a levou às urgências?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Sim, estou a melhorar
- ☐ Não, estou quase na mesma
- ☐ Não, estou pior

26 Deram-lhe alguma orientação sobre onde devia dirigir-se, caso não se sentisse melhor, ou precisasse de mais algum tratamento?

- ☐ Não, mas gostaria de ter sabido
- ☐ Sim, ir às urgências
- ☐ Sim, ir a um centro de saúde
- ☐ Sim, ir às urgências ou a um centro de saúde
- ☐ Ir a outro lado, nomeadamente

A PREENCHER PELO CEISUC

27 Disseram-lhe que procedeu da melhor maneira ao ir às urgências?

☐ Sim

☐ Foi-me dito que procedi erradamente

☐ Ninguém me disse nada sobre isso

28 Se voltar a acontecer o mesmo, disseram-lhe onde ir ou o que fazer?

☐ Ir às urgências do mesmo hospital

☐ Ir às urgências de outro hospital

☐ Ir ao centro de saúde

☐ Ir às urgências ou a um centro de saúde

☐ Esperar um pouco mais da próxima vez antes de ir a qualquer lado

☐ Ir a outro lado, nomeadamente

☐ Não me disseram nada

A PREENCHER PELO CEISUC

29 Foi-lhe dada alguma informação em como reclamar, caso necessitasse? ☐ Sim ☐ Não

SATISFAÇÃO COM O SERVIÇO DE URGÊNCIAS

30 No geral, ficou satisfeito/a ou insatisfeito/a com o seguinte?
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

	Muito satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito insatisfeito
O modo como foi recebido/a?	☐	☐	☐	☐	☐
O apoio que recebeu para a sua doença ou lesão?	☐	☐	☐	☐	☐
Os cuidados individuais que lhe foram prestados?	☐	☐	☐	☐	☐
As informações que lhe deram relativamente ao seu estado durante o tempo que esteve nas urgências?	☐	☐	☐	☐	☐

31 **Esta questão refere-se às condições das instalações nas urgências.**
Por favor responda a todas as perguntas, assinalando com um X o número apropriado.
(Certifique-se que coloca um X em cada linha)

Qual a sua opinião sobre ...	Muito satisfeito	Satisfeito	Não sei	Insatisfeito	Muito insatisfeito
A possibilidade de fácil acesso a comidas e bebidas ligeiras?	☐	☐	☐	☐	☐
A possibilidade de utilizar o telefone?	☐	☐	☐	☐	☐
As condições de limpeza do serviço de urgência?	☐	☐	☐	☐	☐
O conforto da sala de espera?	☐	☐	☐	☐	☐
O espaço das urgências no seu conjunto?	☐	☐	☐	☐	☐
As instalações sanitárias?	☐	☐	☐	☐	☐

Outros comentários

A PREENCHER PELO CEISUC

32 **Em caso de necessidade, recomendaria aos seus familiares ou amigos que viessem às urgências deste Hospital?** ☐ Sim ☐ Não

33 **Preocupa-o/a, que pessoas não autorizadas possam obter informação clínica confidencial a seu respeito?** ☐ Sim ☐ Não

A PREENCHER PELO CEISUC

Se respondeu SIM, por favor descreva a que tipo de informação se refere

O SEU CENTRO DE SAÚDE

A PREENCHER PELO CEISUC

34 **Sabe onde é o seu Centro de Saúde?**

☐ Sim, é o Centro de Saúde de

☐ Não

35 **Em que dias é que o seu Centro de Saúde está aberto?**

☐ Segunda ☐ Terça ☐ Quarta ☐ Quinta ☐ Sexta ☐ Sábado ☐ Domingo

20427

36 **O seu Centro de Saúde atende situações de urgência?**

☐ Sim
☐ Não
☐ Não sei

37 **Quantas vezes no último ano foi ao seu Centro de Saúde?** ☐☐ vezes

38 **Sabe quando deve dirigir-se em primeiro lugar ao Centro de Saúde?**

☐ Sim
☐ Não
☐ Não tenho a certeza

Por fim agradecíamos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

39 **Qual o seu local de residência?**

Localidade ☐ Código Postal ☐☐☐☐ - ☐☐☐

Concelho ☐

Distrito ☐

40 **Qual é o seu sexo?** ☐ Feminino ☐ Masculino

41 **Qual é o sua idade?** ☐☐☐ anos

42 **Qual é a sua situação familiar?**

☐ Casado/a com registo
☐ Casado/a sem registo - união de facto
☐ Solteiro/a
☐ Viúvo/a
☐ Divorciado/a
☐ Separado/a

20427

43 Qual é a sua situação perante o trabalho?

- ☐ Trabalha por conta própria
- ☐ Trabalha por conta de outrem
- ☐ Inactivo / Não trabalha

