



Universidade  
do Minho



Università  
di Genova



universidad  
de León



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE BRAGANÇA



L-Università  
ta' Malta



Universitatea  
Ștefan cel Mare  
Suceava



# SERIOUS GAMES

EMOTIONAL COMPETENCE HANDBOOK



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

Sobre esta publicação

**Título: Manual de Competência Emocional**

**Logo do projeto: Ritta Castro | Capa e contracapa: Gabriel Cramariuc**

**Edição: Primeira Edição**

**Data da publicação: dezembro de 2023**

**URL: <https://hdl.handle.net/1822/87373>**

**ISBN: 978-989-35409-2-3**

**DOI: 10.21814/1822.87373**

## COPYRIGHT E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros, desde que sejam respeitadas as regras internacionalmente aceites e as melhores práticas em matéria de direitos de autor e direitos conexos. A obra pode ser utilizada de acordo com os termos descritos na licença a continuação. A utilização deste manual em condições não especificadas na licença deverá ser autorizada pelo seu autor através da Universidade do Minho.

### Licença concedida aos utilizadores desta obra



Atribuição-NãoComercial-Sem Derivações  
**CC BY-NC-ND**

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

## Agradecimentos

A equipa de coordenação agradece à Dr.ª Natália Antunes, à Dr.ª Dominique Correia, ao Dr. Ricardo Saraiva e à Dr.ª Guilhermina Pires pelo apoio incondicional prestado ao longo da realização deste projeto.

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
PREFÁCIO	7
EDITORES	8
AUTORES	9
Capítulo 1	
<b>Introdução</b>	<b>10</b>
Capítulo 2	
<b>Teorias e Modelos De Inteligência Emocional</b>	<b>13</b>
2.1	Teoria das Inteligências Múltiplas 13
2.2	Inteligência Emocional como Capacidade 14
2.3	Inteligência Emocional como Traço 19
2.4	Modelo das Competências Emocionais 20
2.5	Modelos Mistos de Inteligência Emocional 24
Capítulo 3	
<b>Intervenções De Regulação Emocional</b>	<b>31</b>
3.1	As Emoções nos Cuidados de Saúde 31
3.2	Regulação das Emoções 32
3.3	Regulação das Emoções nos Cuidados de Saúde 34
3.4	Efeitos Intra e Interpessoais da Regulação das Emoções nos Cuidados de Saúde 37
3.5	Capacitação para a Regulação das Emoções Destinada aos Profissionais de Saúde 39
3.6	Intervenções para a Regulação das Emoções - Formação em Regulação dos Afetos (ART) 41
Capítulo 4	
<b>Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas no Ensino de Enfermagem</b>	<b>52</b>
4.1	Introdução 52
4.2	Como Desenvolver um Estudo de Caso para <i>PBL</i> 54
4.3	Estudo de Caso sobre Emoções Positivas / Negativas 57
4.4	Avaliação da <i>PBL</i> dos Alunos 58

Capítulo 5	<b>Competências Emocionais: Abordagens para a Avaliação de Alunos</b>	<b>62</b>
5.1.	Introdução	62
5.2.	Exame Oral: Abordagem do Triplo Salto	63
5.3.	Caso de Competências Emocionais desde uma Abordagem Triplo Salto: A Maria	65
5.4.	Avaliação de Competências Clínicas Utilizando o Exame Clínico Estruturado por Objetivos (OSCE)	69
5.5	Cenário de Exame Tipo OSCE para Avaliação de Competências Emocionais Usando Role-Play	71
Capítulo 6	<b>Escala VEIGA de Competência Emocional (ECVS)</b>	<b>75</b>
6.1	Introdução	75
6.2	Competência Emocional	77
6.3	As Dimensões da Competência Emocional - Termos Operacionais	79
6.4	Medir a Competência Emocional	84
Capítulo 7	<b>A Realidade Virtual no Ensino da Competência Emocional</b>	<b>101</b>
7.1	Realidade Virtual	101
7.2	Realidade Virtual no Ensino da Enfermagem	102
7.3	O <i>Serious Games</i> SG4NS	104
Capítulo 8	<b>Conclusões e Recomendações para o Futuro</b>	<b>109</b>
8.1	Resumo	109
8.2	Recomendações para o Contributo dos Educadores de Enfermagem para o Desenvolvimento de Competências Emocionais em Estudantes de Enfermagem	111

## PREFÁCIO

Bem-vindo ao Manual de Competência Emocional. Este guia detalhado é um componente integral do nosso inovador programa de formação pedagógica, meticulosamente concebido para melhorar a sua compreensão e domínio da competência emocional. Este programa faz parte da produção intelectual do projeto Erasmus+, "*Serious Games – Desenvolver a competência emocional dos estudantes de enfermagem*".

Num mundo em rápida evolução como o atual, a inteligência e competência emocionais são aptidões indispensáveis. Elas permitem-nos abordar as complexidades das relações interpessoais, comunicar eficazmente e alcançar o sucesso pessoal e profissional. Por reconhecermos o papel fundamental que a competência emocional desempenha nas nossas vidas, desenvolvemos este curso para proporcionar-lhe uma experiência de aprendizagem estruturada, cativante e imersiva.

As origens deste percurso remontam aos veneráveis corredores da Universidade do Minho, quando professores visionários da Escola Superior de Enfermagem identificaram uma lacuna no ensino da enfermagem. Embora a proficiência técnica fosse enfatizada, a competência emocional era frequentemente negligenciada. No mundo complexo e emocionalmente carregado dos cuidados de saúde, estes educadores reconheceram que os enfermeiros precisavam de mais do que apenas conhecimentos clínicos; precisavam de uma compreensão profunda da competência emocional para prestar cuidados holísticos e compassivos aos doentes.

Este manual será a sua bússola ao longo do curso, fornecendo instruções claras e concisas, explicações elucidativas e exercícios práticos. Foi concebido para ajudar todos os seus utilizadores, quer sejam estudantes, profissionais ou simplesmente interessados em aprofundar a sua compreensão das emoções e do impacto destas na sua vida.

Convidamo-lo a viver esta experiência de aprendizagem com uma mente aberta, vontade de explorar e empenho no seu crescimento pessoal. A competência emocional é um trabalho para toda a vida, e este curso permitir-lhe-á adquirir os conhecimentos e as ferramentas necessárias para percorrer o intrincado terreno das emoções.

Ao embarcar nesta viagem transformadora, lembre-se que a competência emocional não é apenas uma capacidade; é um modo de vida. Esperamos que este curso e este manual o ajudem a dominar a arte de compreender e gerir as emoções, tanto em si como nas suas interações com os outros. No final deste curso, terá uma perceção mais completa do profundo impacto que a competência emocional pode ter na sua vida pessoal e profissional.

Agradecemos sinceramente a toda a equipa responsável por este projeto, cuja dedicação e experiência tornaram possível este programa de formação e este manual. É um testemunho do poder da colaboração e do empenho, graças a parceiros estimados como a Universidade Politécnica de Bragança, a Universidade de León, a Universidade de Génova, a Universidade de Malta e a Universidade Ștefan cel Mare de Suceava. Simboliza a fusão harmoniosa de mentes, a convergência de conhecimentos e a visão partilhada para melhorar o ensino de enfermagem.

Esperamos que os estudantes de enfermagem adotem a sabedoria que emana da competência emocional e levem a sua tocha para os locais de prestação de cuidados de saúde que em breve irão frequentar.

Desejamos-lhe uma experiência de aprendizagem bem-sucedida e transformadora!

Coordenador do Projeto Erasmus + SG4NS  
Professora Doutora Lisa Gomes  
Universidade do Minho, Portugal

## EDITORES

<b>Lisa GOMES</b>	Universidade do Minho, Portugal
<b>Annamaria BAGNASCO</b>	Universidade de Génova, Itália
<b>Daren CHIRCOP</b>	Universidade de Malta, Malta
<b>Gianluca CATANIA</b>	Universidade de Génova, Itália
<b>Giuseppe ALEO</b>	Universidade de Génova, Itália
<b>João CAINÉ</b>	Universidade do Minho, Portugal
<b>Maria Augusta BRANCO</b>	Instituto Politécnico de Bragança, Portugal
<b>Maria CASSAR</b>	Universidade de Malta, Malta
<b>Roderick BUGEJA</b>	Universidade de Malta, Malta
<b>Rui PEREIRA</b>	Universidade do Minho, Portugal

## AUTORES

Universidade do Minho, Portugal

Lisa GOMES  
Filomena SOARES  
João CAINÉ  
Paulo NOVAIS  
Rui PEREIRA

Instituto Politécnico de Bragança, Portugal

Maria Augusta BRANCO

Instituto Politécnico do Cávado e do Ave, Portugal

Vitor CARVALHO  
Eva OLIVEIRA  
Inés OLIVEIRA

Universidade de Suceava Stefan cel Mare, Roménia

Adina COLOMEISCHI  
Andrea URSU  
Alina IONESCU-CORBU  
Florin TIBU  
Liliana BUJOR

Universidade de Génova, Itália

Annamaria BAGNASCO  
Gianluca CATANIA  
Giuseppe ALEO

Universidade de León, Espanha

Letícia VALDEÓN  
Inés CASADO  
Letícia BARRIONUEVO

Universidade de Malta, Malta

Maria CASSAR  
Daren CHIRCOP  
Georgios YANNAKAKIS  
Marvin ZAMMIT  
Roderick BUGEJA  
Silvi RUSI

# Capítulo 1

## Introdução

---

*Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA*

A competência emocional é um elemento fundamental no exercício da profissão de enfermeiro. A capacidade do enfermeiro de perceber e avaliar as suas emoções e as dos outros; a capacidade de gerar sentimentos e emoções para facilitar as atividades cognitivas; a capacidade de compreender a informação motivada pelos afetos; e a capacidade de fazer uma boa gestão das emoções (auto), a fim de promover o crescimento emocional e intelectual e as relações socialmente adaptativas durante as interações com os doentes é uma "competência de ordem superior da prática de enfermagem baseada na noção de que a inteligência emocional é vital para a prática" (Bulmer Smith, 2009 p 1629). Existem provas científicas que correlacionam positivamente uma maior inteligência emocional com uma melhor tomada de decisões clínicas, relações colegiais, utilização dos conhecimentos do ambiente clínico e relações interprofissionais a vários níveis.

O objetivo geral do projeto é alcançar padrões mais elevados de prática clínica através do reforço das competências e capacidades intrapessoais e socio-emocionais dos enfermeiros. Este projeto integra duas grandes dimensões do atual processo de ensino-aprendizagem ativo e dinâmico e do desenvolvimento de competências transversais. Numa era digital, é fundamental trazer novas abordagens a este processo. A realidade aumentada, através de uma interface do *serious game*, ajuda a criar uma prática simulada num ambiente de aprendizagem virtual, acrescentando uma nova dimensão à pedagogia. Este domínio emergente do ensino e da aprendizagem nas ciências da saúde proporciona métodos e condições de ensino únicos que não são facilmente reproduzidos com modalidades educativas mais tradicionais.

Os objetivos específicos do projeto SG4NS são os seguintes: -

1. Estruturar um programa educativo (formato de curso) de competências emocionais em alunos de licenciatura em enfermagem;
2. Construir uma interface digital (protótipo SG) para apoiar a melhoria das competências emocionais dos estudantes de enfermagem;
3. Formar professores de enfermagem para desenvolverem competências e conhecimentos pedagógicos no domínio da inteligência emocional/competências emocionais;

4. Melhorar as competências pessoais e sociais dos estudantes de enfermagem relacionadas com a Competência Emocional.

Os resultados de aprendizagem esperados resultantes da componente de desenvolvimento de competências e aptidões emocionais **pessoais** do programa de aprendizagem são os seguintes: -

- a. Demonstrar a capacidade de reconhecer e compreender as suas próprias emoções e motivações;
- b. Demonstrar a capacidade de reconhecer os pontos fortes, os pontos fracos e as necessidades individuais relacionadas com o reconhecimento e a expressão das emoções;
- c. Desenvolver uma regulação flexível e construtiva das próprias emoções.

Os resultados de aprendizagem esperados resultantes da componente de desenvolvimento de competências e aptidões **socio**-emocionais do programa de aprendizagem são os seguintes: -

- a. Demonstrar a capacidade de analisar as emoções, necessidades e preocupações dos outros;
- b. Demonstrar a capacidade de reconhecer e discutir os sinais emocionais de um doente;
- c. Demonstrar a capacidade de ver as coisas do ponto de vista dos outros;
- d. Construir uma boa relação e uma comunicação clara, a fim de influenciar e inspirar os outros através da utilização das suas próprias emoções e das dos outros.

Este manual define o conteúdo e as orientações para o Programa de Desenvolvimento de Aptidões de Competência Emocional para Estudantes de Enfermagem. O capítulo seguinte descreve e aborda diferentes teorias e modelos de inteligência emocional, começando pela Teoria das inteligências múltiplas de Gardner, o Modelo de inteligência emocional como capacidade de Mayer e Soleyev, o Modelo de inteligência emocional como característica de Petrides, o Modelo de competências emocionais de Bisquerra e Escoda e os Modelos mistos de inteligência emocional de Goleman e Bar-On.

O Capítulo 3 define e debate as intervenções de regulação da emoção, dando especial atenção às emoções encontradas em contextos de cuidados de saúde e entre os profissionais de saúde. Neste capítulo, a regulação das emoções é analisada nas dimensões intrapessoal e interpessoal. Também aborda a formação em regulação da emoção entre os profissionais de saúde e, para o efeito, sugere o modelo de Formação em regulação dos afetos (ART) de regulação eficaz da emoção com exercícios práticos.

O Capítulo 4 apresenta uma discussão sobre as metodologias de ensino no ensino superior que podem ser adaptadas ao desenvolvimento de competências emocionais nos estudantes de enfermagem. O foco deste capítulo incide no modelo de Aprendizagem baseada na resolução de problemas (ABP). Esta

abordagem centrada no aluno baseia-se na teoria da Aprendizagem experiencial de Dewey e na Teoria sociocultural de Vygotsky para estimular e ampliar a motivação dos alunos para a aprendizagem, a fim de melhorar as capacidades de raciocínio clínico e o pensamento crítico. Este capítulo inclui orientações passo a passo sobre como desenvolver um estudo de caso baseado em ABP abordando emoções positivas/negativas, e também como avaliar a abordagem ABP com os alunos.

O Capítulo 5 analisa as abordagens de avaliação dos alunos que abordam tanto a dimensão intelectual como a dimensão da comunicação interpessoal, para avaliar a aprendizagem no desenvolvimento da competência emocional. Além disso, estas abordagens também avaliam o pensamento crítico. O capítulo aborda duas abordagens principais, o exame oral (a Abordagem do Triplo Salto) e uma abordagem clínica, ou o Exame Clínico Estruturado por Objetivos (OSCE em inglês). Um tratamento holístico da avaliação da competência emocional, enquanto constructo global, pode requerer que estas abordagens sejam trianguladas através de um instrumento de recolha de dados instituído sobre variáveis ordinais que medem a competência emocional, nomeadamente a Escala Veiga de Competência Emocional (ECVS).

O Capítulo 6 apresenta um enquadramento geral da ECVS e aborda a forma como a sua escala de frequência temporal de tipo *likert* ou formulário mede a competência emocional usando as cinco dimensões da inteligência emocional de Daniel Goleman: autoconsciência, gestão das emoções, automotivação, empatia e gestão das emoções sociais.

O capítulo 7 descreve a Realidade Virtual e debruça-se sobre a sua missão e benefícios para a formação de profissionais de saúde, nomeadamente no ensino de enfermagem. No entanto, também alerta para os riscos e outros desafios desta tecnologia na educação, apelando à adoção de medidas preventivas. Este capítulo apresenta também o *Serious Game* concebido para o projeto, nomeadamente um *Escape Room* que invoca um espectro de emoções positivas e negativas nos seus utilizadores.

Finalmente, o Capítulo 8 encerra este manual com um resumo da fundamentação e finalidade do projeto SG4NS, das suas atividades e resultados, e propõe recomendações futuras com base na retrospectiva e nos conhecimentos adquiridos durante a realização deste projeto pedagógico inovador e altamente estimulante, levando mais longe a jornada de desenvolvimento e consolidação da aquisição de competências emocionais na formação profissional de enfermeiros.

# CAPÍTULO 2

## Teorias e Modelos de Inteligência Emocional

---

*Autores: Aurora Adina COLOMEISCHI, Alina IONESCU – CORBU, Florin TIBU*

Nos últimos anos, o conceito de inteligência emocional tem sido objeto de crescente destaque, com uma grande variedade de definições e explicações. No Dicionário Enciclopédico de Psicologia (6), o termo "inteligência emocional" é explicado começando por identificar a sua origem mais distante no tempo (no conceito de "inteligência social" de Thorndike) e aquela mais recente (no conceito de "inteligências pessoais" de Gardner - intra e interpessoal). É definida como "uma diferença no grau em que as pessoas acedem, processam e utilizam a informação emocional". Neste capítulo, apresentamos as principais teorias que conceptualizam o fenómeno da inteligência emocional, extraíndo as principais ideias e entendimentos, de forma a facilitar uma compreensão mais profunda de como estes quadros teóricos poderão, posteriormente, figurar na prática em contexto médico.

### **2.1 TEORIA DAS INTELIGÊNCIAS MÚLTIPLAS – HOWARD GARDNER**

A Teoria das Inteligências Múltiplas de Howard Gardner, desenvolvida em 1985 na sua obra "*Frames of Mind*", revolucionou a visão clássica da existência de um único tipo de inteligência e ofereceu um sentido renovado de esperança no desenvolvimento humano e nas possibilidades de uma educação diferenciada. Segundo Gardner, a inteligência é a capacidade de resolver problemas e criar produtos de valor num determinado contexto cultural. A definição padrão de inteligência sugere que esta é inata e fixa em quantidade, mas a visão de Gardner é flexível e provocadora, baseada em capacidades partilhadas por toda a população. O autor afirma que os indivíduos possuem proporções variáveis de diversas inteligências (pelo menos oito tipos). Estas premissas têm implicações educativas significativas, uma vez que proporcionam a todas as crianças oportunidades de acesso à informação de acordo com o seu tipo de inteligência dominante. Os educadores podem ajudar os alunos a utilizar a sua combinação única de inteligência para terem aproveitamento escolar. Com base nos seus estudos, Gardner distingue os seguintes tipos de inteligência: linguística, lógico-matemática, musical, espacial, naturalista,

cinestésica, interpessoal e intrapessoal. Investigações recentes levaram Gardner a definir um nono tipo de inteligência: a inteligência existencial.

De particular importância na concetualização do desenvolvimento social e emocional são as inteligências intra- e interpessoal.

A inteligência intrapessoal envolve a consciência de si próprio, a compreensão dos seus pontos fortes e fracos, o planeamento eficaz de objetivos, a monitorização e o controlo de pensamentos e emoções e a capacidade de monitorizar as interações com os outros. Na perspetiva de Gardner, a inteligência intrapessoal implica a presença de um modelo eficaz de si próprio e a capacidade de transferir e utilizar esta informação na autorregulação.

A inteligência interpessoal significa pensar nos outros e compreendê-los, ter capacidade de empatia, reconhecer as diferenças entre as pessoas e apreciar as suas formas de pensar. Implica interações eficazes com os indivíduos no seio da família e da sociedade.

Estes dois tipos de inteligência, inicialmente configurados por Gardner sob o rótulo de inteligência pessoal, englobam elementos relevantes para o desenvolvimento social e emocional, servindo de base para a competência emocional e social que garante o sucesso na vida individual.

## **2.2 INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO CAPACIDADE – MODELO DE MAYER & SALOVEY**

Uma das primeiras abordagens ao conceito de inteligência emocional é promovida por John D. Mayer e Peter Salovey (14). Os autores sugerem que a definição de inteligência emocional deve fazer a ponte entre os aspetos cognitivos e emocionais da vida psicológica (partindo da premissa de que, tradicionalmente, a inteligência descreve a dimensão cognitiva da psique): "a capacidade de perceber as emoções, de aceder e gerar emoções para ajudar o pensamento, de compreender as emoções e a informação emocional, e de regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual". Mayer e Salovey apresentam duas definições do conceito: em primeiro lugar, "a capacidade de monitorizar os sentimentos e emoções próprios e alheios, de os discriminar e de utilizar esta informação para orientar o pensamento e as ações". Em segundo lugar, uma definição revista de inteligência emocional que envolve: "a capacidade de perceber com precisão, reconhecer e perceber as emoções; a capacidade de aceder e/ou gerar sentimentos quando estes facilitam o pensamento; a capacidade de

compreender as emoções e o conhecimento emocional; a capacidade de regular as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual."

Os autores conceptualizam a inteligência emocional num modelo de quatro dimensões que evolui de processos psicológicos básicos para processos mais integrados psicologicamente e, dentro de cada dimensão, as competências emocionais são organizadas pela ordem do seu desenvolvimento:

I. Perceção, avaliação e expressão das emoções:

1. A capacidade de identificar as próprias emoções (a nível físico, emocional e cognitivo).
2. A capacidade de identificar emoções nos outros, na arte, etc., através da linguagem, do som, da aparência e do comportamento.
3. A capacidade de expressar emoções com exatidão e de exprimir necessidades relacionadas com essas experiências.
4. A capacidade de discriminar entre expressões corretas/incorrectas, honestas/desonestas de sentimentos.