44 Em que situação se encontra?

- ☐ Reformado / Aposentado
- ☐ Desempregado
- ☐ Vive de rendimentos
- ☐ Pensionista
- ☐ Estudante

45 Qual é a sua profissão?
(se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)

A PREENCHER PELO CEISUC

46 Quais os estudos que tem?

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Só sabe ler e escrever
- ☐ 1º ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ☐ 2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ☐ 3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ☐ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ☐ Ensino Médio
- ☐ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

47 É funcionário/a deste hospital? ☐ Sim ☐ Não

48 Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital? ☐ Sim ☐ Não

49 Quem preencheu este questionário?

- ☐ O/A doente
- ☐ O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a
- ☐ Familiar ou amigo/a porque o/a doente faleceu
- ☐ Familiar ou amigo/a por qualquer outro motivo

Se tiver outros comentários a fazer sobre a sua última ida às urgências, por favor escreva-os.

A PREENCHER PELO CEISUC

50 Fiquei particularmente satisfeito/a com ...

A PREENCHER PELO CEISUC

51 Não gostei de ...

A PREENCHER PELO CEISUC

52 Se pudesse mudar alguma coisa propunha o seguinte:

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.
POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.
DE SEGUIDA, COLOQUE O QUESTIONÁRIO NO SOBRESCRITO ENVIADO E COLOQUE-O NO CORREIO.
NÃO SÃO PRECISOS SELOS DE CORREIO.

18984

Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
da Universidade de Coimbra

Como Vê o Internamento do Seu hospital?

A PREENCHER PELO CEISUC

Para responder a este questionário, pense no **seu último internamento** neste hospital.
Em cada pergunta, assinale com um 'X' a resposta que considera mais adequada.

DADOS SOBRE O SEU INTERNAMENTO

1 Além desta hospitalização, quantas vezes esteve internado/a neste hospital pelo menos uma noite?

- ☐ Nunca, esta foi a primeira vez
- ☐ Mais uma vez
- ☐ Mais duas vezes
- ☐ Três ou mais vezes

2 Já foi tratdo/a neste hospital na Consulta Externa ou na Urgência? ☐ Sim ☐ Não

3 Sentiu dificuldades de transporte no acesso ao hospital e no regresso a casa? ☐ Sim ☐ Não

A PREENCHER PELO CEISUC

Se respondeu SIM, por favor especifique

4 Foi admitido/a

- ☐ Pela Urgência
- ☐ Pelas Consultas Externas
- ☐ Transferido de outra instituição
- ☐ Outra

A PREENCHER PELO CEISUC

© 1992, 2003, IAQH-IA v8, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

18984

5 Qual o serviço em que esteve internado/a?

(caso tenha passado por mais do que um serviço de internamento, por favor indique aquele em que esteve mais tempo)

A PREENCHER PELO CEISUC

6 Durante o seu internamento necessitou de ajuda para as suas actividades diárias (comer, tomar banho, vestir, ir à casa de banho, ir para a cama)?

- ☐ Necessitei de muita ajuda
- ☐ Necessitei de um pouco de ajuda
- ☐ Não necessitei de ajuda

7 Durante o seu internamento quantas dores sentiu?

- ☐ Muitas dores
- ☐ Algumas dores
- ☐ Poucas dores
- ☐ Nenhumas dores

8 Quanto tempo ficou internado/a? ☐☐☐ meses ☐☐☐ dias

9 Considerou que este tempo passado no hospital foi ...

- ☐ O necessário
- ☐ Curto demais
- ☐ Longo demais
- ☐ Não tenho a certeza

10 Na alta, foi-lhe marcado alguma consulta de seguimento? ☐ Sim ☐ Não

11 Foi-lhe dada alguma explicação em como reclamar, caso sentisse necessidade? ☐ Sim ☐ Não

18984

Pedimos-lhe que avalie aspectos relativos ao seu internamento.
Em cada pergunta, por favor assinale com um "X" **apenas** uma resposta.

ADMISSÃO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
12 **EFICIÊNCIA DO PROCESSO DE ADMISSÃO:** Facilidade em conseguir o internamento, incluindo o tempo que demorou.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 **PREPARAÇÃO PARA O INTERNAMENTO:** Instruções para preparação do internamento e informações sobre o internamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 **ATENÇÃO QUE FOI DADA ÀS SUAS NECESSIDADES:** Forma como foi recebido/a pelo pessoal de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CUIDADOS DIÁRIOS NO HOSPITAL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
15 **SATISFAÇÃO DAS SUAS NECESSIDADES:** Vontade do pessoal de satisfazer as suas necessidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 **COORDENAÇÃO DE CUIDADOS:** O trabalho em equipa de todo o pessoal que cuidava de si.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 **AJUDA E SIMPATIA:** Capacidade do pessoal de o/a fazer sentir-se confiante e seguro/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 **SENSIBILIDADE PARA OS PROBLEMAS:** Sensibilidade do pessoal em relação aos seus problemas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