II. Facilitação emocional do pensamento:

1. As emoções são *a priori* para o pensamento, direcionando a atenção para informações importantes.
2. As emoções são suficientemente vivas e disponíveis para serem geradas em apoio ao julgamento e à memória dos sentimentos.
3. A amplitude das disposições emocionais altera a perspetiva do indivíduo do otimismo para o pessimismo, encorajando a consideração de múltiplos pontos de vista.
4. Os estados emocionais encorajam abordagens diferenciadas a problemas específicos, como quando a felicidade facilita o raciocínio indutivo e a criatividade.

III. Compreender e analisar as emoções; Envolvimento do conhecimento emocional:

1. A capacidade de rotular emoções e reconhecer relações entre palavras e emoções, bem como relações entre as próprias emoções, como a relação entre simpatia e amor.

2. A capacidade de interpretar os significados que as emoções transmitem relativamente às relações, como a tristeza que acompanha frequentemente a perda.
3. A capacidade de compreender emoções complexas: sentimentos simultâneos de amor e ódio ou misturas, como o sentimento avassalador como uma combinação de medo e surpresa.
4. A capacidade de reconhecer as transições entre emoções.

#### IV. Regulação reflexiva das emoções para promover o crescimento emocional e intelectual:

1. A capacidade de estar aberto a emoções agradáveis e desagradáveis.
2. A capacidade de se envolver ou de se desligar reflexivamente de uma emoção com base no grau de informação ou utilidade que ela oferece.
3. A capacidade de monitorizar refletidamente as emoções em relação a si próprio e aos outros.
4. A capacidade de gestão das emoções pessoais e alheias, através da valorização das emoções negativas e do aumento das positivas, sem suprimir ou exagerar a informação que possam transmitir.

No que diz respeito à aquisição da inteligência emocional, Mayer e Salovey defendem que as competências emocionais começam na família, com boas interações entre pais e filhos (os pais ajudam as crianças a identificar e nomear as suas emoções, a respeitar os seus sentimentos e a começar a relacioná-los com situações sociais). É de notar que as oportunidades de aprendizagem de competências emocionais diferem consoante o desenvolvimento emocional dos pais, que podem iniciar processos de aprendizagem emocional-cognitiva. Os autores consideram que é possível adquirir competências emocionais através do currículo normal (literatura, arte, música, teatro, aulas de valores) e através do desenvolvimento de programas educativos específicos destinados a promover a inteligência emocional.

No *Handbook of Emotional Intelligence*, John Mayer, Peter Salovey e David Caruso (15) apresentam três aspetos da inteligência emocional: como *Zeitgeist*, como traço de personalidade e como capacidade mental. Os autores identificam os termos "inteligência emocional" e "competência emocional" como os novos termos mais úteis designados pela *American Dialect Society* para 1995 (ligados ao lançamento do best-seller de Daniel Goleman, "*Emotional Intelligence*"). Os autores analisam

três significados para o termo inteligência emocional: (1) *Zeitgeist* indica uma tendência da época, uma tendência cultural, o espírito do tempo que caracteriza o momento - pelo que o termo pode ser explorado numa perspectiva cultural e política; (2) inteligência emocional descreve um grupo de traços de personalidade considerados importantes para o sucesso na vida; (3) inteligência emocional pressupõe um conjunto de competências que asseguram o processamento da informação emocional.

Para sustentar o primeiro significado - *Zeitgeist* (espírito do tempo) -, os autores partem de uma perspectiva histórica e discutem os períodos do estoicismo (com fortes consequências anti-emocionais) em oposição à era romântica (que promoveu a expressão emocional na arte). Passam para os anos 60, marcados pela expressividade emocional e pela "fuga aos rigores do intelecto" (15), e retomam os princípios da psicologia humanista (G. Allport, A. Maslow, C. Rogers), segundo os quais as pessoas devem exercer a autodeterminação, experimentar diretamente as emoções e crescer emocionalmente. Uma tendência da época é vista no contraste entre a visão de conflito e de integração da relação entre pensamento e emoção. Enquanto a emoção é frequentemente considerada como estando em conflito com a razão, a inteligência emocional, pelo contrário, pode ser interpretada como descrevendo práticas sociais que integram a emoção e o pensamento (esta ideia é reforçada por novas investigações que mostram que os sistemas emocionais e cognitivos ao nível do cérebro estão mais integrados do que se pensava inicialmente). De uma perspectiva cultural, a inteligência emocional é vista como uma variável equalizadora, partindo de outra tendência da época, nomeadamente o conflito entre o reconhecimento das diferenças entre as pessoas e a ênfase na sua igualdade. A inteligência emocional foi popularizada como resposta à Curva de Bell (que fazia distinções entre classes sociais nos EUA com base na inteligência), mostrando que pode ser mais forte do que a inteligência geral e que as competências emocionais podem ser aprendidas.

A apresentação do segundo significado de inteligência emocional (como um grupo de traços de personalidade) começa com os termos utilizados na descrição do conceito: motivação, emoção, cognição, consciência (estes são os quatro processos básicos que constituem a base da personalidade). Outros aspetos da personalidade são o automodelo e o modelo do mundo que deve ser construído através da aprendizagem, bem como o automodelo no mundo.

Para ilustrar este sentido, os autores propõem o seguinte esquema (15, p.100):

Nível 3 Traços mentais	Traços mentais relevantes para si próprio Por exemplo, autoestima, autoconsciência, inteligência pessoal, força do ego		Características gerais Por exemplo, extroversão, inteligência verbal, consciência, dogmatismo, simpatia	
Nível 2 Mapas Mentais	Modelos do eu Por exemplo, autoconceito, eu ideal, identidade, história de vida	Modelos do eu no mundo Por exemplo, funções, ligações, identificações, regras de conduta	Modelos do mundo Por exemplo, conhecimento da pronúncia, conhecimento especializado	
Nível 1 Mecanismo mental Nível 1 Mecanismos mentais	Motivações fundamentais Por exemplo, a necessidade de comer, beber, dormir, estar com os outros, autodefesa	Emoções fundamentais Por exemplo, alegria, tristeza, raiva, medo, relacionados com a psicofisiologia	Operações Cognitivas Fundamentais Por exemplo, aprendizagem, recordação, julgamento, comparação	Consciência Por exemplo, a consciência, a atenção, o fluxo de consciência

Para apoiar esta perspectiva, Mayer, Salovey e Caruso argumentam que existem definições de inteligência emocional que se sobrepõem a múltiplos aspetos da personalidade, abrangendo potencialmente todo o modo de funcionamento do indivíduo no mundo.

A terceira perspectiva apresenta o conceito como uma inteligência que processa e beneficia das emoções, composta por capacidades mentais, aptidões e competências. A inteligência emocional como capacidade é descrita num modelo de quatro dimensões: percepção e identificação emocional (envolvendo o reconhecimento e a aquisição de informação do sistema emocional); facilitação emocional da cognição (usando as emoções para melhorar o processamento cognitivo); compreensão emocional (processamento cognitivo das emoções); gestão emocional (autogestão e gestão das emoções dos outros).

Os autores fazem uma descrição circular do modelo quadridimensional da inteligência emocional proposto por Mayer e Salovey em 1997 (15, p.108). O primeiro ramo do modelo representa a capacidade de perceber e expressar sentimentos. A percepção emocional envolve o registo, o acompanhamento e a

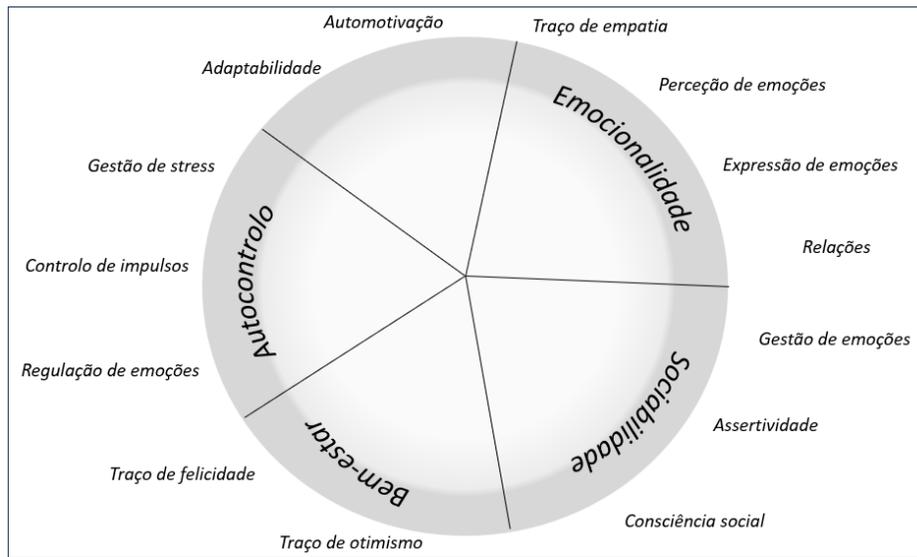
decifração de mensagens emocionais expressas em expressões faciais, voz, tom, objetos de arte ou outros artefactos culturais. A segunda dimensão refere-se à facilitação emocional e descreve a forma como as emoções influenciam a cognição. A terceira dimensão envolve a compreensão e o raciocínio com base nas emoções. A capacidade de compreender as emoções facilita a compreensão de verdades fundamentais sobre a natureza humana e as relações interpessoais. A quarta dimensão diz respeito à gestão das emoções e envolve a capacidade de lidar com diferentes disposições emocionais, a flexibilidade, a adaptabilidade e a compreensão dos progressos emocionais registados nas relações estabelecidas com os outros.

### **2.3 INTELIGÊNCIA EMOCIONAL COMO TRAÇO: O MODELO DOS TRAÇOS (KONSTANTINOS VASILIS PETRIDES, 2001)**

O modelo de traços da inteligência emocional proposto por Petrides compreende uma série de características e disposições situadas nos níveis mais baixos da personalidade de que os indivíduos podem ter consciência. Mais especificamente, Petrides apresentou a inteligência emocional como uma autopercepção individual dos seus traços de personalidade relacionados com a emoção ou como o traço de autoeficácia emocional (18, 19). O modelo de traços defende que cada indivíduo pode herdar características que são úteis em alguns contextos e menos úteis noutros, argumentando que não existe uma receita para uma pessoa emocionalmente inteligente que prospere em todos os contextos da vida, o que se assemelha às características de personalidade dos indivíduos.

Para este modelo, os autores (19, 21) apresentaram uma série de componentes do traço de inteligência emocional e a forma como os indivíduos que obteriam pontuações elevadas se vêem a si próprios. Todas estas disposições estão organizadas em quatro facetas principais, representadas pelo bem-estar, autocontrolo, emocionalidade e sociabilidade, enquanto dois dos componentes (adaptabilidade e automotivação) foram reportados como independentes. De seguida, apresentamos estas disposições e a forma como os autores as definiram.

Figura 1: Modelo de traços de inteligência emocional de Petrides



Fonte: adaptado de Petrides (17)

**Adaptabilidade:** os indivíduos com pontuações elevadas considerar-se-iam "flexíveis e dispostos a adaptar-se a novas condições", enquanto as pontuações mais baixas seriam obtidas por indivíduos que têm algumas reservas em relação às mudanças em geral.

**Assertividade:** os indivíduos com pontuações elevadas são "francos, sinceros e dispostos a defender os seus direitos", ao passo que as pontuações mais baixas são típicas de indivíduos que adotam uma atitude passiva e hesitam em lutar pelos seus direitos ou exprimir os seus desejos.

**Perceção das emoções (próprias e dos outros):** os indivíduos com pontuações elevadas nesta faceta são "claros quanto aos seus próprios sentimentos e aos dos outros", enquanto as pontuações mais baixas são características de indivíduos para os quais não é muito claro o que eles e os outros sentem e porquê.

**Expressão das emoções:** os indivíduos com pontuações elevadas são "capazes de comunicar os seus sentimentos aos outros", enquanto os indivíduos com pontuações mais baixas revelam dificuldades em verbalizar as emoções.

**Gestão das emoções (outros):** os indivíduos que obtêm pontuações elevadas são "capazes de influenciar os sentimentos dos outros", enquanto as pontuações mais baixas podem mostrar dificuldades em modular e ultrapassar os sentimentos dos outros.

**Regulação das emoções:** os indivíduos com pontuações elevadas são "capazes de controlar as suas emoções" e de ajustar o seu estado emocional à situação, enquanto os indivíduos com pontuações mais baixas têm dificuldade em gerir emoções ou sentimentos fortes.

**Controlo dos impulsos:** os indivíduos com um elevado nível de controlo dos impulsos tendem a pensar antes de agir e são "reflexivos e menos propensos a ceder aos seus impulsos", ao passo que as pontuações mais baixas podem revelar tendências para comportamentos ou ações pouco saudáveis.

**Competências relacionais:** os indivíduos com pontuações elevadas são "capazes de manter relações pessoais satisfatórias", aplicando competências de escuta e mantendo laços saudáveis, enquanto os indivíduos com pontuações mais baixas têm dificuldades em manter relações íntimas e podem ter comportamentos inadequados em relação à família e aos amigos.

**Autoestima:** os indivíduos com pontuações elevadas são "bem-sucedidos e autoconfiantes" e demonstram uma atitude saudável em relação a si próprios, ao passo que as pontuações mais baixas podem revelar um baixo nível de autorrespeito e confiança no valor próprio dos indivíduos.

**Automotivação:** pontuações elevadas nesta componente revelam indivíduos "motivados e pouco propensos a desistir perante as adversidades", enquanto pontuações mais baixas revelam uma tendência para um menor sentido de realização e uma maior taxa de abandono nas tarefas.

**Consciência social:** os indivíduos com pontuações elevadas são "*networkers* realizados com competências sociais superiores", porque se consideram bons negociadores e confiantes nos seus esforços, enquanto as pontuações mais baixas podem mostrar capacidades sociais limitadas.

**Gestão do stress:** neste caso, os indivíduos com pontuações elevadas são capazes de suportar a pressão e regular o stress` porque gerem as suas emoções de forma saudável, enquanto as pontuações baixas revelam dificuldades na aplicação adaptativa de estratégias de gestão do stress.

**Traço de empatia:** pontuações elevadas mostram que os indivíduos são "capazes de adotar a perspectiva de outra pessoa" e de ver as coisas de um outro ponto de vista, enquanto pontuações mais baixas mostram dificuldades em compreender as perspectivas de outras pessoas e podem manter opiniões mais restritas.

**Traço de felicidade:** esta disposição mostra que os indivíduos são "alegres e satisfeitos com as suas vidas" e estão, em geral, contentes com a forma como vivem, enquanto as pontuações mais baixas são mostradas em indivíduos que têm uma perspectiva negativa sobre a sua vida atual.

**Traço de otimismo:** os indivíduos com pontuações elevadas vêem-se a si próprios como "confiantes e propensos a ver o lado positivo da vida", tendo uma visão positiva do seu futuro em geral, enquanto as pontuações mais baixas podem mostrar atitudes mais negativas em relação ao seu futuro, o que pode levar à perda de oportunidades.

O modelo de traços provou ter aplicações em múltiplos domínios em várias amostras constituídas por populações de crianças, adolescentes e adultos (16, 21). Por exemplo, em populações de crianças e adolescentes, as componentes anteriormente mencionadas previram comportamentos pró-sociais e antissociais (7, 12), mas também previram mais liderança e cooperação noutros grupos etários e regiões geográficas (12, 13). Em populações adultas, o modelo foi associado a um maior empenho na organização, a uma redução dos níveis de stress e a uma maior perceção de flexibilidade e controlo sobre o trabalho (20).

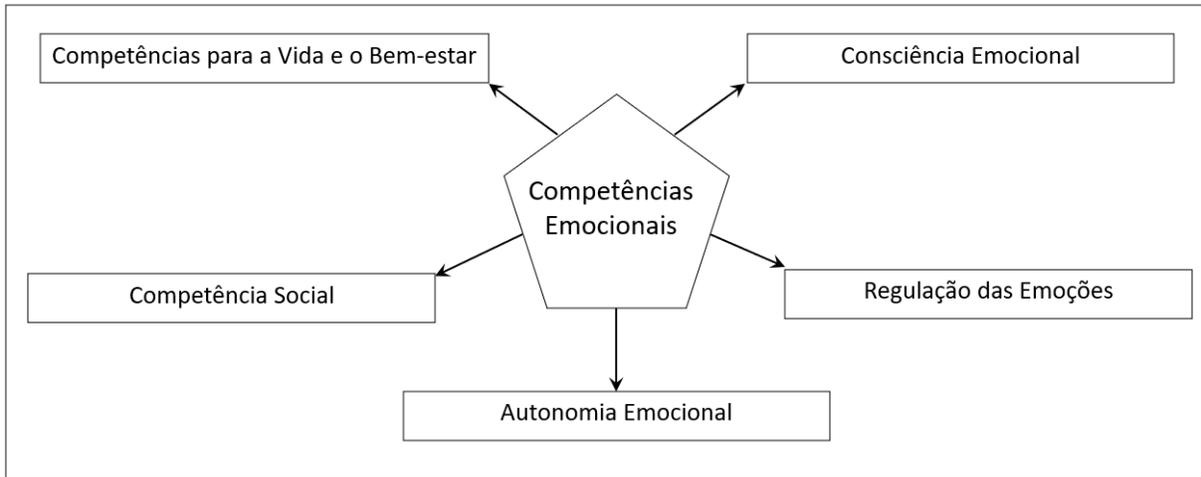
Globalmente, o modelo defende a promoção de uma visão de traços sobre as componentes da inteligência emocional, em vez de um conjunto de competências ou capacidades, debatendo a importância de integrar as abordagens sociocognitivas e de autoconceito.

## **2.4 MODELO DAS COMPETÊNCIAS EMOCIONAIS (BISQUERRA ALZINA E PEREZ ESCODA, 2007)**

Bisquerra e Escoda (4) conceptualizaram a inteligência emocional como a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos, talentos, aptidões e atitudes que contribuiriam para reconhecer, compreender e gerir o estado emocional de uma pessoa. Apresentam o seu modelo como uma série de cinco blocos, cada um englobando várias capacidades e aptidões que podem ser aprendidas. Como se pode ver na Figura 2, os cinco blocos principais são a consciência emocional, a regulação emocional, a autonomia emocional, a

competência social e as competências de vida para o bem-estar. Cada um destes blocos inclui determinadas capacidades e atitudes que conduziriam a pontuações elevadas no respetivo bloco. De seguida, apresentamos os componentes de cada bloco descrito.

Figura 2: Modelo de Competências da Inteligência Emocional de Bisquerra e Escoda (4)



Fonte: adaptado de Bisquerra & Escoda (4)

**A Consciência Emocional** refere-se à capacidade de identificar e nomear as próprias emoções e as emoções dos outros em vários contextos. Compreende outras três aptidões: (a) ter consciência das próprias emoções - ser capaz de identificar, nomear e, em alguns casos, até ter consciência das emoções em contextos futuros; (b) ser capaz de nomear corretamente as emoções; e (c) compreender as emoções dos outros - ser capaz de perceber corretamente as emoções que os outros sentem e revelá-las de forma empática.

**A Regulação das Emoções** é a capacidade de gerir as emoções, tendo consciência da relação entre os afetos, o comportamento e a cognição. Inclui também a capacidade de suscitar um afeto positivo para si próprio. Este bloco inclui cinco outras competências, a saber (a) ter consciência da relação entre emoção, cognição e comportamento, e do papel da cognição na regulação da emoção e do comportamento; (b) expressão emocional - a capacidade de exprimir emoções com precisão; (c) regulação da emoção - a capacidade de gerir emoções para perseguir uma série de objetivos e manter-se motivado, mas também para evitar estados emocionais profundamente negativos; (d) capacidade de enfrentar emoções negativas utilizando estratégias saudáveis para diminuir a sua intensidade e impacto;

e (e) capacidade de gerar emoções positivas para si próprio - ser capaz de relaxar e procurar melhorar a sua qualidade de vida.

**A autonomia emocional** é composta por elementos do *self* (eu) e das relações e abrange sete áreas de competências, incluindo a autoestima, a automotivação, as atitudes positivas em relação a si próprio, a responsabilidade em relação a si próprio e aos outros, a autoeficácia emocional, a capacidade de avaliar criticamente as normas sociais e a resiliência.

**A competência social** refere-se principalmente à obtenção e manutenção de boas relações com os outros. Este bloco abrange as capacidades sociais básicas (como ouvir ou cumprimentar os outros), o respeito pelos outros, boas capacidades de comunicação, capacidades de comunicação expressiva, a capacidade de comunicar eficazmente as emoções aos outros, o comportamento pró-social e a cooperação, a capacidade de ser assertivo, a capacidade de prevenir e resolver conflitos e a capacidade de gerir eficazmente as situações emocionais.

**As competências para a vida e o bem-estar** englobam uma atitude positiva em relação à vida que levaria ao estabelecimento de objetivos saudáveis e responsáveis para criar uma vida significativa e boa. Alguns dos principais componentes incorporados neste bloco consistem em criar objetivos adaptativos, tomar decisões relevantes em contextos sociais, pessoais e profissionais, ser capaz de pedir e receber ajuda, ser um cidadão ativo, responsável e crítico, a capacidade de procurar o bem-estar subjetivo e ser capaz de procurar experiências favoráveis em contextos sociais, pessoais e profissionais.

## **2.5 MODELOS MISTOS DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL**

À semelhança do que aconteceu quando as primeiras perspetivas teóricas sobre as emoções que surgiram no campo da psicologia há mais de um século (nomeadamente, as teorias de James-Lange e Cannon-Bard) foram mais tarde desafiadas pela teoria dos dois fatores da emoção de Schachter e Singer (22), também os modelos mistos de Inteligência Emocional (IE) começaram a ser propostos nas últimas duas ou três décadas como alternativas aos modelos de IE então considerados mais simplistas (ou seja, baseados nas capacidades ou nos traços) que tinham sido apresentados não há muito tempo. Estes modelos mistos tentaram conciliar outros pontos de vista, recorrendo aos avanços científicos nos domínios da neurociência afetiva e das metodologias de teste psicológico. Os mais proeminentes

investigadores da IE que introduziram modelos mistos na concetualização da IE foram Reuven Bar-On e Daniel Goleman.

Na perspectiva do psicólogo e jornalista científico americano Daniel Goleman, a IE representa um constructo que assenta nas características internas da pessoa (que são tanto de natureza individual como social), mas também é vista como um constructo que pode ser desenvolvido e otimizado através da exposição a situações sociais complexas e da sua reavaliação através da observação do próprio comportamento e dos motivos, da reflexão e do reenquadramento; Goleman, portanto, vê a IE não só como uma combinação de traços e capacidades pessoais, mas também como um sistema relacional dotado de algum grau de plasticidade.

O trabalho de Goleman contribuiu largamente para o estabelecimento da IE como um tipo validado de inteligência. Antes disso, a inteligência cognitiva (juntamente com o seu índice de medida validado, o Quociente de Inteligência, ou QI), era considerada o único termo genérico que englobava dimensões distintas. Os investigadores Boyatzis & Sala (5) afirmaram que, para que um conceito de inteligência proposto seja considerado distinto de outros tipos de manifestações de inteligência, é necessário que os seguintes requisitos sejam cumpridos: (1) O conceito proposto é um comportamento observável; (2) Está ligado a estruturas biológicas subjacentes que são ativadas através de comportamentos característicos; (3) Tem implicações para resultados a longo prazo relacionados com a vida, escola, carreira; (4) É suficientemente diferente de outros conceitos de personalidade/comportamento; e (5) As propriedades de medição, tais como a validade convergente e discriminante, são satisfeitas. Tanto Goleman como Bar-On (ver mais adiante) fizeram avanços significativos na ligação das dimensões da IE às facetas evolutivas das emoções e dos comportamentos observados, propondo escalas e instrumentos para medir dimensões distintas da IE e conduzindo investigações que demonstraram a importância das componentes da IE na previsão dos comportamentos individuais e sociais.

Atribui-se a Goleman o mérito de ter repensado a natureza concetual da IE e de ter proporcionado uma base mais científica para o conceito, ajudando assim a satisfazer os requisitos acima referidos por Boyatzis e Sala. Mais especificamente, o seu trabalho sobre a IE floresceu com a nossa maior compreensão dos circuitos cerebrais que são ativados por estímulos sociais. O rápido desenvolvimento

da neurociência afetiva permitiu a Goleman estudar a forma como as estruturas cerebrais que são importantes para o processamento de estímulos emocionais podem comunicar entre si, proporcionando o estado neural ideal para que o indivíduo tome consciência das pistas internas e sociais e saiba gerir as emoções negativas de forma mais eficaz. Na opinião de Goleman, a sobreativação da amígdala provocada durante estados de conflito ou de humor negativo pode comprometer a capacidade do indivíduo para se autorregular, identificar soluções e sintonizar-se com os sinais sociais. Por outro lado, devido ao circuito através do qual a amígdala está ligada ao córtex pré-frontal (uma área que promove a autorregulação, permitindo ao indivíduo inibir impulsos, encontrar soluções para problemas e planejar o futuro), o indivíduo pode regular as emoções negativas e regressar a um estado mental sem stress que promove a estabilidade emocional e permite ao indivíduo iniciar um contacto social construtivo.

Goleman propôs inicialmente a sua teoria da IE na década de 1990, tendo posteriormente aperfeiçoado o seu ponto de vista durante os anos 2000'. No seu livro seminal de 1995 (9), identificou cinco componentes essenciais para a IE: autoconsciência (conhecer as próprias emoções, objetivos, pontos fortes e fracos), autorregulação (ser capaz de desviar impulsos e regular emoções negativas), motivação (orientar os recursos internos para a realização de objetivos), empatia (ter consideração pelos outros) e competências sociais (ser capaz de estabelecer relações e manter relações sociais). Esta série de características representa uma combinação de traços e capacidades que parecem estar ligados a substratos biológicos que promovem a regulação das emoções e as relações sociais.

No seu livro de 2002, Goleman aperfeiçoou a sua teoria inicial da IE, reduzindo o número de componentes para quatro, cada um dos quais reflectindo o domínio de ação pessoal *ou* social e se engloba o processo de reconhecimento *ou* de regulação das emoções (11). Desde então, o modelo manteve-se praticamente inalterado e Goleman utilizou-o em muitas das suas publicações posteriores e apresentações em conferências.

Figura 3. Os quatro componentes do modelo de IE de Goleman e as suas principais características.

Adaptado de Goleman et al., (11).

	<b>RECONHECIMENTO</b>	<b>REGULAMENTO</b>
<b>PESSOAL</b>	<p><u>AUTOCONSCIÊNCIA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Autoconsciência emocional</u></li> <li>• <u>Concentrado e claro quanto aos objetivos</u></li> <li>• <u>Autoconfiante</u></li> </ul>	<p><u>AUTOREGULAÇÃO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Controlo emocional</u></li> <li>• <u>Resolução de conflitos internos</u></li> <li>• <u>Eficaz no trabalho autónomo</u></li> </ul>
<b>SOCIAL</b>	<p><u>CONSCIÊNCIA SOCIAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Em sintonia com as outras pessoas</u></li> <li>• <u>Empático</u></li> <li>• <u>Consciente do seu impacto nos outros</u></li> </ul>	<p><u>GESTÃO DE RELAÇÕES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Trabalho em equipa</u></li> <li>• <u>Negociação de conflitos</u></li> <li>• <u>Liderança inspiradora</u></li> </ul>

Ao tentar identificar o valor aplicativo dos seus pontos de vista, Goleman utilizou a sua teoria para discutir as implicações para a promoção de uma liderança mais eficaz, em particular. Antes de a IE ter sido conceptualizada, as competências de liderança e o sucesso profissional eram, em grande medida, considerados atributos da inteligência cognitiva (ou racional) e pouco tinham a ver com a dinâmica emocional dentro das pessoas e entre elas. Tanto os cientistas como os líderes de todas as profissões não tinham consciência do impacto que as chamadas "competências transversais" poderiam ter no sucesso organizacional, e lidar com as emoções no local de trabalho era provavelmente considerado irrelevante e uma perda de tempo e de recursos. No entanto, um número crescente de organizações em todos os domínios está hoje mais atento aos benefícios comprovados de empregar líderes emocionalmente competentes, tanto em termos de satisfação profissional dos empregados como de eficácia de custos da empresa.

Poucos anos depois de Daniel Goleman ter publicado pela primeira vez a sua perspetiva científica sobre a IE, em 1995, o psicólogo israelita Reuven Bar-On começou a escrever extensivamente sobre a sua

própria visão do conceito, propondo, pela primeira vez, um instrumento de autorrelato destinado a medir a IE, a que chamou Inventário do Quociente Emocional (QE-i; 1). Esta foi a primeira vez que o conceito de Quociente Emocional foi utilizado e, desde então, tornou-se tão popular como o seu conceito irmão, o QI.

Duas foram as principais influências que contribuíram para a teoria de Bar-On: O trabalho de Darwin sobre as emoções e a teoria da Inteligência Social de Thorndike. Relativamente ao impacto que o trabalho evolutivo de Darwin teve no cientista, importa referir que Bar-On considerava que as emoções desempenhavam um papel central e claramente adaptativo no nosso complexo mundo social, ajudando-nos a navegar através de objetivos e tarefas que inevitavelmente envolviam o trabalho com outras pessoas. De acordo com o modelo que desenvolveu, *"a inteligência emocional-social é uma secção transversal de competências emocionais e sociais inter-relacionadas, aptidões e facilitadores que determinam a eficácia com que nos compreendemos e expressamos, compreendemos os outros e nos relacionamos com eles, e lidamos com as exigências e desafios diários."* (2). Tal como Daniel Goleman, Bar-On pensava que uma conceitualização sólida da IE necessitava de se apoiar em algum tipo de sistema biológico que promovesse tanto o processamento emocional como os comportamentos de afiliação social e encontrou-o na visão de Darwin sobre o papel das emoções na socialização. Por outro lado, a teoria de Thorndike sobre a inteligência social e o seu papel fundamental no desempenho humano também se revelou fundamental na formação do conceito de inteligência emocional de Bar-On. Os escritos de Darwin sobre o papel adaptativo das emoções no domínio social e a teoria de Thorndike sobre a inteligência social exerceram um impacto tão grande em Bar-On que, muitas vezes, ao longo dos seus escritos, ele passou a referir-se ao conceito de *"inteligência emocional e social"* em vez de apenas *"inteligência emocional"*.

Na opinião de Bar-On, a IE inclui os cinco componentes seguintes: (1) reconhecer e compreender as emoções e a capacidade de exprimir os sentimentos; (2) compreender como as outras pessoas se sentem e a capacidade de se relacionar com elas; (3) ser capaz de lidar com as suas emoções; (4) a capacidade de se adaptar a cenários em mudança e de resolver problemas de natureza pessoal e interpessoal; e (5) ser capaz de exercer um afeto positivo e encontrar motivação interior. É fácil notar como as construções emocionais e sociais estão interligadas na conceitualização de Bar-On da IE, ao

ponto de se poder especular que todo o objetivo de experimentar emoções é, na perspetiva do teórico, servir os objetivos sociais do indivíduo.

Ao conceber o seu instrumento de IE, o EQ-i, Bar-On centrou-se nos componentes acima referidos, o que resultou numa medida de autorrelato de 133 itens que produz uma pontuação global de IE e 5 pontuações de escala composta (Intrapessoal, Interpessoal, Gestão do Stress, Adaptabilidade e Humor Geral) com 15 subescalas. Os estudos psicométricos realizados pelo autor e por outros autores revelaram uma elevada fiabilidade e validade, enquanto os estudos preditivos mostraram ligações entre a IE medida com o instrumento e as capacidades de interação social, a saúde física e psicológica e o desempenho escolar e profissional (3). As pontuações da escala de IE também se correlacionam bem com as pontuações medidas através de outros instrumentos de IE.

Conclusões: De um modo geral, os modelos mistos de Goleman e Bar-On de IE visavam uma maior compreensão da natureza intrincada dos processos que são ativados nos indivíduos quando lidam com emoções em contextos sociais complexos. Em comparação com visões alternativas (segundo as quais se propunha que a IE compreendesse apenas capacidades ou apenas traços), os modelos mistos conseguiram incorporar de forma significativa e cientificamente fundamentada duas ideias principais: 1) que existem substratos neurobiológicos subjacentes à IE, representados tanto por estruturas corticais (por exemplo, áreas frontais e temporais) como subcorticais (por exemplo, a amígdala) e que estão claramente envolvidos na expressão de emoções e na facilitação do contacto social; e 2) que, tendo em conta as modernas abordagens neurocientíficas, os componentes da IE apresentam um certo grau de flexibilidade no desenvolvimento e são suscetíveis de mudar em circunstâncias favoráveis. Esta característica de plasticidade é apoiada por investigações que demonstram o papel dos neurónios-espelho como base neurobiológica da empatia e da modelação das competências emocionais em geral (10).

Para além de estarem ancorados em abordagens de base neurobiológica, os modelos mistos de IE de Goleman e Bar-On conseguiram ir além das suas perspetivas teóricas formuladas, contribuindo para a conceção de instrumentos de medição aplicáveis com propriedades psicométricas comprovadas e que têm sido amplamente utilizados em consultórios clínicos, escolas e organizações de liderança. Estes modelos mistos sobre a IE tornaram-se não só perspetivas teóricas validadas, mas também avanços

significativos nas ciências sociais modernas que inspiraram gerações de indivíduos e estruturas organizacionais.

## Referências

1. Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18 Suppl.*, 13–25.
3. Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (2006). The impact of emotional and social intelligence on performance. In Vanessa Druskat, Fabio Sala, and Gerald Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 3-19.
4. Bisquerra, R., & Pérez Escoda, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Educación XX1, 10, 61-82.
5. Boyatzis, R. E., & Sala, F. (2004). The Emotional Competence Inventory (ECI). In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 147–180). Nova Science Publishers.
6. Davey, G. (2005). *Encyclopaedic Dictionary of Psychology*. Routledge. ISBN: 978-0-340-81238-9
7. Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and individual differences, 52(3)*, 323-328.
8. Gardner, Howard. (2006). *Inteligente multiple. Noi orizonturi*. București: Editura Sigma.
9. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
10. Goleman, D., & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard business review, 86(9)*, 74–136.
11. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School Press.
12. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Sangareau, Y., & Furnham, A. (2009). Exploring the relationships between trait emotional intelligence and objective socio-emotional outcomes in childhood. *British Journal of Educational Psychology, 79*, 259-272.

13. Mavroveli, S. & Sánchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112-134.
14. Mayer, John D., și Salovey, Peter. (1997). What is Emotional Intelligence? În *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. New York: Basic Books.
15. Mayer, John D., Salovey, Peter și Caruso, David. (2000). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality and as Mental Ability în Bar-On, Reuven și Parker, James,D.A. (coord). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, development, Assesment, and Application at Home, School and Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass A wiley Company.
16. Pérez-González, J. C., Saklofske, D. H., & Mavroveli, S. (2020). Editorial: Trait Emotional Intelligence: Foundations, Assessment, and Education. *Frontiers in psychology*, 11, 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00608>
17. Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence. Theory, research, and applications* (pp. 85-101). Boston, MA: Springer.
18. Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 656–678). Wiley Blackwell.
19. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
20. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 552-569.
21. Petrides, K. V., & Mavroveli, S. (2018). Theory and applications of trait emotional intelligence. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 23(1), 24–36.
22. Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.

# CAPÍTULO 3

## Intervenções para a regulação emocional

---

*Autores: Liliana BUJOR, Andreea URSU*

### **3.1 As Emoções nos Cuidados de Saúde**

Vários indivíduos envolvidos no processo de cuidados de saúde, como médicos, enfermeiros, doentes e familiares, deparam-se com uma série de emoções complexas que exercem influências notáveis, tanto benéficas como prejudiciais, nos resultados clínicos (1; 2; 3; 4). Verificou-se que a vivência de emoções negativas fortes e a gestão inadequada dessas emoções estão associadas à psicopatologia dos estudantes de medicina e dos profissionais de saúde, como o stress, a depressão, a ansiedade e o esgotamento, e a interações difíceis com os doentes. Além disso, as perspectivas dos doentes também indicam que estas dificuldades podem levar a relações insatisfatórias com os prestadores de cuidados de saúde. Além disso, estes fatores têm o potencial de moldar a natureza da comunicação interpessoal, a satisfação no trabalho e o nível de confiança que os doentes depositam nos seus médicos. O reconhecimento e a compreensão das próprias emoções podem facilitar a seleção de estratégias adequadas para as regular, de modo a atingir um objetivo desejado. Por exemplo, encorajar um doente a exprimir abertamente a sua angústia pode resultar numa redução dos níveis de ansiedade, num aumento da satisfação com o seu prestador de cuidados de saúde e numa melhoria das atitudes relativamente à adesão ao tratamento e ao aumento da satisfação profissional dos prestadores de cuidados de saúde.

### **3.2 Regulação de Emoções**

Uma das definições mais utilizadas de regulação emocional foi proposta por Gross (5), que diz respeito às estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos indivíduos para gerir as suas emoções. Estas estratégias envolvem a seleção deliberada de emoções específicas, bem como o momento e a forma como são vividas ou expressas. Cinco estratégias distintas de regulação de emoções foram apresentadas em *The extended process of emotion regulation* (5, 6). Estas estratégias incluem a seleção da situação, a modificação da situação, o desenvolvimento da atenção, a mudança cognitiva e a modulação da resposta. *A seleção da situação* envolve a escolha ativa de uma situação em que é mais provável que ocorram as emoções desejadas. *A modificação da situação* refere-se à alteração de uma situação para mudar o seu impacto emocional. *A mobilização da atenção* envolve o redireccionamento da atenção numa determinada situação. *A mudança cognitiva* implica a modificação das avaliações de uma situação depois de esta ter ocorrido, alterando assim o seu significado emocional. Por último, *a modulação da resposta* envolve a influência direta e a modificação das respostas fisiológicas, emocionais ou comportamentais. Dentro deste modelo, a reavaliação cognitiva e a supressão expressiva foram as mais utilizadas nos estudos de investigação.

A regulação da emoção interpessoal é um conceito que se refere às estratégias utilizadas pelos indivíduos para atingir um estado emocional desejado no âmbito de uma interação social em tempo real (7). Por outro lado, a coregulação refere-se a uma forma específica de regulação da emoção interpessoal caracterizada pela influência recíproca de experiências emocionais, comportamentos expressivos e respostas fisiológicas entre os parceiros, conduzindo à estabilidade emocional e fisiológica de ambos os indivíduos numa relação interpessoal (8).

Ao longo do tempo, foram propostas várias abordagens para a concetualização e classificação da regulação da emoção. Augustine e Hemenover (9) efetuaram uma análise abrangente das estratégias de regulação da emoção, identificando seis categorias abrangentes: comportamental, cognitiva, envolvimento, evitamento, focada no antecedente e focada na resposta. De acordo com Gross e Jazaieri (10), a regulação da emoção pode ser categorizada como intrínseca ou intrapessoal, que consiste na regulação das próprias emoções, ou extrínseca ou interpessoal, que consiste na regulação das emoções dos outros. Da mesma forma, Niven et al. (11) propuseram que a regulação da emoção pode ser classificada como extrínseca ou intrínseca, com o desejo de piorar ou melhorar as próprias emoções ou as emoções dos outros indivíduos. Mais especificamente, o conceito de melhoria intrínseca dos afetos refere-se aos esforços intencionais feitos pelas pessoas para melhorar o seu próprio estado emocional, enquanto a melhoria extrínseca dos afetos se refere às ações das pessoas para aumentar a experiência de emoções positivas de outros indivíduos. O conceito de agravamento intrínseco dos afetos refere-se aos desejos intencionais de uma pessoa de induzir emoções negativas em si própria, enquanto o agravamento extrínseco dos afetos se refere aos esforços conscientes de provocar emoções negativas em outras pessoas.

A regulação das emoções pode ser classificada como adaptativa ou desadaptativa (12). Por exemplo, as estratégias adaptativas de regulação das emoções incluem a reavaliação e a aceitação, enquanto as estratégias desadaptativas incluem a ruminação e a supressão. Estas estratégias podem ser empregues para regular em baixa ou em alta as emoções. Para além disso, o modelo proposto por Zaki e Williams (7) delinea duas categorias distintas de processos, nomeadamente processos intrínsecos e processos extrínsecos, bem como processos dependentes da resposta e processos independentes da

resposta. Assim, o modelo postula a existência de quatro formas distintas de regulação da emoção interpessoal.

Outra área de investigação centrou-se nos conceitos gerais que englobam este processo emocional. As três componentes da competência emocional, tal como identificadas por Scherer (13), incluem a perceção da emoção, a regulação da emoção e a produção da emoção. Por outro lado, a inteligência emocional, tal como proposta por Salovey e Mayer (14), engloba os processos de avaliação e expressão das emoções, regulação das emoções e utilização das emoções de forma adaptativa. De acordo com Scherer (13), a regulação das emoções diz respeito à aptidão de um indivíduo para monitorizar e manipular as suas próprias emoções de acordo com as normas socioculturais, as intenções estratégicas e o desejo de manter um estado de equilíbrio. Em contraste, Salovey e Mayer (14) dão uma definição para a regulação das emoções que se refere à capacidade e inclinação para observar, avaliar e modificar as respostas emocionais próprias e dos outros para atingir um determinado objetivo (14).

### **3.3 Regulação de Emoções nos Cuidados de Saúde**

Ao longo dos últimos vinte anos, foi realizado um conjunto significativo de investigação para compreender as associações entre estratégias distintas de regulação da emoção e a saúde mental em populações gerais ou clínicas. A literatura indica que as estratégias adaptativas de regulação das emoções, incluindo a reavaliação cognitiva, a aproximação ativa, a reorientação positiva, a reavaliação positiva, a procura de apoio social e a aceitação, estão negativamente correlacionadas com problemas psicológicos como os sintomas depressivos, a ansiedade e o stress (15; 16; 17; 18); 19). Além disso, a utilização de estratégias desadaptativas, incluindo a ruminação, o retraimento, a catastrofização e a

ignorância, está positivamente associada a consequências adversas, como níveis elevados de ansiedade, stress, depressão e insónia (18; 19; 20; 21). No entanto, sabe-se menos sobre a forma como a regulação das emoções afeta o bem-estar dos profissionais de saúde e as interações entre estes e os doentes.