INFORMAÇÃO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
19 **FACILIDADE EM OBTER INFORMAÇÕES:** Vontade do pessoal de responder às suas perguntas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 **INFORMAÇÕES:** Forma como foi esclarecido/a sobre testes ou tratamentos e o que esperar deles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 **INFORMAÇÕES A FAMILIARES OU AMIGOS:** Forma como foram informados acerca do seu estado de saúde e necessidades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PESSOAL DE ENFERMAGEM

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
22 **ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como o pessoal de enfermagem desempenhou as actividades de dar os medicamentos ou injecções, de alimentação, higiene e conforto.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23 **ATENÇÃO PRESTADA PELA ENFERMAGEM AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** Frequência com que o pessoal de enfermagem verificou a evolução do seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24 **RESPOSTA DA ENFERMAGEM ÀS SUAS CHAMADAS:** Rapidez com que acorreram a ajudá-lo/a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25 **CUIDADOS E CARINHO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelo pessoal de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26 **INFORMAÇÃO FORNECIDA:** Forma como o pessoal de enfermagem comunicou com os doentes, familiares e médicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

PESSOAL MÉDICO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
27 **ATENÇÃO PRESTADA PELOS MÉDICOS AO SEU ESTADO DE SAÚDE:** Frequência com que os médicos verificaram a evolução do seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28 **DISPONIBILIDADE DOS MÉDICOS:** Facilidade de falar com o seu médico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29 **CUIDADOS E CARINHO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelos médicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30 **ASPECTOS TÉCNICOS:** Forma como o seu médico fez o diagnóstico, o/a examinou e o/a tratou.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31 **INFORMAÇÃO FORNECIDA:** Forma como o seu médico o/a informou acerca da sua doença, do tratamento e do que fazer depois da alta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32 **COORDENAÇÃO:** Forma como os médicos trabalharam em equipa para o/a tratar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OUTRO PESSOAL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
33 **PESSOAL AUXILIAR:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34 **PESSOAL DO LABORATÓRIO DE ANÁLISES:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35 **PESSOAL DO SERVIÇO SOCIAL:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36 **PESSOAL DO RAIO-X (RADIOLOGIA E IMAGIOLOGIA):** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37 **FISIOTERAPEUTAS:** Forma como desempenharam as suas tarefas e se relacionaram consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38 **MAQUEIROS:** Forma como o pessoal o transportou entre os serviços, desempenhou as suas tarefas e se relacionou consigo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CONDIÇÕES DE ALOJAMENTO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
39 **PRIVACIDADE:** Forma como a sua privacidade foi assegurada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40 **O QUARTO:** Limpeza, conforto, iluminação e temperatura.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
41 **UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTO DE APOIO:** Possibilidade de utilizar equipamento de apoio (ex: cadeira de rodas, bengala, canadiana).	☐	☐	☐	☐	☐	☐
42 **AMBIENTE CALMO:** Paz e sossego.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
43 **QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO:** No geral, no sabor, na temperatura e na variedade disponível.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
44 **SINALIZAÇÃO:** Facilidade de se orientar dentro do hospital.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
45 **O EDIFÍCIO:** A sua opinião sobre o edifício onde o hospital está instalado.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
46 **ESTACIONAMENTO:** Lugares disponíveis e sua localização.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
47 **VISITAS:** Amabilidade e simpatia com que as suas visitas foram recebidas pelo pessoal do hospital.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48 **HORÁRIO DAS VISITAS:** Facilidade com que os seus familiares e amigos o visitaram.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18984

ALTA

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
49 **PROCEDIMENTOS DA ALTA:** Tempo que demorou a ter alta e forma como se processou.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
50 **PLANEAMENTO DA ALTA:** Instruções que recebeu sobre o que fazer e esperar após a alta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
51 **COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS:** Esforços do pessoal do hospital para satisfazer as suas necessidades depois da alta.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
52 **CUIDADOS E CARINHO:** Cortesia, respeito, amizade e gentileza com que foi tratado/a pelo pessoal de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OPINIÃO GERAL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
53 **QUALIDADE DO HOSPITAL:** Impressão geral sobre os cuidados e serviços que lhe foram prestados.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
54 **IMPACTO DO SEU INTERNAMENTO:** Medida em que o internamento contribuiu para as suas melhoras.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55 **IMAGEM DO HOSPITAL:** Reputação do hospital na sua comunidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

De seguida são apresentadas frases que os doentes por vezes dizem relativamente ao seu internamento. Por favor dê-nos a sua opinião em relação a cada uma delas.