Para navegar eficazmente na dinâmica complexa das consultas dos doentes, os profissionais de saúde devem possuir a aptidão necessária para a regulação das emoções. Isto implica a capacidade de regular e exprimir eficazmente as suas próprias emoções, criando simultaneamente um ambiente de apoio que encoraje os doentes a exprimirem livremente os seus próprios estados emocionais. Relativamente às estratégias de regulação das emoções dos profissionais de saúde, uma linha de investigação interessante diz respeito às estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde quando sentem fortes emoções positivas e negativas na presença dos doentes. Para lidar com essas emoções negativas de elevada excitação, os profissionais de saúde utilizaram uma combinação de estratégias cognitivas e comportamentais. As estratégias mais utilizadas pelos médicos foram a respiração, manter a emoção afastada/concentrar-se noutra coisa, falar/ouvir o doente, quebrar o contacto visual, reenquadrar e reter a emoção (1). No seu estudo, *concentrar-se noutra coisa* consiste em ignorar; manter distância emocional da situação; continuar o encontro como se nada estivesse a acontecer; concentrar-se na tarefa (seguinte), no doente, na sua postura; pensar como profissional; pensar numa solução; contar mentalmente, *falar/ouvir o doente* refere-se a falar calmamente, gradualmente, com abertura; manter o silêncio; empatia; compreensão; deixar o doente exprimir-se; manter o contacto visual, *quebrar o contacto visual* consiste em ganhar tempo; organizar os pensamentos, *reenquadrar* consiste em pensar/fornecer uma perspetiva otimista e esperançosa; racionalizar; aceitar, reter a emoção refere-se a bloquear os sentimentos; não chorar. É amplamente aceite que respirar, falar/ouvir e reenquadrar são estratégias adaptativas com efeitos positivos na experiência subjetiva, como a diminuição de emoções

negativas ou de problemas de saúde mental como o stress, a ansiedade e a depressão (16; 17; 22; 23). Em contraste, manter a emoção afastada/focada noutra coisa, reter a emoção são consideradas estratégias de regulação emocional mal-adaptativas com efeitos prejudiciais na saúde mental (17; 19). O mesmo estudo teve como objetivo investigar as reações dos profissionais de saúde quando sentem emoções negativas fortes. Tocar o doente, realizar procedimentos médicos, retirar-se da situação e dar apoio foram as reações mais frequentes. Tocar o doente e prestar-lhe apoio são consideradas estratégias adaptativas de regulação das emoções interpessoais (24), ao passo que efetuar procedimentos médicos e retirar-se da situação podem ser estratégias desadaptativas (19). Os resultados de outro estudo qualitativo sugerem que a supressão emocional foi uma das estratégias mais frequentemente utilizadas pelos estudantes de medicina quando sentiam que as suas emoções estavam a impedir a sua capacidade de realizar tarefas de forma eficaz (25). No entanto, embora, em geral, a supressão seja considerada uma regulação emocional desadaptativa (17), na cultura médica pode ser considerada uma estratégia adaptativa com consequências positivas a curto prazo (26). Além disso, os estudantes de medicina implementaram uma estratégia adicional, que envolveu o envolvimento num processo de reformulação das circunstâncias stressantes, racionalizando a conduta negativa e dirigindo a atenção para as capacidades positivas de um médico. Os estudantes demonstraram uma tendência para diminuir a intensidade emocional do incidente através do processo de reavaliação, em que reavaliam a questão e colocam maior ênfase nos fatores externos que podem ter contribuído para a ocorrência do comportamento negativo.

Dois estudos mais recentes avaliaram a vida emocional dos enfermeiros dos serviços de urgência e dos enfermeiros dos cuidados paliativos. Os resultados do estudo em que se avaliaram as estratégias de regulação das emoções dos enfermeiros dos serviços de urgência mostraram que o

desinteresse/desligamento, a supressão, a compartimentação, a distração, a reavaliação cognitiva, a procura de apoio social e a prática de exercício físico eram as mais frequentes neste grupo (26). Estes resultados indicam que um número significativo de enfermeiros acredita que as suas estratégias são eficazes para atenuar o impacto prejudicial das emoções negativas no seu bem-estar psicológico, nos doentes e na relação enfermeiro-doente. Além disso, os resultados relativos aos enfermeiros de cuidados paliativos mostraram que são eles que mais utilizam a melhoria do efeito extrínseco, seguida da melhoria do efeito intrínseco.

Os resultados também sugerem que utilizam menos frequentemente estratégias como o agravamento do efeito extrínseco e o agravamento do efeito intrínseco (27). Isto implica que os enfermeiros de cuidados paliativos procuram tipicamente melhorar as emoções dos outros, particularmente dos seus doentes e de outros envolvidos no processo de cuidados.

### **3.4 Efeitos Intra e Interpessoais da Regulação de Emoções nos Cuidados de Saúde**

A forma como os profissionais de saúde reagem e regulam as suas emoções em contextos clínicos pode ter impactos significativos tanto nos próprios profissionais de saúde como nos doentes que tratam, acabando por influenciar profundamente a natureza da relação clínica.

Num estudo que visava identificar as associações entre a regulação das emoções e a satisfação com a vida, a fadiga por compaixão e a satisfação no trabalho entre enfermeiros de cuidados paliativos, verificou-se que a melhoria do efeito intrínseco estava positivamente associada à satisfação com a vida, o agravamento do efeito intrínseco estava positivamente associado à fadiga por compaixão, enquanto o

agravamento do efeito extrínseco estava negativamente associado a uma menor satisfação no trabalho (27). Por outras palavras, quando os enfermeiros de cuidados paliativos utilizam a melhoria do efeito intrínseco para regular as suas emoções, relatam um elevado nível de satisfação com a vida, um indicador de bem-estar psicológico, enquanto que quando os enfermeiros de cuidados paliativos utilizam o agravamento do efeito intrínseco relatam um elevado nível de fadiga por compaixão. Além disso, os enfermeiros de cuidados paliativos que fazem com que os outros se sintam pior, neste caso os doentes, os familiares dos doentes ou os colegas, têm uma satisfação profissional mais baixa. Outro estudo investigou as relações entre as estratégias de regulação cognitiva das emoções do pessoal de enfermagem de cuidados continuados e o esgotamento (28). Verificou-se que uma maior utilização de estratégias de regulação cognitiva das emoções desadaptativas, como a ruminação e a culpabilização dos outros, estava associada a níveis mais elevados de exaustão emocional. Além disso, a reavaliação positiva, uma estratégia de regulação cognitiva da emoção adaptativa, correlacionou-se negativamente com a despersonalização. Além disso, a focalização no planeamento e a reavaliação positiva foram significativa e positivamente correlacionadas com a realização pessoal entre os enfermeiros.

Uma outra linha de investigação diz respeito às ligações entre a regulação da emoção do pessoal de saúde e a relação entre o pessoal de saúde e o doente. Estudos anteriores mostraram que as perceções dos doentes sobre as competências de regulação das emoções dos profissionais de saúde estavam associadas ao imediatismo não-verbal nas interações médico-doente, à satisfação dos doentes e à qualidade da comunicação (29). No segundo estudo apresentado no mesmo documento, verificou-se que existiam associações fortes e positivas entre a reavaliação das emoções relatada pelos próprios profissionais de saúde e a satisfação e o afeto positivo dos doentes antes de se encontrarem com os

profissionais de saúde. Foram também investigadas as ligações entre as estratégias de regulação emocional desadaptativas e a relação doente-profissional de saúde. Num estudo com médicos como participantes, foram encontradas correlações moderadas entre estratégias desadaptativas de regulação da emoção interpessoal, tais como retrair-se, impor-se e defender-se, e a ocorrência de consequências negativas imediatas na relação médico-doente, aumento da defensividade, evitamento do doente, perda de empatia e de confiança no doente, e fim da relação (1).

No seu conjunto, estes resultados sugerem que as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para regular as suas próprias emoções têm efeitos importantes não só no seu bem-estar psicológico, mas também no bem-estar psicológico dos doentes e na sua satisfação relativamente ao encontro com o profissional de saúde.

### **3.5 Capacitação para a Regulação de Emoções Destinada a Profissionais de Saúde**

Tendo em conta a elevada prevalência de problemas de saúde mental, como a ansiedade, o stress, a depressão, as perturbações de stress pós-traumático e o *burnout* entre os profissionais de saúde (30; 31), foram utilizados vários métodos de prevenção de sintomas psicopatológicos em contextos médicos. Um deles é o desenvolvimento de competências para gerir as emoções provocadas e as situações difíceis que ocorrem nos hospitais. De seguida, apresentaremos os resultados de intervenções destinadas a desenvolver as capacidades de regulação de emoções dos prestadores de cuidados de saúde. Por exemplo, um estudo teve como objetivo testar a eficácia de uma intervenção de regulação da emoção para diminuir o stress ocupacional entre enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Intensivos e da Unidade de Cuidados Críticos (32). A intervenção consistiu em oito sessões de duas horas, realizadas

durante três semanas. Durante a primeira e a última sessões, os participantes foram convidados a preencher as escalas, enquanto nas outras seis sessões, os participantes receberam informações sobre as diferenças entre os vários tipos de emoções, os efeitos das emoções a curto e a longo prazo, as competências interpessoais (comunicação, expressão e resolução de conflitos), como expandir a atenção, desviar a atenção e parar a ruminação mental, como utilizar estratégias cognitivas adaptativas e como alterar os resultados comportamentais e fisiológicos das emoções. Os resultados mostraram que os enfermeiros que foram aleatoriamente designados para o grupo de intervenção relataram um nível mais baixo de stress profissional após a intervenção. Além disso, também referiram níveis mais baixos de dimensões do stress profissional, tais como conflitos com os médicos, problemas com os colegas, carga de trabalho, incerteza quanto ao tratamento e problemas relacionados com os doentes e as suas famílias, em comparação com o grupo de controlo. Os resultados de outro estudo de intervenção recente, também com enfermeiros de cuidados intensivos e críticos como participantes, apresentam padrões de resultados semelhantes (33). O treino da regulação das emoções consiste na aquisição de informações relacionadas com a psicoeducação e no desenvolvimento de capacidades como o relaxamento muscular progressivo, a consciência sem julgamentos, a aceitação e a tolerância das respostas emocionais, a modificação da atenção, a reavaliação cognitiva, a resolução de problemas e as competências interpessoais. Verificou-se que o grupo de intervenção relatou níveis mais baixos de *burnout*, depressão e ansiedade em comparação com o grupo da lista de espera (grupo de controlo). Além disso, o grupo de intervenção apresentou pontuações mais elevadas após a intervenção em quatro das cinco estratégias cognitivas adaptativas de regulação das emoções (aceitação, recentragem no planeamento, recentragem positiva, reavaliação positiva) e pontuações mais baixas após a intervenção numa estratégia cognitiva desadaptativa das emoções, a catastrofização.

Os investigadores também estavam interessados em testar outros treinos de regulação da emoção, como o *Affect Regulation Training* (34). Na última secção deste capítulo, apresentaremos uma descrição detalhada deste modelo e algumas recomendações sobre a forma como pode ser utilizado para desenvolver competências de regulação emocional nos enfermeiros. De seguida, apresentaremos os resultados de um estudo de intervenção em que foi testada a eficácia desta formação (35). Verificou-se que os participantes do grupo de intervenção relataram maiores melhorias pós-intervenção nas competências de regulação da emoção, como a aceitação, a tolerância e a modificação. Além disso, o grupo ART também registou melhorias no bem-estar após a intervenção e melhorias nas competências de regulação das emoções e no bem-estar ao longo das três avaliações pontuais (pré-intervenção, pós-intervenção e acompanhamento). Por outras palavras, os resultados deste estudo mostraram que o ART é eficaz no desenvolvimento de competências de regulação das emoções e na melhoria e manutenção do bem-estar dos prestadores de cuidados a idosos durante um período de seis meses.

Em conjunto, os resultados destas intervenções mostraram que os treinos de regulação das emoções são métodos fiáveis para desenvolver competências de regulação das emoções e melhorar o bem-estar no trabalho, reduzindo os sintomas psicopatológicos entre os profissionais de saúde.

### **3.6 Intervenções para a Regulação de Emoções – Formação em Regulação dos Afetos (ART)**

O Modelo ART de Regulação Eficaz das Emoções (34; 36) é um modelo de regulação eficaz das emoções que utiliza técnicas de: terapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental dialética, intervenções baseadas na atenção plena, treinos de empatia, terapia centrada nas emoções e terapias de resolução de problemas. O modelo demonstrou a importância das competências de regulação das

emoções nas intervenções psicoterapêuticas sobre o estado de saúde mental dos pacientes hospitalizados. Num hospital alemão para várias perturbações mentais, um grupo de 289 pacientes beneficiou de terapia cognitivo-comportamental e de treino de competências emocionais integrativas. De acordo com as medições efetuadas, se antes da intervenção através do treino os resultados do teste mostravam diferenças significativas entre o grupo clínico e o grupo de controlo em todas as escalas (especialmente em: aceitação, resiliência e compreensão), após as intervenções, no caso dos pacientes que beneficiaram tanto do tratamento habitual como de um treino de regulação emocional, foram encontradas melhorias significativas nas pontuações das competências de regulação emocional. A melhoria das capacidades de lidar com as situações, a aceitação e a tolerância das emoções negativas são os fatores de previsão mais fortes e mais consistentes do sucesso do tratamento (36). As intervenções de treino modificam o registo emocional: experiência, expressão, regulação. Os dados de uma experiência de grupo com estudantes realçaram o facto de, após sessões de formação de três horas divididas em duas partes, o efeito da formação nas capacidades de regulação emocional, na felicidade e na qualidade de vida ser significativo no caso do grupo experimental (em comparação com o grupo de controlo). Por conseguinte, as pessoas que aprendem a regular as suas emoções de forma adaptativa registam um nível de felicidade mais elevado (37).

No Modelo *ART*, a regulação adaptativa da emoção é conceptualizada como uma interação dependente da situação entre sete competências de regulação da emoção (36):

1. A capacidade de estar conscientemente atento às emoções
2. A capacidade de identificar e rotular corretamente as emoções
3. A capacidade de identificar o que causa e mantém uma emoção

4. A capacidade de modificar ativamente as emoções de uma forma adaptativa
5. A capacidade de aceitar e tolerar emoções negativas
6. A capacidade de abordar e confrontar situações
7. A capacidade de prestar apoio compassivo em situações angustiantes

### **Pratique o Modelo ART**

Nesta secção, é convidado a viver algumas experiências práticas que fortalecem a sua vida emocional.

#### **Aplicação 1. *Momento de reflexão***

*1. Como é que reconhece uma emoção em si próprio?*

*2. Consegues identificar essas emoções?*

*3. Como é que podemos reconhecer uma crise emocional?*

*4. Como são os pensamentos automáticos numa regulação emocional adaptativa / não adaptativa?*

#### **Aplicação 2. *A verdade sobre as emoções***

É importante ter uma percepção correta e coerente das nossas emoções. De acordo com a sua vida emocional, verifique a veracidade das seguintes afirmações:

1. *Dizer aos outros que me sinto mal é uma fraqueza.* T/ F
2. *Os sentimentos negativos são maus e destrutivos.* T/ F
3. *Ser emotivo significa estar fora de controlo.* T/ F
4. *As emoções podem acontecer sem razão aparente.* T/ F
5. *Todas as emoções dolorosas são o resultado de uma má atitude.* T/ F

Se deu três ou mais respostas como Verdadeiras, tem muitos Mitos sobre as emoções.

**Aplicação 3. Exercitar a capacidade de estar conscientemente atento e de identificar corretamente as emoções - Alegria**

- *Proponha dez palavras que descrevam a emoção da alegria.*
- *Proponha (três a cinco) eventos para sentir alegria.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários da alegria.*

*Exemplo:*

- Dez palavras que descrevem a emoção da alegria: divertimento, contentamento, deleite, entusiasmo, esperança, felicidade, alegria, jovialidade, prazer, satisfação.
- Os efeitos secundários da alegria: *ser amigável com os outros, fazer coisas boas para os outros, ter uma perspetiva positiva; ver o lado positivo (Linehan, 1993)*

#### **Aplicação 4. Alegria e euforia**

- *Proponha (três-cinco) eventos para sentir euforia.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários da euforia.*
- *Identifique as diferenças entre Alegria e Euforia. O que é que observa? Como poderia explicar essas diferenças?*

#### **Aplicação 5. Tristeza**

- *Proponha dez palavras que descrevam a emoção da tristeza.*
- *Proponha (três a cinco) acontecimentos para o sentimento de tristeza.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários da tristeza.*

*Exemplo:*

- *Dez palavras que descrevem a emoção da tristeza: melancolia, mágoa, desilusão, pena, pesar, infelicidade, sofrimento, solidão, desgosto, tristeza*
- *Os efeitos secundários da tristeza: sensação de cansaço ou de falta de energia, sensação de vazio, sensação de que já nada é prazeroso (38)*

#### **Aplicação 6. Tristeza e desespero**

- *Proponha (três a cinco) eventos para sentir desespero.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários do desespero.*
- *Identifique as diferenças entre Tristeza e Desespero. O que é que observa? Como poderia explicar essas diferenças?*

### **Aplicação 7. Raiva**

- *Proponha dez palavras que descrevam a emoção da raiva.*
- *Proponha (três a cinco) eventos para sentir raiva.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários da raiva.*

*Exemplo:*

- Dez palavras que descrevem a emoção da raiva: aversão, inveja, exasperação, frustração, fúria, irritação, ressentimento, agitação, hostilidade, agitação
- Os efeitos secundários da raiva: *sensação de incoerência, sensação de descontrole, tensão muscular* (Linehan, 1993)

### **Aplicação 8. Raiva e destrutividade**

- *Proponha (três a cinco) eventos para sentir destrutividade.*
- *Identifique (três a cinco) efeitos secundários da destrutividade.*
- *Identifique as diferenças entre raiva e destrutividade. O que é que observa? Como poderia explicar essas diferenças?*

### **Aplicação 9. A capacidade de identificar o que causa e mantém uma emoção**

Lembra-se de uma situação recente em que sentiu *Tristeza* e de outra em que sentiu *Desespero*.

Complete a tabela abaixo com:

*O que é que aconteceu efetivamente? Que pensamentos lhe vieram à cabeça? Como decidiu comportar-se? Quais foram as consequências?*

Data e hora	O que é que aconteceu?	Pensamentos	Sentimentos	Comportamento	Consequências
			Tristeza		
			Desespero		

*O que observa sobre estas duas emoções, causas e consequências?*

*Que tipo de pensamentos são úteis?*

*Esses pensamentos fazem-no ter outros sentimentos?*

*Que mais poderia fazer? Isso levaria a outras consequências?*

**Aplicação 10. A capacidade de identificar o que causa e mantém uma emoção**

Lembre-se de uma situação recente em que estava com *Raiva* e de outra situação em que estava a sentir

*Destrutividade*. Complete a tabela abaixo com:

*O que é que aconteceu efetivamente? Que pensamentos lhe vieram à cabeça? Como decidiu comportar-*

*se? Quais foram as consequências?*

Data e hora	O que é que aconteceu?	Pensamentos	Sentimentos	Comportamento	Consequências
			Raiva		
			Destruição		

*O que observa sobre estas duas emoções, causas e consequências?*

*Que tipo de pensamentos são úteis?*

*Esses pensamentos fazem-no ter outros sentimentos?*

*Que mais poderia fazer? Isso levaria a outras consequências?*

### **Aplicação 11. A capacidade de aceitar e tolerar emoções negativas**

Pense numa situação específica em que sentiu uma emoção negativa numa *situação de perda*. Se olhasse para o seu corpo, de cima para baixo, onde poderia identificar algumas tensões. Se essa tensão tivesse *uma forma, uma cor e um nome seria* (escreva no espaço abaixo) ...

### **Aplicação 12. Capacidade de prestar autoapoio compassivo em situações angustiantes**

Se o seu melhor amigo estivesse numa situação de grande aflição, qual seria a sua reação em termos de:

- uma mensagem verbal
- uma resposta não-verbal
- uma forma de compensação

Transfira estas respostas para a sua relação consigo, numa situação de grande aflição.