SATISFAÇÃO GLOBAL

	Concordo plenamente	Concordo	Discordo	Discordo plenamente
56 *Fui tão bem tratado/a no hospital que até comentei com a minha família e amigos.*	☐	☐	☐	☐
57 *Gostaria de ter participado mais nas decisões referentes à forma como fui tratado/a.*	☐	☐	☐	☐
58 *O hospital deveria ter permitido que familiares e amigos meus participassem mais nos cuidados que me foram prestados.*	☐	☐	☐	☐
59 *Soube sempre quem era o meu médico assistente.*	☐	☐	☐	☐
60 *Soube sempre quem era o enfermeiro responsável pelos meus cuidados.*	☐	☐	☐	☐
61 *Fui muito bem tratado/a pelos médicos.*	☐	☐	☐	☐
62 *Fui muito bem tratado/a pelos enfermeiros.*	☐	☐	☐	☐

18984

Pensando agora nos serviços de saúde em geral prestados durante o seu internamento, diga-nos por favor qual a qualidade de cada um dos seguintes aspectos.

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau
63 A atenção que recebeu, as explicações fornecidas e o tempo que teve para colocar perguntas.	☐	☐	☐	☐	☐
64 O respeito com que foi tratado/a e a forma como a sua privacidade foi mantida.	☐	☐	☐	☐	☐
65 A confidencialidade com que o seu processo clínico e com que toda a informação na posse dos profissionais de saúde foi mantida.	☐	☐	☐	☐	☐
66 Forma com que foi envolvido/a na decisão sobre tratamentos alternativos e o consentimento que deu para testes ou tratamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
67 Qualidade das instalações, incluíndo o espaço, a ventilação nas salas de espera e a limpeza.	☐	☐	☐	☐	☐
68 Autorização de familiares e amigos para o/a visitarem durante o internamento.	☐	☐	☐	☐	☐
69 Liberdade de escolha do profissional de saúde e possibilidade de uma segunda opinião.	☐	☐	☐	☐	☐
70 A rapidez com que foi atendido/a	☐	☐	☐	☐	☐

71 Recomendaria este hospital a um familiar ou amigo/a que precisasse de ser internado?

- ☐ Claro que sim
- ☐ Provavelmente sim
- ☐ Provavelmente não
- ☐ Claro que não
- ☐ Não se aplica porque vivo longe do hospital

72 Voltaria a este hospital caso precisasse de ser novamente internado/a?

- ☐ Claro que sim
- ☐ Provavelmente sim
- ☐ Provavelmente não
- ☐ Claro que não
- ☐ Não se aplica porque vivo longe do hospital

73 Indique as razões por que voltaria ou não voltaria a este hospital?
Por favor, responda com sinceridade.

A PREENCHER PELO CEISUC

74 MELHORAMENTOS INDISPENSÁVEIS
Por favor diga-nos quais os aspectos do hospital que necessitam de ser melhorados.

A PREENCHER PELO CEISUC

75 SURPRESAS AGRADÁVEIS
Durante o seu internamento teve alguma surpresa boa?

A PREENCHER PELO CEISUC

76 SURPRESAS DESAGRADÁVEIS
Durante o seu internamento teve alguma surpresa má?

A PREENCHER PELO CEISUC

Pedimos-lhe agora que nos dê alguma informação sobre o seu **estado de saúde actual.**

77 Em geral, diria que a sua saúde é:

- ☐ Excelente
- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Razoável
- ☐ Fraca

As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia.
Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
78 Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	☐	☐	☐
79 Subir vários lanços de escadas.	☐	☐	☐

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu **estado de saúde físico?**

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
80 Fez menos do que queria?	☐	☐	☐	☐	☐
81 Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer **problemas emocionais** (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
82 Fez menos do que queria?	☐	☐	☐	☐	☐
83 Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades?	☐	☐	☐	☐	☐

18984

84 **Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?**

- ☐ Absolutamente nada
- ☐ Pouco
- ☐ Moderadamente
- ☐ Bastante
- ☐ Imenso

As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, dê a resposta que melhor descreve a forma como se sentiu.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas ...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
85 Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	☐	☐	☐	☐	☐
86 Se sentiu com muita energia?	☐	☐	☐	☐	☐
87 Se sentiu deprimido/a?	☐	☐	☐	☐	☐

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
88 Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?	☐	☐	☐	☐	☐

Por fim agradecíamos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

89 Qual o seu local de residência?

Localidade _____ Código Postal |_|_|_|_| - |_|_|_|

Concelho _____

Distrito _____

90 Qual é o seu sexo? ☐ Feminino ☐ Masculino

91 Qual é o sua idade? |_|_|_| anos

18984

92 Qual é a sua situação familiar?

- ☐ Casado/a com registo
- ☐ Casado/a sem registo - união de facto
- ☐ Solteiro/a
- ☐ Viúvo/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Separado/a

93 Qual é a sua situação perante o trabalho?

- ☐ Trabalha por conta própria
- ☐ Trabalha por conta de outrem
- ☐ Inactivo / Não trabalha

94 Em que situação se encontra?

- ☐ Reformado / Aposentado
- ☐ Desempregado
- ☐ Vive de rendimentos
- ☐ Pensionista
- ☐ Estudante