**Algumas conclusões:**

- As intervenções para uma regulação emocional funcional têm registado, nas últimas décadas, uma atenção crescente tanto por parte dos investigadores como dos profissionais
- O impacto do estilo de regulação emocional em diferentes variáveis (bem-estar geral, estilo afetivo, ansiedade, humor depressivo) representa um forte argumento para a integração de treinos de regulação emocional em diferentes níveis de intervenção
- A tendência atual, ao nível das intervenções psicoterapêuticas, é integrar os conceitos, técnicas e métodos pertencentes a várias escolas para melhorar os resultados

## Referências

1. da Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens?. *Permanente Journal*, 20(3) 31-37. <https://doi.org/10.7812/TPP/15-229>
2. Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
3. Shapiro, J. (2011). Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine*, 86(3), 326-332. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182088833>
4. Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.007>
5. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
6. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
7. Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>
8. Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>

9. Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220. <https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
10. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
11. Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology*, 30, 53-73. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9099-9>
12. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
13. Scherer, K.R. (2007). Componential emotion theory can inform models of emotional competence. In Matthews, Zeidner, & Roberts (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 101–126). Oxford University Press.
14. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>
15. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasa-Aristu, A., & Luque-Reca, O. (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 26(2), 413-422. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 659-669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
17. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
18. Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Fernández-Martínez, E., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2021). Coping strategies in the Spanish population: the role in consequences of COVID-19 on mental health. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 606621, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.606621>
19. Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioural emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
20. Dubey, N., Podder, P., & Pandey, D. (2020). Knowledge of COVID-19 and its influence on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation and Psychological Flexibility in the Indian community. *Frontiers in Psychology*, 11, 3031, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>

21. Ursu, A., & Măirean, C. (2022). Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediators between Resilience and Stress during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12631, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912631>
22. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2020). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
23. Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 40(2), 107-115. <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9279-8>
24. Swerdlow, B. A., & Johnson, S. L. (2022). The Interpersonal Regulation Interaction Scale (IRIS): A multistudy investigation of receivers' retrospective evaluations of interpersonal emotion regulation interactions. *Emotion*, 22(6), 1119-1136. <https://doi.org/10.1037/emo0000927>
25. Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions?. *BMC medical education*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>
26. Isbell, L. M., Boudreaux, E. D., Chimowitz, H., Liu, G., Cyr, E., & Kimball, E. (2020). What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ quality & safety*, 29(10), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
27. Barnett, M. D., Cantu, C., & Clark, K. A. (2020). Multidimensional emotion regulation strategies among hospice nurses. *Death Studies*, 44(8), 463-468. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1586790>
28. Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimatos, L., Gregg, J., Goulet, C., ... & Edelstein, B. (2019). Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology*, 38(1), 92-111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>
29. Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication*, 29(2), 205-214. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>
30. Wu, H., Chi, T. S., Chen, L. I., Wang, L., & Jin, Y. P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 66(3), 627-634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x>
31. Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>

32. Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042>
33. Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
34. Berking, M., Whitley, B., Berking, M., & Whitley, B. (2014). The adaptive coping with emotions model (ACE model). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*, 19–29.
35. Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of occupational health psychology*, 21(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
36. Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
37. Tahared mahdavi haji, Mohammadkhani, S., Hahtami, M., (2011), The Effectiveness of life skills on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia- Social and Behavioural Sciences* 30, 407- 411. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080>
38. Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press.

# CAPÍTULO 4

## Aprendizagem Baseada na Resolução de Problemas no Ensino de Enfermagem

---

Autores: *Inés CASADO, Leticia BARRIONUEVO, Leticia VALDEÓN*

### 4.1. Introdução

As metodologias de ensino no ensino superior têm estado em constante evolução ao longo das últimas décadas. O relatório da UNESCO sobre o Ensino Superior no Século XXI enfatiza a relevância do ensino superior na resposta aos muitos desafios que se colocam à humanidade neste século e sugere a necessidade de uma mudança da atribuição de notas para o desenvolvimento de competências, de modo a reforçar a ligação entre a educação e o mundo do trabalho [1]. Esta orientação decorre de uma reflexão sobre a necessidade de formar licenciados que iniciem a sua vida profissional com um leque suficientemente alargado de competências, abrangendo os pilares da educação - aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a viver em conjunto - tal como se encontra definido no Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI [2]. O Projeto sobre a Definição e Seleção de Competências (DeSeCo) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico identifica a necessidade de reorientar os currículos e adaptar o papel do professor para ajudar os alunos a adquirir competências [3].

Atualmente, no domínio das ciências da saúde, é cada vez mais evidente a necessidade de modificar e melhorar os métodos de ensino tradicionais, a fim de aumentar a motivação dos estudantes e a aquisição de conhecimentos [4]. Os futuros profissionais terão de lidar com problemas que exigem abordagens inovadoras e competências específicas para lidar com questões complexas. Devem ser formados utilizando estratégias e técnicas que se apliquem especificamente a esta realidade [5].

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) baseia-se em dois argumentos conceptuais e teóricos. O primeiro é o trabalho do filósofo da educação John Dewey, que sublinhou a importância da aprendizagem

através da experiência [6]. De acordo com Dewey, nesta experiência do mundo real, os alunos são confrontados com um problema que estimula o seu pensamento, recolhem a informação de que necessitam para encontrar soluções para o problema e utilizam-na para testar os seus conhecimentos. Por outro lado, a ABP baseia-se na teoria sociocultural de Vygotsky, que sublinhou a importância de os alunos participarem em comunidades de aprendizagem cognitiva, trocando e comparando ideias com outros, envolvendo-se ativamente uns com os outros na resolução de problemas, enquanto o professor orienta os seus esforços [6,7].

A utilização desta metodologia remonta a 1969, quando a Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster, no Canadá, a introduziu no seu currículo. O objetivo era encontrar novas abordagens que melhorassem a motivação e a aprendizagem dos estudantes, que estavam muito insatisfeitos com os métodos de ensino médico utilizados até então [8].

A primeira turma a formar-se na nova Escola de Medicina da Universidade McMaster fê-lo em 1972. Na mesma altura, o programa de Medicina Humana da Universidade de Michigan introduziu um curso baseado em problemas como parte do seu currículo pré-clínico. Foi também no início da década de 1970 que as Universidades de Maastricht (Países Baixos) e Newcastle (Austrália) criaram escolas médicas que incorporaram a ABP na sua estrutura curricular. No início dos anos 80, outras escolas que tinham continuado a trabalhar com uma estrutura curricular convencional começaram a desenvolver planos semelhantes estruturados em torno desta nova abordagem. A universidade que liderou esta tendência foi a Universidade do Novo México, nos Estados Unidos. Pouco depois, outras escolas aceitaram o desafio de reestruturar todo o seu currículo em torno da ABP. As universidades que lideraram esta iniciativa foram o Havai, Harvard e Sherbrooke (Canadá) [9].

Barrows (1986) define a ABP como "um método de aprendizagem baseado no princípio da utilização de problemas como ponto de partida para a aquisição e integração de novos conhecimentos". Ele reconhece que o processo de diagnóstico do doente se baseia numa combinação de raciocínio hipotético-dedutivo e de conhecimentos multidisciplinares. Uma abordagem "tradicional" baseada na sala de aula para o ensino de conteúdos disciplinares específicos (anatomia, neurologia, farmacologia, psicologia, etc.) não proporcionava aos estudantes um contexto para a sua aplicação no contexto clínico [10]. Esta abordagem

tradicional foi ainda mais confundida pela rápida evolução da base de conhecimentos da ciência e da medicina, que estava a impulsionar mudanças tanto na teoria como na prática [11].

A ABP é uma abordagem curricular e de ensino centrada no aluno que o prepara para efetuar investigação, integrar teoria e prática e aplicar conhecimentos e competências para desenvolver soluções viáveis para um problema definido. Fundamental para o sucesso desta abordagem é a seleção de problemas mal estruturados (e muitas vezes interdisciplinares) e um tutor que orienta o processo de aprendizagem e fornece um relatório abrangente no final da experiência de aprendizagem [11].

Barrows definiu as características essenciais da ABP, reduzidas aos pontos seguintes [12]:

- Os alunos devem ser responsáveis pela sua própria aprendizagem.
- As simulações de problemas utilizadas na aprendizagem baseada em problemas devem ser mal estruturadas e permitir a livre investigação.
- A aprendizagem deve ser integrada a partir de um vasto leque de disciplinas ou matérias.
- A colaboração é essencial.
- O que os alunos aprendem durante a sua aprendizagem autónoma deve ser aplicado de novo ao problema com reanálise e resolução.
- É essencial uma análise final do que foi aprendido com o trabalho com o problema e uma discussão dos conceitos e princípios que foram aprendidos.
- A autoavaliação e a avaliação pelos pares devem ser efetuadas na conclusão de cada problema e no final de cada unidade curricular.
- As atividades realizadas na aprendizagem baseada em problemas devem ser as valorizadas no mundo real.
- Os exames dos alunos devem medir o seu progresso em relação aos objetivos da aprendizagem baseada em problemas.
- A aprendizagem baseada em problemas deve ser a base pedagógica do currículo e não parte de um currículo didático.

A metodologia PBL é perfeitamente adequada ao desenvolvimento dos sistemas de ensino superior, porque facilita não só a aquisição de conhecimentos, mas também outras competências, como o trabalho em equipa, a capacidade de comunicação, a assunção de responsabilidades na aprendizagem autónoma, a colaboração na procura de informação, a avaliação crítica da informação, a escuta ativa e o respeito pelos pontos de vista dos outros [13].

O objetivo da ABP no ensino de enfermagem é "melhorar as capacidades de raciocínio clínico através da resolução de problemas e do pensamento crítico dos estudantes" [14].

#### **4.2. Como desenvolver um estudo de caso sobre ABP**

O trabalho sobre um problema real na sala de aula começa por identificar e definir as competências profissionais a adquirir, distinguindo entre as diferentes áreas do conhecimento, tal como descrito no Relatório Delors [2]:

- Aprender a conhecer (competência técnica).
- Aprender a fazer (competência metodológica).
- Aprender a ser (competência participativa).
- Aprender a viver em conjunto (competência pessoal).

Para uma melhor compreensão das questões de conceção e de facilitação em torno da ABP, é necessário analisar as características essenciais deste ambiente de aprendizagem. A ABP começa com um problema. Este problema é o estímulo para a aprendizagem. Os problemas complexos com objetivos múltiplos, alguns dos quais imprecisos, não têm frequentemente uma única resposta correta; pode haver várias soluções ou nenhuma, o que obriga os alunos a considerar alternativas, a escolher a solução mais viável e a apresentar um argumento fundamentado para apoiar a sua escolha [15].

Na ABP, o aluno lidera o processo, procurando informação, selecionando-a e organizando-a com vista à resolução do problema em causa. O professor torna-se um tutor, orientando a aprendizagem do aluno, sugerindo fontes de informação e respondendo às suas necessidades. Os objetivos são desenvolver competências de pensamento, ativar processos cognitivos e transferir metodologias para "aprender a aprender". A ABP baseia-se, portanto, no pressuposto de que a aprendizagem é um processo ativo, integrado e construtivo que é influenciado por fatores sociais e contextuais [9].

O desenvolvimento de um estudo de caso PBL envolve sete etapas fundamentais [16]:

- Passo 1: clarificação de termos desconhecidos. Os termos e conceitos pouco claros na descrição do problema são clarificados, de modo que todos os membros do grupo compreendam a informação fornecida.

- Etapa 2: definição do problema. O problema é definido sob a forma de uma ou mais perguntas. O grupo deve chegar a acordo sobre os fenómenos que devem ser explicados.
- Passo 3: brainstorming. Os conhecimentos pré-existentes dos membros do grupo são ativados e determinados. Este processo implica a geração do maior número possível de explicações, ideias e hipóteses. As ideias de todos os membros do grupo são recolhidas, sem análise crítica.
- Etapa 4: análise do problema. As explicações e hipóteses dos membros do grupo são discutidas em profundidade e são sistematicamente analisadas. As ideias do brainstorming são ordenadas e relacionadas umas com as outras.
- Etapa 5: Formulação de objetivos de aprendizagem. Com base nas contradições, obscuridades e ambiguidades da análise do problema, são formuladas perguntas que constituem a base para as atividades de estudo dos membros do grupo. Em suma, determina-se que conhecimentos faltam ao grupo e formulam-se objetivos de aprendizagem sobre esses tópicos.
- Passo 6: autoestudo. Na fase de autoestudo, os membros do grupo procuram literatura relevante que possa responder às perguntas dos objetivos de aprendizagem. Depois de estudar esta literatura, os membros do grupo preparam-se para apresentar as suas conclusões na reunião tutorial seguinte.
- Etapa 7: relatório. Depois de relatarem as fontes que os membros do grupo utilizaram nas suas atividades de autoestudo, realiza-se um debate sobre os objetivos de aprendizagem com base na literatura estudada. Os membros do grupo tentam sintetizar o que encontraram em diferentes fontes.

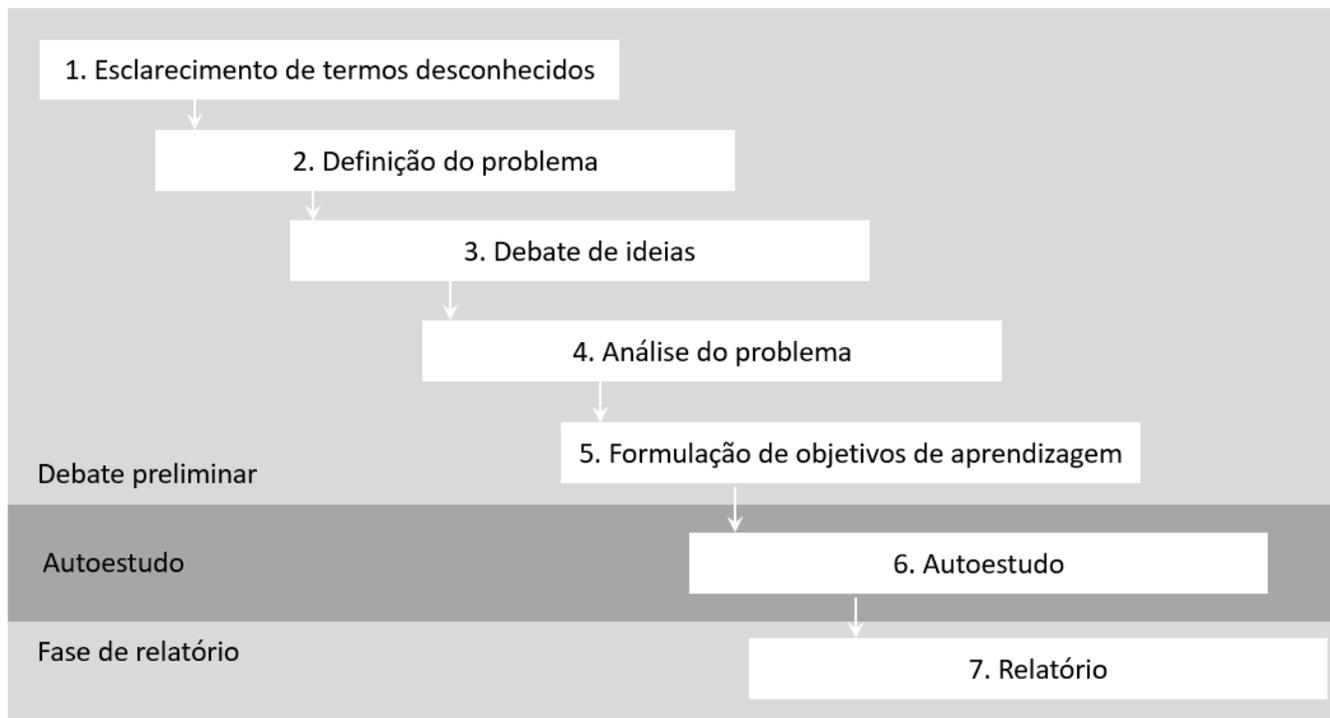


Figura 1. Abordagem em Sete Etapas [15]

### 4.3. Estudo de caso sobre emoções positivas/negativas

#### Caso de Emoção Positiva:

O Sr. João tem 64 anos e está internado há seis dias numa unidade de reabilitação/fisioterapia na sequência de um acidente vascular cerebral.

O John está alerta e orientado e tem hemiparesia direita.

Iniciou imediatamente a reabilitação motora com bons resultados.

No entanto, diz às enfermeiras que tem medo de não conseguir recuperar as suas capacidades motoras e a sua autonomia. O seu humor não é o melhor, ele quer a sua vida, o seu trabalho e os seus sentimentos de volta.

Nos últimos dois dias, John relatou ser capaz de fazer exercícios que não conseguia fazer antes.

Entusiasmado com as melhorias, diz à enfermeira de serviço que a situação está claramente a melhorar.

Ao observar a recuperação positiva, o profissional sugere que o Sr. João faça também os exercícios da tarde e tente fazer algo de forma autónoma, sob a supervisão do pessoal e com toda a segurança.

João está feliz, pois finalmente vê que a cura está próxima E DIZ: "PODEMOS COMEÇAR AGORA?"

- Identificar as necessidades de relacionamento do paciente.
- Discutir as intervenções de enfermagem para a pessoa com necessidades relacionais à luz da enfermagem baseada em evidências.
- Identificar as emoções positivas presentes neste cenário.
- Discutir como manter emoções positivas tanto no doente como no profissional de saúde.
- Discutir a forma como as emoções positivas podem conduzir a melhores cuidados de saúde à luz da enfermagem baseada em provas.

#### Caso de emoções negativas:

Uma mulher de 46 anos que está a sofrer a perda do marido após uma longa doença. Tem um filho e uma filha adolescentes e outra filha em idade escolar.

Foi-lhe diagnosticada há anos uma doença ansioso-depressiva, que tem sido bem controlada até à data com tratamento farmacológico e psicoterapia privada.

Após a morte do marido, contacta a enfermeira dos cuidados de saúde primários. Durante a doença terminal do marido, foram efetuadas visitas frequentes ao domicílio, o que permitiu estabelecer uma relação de confiança e de cooperação com toda a família. Atualmente, devido à sua situação emocional e pessoal, é ela que se dirige à enfermeira para obter apoio.

Está desempregada, tem o ensino primário e não possui formação especializada. A sua situação financeira atual é precária. O marido mantinha a família unida, não apenas financeiramente, e a sua morte deixou toda a família vulnerável, aumentando o stress numa situação já complicada. A pensão de viuvez não é suficiente para cobrir todas as despesas. Não tem outra família e a sua relação com a família do marido não é muito boa.

É realizada uma entrevista ao domicílio para tentar compreender melhor o seu estado emocional e melhorar a sua capacidade de lidar com a sua situação atual:

- Definir luto e emoção negativa.
- Identificar as fases de desenvolvimento das emoções negativas no processo de luto.
- Identificar as principais emoções negativas suscetíveis de ocorrer no caso clínico apresentado.
- Discussão das principais intervenções de enfermagem para a gestão emocional adequada do luto.
- Discutir como gerir as emoções de forma adequada para evitar o aparecimento de um luto patológico.

#### **4.4. Avaliação da ABP dos alunos**

Na ABP, o processo de avaliação está integrado no processo de aprendizagem e o ciclo de feedback deve ser contínuo, de modo a servir de estímulo para a melhoria e o desenvolvimento do próprio processo. O principal objetivo da avaliação é, portanto, fornecer feedback sobre os pontos fortes e fracos e identificar possíveis áreas de melhoria.

Se forem introduzidas alterações na forma como a aprendizagem e o ensino são efectuados, será também necessário alterar a forma como a aprendizagem é avaliada. O objetivo é determinar se o aluno adquiriu os conhecimentos necessários através da aprendizagem autónoma e cooperativa e se também desenvolveu e aperfeiçoou as competências esperadas através de uma reflexão profunda e desempenhando um papel ativo na modelação do processo de aprendizagem [17]. A principal vantagem do envolvimento dos alunos na avaliação é o facto de tomarem consciência do seu processo formativo, poderem apreciar o contributo dos outros e tomarem decisões com base nos seus próprios juízos.

Algumas formas de avaliação utilizadas no processo PBL são brevemente descritas a seguir [18]:

- Exame escrito. Estes exames podem ser fechados ou abertos. As perguntas devem ser concebidas de modo que as competências sejam transferíveis para problemas ou temas semelhantes.
- Exame prático. Estes são utilizados para garantir que os alunos são capazes de aplicar as competências que aprenderam durante o curso.
- Mapeamento de conceitos. Os alunos demonstram os seus conhecimentos e o seu crescimento cognitivo criando relações lógicas entre conceitos e representando-os graficamente.

- Avaliação pelos pares (coavaliação). O aluno recebe orientações sobre as categorias de avaliação para o ajudar no processo de avaliação pelos pares. Este processo também sublinha o ambiente de trabalho cooperativo da ABP.
- Autoavaliação. Isto dá ao aprendente a oportunidade de refletir cuidadosamente sobre o que sabe, o que não sabe e o que precisa de aprender para realizar determinadas tarefas.
- Avaliação do tutor. Consiste em dar ao tutor um feedback sobre o seu envolvimento com o grupo. Esta avaliação pode ser efetuada pelo grupo ou por um observador externo.
- Apresentação oral. A ABP dá aos alunos a oportunidade de praticar as suas competências de comunicação. As apresentações orais são uma forma de observar essas competências.
- Relatório escrito. Esta atividade permite que os alunos pratiquem as suas capacidades de comunicação escrita.

A avaliação na ABP deve ser estruturada de modo que os alunos possam demonstrar a sua compreensão dos problemas e das suas soluções de uma forma contextualmente significativa [5,17].

Na ABP, dois tipos de avaliação desempenham um papel fundamental [17]: a formativa e a sumativa. A avaliação formativa visa determinar se os objetivos estabelecidos foram alcançados. É realizada no final de cada tarefa de aprendizagem e tem por objetivo analisar os resultados obtidos e identificar, se necessário, as dificuldades de aprendizagem. Esta é efetuada ao longo de todo o processo. A avaliação sumativa visa, através de uma avaliação final, determinar uma nota de acordo com o grau de cumprimento dos objetivos propostos, tendo em conta os juízos de valor que foram feitos sobre o aluno ao longo do processo de aprendizagem.

## **Referências**

1. UNESCO. La Educación Superior en el siglo XXI. Visión y Acción. París: UNESCO; 1998.
2. Delors J. La educación encierra un tesoro: informe de la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana; 1996.
3. OCDE. La definición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo. París: OCDE; 2005.

4. Calzadilla ME. Aprendizaje colaborativo y tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación* 2002;29(11):1-10. <https://doi.org/10.35362/rie2912868>
5. Escribano A, del Valle A, (Eds.). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones; 2023.
6. Dewey J. *Experience and Education*: New York: Touchstone; 1938.
7. Eggen P, Kauchak D. *Estrategias docentes. Enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento*. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
8. Spaulding W. *The Undergraduate Medical Curriculum (1969 Model)*: McMaster University. *Can Med Assoc J.* 1969;100 (14):659-64.
9. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. In L Wilkerson, W Gijsselaers, (Eds.). *Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1996. p. 3-12.
10. Barrows HS. *Practice-based learning: Problem-based learning applied to medical education*. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine; 1994.
11. Savery JR. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1). <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1002>
12. Barrows HS. The essentials of problem-based learning. *Journal of Dental Education* 1998;62:630-3. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1998.62.9.tb03223.x>
13. Wood D. ABC of learning and teaching in medicine. *Problem based learning*. *BMJ* 2003;326:328-30. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>
14. Wosinskic J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.

15. Hmelo-Silver CE, Barrows HS. Goals and strategies of a problem-based learning facilitator. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1):21–39. <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1004>
16. Camp G, van het Kaar A, van der Molen H, Schmidt H. PBL: step by step a guide for students and tutors. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam; 2014.
17. Ríos D. Sentido, criterios y utilidades de la evaluación del aprendizaje basado en problemas. *Educ Med Super.* 2007;21(3). <http://bit.ly/1hFpD0s>
18. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica. Monterrey: Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo; 2004.

# CAPÍTULO 5

## Competências Emocionais: Abordagens de Avaliação de Alunos

---

*Autores: Annamaria BAGNASCO, Gianluca CATANIA, Giuseppe ALEO*

### 5.1 Introdução

Avaliar significa fazer um juízo de valor e atribuir uma pontuação (1). Nos últimos anos, a avaliação tornou-se mais uma estratégia para determinar a qualidade e o valor de um projeto, de um resultado ou de um currículo (2). De facto, no domínio da educação em enfermagem, existe um número crescente de métodos de avaliação e os educadores de enfermagem devem identificar e utilizar a ferramenta correta com base nas competências a avaliar (3). A fase de avaliação envolve os estudantes, evidentemente, mas também o tutor de enfermagem, que deve conhecer claramente os objetivos educativos a avaliar (2).

Relativamente ao programa educativo sobre competências emocionais (CE), a avaliação envolve diferentes áreas de aprendizagem: comunicação intelectual e interpessoal. Além disso, considerando a importância da metodologia PBL utilizada para adquirir CE, os estudantes de enfermagem também desenvolvem o pensamento crítico (4).

Para avaliar estas diferentes áreas neste contexto, podem ser utilizadas duas abordagens principais: o exame oral através da abordagem de triplo salto e a avaliação das competências clínicas através do Exame Clínico Estruturado por Objetivos (OSCE). Recomenda-se também a utilização de um instrumento de recolha de dados quantitativos, nomeadamente a Escala Veiga de Competência Emocional (ECVS), para medir a competência emocional. O Capítulo 6 apresenta uma descrição pormenorizada deste instrumento de recolha de dados.

## 5.2 O Exame Oral – Abordagem do Triplo Salto

O exame oral através da abordagem "*triple jump*" (trípulo salto) é um exame individual dividido em três etapas ou "saltos" (2).

- *Primeiro passo ou salto*: é apresentado ao estudante um caso clínico curto e incompleto (5). Os estudantes de enfermagem têm de ler e analisar para identificar e solicitar informações em falta. Neste primeiro salto, o tutor avalia a capacidade dos estudantes de enfermagem para elaborar a situação e os mecanismos de pensamento crítico (2). No final deste salto, os estudantes têm de identificar os problemas de enfermagem do caso apresentado. Este salto exigiu cerca de 30 minutos.
- *Segundo passo ou salto*: os alunos pesquisam e estudam de forma autónoma como resolver os problemas de enfermagem identificados. Neste segundo salto, os alunos pesquisam soluções utilizando as suas notas tiradas durante as aulas, livros, e pesquisando em bases de dados ou registos médicos (2; 5). Este salto exigiu cerca de 2 horas.
- *Terceiro passo ou salto*: no último salto, os estudantes têm de apresentar um resumo final do caso, no qual relatam algumas hipóteses de soluções para os problemas de enfermagem. Neste salto, os estudantes têm de discutir com o tutor o resumo dos problemas e o plano de gestão de enfermagem (5). Os tutores têm de dar algum feedback aos estudantes e encorajá-los a avaliarem-se a si próprios. Este salto exigiu cerca de 30 minutos (2).

Os tutores avaliam cada salto de forma diferente e independente. No primeiro salto, os tutores têm de avaliar se o estudante identifica todos os problemas de enfermagem e se necessita de informação suficiente. No último salto, pelo contrário, os tutores têm de avaliar se o estudante identifica e dá prioridade às intervenções corretamente direcionadas inerentes ao caso apresentado (2). A abordagem do salto triplo utilizada no programa de competências emocionais é apresentada no Capítulo 4.3.

Todos os saltos são apresentados no quadro seguinte (Quadro 4.1):

Tabela 4.1 Exame de triplo salto

Primeiro salto: definição dos problemas de enfermagem (cerca de 30 minutos)	
Atividades do tutor	Atividades dos alunos
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Definir o resultado e as atividades a avaliar.</li><li>2. Apresentar o estudo de caso ao aluno.</li><li>3. Fornecer as informações complementares solicitadas pelo aluno.</li><li>4. Preencher a grelha de avaliação</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ler o estudo de caso.</li><li>2. Identificar as informações em falta.</li><li>3. Formulação do problema e elaboração de hipóteses.</li><li>4. Identificação dos temas de estudo.</li></ol>
Segundo salto: identificar a forma de resolver os problemas de enfermagem (cerca de 2 horas)	
Atividades do tutor	Atividades dos alunos
Não há atividades.	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Procurar informações para compreender o problema e resolvê-lo.</li><li>2. Sintetizar a informação.</li></ol>
Terceira etapa: resumo final do caso (cerca de 30 minutos)	
Atividades do tutor	Atividades dos alunos
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Preencher a grelha de avaliação.</li><li>2. Avaliar os resultados do desempenho do aluno.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Formular o problema final e o plano de gestão, argumentando os resultados obtidos com a investigação.</li></ol>

2. Autoavaliação do nível de desempenho.
- 

### 5.3 Caso de Competências Emocionais desde uma Abordagem Triplo Salto: A Maria

#### Caso

É a enfermeira que faz o turno da noite, é chamada incessantemente pela Sra. Maria para realizar ações que poderia fazer sozinha (pode dar-me uma bebida, pode cobrir-me melhor...). A Maria é vigilante, orientada e autossuficiente.

Em cada chamada, vai atender prontamente e Maria cumprimenta-o com um sorriso sarcástico de escárnio, como se quisesse desafiá-lo.

Na quinta chamada, apresenta-se-lhe preocupado, pois apercebe-se de que algo não está bem.

#### Primeiro Salto (30 minutos)

1. Peça ao aluno para formular hipóteses sobre o caso: *Que problemas de enfermagem destacam no caso que acabaram de ler?*

Hipóteses esperadas sobre o caso:

- Telefonemas contínuos e insistentes provocados pela necessidade de comunicação inerente à preocupação com o prognóstico ameaçador;
- Comunicação não-verbal causada pelo medo da morte;
- Atitude difícil devido à necessidade de ser tranquilizado sobre a terapia paliativa/ansiedade relacionada com o percurso dos cuidados paliativos.

2. Dados relativos ao caso a fornecer ao estudante, se necessário.

O aluno solicita dados adicionais necessários para melhor enquadrar o caso. Assinale com uma cruz os dados solicitados pelo aluno:

- Valores antropométricos: peso 48 kg, altura 165 cm.
- Dados pessoais: idade 58 anos.
- Vive com o marido, tem duas filhas e quatro netos pequenos.
- Diagnóstico: cancro do pulmão em fase 4 com metástases ósseas.
- Sem metástases cerebrais.
- Ciclo de quimioterapia em curso.
- Mau prognóstico, terapias paliativas recomendadas pelo oncologista.
- A Maria está consciente do seu prognóstico. O seu oncologista aconselhou-a a interromper o ciclo de quimioterapia e a iniciar uma terapia paliativa para ter a melhor qualidade de vida possível em relação à sua doença.
- Maria sabe que a terapia paliativa é a melhor opção, mas está confusa e insegura. Não consegue aceitar o facto de a sua doença ter "chegado tão longe". Estava a fazer a quimioterapia e sentia-se melhor do que no início. Para além da tosse forte, tinha voltado a fazer jardinagem com o marido. Ultimamente, tem-se sentido mais cansada.
- Sentia-se insegura em relação ao tratamento paliativo; sabia que a quimioterapia a estava a ajudar. Tinha a certeza de que se iria recuperar. Tinha esperança de sobreviver ao cancro.
- Ela tem medo de ser abandonada pelos médicos.
- Ela é budista.

### 3. Avaliação do Primeiro Salto.

Os tutores devem preencher esta parte do quadro seguinte (4.2). Este quadro será reunido com o quadro 4.3.

#### Quadro 4.2 Avaliação do Primeiro Salto

Atividades dos alunos	Pontuação
O aluno identificou <b>pelo menos duas hipóteses esperadas</b> inerentes ao caso apresentado?	/5 <sup>1</sup>
As <b>informações complementares solicitadas</b> foram <b>adequadas</b> para definir as hipóteses identificadas?	/5 <sup>2</sup>

<sup>1</sup>1: uma hipótese com ajuda; 3: hipótese evidente; 5: todas as hipóteses.

<sup>2</sup>1: a qualidade dos dados recolhidos é limitada; 3: os dados recolhidos são inadequados e não se referem a mais do que uma das hipóteses; 5: os dados recolhidos são adequados.

#### Segundo Salto (2 horas)

Neste salto, os tutores têm de garantir que o aluno tem:

- Identificou o problema;
- Intervenções de enfermagem planeadas;
- Identificação de tópicos para estudo independente.

Se o aluno não tiver identificado os tópicos-chave, registe esse facto na agenda de estudo. Neste caso, os tutores têm de ajudar os alunos a identificar os tópicos.

#### Terceiro Salto (30 minutos)

No último salto, os tutores têm de o fazer:

- Identificação de fontes para pesquisa bibliográfica e utilização de bases de dados;
- Avaliar se os alunos aplicam os novos conhecimentos na resolução de problemas/hipóteses;

- Avaliar a exposição do aluno de forma concisa, através de intervenções, da resposta estruturada aos problemas abordados.

1. Avaliação do terceiro salto.

Os tutores têm de preencher esta parte do quadro seguinte (6.3). Esta tabela será combinada com a tabela 4.2. A soma da pontuação obtida na primeira tabela com esta dá aos tutores a pontuação total do exame de triplo salto.

Quadro 4.3 Primeira Avaliação do Terço

Atividades dos estudantes	Pontuação
O aluno identificou <b>pelos menos dois problemas de cuidados</b> inerentes ao caso apresentado?	/7 <sup>1</sup>
O aluno <b>identificou intervenções específicas</b> relevantes para o caso apresentado?	/10 <sup>2</sup>
O aluno identificou a <b>prioridade das intervenções</b> inerentes ao caso apresentado?	/3 <sup>3</sup>

<sup>1</sup>1: um problema que não reflete a utilização de conhecimentos teóricos; 4: problemas que não são consistentes com a utilização de conhecimentos teóricos; 7: problemas que estão integrados com conhecimentos teóricos.

<sup>2</sup>1: intervenções não relevantes para o caso; 5: intervenções pouco claras e sem relação com o caso; 10: intervenções muito claras e relevantes para o caso.

<sup>3</sup>1: avaliação inadequada das prioridades; 2: define as prioridades de forma adequada; 3: avaliação clara das prioridades com explicações.

## Autoavaliação dos alunos

Os tutores devem incentivar os alunos a identificar os pontos fracos e os pontos fortes. Os resultados obtidos devem ser partilhados com o aluno, a fim de lhe dar feedback. De facto, os tutores têm de responder às seguintes questões:

- O aluno pediu esclarecimentos?
- O aluno compreendeu as informações fornecidas?
- O aluno formulou a hipótese de um caminho de investigação?
- O aluno manteve uma atitude ativa?

As respostas a estas perguntas fornecem uma avaliação global do aluno.

### **5.4 Avaliação de competências clínicas utilizando o Exame Clínico Estruturado por Objetivos (OSCE)**

O Exame Clínico Estruturado por Objetivos (OSCE) é amplamente utilizado para a avaliação do desempenho das competências clínicas, centrando-se em particular nas competências de comunicação (6). Com os métodos OSCE, são avaliados três domínios: cognitivo, afetivo e psicomotor (7). A utilização de uma grelha de observação permite a equidade da avaliação do desempenho do estudante (8). Através do OSCE, as competências comunicativas são avaliadas com base no desempenho dos estudantes durante uma situação prática simulada (3). A simulação representa um cenário clínico realista em que o estudante tem de se colocar em jogo utilizando as suas competências (6). No programa educativo de CE, as competências a avaliar são as competências emocionais e comunicacionais. De facto, os tutores com o exame OSCE também podem avaliar as capacidades de resolução de problemas dos estudantes (9). É importante que o exame OSCE seja realizado num ambiente equipado para avaliar todas as competências relatadas e, num centro, onde a simulação possa ser gravada audiovisualmente (6).

Antes de efetuar um exame OSCE, é importante preparar uma simulação realista. A simulação baseia-se no método de representação de papéis (7). O papel do doente deve ser desempenhado por um enfermeiro voluntário ou por um ator. É importante que os alunos se sintam como num caso real, pelo que pode ser uma boa ideia pedir-lhes que vistam pijamas para o "doente falso". Ao mesmo tempo, os alunos têm de usar o uniforme normal utilizado durante o estágio clínico.

O cenário tem de se centrar nas competências a atingir pelos alunos no final do programa educativo. Assim, neste caso, o cenário criado centra-se nas competências emocionais e nas capacidades de comunicação. No guião, é necessário inserir uma secção relativa aos objetivos de aprendizagem e aos comportamentos esperados do aluno (6). A secção central do guião é a história do paciente e os seus problemas de saúde. O guião apresenta uma parte com informações que o "falso doente" dá espontaneamente aos alunos e outras que devem ser solicitadas pelos alunos. A secção final do guião delinea a tarefa do estudante, detalhando os objetivos a atingir, a informação chave sobre o papel dos estudantes, o contexto do cenário e os detalhes clínicos documentados no processo de enfermagem (9).

Para avaliar o desempenho dos alunos, é necessária uma grelha de avaliação validada. A grelha de avaliação avalia a comunicação de informação relevante, a utilização de linguagem apropriada, a escuta ativa e a clareza da comunicação. A grelha de avaliação é composta por quatro constructos: terminologia, escuta, atenção e clareza. Cada constructo deve ser avaliado entre -2 e +2 pontos (quadro 4.4) (8).

Tabela 4.4 A grelha de avaliação OSCE.

	-2	-1	0	+1	+2
<b>Terminologia</b>	Demasiado pormenorizado e não adequado	Demasiado pormenorizado e adequado	Adequado. Não muito preciso	Adequado, mas não responde imediatamente às perguntas	Responde imediatamente às perguntas
<b>Audição</b>	Ouve, mas não escuta	Escuta, mas não se pronuncia novamente	Escuta e reafirma, mas nem sempre corretamente	Escuta e reafirma corretamente	Verificar se o falso doente compreendeu
<b>Atenção</b>	Não presta atenção verbal ou comportamental	A atenção verbal e comportamental é inconsistente	Prestar atenção verbal	Presta atenção verbal e comportamental	Dar feedback ao falso doente

<b>Clareza</b>	A comunicação não é clara e as informações não são exatas	A comunicação não é clara e as informações não são muito precisas	A comunicação nem sempre é clara e a informação nem sempre é exata	As informações são exatas, mas a comunicação nem sempre é clara	A informação é corretamente compreendida
----------------	---	---	--	---	--

O nível de desempenho aceitável é de +2 pontos e corresponde a 18/30. A pontuação máxima, pelo contrário, é de +8 pontos e corresponde a 30/30. O exame OSCE é efetuado por quase dois tutores. Para garantir a validade e a fiabilidade do exame OSCE, é importante que todos os elementos sejam bem preparados e cuidadosamente desenvolvidos (6).

## 5.5 Cenário de Exame OSCE para Avaliação de Competências Emocionais Usando *Role-Play*

Tópico: o papel das emoções na relação de cuidados com o doente

### Visão geral

#### 1. Descrição da situação a **reproduzir**

*A Sra. Maria, de setenta anos de idade e diabética, foi internada no serviço de diabetologia por descompensação diabética de hipoglicémia oral. A Sra. Maria foi acompanhada pelo filho ao serviço de urgência há dois dias devido a cansaço, poliúria, polidipsia e mal-estar geral. Acabam de a informar que vai ter de alterar a sua terapêutica: vai tomar insulina 3 vezes por dia, após medição da glicemia. Vai ter com a doente que acaba de pedir ajuda. A Sra. Maria está muito preocupada com a sua situação e quer ir para casa o mais depressa possível.*

#### 2. Objetivo: Estudante de enfermagem II ano.

#### 3. Definição dos papéis dos participantes:

Doente idoso (coprotagonista): um tutor de enfermagem

Enfermeira (protagonista): Estudante de enfermagem

#### 4. Responsabilidades dos intervenientes: funções e atividades

Doente: preocupado e inseguro em relação à nova terapia.

O enfermeiro: Estabelece uma relação de confiança com a pessoa assistida, procurando tranquilizá-la quanto à gestão da terapia no domicílio.

### Objetivo

1. Objetivo principal: Assegurar uma intervenção de cuidados baseada na evidência que satisfaça as necessidades da pessoa que está a ser cuidada no contexto clínico.
2. Objetivos intermédios:
  - Desenvolver uma relação de confiança com a pessoa assistida:
    - Manter uma conversa aberta e respeitosa com a pessoa assistida
    - Dedicar o tempo necessário para estabelecer uma relação terapêutica significativa
    - Mostrar compreensão e disponibilidade
    - Avaliar de que forma o contexto e o ambiente podem afetar o desenvolvimento e a manutenção de relações de confiança
    - Prestar atenção aos aspetos da comunicação não verbal
  - Gerir a emotividade da pessoa assistida:
    - Identificar o medo da pessoa assistida que se esconde por detrás da sua agressividade
    - Identificar as preocupações da pessoa cuidada
    - Explicar a importância da ingestão correta da terapêutica
    - Partilhar informações relevantes com a pessoa assistida
    - Utilizar uma comunicação verbal adequada, prestando atenção ao tom de voz, utilizando uma terminologia apropriada à capacidade de compreensão da pessoa
    - Avaliar o feedback sobre os conhecimentos do paciente
  - Gerir a sua própria emotividade:

- Identificar as emoções negativas para as gerir (cólera, irritação, ...)
- Controlar as emoções com uma atitude ativa e empática
- Manter uma escuta proactiva e educativa com a pessoa assistida

Realismo ambiental: O ambiente deve reproduzir um quarto de uma enfermaria de hospital, com mobiliário hospitalar clássico (cama, cadeira, mesa de cabeceira, guarda-roupa, ...). Os atores devem representar os papéis com precisão, através da gestão correta do vestuário (roupa, ...).

Complexidade: O cenário apresenta uma situação normal de prestação de cuidados à pessoa assistida. As complicações dizem respeito à situação emocional da pessoa assistida, que pode afetar a adesão aos cuidados domiciliários.

#### ***Instruções para a pessoa que ocupa o lugar do doente***

Maria tem 70 anos e sofre de diabetes há sete anos. Foi ao serviço de urgência de má vontade depois de o seu filho, preocupado com a sua situação, ter insistido. Uma semana antes do internamento, sentia-se muito cansada, de tal forma que se sentava muitas vezes a ver televisão e não conseguia acabar de ver os seus programas, tinha de urinar muitas vezes, mas pensa que é porque estava a beber muito. Na enfermaria, o diabetologista disse para ficar calmo, que o seu mal-estar se devia a uma descompensação glicémica, mas que, com a insulino terapia, em breve estaria de volta a casa, mas você não os conhece e eles não o conhecem. Mudaram-lhe a terapêutica, mas tem medo das injeções, não sabe porque teve uma "descompensação glicémica" e os médicos não compreendem a sua situação.

Informação espontânea (para dar aos alunos): Quando recibes a informação sobre a mudança de terapêutica de um antidiabético oral para insulina, ficas com muito medo. Sempre teve medo de injeções e agulhas e não sabe como as aplicar. Chama a enfermeira para pedir esclarecimentos, mas está muito nervoso.