95 Qual é a sua profissão?
(se estiver desempregado/a ou reformado/a, escreva a sua última profissão)

A PREENCHER PELO CEISUC

96 Quais os estudos que tem?

- ☐ Não sabe ler nem escrever
- ☐ Só sabe ler e escrever
- ☐ 1º ciclo do ensino básico (1º - 4º ano) / Antiga 4ª classe
- ☐ 2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano) / Antiga 6ª classe / Ciclo Preparatório
- ☐ 3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano) / Curso Geral dos Liceus
- ☐ Ensino Secundário (10º - 12º ano) / Curso Complementar dos Liceus
- ☐ Ensino Médio
- ☐ Ensino Superior (Politécnico ou Universitário)

97 É funcionário/a deste hospital? ☐ Sim ☐ Não

98 Alguém da sua família é funcionário/a deste hospital? ☐ Sim ☐ Não

99 Quem preencheu este questionário?

- ☐ O/A doente
- ☐ O/A doente com o auxílio de familiar ou amigo/a
- ☐ Familiar ou amigo/a porque o/a doente faleceu
- ☐ Familiar ou amigo/a por qualquer outro motivo

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS.

DE SEGUIDA, COLOQUE O QUESTIONÁRIO NO SOBRESCRITO ENVIADO E COLOQUE-O NO CORREIO.

NÃO SÃO PRECISOS SELOS DE CORREIO.

Saúde XXI
Programa Operacional Saúde

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

CONSULTA

1 - Médicos

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pelo médico.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa médica às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento prestado pelo médico sobre os exames e tratamentos a que foi submetido e o que esperar deles.	☐	☐	☐	☐	☐
Informação prestada sobre o seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Informação prestada sobre o tratamento a fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança no médico que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
O médico fez-lhe perguntas sobre o seu estado de saúde?	☐	☐
A consulta foi interrompida por telefonemas ou pessoas ?	☐	☐
A consulta foi tão rápida que não teve tempo para dizer tudo o que queria ?	☐	☐
Recomenda o médico que o assistiu a um amigo ou familiar ?	☐	☐

2 – Enfermeiros

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse da equipa de enfermagem pelo seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez com que o ajudaram.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa de enfermagem às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez e eficácia com que a equipa de enfermagem atendeu os seus pedidos.	☐	☐	☐	☐	☐
Entendimento das explicações prestadas pelos enfermeiros.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança na equipa de enfermagem que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
Se tivesse que voltar a uma consulta, gostava de ser assistido pela mesma equipa de enfermagem ?	☐	☐

3 - Auxiliares de Acção Médica (Maqueiros, Ajudantes de enfermeiro, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa de auxiliares de acção médica.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez e eficácia com que o ajudaram.	☐	☐	☐	☐	☐
A equipa de Auxiliares de Acção Médica respondeu às suas perguntas e ouviu as suas queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

CONSULTA

4 - Administrativos (Recepcionista, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez com que o atenderam	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
Precisou de ser internado?	☐	☐

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Se sim, como avalia as informações prestadas para a preparação do internamento:	☐	☐	☐	☐	☐

5 - Outros profissionais[1]

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Forma como foi atendido no **Laboratório** (Colheita de sangue)	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido na **Radiologia** (Raio X).	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido nos tratamentos de **Fisioterapia.**	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido pelo **Serviço Social**	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido na **Recepção e Portaria**.	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Se não utilizou um destes Serviços deixe em branco a sua resposta.

6 - Em que especialidade foi atendido na Consulta Externa ?

Anestesiologia	☐	Imunohemoterapia	☐	Oncologia	☐
Ginecologia	☐	Oftalmologia	☐	Ortopedia	☐
Cirurgia Geral	☐	Medicina Física e Reabilitação	☐	Otorrinolaringologia	☐
Cardiologia	☐	Medicina Interna	☐	Pneumologia	☐
Cirurgia Plástica	☐	Neurologia	☐	Urologia	☐
Clínica Geral	☐	Nutrição	☐		
Gastroenterologia	☐	Obstetrícia	☐		

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

CONSULTA

Dados pessoais

Idade:

18 – 25	☐	46 – 55	☐
26 – 35	☐	56 – 65	☐
36 – 45	☐	66 ou mais	☐

Sexo:

Feminino	☐
Masculino	☐

Concelho de residência

Arouca	☐	Ovar	☐
Castelo de Paiva	☐	Sta. Maria da Feira	☐
Espinho	☐	São João da Madeira	☐
Oliveira de Azeméis	☐	Vale de Cambra	☐
	☐	Outros	☐

Categoria socio-profissional

Habilitações literárias

Não sabe ler nem escrever	☐
Sabe ler sem possuir o 4º ano	☐
4º ano de escolaridade	☐
9º ano de escolaridade	☐
Ensino Secundário complementar ou equivalente	☐
Ensino Médio	☐
Ensino Superior	☐
Outras	☐