Informação não espontânea: Tenho medo de agulhas, tenho medo de não aderir à terapêutica porque sempre me senti confortável com a pílula. O médico foi precipitado ao dar-me a notícia e, por isso, estou muito zangada porque o hospital é um local de cuidados e não um local para dar informações precipitadas.

## Experiência psicológica:

- Estado de agitação e preocupação com a mudança de tratamento
- Preocupado com o agravamento da doença
- Agitado com a falta de atenção do médico

## Referências

1. Treccani – Enciclopedia on line, Istituto dell’Enciclopedia Italiana. <https://www.treccani.it/vocabolario/valutazione/> last access: 22 September 2023
2. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma, 2003.
3. Solà-Pola, M., Morin-Fraile, V., Fabrellas-Padrés, N., Raurell-Torreda, M., Guanter-Peris, L., Guix-Comellas, E., & Pulpón-Segura, A. M. (2020). The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. Nurse education in practice, 43, 102736. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102736>
4. Wosinskie J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. Nurse Educ Today. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
5. Nastos, S., & Rangachari, P. K. (2013). The TRIPSE: a process-oriented exam for large undergraduate classes. Biochemistry and molecular biology education : a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology, 41(3), 145–155. <https://doi.org/10.1002/bmb.20696>
6. Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Nurse education today, 38, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.034>
7. Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. Nurse education today, 27(5), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.009>
8. J.-J. Guilbert (1990). Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. McWilliam, P., & Botwinski, C. (2010). Developing a successful nursing Objective Structured Clinical Examination. The Journal of nursing education, 49(1), 36–41. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090915-01>

# CAPÍTULO 6

## Escala VEIGA de Competência Emocional (ECVS)

---

*Autores: Maria Augusta BRANCO, Lisa GOMES, João CAINÉ, Paulo NOVAIS, Rui PEREIRA, Filomena SOARES,*

### 6.1 Introdução

#### Competência emocional... uma concepção em curso

*No meu compromisso com a Vida, sinto-me próximo da necessidade de reflexão... com os olhos postos em mim, em comunhão com o Deus de Spinoza...*

#### Perspetivas para uma Introdução

De um modo geral, os espaços de trabalho, quer em áreas científicas, tecnológicas e matemáticas como a engenharia, as neurociências ou a aeronáutica, quer em áreas humanísticas como o trabalho social, o direito, a educação ou a saúde, exigem cada vez mais que os indivíduos possuam *soft skills* que expressem a sua competência emocional. Os comportamentos necessários para ser assertivo tornaram-se mais complexos, inter-relacionados e exigem uma combinação de multitarefa e profissionalismo, sem deixar de exigir um toque de charme e cativação, seja na vida pessoal ou profissional.

A necessidade de gerir comportamentos que expressam estados corporais emocionais existe de forma legitimada, essencial e de subjacente. Este território diz respeito às dimensões da competência emocional, nomeadamente a autoconsciência e a gestão emocional. As entidades empregadoras exigem um CV de empatia, automotivação, dinamismo e concentração na tarefa. Este conceito atual de profissionalismo tem expressão em todas as áreas de trabalho em geral, e na saúde em particular.

O século XXI assumiu as organizações, em geral, e as organizações de saúde, em particular, como espaços de cocriação, desenhados em fluxos de interações transdisciplinares, concebidos num paradigma que procura a qualidade e a melhoria. Os atuais paradigmas de excelência procuram encontrar padrões executórios e avaliativos, como quadros de comportamento e percursos de trabalho, no sentido e significado de atingir essa excelência, razão pela qual os seus atores devem ter um sentido de bem-estar subjetivo e promover a sua saúde através da Educação Emocional.

No campo social e da saúde, especialmente em contextos de pandemias, guerras ou confrontos sociais, a fragilidade do ser humano exige abordagens de cuidado mais abrangentes e diversificadas. Nessas situações, o conceito de humanidade torna-se essencial, pois ajuda a reconhecer os aspetos insuportáveis do sofrimento, as expressões de angústia, exclusão e revolta. Os prestadores de cuidados nestes contextos devem possuir destreza emocional para navegar eficazmente nestas situações súbitas, extenuantes e avassaladoras.

Assim, em contextos laborais, os cuidadores trabalham num cenário de posições intelectuais e laborais de e para a excelência. Neste contexto alargado, vale a pena situar a ideia central de que, no binómio organizações e qualidade - em termos de provisão humana - a componente formativa promotora de saúde deve estar subjacente à perspetiva holística, da qual, de acordo com Pérez et al. (2020) (1), a Educação Emocional não se omite. Assim, organizações de qualidade e Educação Emocional podem ser simbióticas. Ou seja, pressupõe-se que este binómio será ampliado e promovido se esta triangulação estiver presente.

Nesta perspetiva, as instituições em geral, e as instituições de saúde, em particular, e dentro destas, os gestores organizacionais das unidades orgânicas e respetivos serviços de saúde, que resgataram a qualidade dos cuidados como elemento prioritário deste paradigma cocriador de excelência, na rota das visibilidades, sucesso e reconhecimento destas instituições, são agora chamados a objetivar esta triangulação, onde não só, mas também, segundo o estudo de Almeida et al., (2021) (2) se insere o conceito de Competência Emocional.

Do ponto de vista da operacionalização, mais do que um constructo teórico e estático de partida, a Educação Emocional começa com o planeamento de um eixo estratégico transversal, desde a entidade governamental até aos operadores nas instituições de saúde, capaz de identificar unidades de comportamento assistencial, construindo planos de monitorização e atribuição avaliativa, para melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Neste processo, todos os recursos são relevantes e adequados, sobretudo os recursos humanos de uma forma absolutamente essencial, porque são os elementos nucleares das equipas de saúde, onde se incluem também os enfermeiros. E neles, as suas características de produtividade, conhecimento e capacidade de cumprimento, criatividade e, sobretudo, interação intra e interpessoal.

Este contexto é a troca de energias, as interações, a prestação de serviços, que servem e exprimem os atos de cuidado, a nível bio, psico, social, cultural e espiritual.

A essência do tema é a enfermagem em ação. Nesta ação, está implícita a capacidade de cuidar de si próprio, de cuidar do seu mundo interior e de nutrir o seu meio interior, tudo na procura de cuidados holísticos para o mundo exterior. Este autocuidado é talvez o primeiro indicador de qualidade - cuidar de si próprio.

E, neste contexto, é importante aprender/desenvolver a Competência Emocional, nas suas três dimensões, a nível intrapessoal: Autoconsciência, Automotivação, Gestão das Emoções; e a nível interpessoal: Empatia e Gestão das Emoções em Grupo, uma vez que está comprovado que "as

equivalências existentes ao relacionar as competências gerais do trabalho dos enfermeiros com as competências e habilidades emocionais que emergiram das respostas destes profissionais..." como podemos verificar no estudo de Carício et al. (2021), (3).

A expressão corporal e/ou cognitiva, em consciência, do sentir-se emocionalmente competente, traduz, de facto, uma harmonia interior e, portanto, um nível de disponibilidade para o exterior, para o outro, que se pode revelar um indicador sensível da qualidade dos cuidados e, portanto, da qualidade em saúde, que como defende Donabedian (2003) (4), se fortalece na relação interpessoal, entre cliente e profissional de saúde, ao incorporar os princípios do respeito pelos valores, crenças e desejos do cliente e onde este é o centro das atenções.

De facto, já no início do século, nas primeiras abordagens à formulação do conceito de qualidade em saúde, Donabedian (2003) (4) colocava-o como uma estrutura suportada por duas subestruturas: (1) o produto da interação dos fatores ciência e tecnologia dos cuidados, e (2) as condições circundantes.

Dentro dessa estrutura, o autor considerou: a) a dimensão técnico-científica; b) a dimensão interpessoal, a relação interpessoal, o profissional de saúde e o cliente; c) e a dimensão ambiental. O autor defendeu que a qualidade em saúde resultaria da forma como estas variáveis se relacionam, sendo consideradas, por isso como os elementos centrais da definição concetual de qualidade em saúde; e, nessa qualidade, a interação emocional, e a percepção sobre ela, é uma questão muito pertinente a refletir.

Nestes contextos, no domínio relacional e emocional, faz sentido pensar nas *soft skills* em geral e na Competência Emocional em particular. De facto, quando falamos de Competência Emocional, estamos a descrever a capacidade com que uma pessoa ou uma equipa exprime - ou tem de exprimir - as suas próprias emoções com total liberdade, em que parte ou partes do corpo, com que intensidade, equilíbrio ou duração. O conceito deriva do conceito de inteligência emocional, que parece ser também a capacidade de identificar emoções, e que está presente em toda a vida humana e animal.

Mais especificamente, quando falamos de Competência, queremos falar do nível de aptidão com que alguém interage construtivamente consigo próprio ou com outras pessoas.

Assim, e porque este conceito trata de compreender e/ou reconhecer a que nível alguém pode atingir a eficácia e/ou eficiência numa determinada dimensão, - como a Empatia ou a Regulação Emocional - será apresentada a forma como se desenvolveu a transformação do conceito em constructo e a respetiva operacionalização de cada uma das cinco dimensões, bem como e necessariamente a operacionalização final da CE global.

## **6.2 Competência Emocional**

### **Antes do conceito, uma visão geral da emoção**

As emoções dos seres humanos são ativadas no cérebro em resposta a diferentes estímulos, que podem ser gerados interna e externamente, desencadeando um estado complexo do organismo, que se caracteriza por perturbação ou excitação, que antecipa uma resposta organizada.

Como podemos ver no estudo de Stanojlović, et al. (2021), na verdade, a investigação mostra que os quatro componentes que se influenciam mutuamente representam o conceito de emoções e completam a experiência emocional global, e estes são: autónomos (os sinais do sistema nervoso autónomo, aumento da frequência cardíaca, pressão arterial); somáticos (linguagem corporal, expressões faciais); cognitivos (controlo, gestão), e sentimento subjetivo (emoção, experiência individual). A interação entre as emoções e a cognição tem sido objeto de investigação. Neste estudo, os autores apresentam o conceito atual de que *"As emoções podem ser evocadas reflexivamente por simples estímulos físicos (bottom-up), mas também podem ser reações complexas que envolvem reações cognitivas, fisiológicas e comportamentais (top-down). A amígdala, a estrutura de "alerta" ou de "alarme neural", é responsável pelo condicionamento do medo, enquanto o córtex pré-frontal medial participa na autorregulação das emoções e na tomada de decisões"*. (Stanojlovic, et al., 2021, p.361) (5).

Esta proposta atual corrobora em termos de conhecimento e concetualização, o que foi anteriormente descrito na investigação de Damásio (2000) que gosta sempre de concluir com a ideia de que *"consciência e emoção não são separáveis"* (6), mas parte sempre do pressuposto de que a emoção é assumida como um programa filogeneticamente construído, e *"...o seu impacto biológico é considerado muito diferente em termos de três fenómenos que, apesar de distintos, estão intimamente relacionados: ter uma emoção, sentir essa emoção e tomar consciência de que estamos a sentir essa emoção..."* (6) e como estes diferentes níveis podem estar presentes na pessoa.

Com efeito, podemos ter uma emoção e não a sentir, e, portanto, não ter consciência de que estamos a sentir essa emoção. Este facto pode alterar o nível de autoconsciência de uma pessoa, que não pode, por esse facto, ser responsável e muito menos "culpada". Esta é uma propriedade que se desenvolve com e durante a formação em Educação Emocional, e que, na sua capacidade comprovada, aproxima as pessoas da sua Competência Emocional. Estas competências são particularmente importantes para os enfermeiros.

É importante esclarecer, uma vez que a questão da prestação de cuidados e serviços é aqui abordada num contexto de maior ou menor expressão de sofrimento, dor e/ou angústia, que qualquer um destes fenómenos pode ou não desencadear emoções nos enfermeiros.

Como explica o autor: *"... a emoção humana (6) é desencadeada até pela música e por filmes baratos, cujo poder nunca devemos subestimar. O impacto humano de todas estas causas de emoções, (...) depende dos sentimentos engendrados por estas emoções. É através destes, que são privados e dirigidos para dentro, que as emoções, que são públicas e dirigidas para fora, começam o seu impacto na mente; mas o impacto total e duradouro dos sentimentos requer consciência, pois só em conjunto com o advento de um sentido do eu é que os sentimentos se tornam conhecidos pelo indivíduo que os tem"* (6).

Damásio continua (6) *"... separo três fases de processamento que fazem parte de um continuum: um estado de emoção, que pode ser desencadeado e executado inconscientemente; um estado de sentimento, que pode ser representado inconscientemente, e um estado de sentimento tornado consciente, isto é, que é conhecido pelo organismo que está a ter emoção e sentimento."*

É importante deixar claro o fenómeno do "... *contraste entre a condição da emoção, que é induzida sem o nosso conhecimento e se volta para fora, e a condição do sentimento humano, que é essencialmente conhecido e se volta para dentro...*" (6), pode deixar-nos completamente confusos e despreparados para enfrentar este fenómeno em nós, que os outros sabem de mim através da minha expressão, do que eu através do sentimento que sinto sobre essa expressão emocional a que os outros já acederam.

Este ponto é essencial para compreender o valor da aprendizagem da autoconsciência - primeira dimensão da Competência Emocional - a partir da autoconsciência corporal... porque, como explica Damásio, "... *tal como a emoção, a consciência baseia-se na representação do corpo...*" (6), pressupondo, assim, que o corpo assume o estatuto de entidade, capaz de elaborar o seu próprio discurso e gramática expressiva emocional, e que, de alguma forma, o que o corpo diz/expressa não diz nada melhor.

### **6.3 As Dimensões da Competência Emocional - Termos Operacionais**

#### ***Autoconsciência***

É a primeira dimensão e emerge de uma autoconsciência corpórea, produzida a partir de um diálogo fluido entre o corpo e os sistemas somatossensoriais, onde os mapas mentais são construídos e reconstruídos numa iminência total e progressiva. De facto, a essência da nossa consciência é o corpo mapeado no cérebro, na totalidade das estruturas corporais em funcionamento ou não, numa precisão total e absoluta. Este processo, baseado na expressão de Damásio (6) "...*ao mapear o seu corpo de forma integrada, o cérebro consegue criar a componente crucial do que virá a ser o self*"(6), e portanto um *self* (eu) atual e dinâmico, atualizado através de redes de sinais químicos e neurais, onde braços e pernas, vísceras e redes vasculares são completa e detalhadamente mapeados - posições, movimentos, pressão sanguínea, pH sanguíneo, tensão arterial, irrigação de vísceras ocas, hemodinâmica, pontos de estase, secreções endócrinas e exócrinas, enfim... - nas suas respetivas alterações a cada momento.

Tudo e sobre tudo, corpo e cérebro trocam diálogos, e "... *o cérebro é capaz de fazer mais do que mapear estados que estão a ocorrer (...), ele pode transformar estados corporais, simular estados corporais que ainda não ocorreram...*" (6). Em suma, o corpo diz ao cérebro: "*é assim que eu sou constituído e é neste estado que eu me encontro agora*" (6) e o cérebro, que inclusive recebe orientações qualitativas sobre os "*estados do corpo*", orienta o corpo nas funções a serem mantidas no sentido da homeostase, e sempre que solicitado "... *o cérebro diz ao corpo como criar um estado emocional*" (6). Assim, do ponto de vista da operacionalização, o conceito de autoconhecimento (*self-awareness*) diz respeito ao escrutínio e reconhecimento, em consciência, de quaisquer alterações nestes estados corporais, desencadeadas a partir de um *trigger* emocional, ou seja, levando esta ativação (estimulação) em função de um Estímulo Emocionalmente Competente (EEC) ao sujeito.

#### ***Gestão das Emoções***

Esta dimensão, no conceito de Competência Emocional, tem sido objeto de progressivos estudos e, conseqüentemente, de progressivas alterações na sua definição e concetualização. Desde o início deste século com Damásio (2000) (6), e algumas novas perspectivas para a compreensão de como o corpo integra e gere os estados corporais emocionais (2010) (11), até aos recentes resultados de investigação, nomeadamente os apresentados por Myruski et al. (2022) (7), que explicam inequivocamente que a característica chave da Regulação Emocional adaptativa é a capacidade de gerir o comportamento durante uma série de desafios emocionais. Outra literatura (Gross, 2015) (8) e outras investigações, também apresentam por exemplo, a gestão da frustração e o adiamento da gratificação, como desafios regulatórios comuns na infância – mas que podemos ter na idade adulta – e as pessoas em geral e as crianças em particular, todos nós ao longo da vida, podemos variar no uso que fazemos de comportamentos de Regulação das Emoções adaptativos ou desadaptativos durante estes desafios. Assim, autores recentes quando assumem a Regulação Emocional, assumem a regulação de comportamentos na experiência de estimulação de uma emoção.

Com base neste pressuposto e nas publicações atuais, esta dimensão parte do reconhecimento de que o ato de "gestão" não se refere à emoção, enquanto *excitação*, enquanto *ativação* autonómica, mas antes e apenas ao comportamento resultante dessa ativação. É importante esclarecer que as emoções básicas, jamesianas, de um acontecimento súbito e/ou inconsciente, não são consideradas, a priori, um objeto que possa ser gerido. Mesmo na sua estimulação tardia, depois de reconhecer e mapear este estado corporal, a nível somatossensorial, não é considerado exatamente gerível a nível comportamental de forma espontânea.

Quando falamos de Gestão Emocional, o que aqui se pressupõe é a gestão – escrutínio e reconhecimento de sinais e modificações corporais e a conseqüente interação do sujeito, de forma consciente, sobre este processo – da componente comportamental das emoções secundárias e/ou sociais (7), e/ou de qualquer tipo de sentimentos emocionais expressos sobre estados corporais emocionais emergentes de um EEC.

A interação do sujeito sobre a sua própria observação da ocorrência emocional (ou sentimento emocional) no sentido dos seus objetivos, sem supressão, nem perda de homeostasia, do seu meio interno, nem do contexto externo, é aqui considerada, gestão das emoções. É importante esclarecer que a chamada regulação das emoções (autorregulação) e a flexibilidade cognitiva (Decety & Jackson, 2004)(9), emergem da autoconsciência e da consciência do outro que se desenvolvem simultaneamente nos anos pré-escolares e desempenham um papel importante nesta dimensão. É pertinente apresentar a perceção de Langeslag e Surti (2017) (10), defendendo que podemos controlar as nossas emoções até certo ponto. Mas, também defendem que a regulação da emoção é o uso de estratégias comportamentais ou cognitivas para gerar novas emoções ou para aumentar ou diminuir a intensidade das emoções atuais (10).

Nas publicações científicas, podemos encontrar algumas abordagens às estratégias de regulação múltipla, incluindo, por exemplo, a distração e ou a reavaliação cognitiva. A distração implica pensar em algo não relacionado e a reavaliação implica mudar o significado de uma situação, reinterpretando-a (10). A reinterpretação da situação pode, por exemplo, ser feita alterando a relevância pessoal, o que foi

designado por reavaliação centrada no próprio, ou imaginando resultados melhores ou piores, o que foi designado por reavaliação centrada na situação (9).

Langeslag e Surti (10) aconselham a refletir sobre o facto de ter sido proposto que a eficácia da reavaliação para regular as emoções para cima e para baixo pode variar dependendo da intensidade da emoção, mas isto ainda não foi sistematicamente testado, sugerindo que a investigação deve continuar e os resultados devem ser refletidos, e Ochsner & Gross, (2008) (11) que apresentam o conceito e a capacidade de regulação cognitiva da emoção, como uma espécie de *insights* da neurociência social cognitiva e afetiva, que podemos aprender e compreender.

### **Automotivação**

Neste contexto operacional, o conceito de motivação é integrado no sentido de "inconsciência genómica" (12), e nas palavras de Damásio "*...uma série de comportamentos que podem parecer decididos por cognições conscientes, mas que são conduzidos por disposições não conscientes.*" (12), e, para situar este constructo ao nível das estruturas cerebrais, explica que serão "*bases inconscientes do comportamento, no âmbito do instinto, dos comportamentos automáticos, dos impulsos e das motivações*" (12). Em termos de definição, assumir-se-ia que o conceito de automotivação se relaciona com o reconhecimento dos elementos básicos da energia que desencadeia ou "move" uma determinada atitude ou a prossecução de um determinado comportamento: se autotélico, ou exotélico, e como se reconhecem estes dois pontos limite na pessoa. Mas não só, pretendemos também avaliar quais os limites e diferenças que a pessoa percebe, entre (1) a assunção de uma atitude frontal e permanente, (2) a repetição obstinada, (3) a mudança de rota sem sentimento de perda ou dano, (4) a procrastinação ou o laxismo.