Profissão

Grande Empresário	☐
Pequeno / Médio Empresário	☐
Director/ Quadro Superior	☐
Professor	☐
Quadro intermédio	☐
Empregado Administrativo/ Vendedor	☐
Operário qualificado	☐
Trabalhador não qualificado/ Assalariado agrícola	☐
Pensionista / Reformado	☐
Estudante	☐
Desempregado	☐
Outra	☐

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

URGÊNCIA

	Emergência	Bloco de Partos
No Serviço de Urgência em que local foi atendido(a)	☐	☐

1 - Médicos

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa médica.	☐	☐	☐	☐	☐
Informação prestada sobre o seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse da equipa médica pelo seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa médica às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento prestado pela equipa médica sobre os exames e tratamentos a que foi submetido.	☐	☐	☐	☐	☐
Classifique o tratamento do seu caso	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança na equipa médica que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
Se voltasse a recorrer a urgência, gostava de ser assistido pela mesma equipa médica ?	☐	☐

2 – Enfermeiros

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse da equipa de enfermagem pelo seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância do seu estado de saúde pela equipa de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez com que o ajudaram.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa de enfermagem às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez e eficácia da equipa de enfermagem aos seus pedidos.	☐	☐	☐	☐	☐
Entendimento das explicações prestadas pelos enfermeiros.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança na equipa de enfermagem que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

URGÊNCIA

3 - Auxiliares de Acção Médica (Maqueiros, Ajudantes de enfermeiro, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Rapidez com que acorreram a ajuda-lo.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa de Auxiliares de Acção Médica às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi transportado (delicadeza e cuidado) pelo funcionário no interior do hospital.	☐	☐	☐	☐	☐
Simpatia e respeito com que foi tratado.	☐	☐	☐	☐	☐

4 - Administrativos (Recepcionista, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
Precisou de ser internado?	☐	☐

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Se sim, como avalia as informações prestadas para a preparação do internamento:	☐	☐	☐	☐	☐

5 - Outros profissionais[1]

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Forma como foi atendido na **Radiologia** (Raio X).	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Se não utilizou este Serviço deixe em branco a sua resposta.

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes na:

URGÊNCIA

Dados pessoais

Idade:

18 – 25	☐	46 – 55	☐
26 – 35	☐	56 – 65	☐
36 – 45	☐	66 ou mais	☐

Sexo:

Feminino	☐
Masculino	☐

Concelho de residência

Arouca	☐	Ovar	☐
Castelo de Paiva	☐	Sta. Maria da Feira	☐
Espinho	☐	São João da Madeira	☐
Oliveira de Azeméis	☐	Vale de Cambra	☐
	☐	Outros	☐

Categoria socio-profissional

Habilitações literárias

Não sabe ler nem escrever	☐
Sabe ler sem possuir o 4º ano	☐
4º ano de escolaridade	☐
9º ano de escolaridade	☐
Ensino Secundário complementar ou equivalente	☐
Ensino Médio	☐
Ensino Superior	☐
Outras	☐

Profissão

Grande Empresário	☐
Pequeno / Médio Empresário	☐
Director/ Quadro Superior	☐
Professor	☐
Quadro intermédio	☐
Empregado Administrativo/ Vendedor	☐
Operário qualificado	☐
Trabalhador não qualificado/ Assalariado agrícola	☐
Pensionista / Reformado	☐
Estudante	☐
Desempregado	☐
Outra	☐

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes no:

INTERNAMENTO

1 - Médicos

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa médica.	☐	☐	☐	☐	☐
Informação prestada sobre o seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse da equipa médica pelo seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa médica às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Esclarecimento prestado pela equipa médica sobre os exames e tratamentos a que foi submetido.	☐	☐	☐	☐	☐
Classifique o tratamento do seu caso.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança na equipa médica que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

Com que frequência foi visitado pela equipa médica ?		
	Diariamente	☐
	De 2 em 2 dias	☐
	De 3 em 3 dias	☐
	Mais de 3 dias	☐

	Sim	Não
Se voltasse a ser internado , gostava de ser assistido pela mesma equipa médica ?	☐	☐

2 - Enfermeiros

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido pela equipa de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse da equipa de enfermagem pelo seu estado de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
Vigilância do seu estado de saúde pela equipa de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez com que o ajudaram.	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa de enfermagem às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez e eficácia com que a equipa de enfermagem atendeu os seus pedidos.	☐	☐	☐	☐	☐
Entendimento das explicações prestadas pelos enfermeiros.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança na equipa de enfermagem que o assistiu.	☐	☐	☐	☐	☐

	Sim	Não
Se voltasse a ser internado , gostava de ser assistido pela mesma equipa de enfermagem.	☐	☐

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes no:

INTERNAMENTO

3 - Auxiliares de Acção Médica (Maqueiros, Ajudantes de enfermeiro, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Rapidez com que o ajudaram (Chegar-lhe a arrastadeira, levar-lhe água, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Resposta da equipa de Auxiliares de Acção Médica às suas perguntas, queixas e preocupações.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi transportado (delicadeza e cuidado) pelo funcionário, no interior do hospital (transferência da cama para cadeira de rodas, acompanhamento a exames, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
Simpatia e respeito com que foi tratado.	☐	☐	☐	☐	☐

4 - Administrativos (Recepcionista, etc.)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Simpatia e respeito com que foi atendido.	☐	☐	☐	☐	☐
Rapidez com que o atenderam	☐	☐	☐	☐	☐
Instruções para a preparação de internamento.	☐	☐	☐	☐	☐

5 - Outros profissionais (1)

	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Muito Fraco
Forma como foi atendido na **Radiologia** (Raio X).	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido na **Fisioterapia.**	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido pelo **Serviço Social**	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi atendido na **Recepção** e **Portaria**.	☐	☐	☐	☐	☐

(1) Se não utilizou um destes Serviços deixe em branco a sua resposta.

6 – Em que Serviço (especialidade) esteve internado ?

Cardiologia	☐	Neurologia	☐	Ortopedia	☐
Cirurgia Geral	☐	Obstetrícia	☐	Pneumologia	☐
Ginecologia	☐	Oftalmologia	☐	Urologia	☐
Medicina Interna	☐	Otorrinolaringologia	☐		

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Outubro/2001

HOSPITAL DE SÃO SEBASTIÃO

Avaliação da Qualidade do Atendimento dos Utentes no:

INTERNAMENTO

Dados pessoais

Idade:

18 – 25	☐	46 – 55	☐
26 – 35	☐	56 – 65	☐
36 – 45	☐	66 ou mais	☐

Sexo:

Feminino	☐
Masculino	☐

Concelho de residência

Arouca	☐	Ovar	☐
Castelo de Paiva	☐	Sta. Maria da Feira	☐
Espinho	☐	São João da Madeira	☐
Oliveira de Azeméis	☐	Vale de Cambra	☐
		Outros	☐

Categoria sócio-profissional

Habilitações literárias

Não sabe ler nem escrever	☐
Sabe ler sem possuir o 4º ano	☐
4º ano de escolaridade	☐
9º ano de escolaridade	☐
Ensino Secundário complementar ou equivalente	☐
Ensino Médio	☐
Ensino Superior	☐
Outras	☐

Profissão

Grande Empresário	☐
Pequeno / Médio Empresário	☐
Director/ Quadro Superior	☐
Professor	☐
Quadro intermédio	☐
Empregado Administrativo/ Vendedor	☐
Operário qualificado	☐
Trabalhador não qualificado/ Assalariado agrícola	☐
Pensionista / Reformado	☐
Estudante	☐
Desempregado	☐
Outra	☐

1 – Motivo de Acesso:

Consulta Externa ..... ❑ de _____

Internamento ..... ❑ de _____

2 – Como classifica o serviço que lhe é prestado:

(numa escala de 1 a 5 em que 1 é mais negativo e o 5 o mais positivo, indique a sua opinião com um X)

	1	2	3	4	5
Tempo de espera para marcação					
Qualidade do atendimento					
Conforto da sala de espera					
Concordância com os horários de atendimento .					

3 – Manifeste as suas sugestões:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4 – Manifeste as suas reclamações:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Hospital Visconde de Salreu _____/_____/_____

Assinale com um X a sua escolha, numa escala de 1 a 5, em que 1 é o mais negativo e o 5 o mais positivo.

Parâmetros	1	2	3	4	5
Cortesia no atendimento					
Rapidez no atendimento					
Clareza na informação prestada					
Eficiência do atendimento					
Resolução da situação					

Hospital Visconde de Salreu, _____/_____/_____

Sugestões:

ANEXO III

Questionários aplicados aos Enfermeiros

Estimado(a) colega

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Gestão Pública, na Universidade de Aveiro. Neste momento estou a preparar uma dissertação na área da gestão de pessoas, relacionada com a actividade dos Enfermeiros .

Agradecia a sua colaboração no preenchimento deste questionário, escrevendo á frente de cada frase o número correspondente ao item mais adequado à sua situação.
Responda com sinceridade, não existem respostas correctas ou erradas, apenas assinale as que melhor exprimem os seus sentimentos.

Exerço a minha actividade profissional no bloco operatório do Hospital do Visconde de Salreu, Estarreja, como Enfermeira coordenadora.

Grata pela atenção dispensada

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

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

Quando as pessoas falam comigo, tenho tendência a pensar noutras coisas ... ... ☐

Raramente penso acerca do que estou a sentir ... ... ☐

Compreendo os meus sentimentos e emoções... ... ... ☐

Não lido bem com as criticas que me fazem... ... ... ☐

Quando algum amigo meu ganha um prémio, sinto-me feliz por ele... ... ... ☐

Reajo com calma quando estou sob tensão... ... ... ☐

Posso identificar as emoções dos outros olhando-os "olhos-nos-olhos" ... ... ☐

Não reparo nas minhas reacções emocionais... ... ... ☐

Sou indiferente à felicidade dos outros... ... ... ☐

Consigo permanecer calmo mesmo quando os outros ficam zangados... ... ... ☐

Sinto-me bem quando um amigo meu recebe um elogio... ... ... ☐

Nunca tomo em conta os meus sentimentos para orientar a minha vida... ... ... ☐

Concluo a maior parte das coisas que começo... ... ... ☐

Quando sou derrotado num jogo perco o controlo... ... ... ☐

O sofrimento alheio não me afecta... ... ... ☐

Vivo os problemas dos meus amigos como se fossem os meus problemas... ... ... ☐

Consigo acalmar-me sempre que estou furioso... ... ... ☐

Não gosto de festas de aniversário de crianças... ... ... ☐

Compreendo as causas das minhas emoções... ... ... ☐

Empenho-me em compreender os pontos de vista das outras pessoas... ... ... ☐

A maior parte das pessoas sente-se à vontade para falarem comigo acerca dos seus sentimentos... ... ... ☐

Quando necessito de me concentrar, afasto as emoções que podem prejudicar-me... ... ... ☐

Sou realmente capaz de controlar as minhas próprias emoções... ... ... ☐

Sou indiferente aos ferimentos num animal... ... ... ☐

Tenho aprendido muito sobre mim mesmo prestando atenção aos meus sentimentos ☐

Fico alegre quando vejo as pessoas em meu redor felizes... ... ... ☐

Tenho dificuldade em conversar com as pessoas que não partilham os pontos de vista idênticos aos meus ☐

Normalmente encorajo-me a mim próprio para dar o meu melhor... ... ... ☐

Fico irritado quando me criticam– mesmo sabendo que as outras pessoas têm razão... ... ... ☐

Sou uma pessoa auto-motivada... ... ... ☐

Percebo bem os sentimentos das pessoas com quem me relaciono... ... ... ☐

Raramente fico furioso... ... ... ☐

De uma forma geral tenho consciência dos meus sentimentos... ... ... ☐

Procuro compreender os sentimentos da pessoa que estou a ouvir... ... ... ☐

Consigo compreender as emoções e sentimentos dos meus amigos vendo os seus comportamentos ... ... ☐

Dou o meu melhor para alcançar os objectivos a que me propus... ... ... ☐

Quando estou triste sei quais são os motivos... ... ... ☐

É difícil para mim aceitar uma critica... ... ... ☐

Preocupo-me com um amigo que está doente... ... ... ☐

De uma forma geral costumo estabelecer objectivos para mim próprio... ... ... ☐

Sei bem o que sinto... ... ... ☐

Ficaria muito grata se agora me prestasse algumas informações adicionais:

Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ Idade: ☐

Categoria na carreira: ☐

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO IV

Questionários aplicados aos clientes

Exmo(a) Sr.(a)

Sou Enfermeira e estou a realizar um estudo sobre os serviços de saúde.
Gostaria que respondesse a este pequeno questionário, escrevendo à frente de cada pergunta o número correspondente ao item que melhor exprime a sua opinião.

Grata pela atenção dispensada

Maria Lucinda Rebelo Marques Figueira Godinho

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

O enfermeiro teve a amabilidade de se apresentar?	
Explicou-lhe os tratamentos que lhe iria aplicar e os resultados esperados?	
Despendeu o tempo necessário para lhe dar explicações e falar consigo?	
O enfermeiro mostrou-se aberto as questões que lhe fez?	
O enfermeiro explicou-lhe a dor que iria sentir aquando da aplicação dos tratamentos?	
O enfermeiro explicou-lhe todos os tratamentos a efectuar?	
Sentiu que o enfermeiro estava a ser sincero, quando lhe transmitia as informações?	
O enfermeiro respondeu aos seus chamamentos e pedidos num período de tempo razoável?	
Sempre que fez uma pergunta ao enfermeiro obteve resposta?	
Sempre que falava para o enfermeiro este prestava-lhe atenção?	
O enfermeiro esclareceu-o acerca dos seus direitos na instituição?	
O enfermeiro abordava-o de uma maneira educada e respeitosa?	
O enfermeiro é digno da sua confiança?	
O enfermeiro mostrou sempre disponibilidade quando o abordava?	
O enfermeiro respeitou a sua dignidade, intimidade e crenças religiosas?	
Sentiu que o enfermeiro se preocupava consigo?	

Há quantos dias convive com este enfermeiro? ☐

Sexo: M☐ F☐ Idade: ☐

Habilitações literárias: ☐ Profissão: ☐