### **Empatia**

Começa com o conceito e a função dos "neurónios-espelho" (6), (12) para aceder à capacidade de produzir fenómenos de "como se" no corpo, para compreender e defender a componente cognitiva da empatia, que se caracteriza pela capacidade de inferir com precisão os sentimentos e pensamentos de outra pessoa, sem necessariamente experimentar os mesmos sentimentos que essa pessoa. Este ponto é aqui da maior importância. Tal perspectiva envolve neutralidade e imparcialidade daquele que empatiza e tem sido chamada de tomada de perspectiva (Davis, 1983 (13); Ickes, 1997(14), um fenómeno que já tinha sido identificado, se houver uma inter-relação dinâmica (Decety e Jackson, 2004 (15) entre o "eu" (autoconsciência) e o "outro" (consciência do outro). A capacidade de representar e relatar os próprios estados mentais é o que permitirá o conhecimento inferencial do estado mental dos outros.

Assume-se que a empatia nos seres humanos é uma atitude inata com quatro dimensões, e na recente publicação (Hoffman, 2000) (16), corroborou que a componente cognitiva, permite-nos compreender o que Damásio (2010) (12) apresentou "*...as ações dos outros, colocando-nos num estado corporal comparável, (...) quando vemos a ação de outra pessoa, o nosso cérebro somatossensorial adota o estado corporal que nós assumiríamos se nos estivéssemos a mover...*" (12), esclarecendo com alguma

especificidade que é "...a ligação que estabelecemos entre os nossos estados corporais e o significado que eles assumiram para nós, que pode ser transferido para os estados corporais simulados dos outros (...) podemos atribuir um significado comparável à simulação." (12).

A dimensão afetiva diz respeito à compreensão cognitiva dos sentimentos e das emoções dos outros e permite, mais tarde, empatizar com empatia, no mais profundo do nosso ser, as emoções associadas a algo, pelo que é possível interiorizar e experimentar pessoalmente o sofrimento sofrido pelos outros. A dimensão motivacional é o fenómeno de geração de motivação empática altruísta e interpessoal - sentimentos de compaixão pelos outros - que observamos ou reconhecemos. A dimensão pró-social diz respeito à forma como esta compaixão nos encoraja a ser proactivos, tomando ações pró-sociais ou éticas em defesa de ou para algo ou alguém.

Numa investigação recente, Decety & Jackson (2004) (15) apresentaram estudos que demonstram que *apenas parte da rede que medeia as experiências de dor (incluindo o córtex cingulado anterior e a ínsula) é partilhada quando se empatiza ou se avalia a dor dos outros*. Mais importante ainda, os autores defenderam que a empatia - tal como conhecemos o conceito - *também necessita de regulação emocional, para a qual o córtex pré-frontal ventral, com as suas fortes ligações ao sistema límbico, áreas pré-frontais dorsolaterais e mediais, desempenha um papel importante. Mais uma vez, não partimos do princípio de que existe um sistema (ou módulo) unitário de empatia no cérebro. Em vez disso, consideramos que vários sistemas dissociáveis estão envolvidos na experiência de empatia. Por último, tal como sugerido anteriormente, a empatia é um processo motivado que, mais frequentemente do que se pensa, é desencadeado voluntariamente. Isto faz com que a empatia seja uma capacidade humana flexível, bem como um método para adquirir conhecimento ou compreender o outro, e é suscetível de intervenção social-cognitiva, como por exemplo através de programas de formação ou de melhoria para atingir vários objetivos*"(15). Como podemos ver, o conceito é mais complexo e está profundamente ligado à interação entre as estruturas do corpo e do cérebro.

### **Gestão Emocional em Grupos**

É a dimensão da CE que unifica a empatia e a gestão emocional, e que diz respeito à já referida tomada de perspetiva "empática", ou seja, o fenómeno já identificado por Decety e Jackson, (2004) (15), se existir, e quando existe uma inter-relação dinâmica entre o "eu" (consciência de si) e o "outro" (consciência do outro). Esta dimensão examina os efeitos da empatia, do **contágio** emocional e da gestão emocional.

Surge de uma empatia plural em que a absorção das expressões emocionais dos outros é percebida, e os respetivos impactos em nós desencadeiam emoções e sentimentos emocionais aos quais conseguimos dar uma resposta e expressão comportamental, dentro de uma organização intelectual que nos mantém sob controlo, e que, por sua vez, podemos ser capazes de espalhar aos outros. Estudos anteriores sobre o modelo de processo de regulação da emoção Ickes (1997) (14), demonstrou anteriormente que a regulação da emoção focada no antecedente traz melhores resultados em comparação com a regulação da emoção focada na resposta quando as pessoas estão a tentar regular os seus próprios sentimentos.

Reeck e Onuklu (17), no seu estudo sobre a Regulação Interpessoal da Emoção (RIE), as Consequências para as Marcas nas Interações de Serviço ao Cliente, partem de estudos que também demonstram benefícios semelhantes da regulação da emoção centrada nos antecedentes quando esta é aplicada interpessoalmente.

Estes autores não se concentram apenas nas consequências das estratégias que as pessoas utilizam para gerir as suas próprias emoções, mas examinam também as consequências das estratégias que as pessoas utilizam para gerir as emoções dos outros. Assim, a investigação atual baseia-se em demonstrações anteriores de que os RIE podem melhorar as relações entre as pessoas, mostrando que estes benefícios não surgem apenas entre estes interagentes sociais e pessoais, como acontece com alguns recursos ou contextos. Reeck e Onuklu (17) corroboram resultados anteriores (16), demonstrando que a gestão bem-sucedida das emoções negativas dos outros pode resultar numa maior confiança e em melhores interações. Mais do que isso, e tendo em conta demonstrações anteriores (Niven et al., 2012 (18), Bloch et al., 2014 (19) de que a RIE entre pessoas resulta num aumento da confiança e da satisfação com a relação.

### ***Operacionalizar a Competência Emocional***

A competência emocional tem continuado a ser apresentada na literatura, de forma semelhante ao conceito de Inteligência Emocional, mas cada um deles tem uma perspetiva diferente sobre as capacidades relacionadas com a emoção, diferentes metodologias de desenvolvimento e aplicação, e diferentes instrumentos de recolha de dados e análise de resultados.

A literatura revela que, por vezes, são descuidadamente aplicados como sinónimos (19), causando confusões teóricas e metodológicas, (19). Recentemente, Pérez-González et al (1), numa análise de trabalhos anteriores, reportam a definição de competência emocional de Robertson et al. (2014) (20) como "...a capacidade de lidar eficazmente com a informação emocional, ou seja, com os próprios sentimentos e desejos", e argumentam, citando Davis & Qualter, (2020) (21), que a competência emocional:

*"...tem sido usado como um termo agregador e como um constructo multifacetado que engloba competências relacionadas com a emoção (por exemplo, consciência da emoção, perceção da emoção, regulação da emoção), competências disposicionais e qualidades (por exemplo, autoeficácia emocional), que permitem ao indivíduo funcionar eficazmente em situações emocionalmente carregadas."* Pérez-González, (1)

Numa síntese muito breve, a Competência Emocional (CE), enquanto conceito autónomo, parece ter surgido com os modelos mistos de Inteligência Emocional (I.E.), como os de Goleman e Bar-On, mas na verdade não foi assim. Dois autores em países diferentes - Saarni (22, 23) nos EUA e Bisquerra (24, 25) em Espanha - desenvolveram o constructo de Competências Emocionais (no plural), mais focado nos contextos de educação e formação de jovens, de forma a tornar mais compreensível e adaptativa a formação em educação emocional no ensino superior, tal como alguns autores defendiam (Fragoso-Luzuriaga, 2015) (26) para desenvolver a competência emocional dos alunos, nesses contextos.

Posteriormente, em Portugal, surgem os estudos de Veiga-Branco (2004) (27) e (2005) (28) sobre professores, que apresentam o conceito de E.C. baseado no modelo misto de E.I. (Goleman, 1995) (29).

Veiga-Branco (27, 28, 30, 31) estuda a Competência Emocional no contexto dos professores e das necessidades do processo de ensino-aprendizagem, e inicia o trabalho, com base no conceito modificado de E.I. (32), modificação que operou ao perceber a mais-valia da C.E., reflectindo o que o autor explora em *Notas* (32): "... a expressão "competência emocional" engloba tanto as competências sociais como as emocionais, esclarecendo que **"uma competência emocional é uma capacidade aprendida, (...) que resulta num desempenho extraordinário no trabalho"** (32), onde salientou que:

"O nosso E.I. determina o nosso potencial para aprender competências práticas que se baseiam em cinco elementos: Autoconsciência, motivação, autodomínio, empatia e talento nas relações. O nosso E.C. mostra em que medida traduzimos esse potencial em competências profissionais".

Assim, mais tarde (28) distingue este conceito da E.I., defendendo que "a E.C. existe quando alguém atinge um nível de realização desejado", e que este conceito diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciado em simultâneo ou após a exibição de comportamentos e/ou atitudes, através da observação ou das memórias expressas, por sujeitos executantes ou por observadores.

Partindo destes elementos como enquadramento teórico, e tendo como objeto de estudo a exploração, identificação ou reconhecimento de um perfil de E.C., cria-se um Instrumento de Análise: a Escala Veiga Branco de E.I. (EVBCIE) (27, 28, 30, 31).

Este instrumento foi posteriormente reformulado, para um instrumento com 86 itens - a Escala Veiga de Competência Emocional, (EVCE), utilizada em estudos progressivos, em amostras sucessivas, desde 2010, até há dois anos, como por exemplo, o "Perfil de competência emocional em estudantes do ensino superior" (Veiga-Branco, 2011, (33), o estudo sobre "Competência emocional em profissionais de saúde: investigação correlacional e comparativa" (Veiga-Branco et al, 2012) (34), e o estudo sobre "Competência emocional (CE) em fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados" (Afonso, et al., 2013) (35), e ainda fora da área científica da saúde, o estudo desenvolvido em Competência Emocional nos decisores políticos portugueses em Veiga-Branco & Costa (2015) (36).

Este instrumento de recolha de dados, com 86 itens, tem vindo a ser progressivamente desenvolvido no sentido da sua redução, resultando no estudo da forma reduzida, a Escala Veiga de Competência Emocional (EVCEr33), na versão original portuguesa: *Escala Veiga de Competência Emocional (EVCEr33)*.

Esta atual versão reduzida da Escala, já foi utilizada em alguns estudos, com a respetiva aplicação e estudo estatístico em várias amostras, nomeadamente nas áreas da Saúde, Educação e Finanças, como o contexto de enfermagem em Almeida et al. (2021) (37) e ainda em Moreira, et al. (2021) (38), e em decisores políticos locais no estudo de Nogueira et al. (2021) (39) tendo os respetivos estudos estatísticos, considerado a EVCEr33, um instrumento de medida com capacidade para estudar o perfil do CE, em diferentes áreas.

Entre outros, os perfis de profissionais de saúde (34, 37, 38), e recentemente, os resultados de Rodrigues, (2017) (40) e de Ferreira (2018) (41), temos resultados mais recentes, em estudos recentes corroborando

alguns valores de dimensões de CE, como o estudo de Giehl et al. (2020) (42) e o último de Silva et al. (2023) (43) em contextos de Gestão e Finanças. Em termos de resultados, os sucessivos estudos correlacionais, com análise de componentes principais, têm vindo a evidenciar o perfil da C.E. através das cinco dimensões, - autoconsciência, gestão das emoções, automotivação, empatia e gestão emocional em grupo -, que podem estar diferentemente correlacionadas entre si e com a C.E., consoante os contextos das amostras.

#### **6.4 Medir a Competência Emocional**

Para estudar um fenómeno, em primeiro lugar não mensurável, a metodologia de investigação é clara: é necessário transformar o conceito num fenómeno mensurável, depois o fenómeno numa variável e, por fim, operacionalizar a variável a um nível quantitativo ou qualitativo.

E, neste ponto, é importante considerar as dimensões da Competência Emocional, como habilidades no fonema qualidade (de vida), que é reconhecido como um adjetivo e, portanto, subjetivo como um conceito, mas neste contexto, é considerado como uma variável a ser operacionalizada, para se tornar o produto avaliável de um instrumento a ser aplicado.

Esta perspetiva instrumental da qualidade (de vida) tem de revelar uma capacidade apreciativa e de medição das ações, atividades e planeamento, dos decisores, executores e avaliadores, e de todos os que interagem e integram o contexto prescritivo e assistencial de todas as equipas de saúde.

A necessária transformação de um conceito num constructo, e de um constructo num instrumento de evidência, é bastante curiosa: na verdade, trata-se praticamente de obter a medição da qualidade das ações, através daquilo que foi identificado como *indicadores de qualidade da atuação*. E serão estes elementos, na sua forma mais elementar, simplista ou não, que retratam e expressam os sinais relativos à estrutura, processos e resultados das ações preconcebidas, no momento da formulação dos objetivos, e que operacionalizam a avaliação concreta que promove a qualidade do "saber ser" nas interações de competência emocional na vida.

Em qualquer contexto de vida - pessoal, social e laboral - cada uma das variáveis independentes primárias da Competência Emocional (CE), representadas pelas suas cinco dimensões, pode assumir o estatuto de variáveis comportamentais e atitudinais dos cinco conceitos nucleares do constructo da Competência Emocional. Estes conceitos refletem comportamentos ao nível relacional e inter-relacional, o que os torna instrumentos valiosos para a análise das relações cuidador-utente, alinhando-se com atributos como a eficácia, eficiência, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade. Estes atributos, quando utilizados e medidos isoladamente ou em combinação, contribuem para o significado de "qualidade em saúde" (44), particularmente no contexto dos prestadores de cuidados profissionais, incluindo enfermeiros, médicos, advogados e militares.

Seria interessante e pertinente tirar partido dos elementos comportamentais e atitudinais que compõem a Competência Emocional para explorar certas componentes do profissionalismo. Estes comportamentos e interações são inerentes à obtenção de uma qualidade relacional desejável. Por exemplo, correlacionar

as dimensões de Autoconsciência, Gestão das Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão das Emoções em Grupo (equipas) com as funções e competências exigidas em vários domínios de trabalho.

Para avaliar se os indivíduos exibem estes comportamentos na prática, basta rever os 33 itens que compõem a Escala de Competência Emocional, que representam efetivamente cada uma das cinco dimensões. Ao fazê-lo, os indivíduos podem determinar se estes comportamentos estão presentes nas suas vidas, quer tenham ocorrido no passado ou estejam em curso. Esta escala fornece um repertório prático de atitudes e ações a que os indivíduos podem aceder, independentemente do contexto.

### **Todas as estradas têm uma história... e a estrada EVCE?**

O instrumento, ou o Instrumento de Recolha de Dados (IRD) que tem sido utilizado até ao momento, a "Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), (28, 31, 34,45) inclui 86 itens para operacionalizar as cinco dimensões da CE. A primeira dimensão, Autoconsciência foi composta por 20 itens, a dimensão Gestão das Emoções foi composta por 19 itens, a terceira dimensão, Automotivação, integrou 21 itens, a quarta dimensão, Empatia foi constituída por 12 itens, e a última, a quinta dimensão Gestão das Emoções Sociais foi constituída por 14 itens. Estes itens constituem-se como variáveis ordinais, sendo que cada um destes itens foi, por sua vez, operacionalizado através de uma escala medida por uma escala de frequência temporal do tipo *Likert* (1 a 7, sendo 1 - "nunca", 2 - "raramente", 3 - "ocasionalmente", 4 - "habitualmente", 5 - "frequentemente", 6 - "muito frequentemente" e 7 - "sempre", podendo os participantes escolher a frequência com que vivenciam as situações descritas.

A psicometria do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), e do ponto de vista da análise estatística descritiva, assume que o ponto de corte do EVCE é 4. Para medir o perfil de CE, consideram-se 3 níveis de CE: o **nível baixo**, entre 1 e 3,49; o **nível moderado** entre 3,50 e 5,45, e o **nível alto** entre 5,46 e 7.

Assim, para obter o nível de Competência Emocional como um constructo global, teremos de obter os valores médios das médias das cinco dimensões. Para obter o nível de cada uma das dimensões, temos de obter os valores médios em cada uma delas.

A escala atual, EVCEr33, como Instrumento de Recolha de Dados (IRD) e que já foi utilizada, (37, 38, 39, 42, 43) inclui apenas 33 itens para operacionalizar as cinco dimensões da E.C., como se segue.

- A primeira dimensão, Autoconsciência, é efetivamente composta por 8 itens, um dos quais é um item invertido;
- A segunda, a dimensão Gestão das emoções, é agora composta por 7 itens, três dos quais são itens invertidos;
- A terceira dimensão, Automotivação, passa a integrar 7 itens, dois dos quais são itens invertidos;
- A quarta dimensão, Empatia, é de facto composta por 5 itens, quatro dos quais são itens invertidos;

- A última, a quinta dimensão Gestão das emoções sociais, integra de facto 6 itens sem inversão.

Por exemplo, e para melhor compreendermos o nível da dimensão Gestão das Emoções Sociais, temos de obter os valores médios desses 6 itens, e se a média se situar entre 3,50 e 5,45, podemos assumir que a nossa amostra apresenta um **nível moderado em Gestão das Emoções Sociais**.

Tal como o IRD anterior, no atual, todos os itens são também constituídos como variáveis ordinais, sendo cada um deles também operacionalizado e medido pela mesma escala de frequência temporal do tipo *Likert*, sendo também aplicada a mesma Psicometria.

Assim, e como já foi explicado, a análise do Instrumento tem de considerar os itens de configuração normal e os itens invertidos, que devem ser assumidos de forma inversa, entre os itens totais da EVCE. Do ponto de vista da construção da análise fatorial: os itens relativos a cada dimensão da E.C. devem ser submetidos à Análise de Componentes Principais com rotação varimax, cujo conjunto de fatores extraídos agrega um determinado perfil em cada dimensão da CE. A escala foi sucessiva e progressivamente aplicada e após cada utilização, os resultados foram submetidos à validação exploratória do instrumento, através da análise em componentes principais (SPSS), assim, numa primeira vez, para a população portuguesa (estudos publicados e realizados em Portugal: dois com professores (27, 28) e três com enfermeiros: Ferreira (2018) (41) estudou os Cuidadores Formais e Informais em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, Veiga-Branco & Lopes (2012) (44) estudaram as Equipas de Enfermagem em Cuidados Continuados da Rede Nacional, e, alguns anos antes, Agostinho, 2008 (45), já tinha estudado os enfermeiros hospitalares, através da Análise de Componentes Principais.

Na aplicação sucessiva da Escala, verificou-se que os valores de consistência interna ( $\alpha$  Cronbach) sucessiva e sequencialmente obtidos, assumem a validade do IRD e proporcionam um tratamento estatístico rigoroso. encontrar um nível de qualidade para os sucessivos perfis de Competência Emocional de sucessivas amostras, e através da análise fatorial exploratória, podemos ter uma perceção sumária deste perfil. Os sucessivos e progressivos resultados obtidos permitiram aceder à respetiva construção das médias analisadas e às variáveis predictoras da C.E. e que conduziram à construção de um perfil de CE.

Nos estudos de *Serious Games* e Competência Emocional, tivemos uma análise, onde podemos observar o seguinte no texto.

### **Metodologia de Análise de Dados**

O processo de análise dos dados decorreu em duas fases. A primeira fase centrou-se na validade, fiabilidade e confirmação da escala de competência emocional utilizada no questionário. A segunda fase da análise de dados teve como objetivo a análise descritiva dos resultados obtidos e a identificação de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

## 1ª Fase

Em primeiro lugar, importa referir que foram verificados todos os requisitos metodológicos para a realização da análise fatorial da escala de competência emocional. Todas as variáveis são métricas (escala de *Likert*), todos os fatores têm pelo menos 5 variáveis e existem mais de 5 observações por variável (Hair et al, 2010 (46).

A análise confirmatória foi efetuada através da análise de equações estruturais (AEE). A utilização da SEA permite um salto qualitativo de um modelo exploratório para um modelo confirmatório, ultrapassando a estatística clássica:

Outra vantagem da utilização desta metodologia é o facto de a AAE permitir testar a adequação global dos modelos e a significância individual dos parâmetros num quadro teórico que inclui vários tipos de modelos lineares.

A fiabilidade interna das escalas foi examinada através da análise do alfa de *Cronbach*. O alfa de *Cronbach* é uma das medidas mais utilizadas para a verificação interna de um grupo de variáveis (itens) e pode ser definido como a correlação que se espera obter entre a escala utilizada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo, com igual número de itens, que meçam a mesma característica.

## 2ª Fase

Para além de se proceder à análise descritiva das variáveis através de tabelas de distribuição de frequências (no caso das variáveis nominais), foram também examinadas algumas medidas, como a média, o desvio padrão, o mínimo, o máximo e a mediana (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da competência emocional em função do género e do facto de serem trabalhadores-estudantes, foram utilizados os testes *t* Student para duas amostras independentes. Para testar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da competência emocional em função do ano de frequência e dos grupos etários, foram utilizados testes ANOVA de 1 via. Uma vez que estamos a trabalhar com amostras de grande dimensão, o pressuposto da normalidade da população para a realização destes testes paramétricos foi validado na maioria dos cruzamentos, invocando o teorema do limite central.

Todas as análises estatísticas foram efetuadas com IBM SPSS *Statistics* 24.0 e IBM AMOS (Chicago, IL)

## Resultados

A lista de itens do EVCE-r33 e a correspondente divisão por dimensões são apresentadas em primeiro lugar:

**Tabela 1** - Itens por dimensão (Dim), Descrição no Modelo (*Discripti*), Itens e Itens Inversos

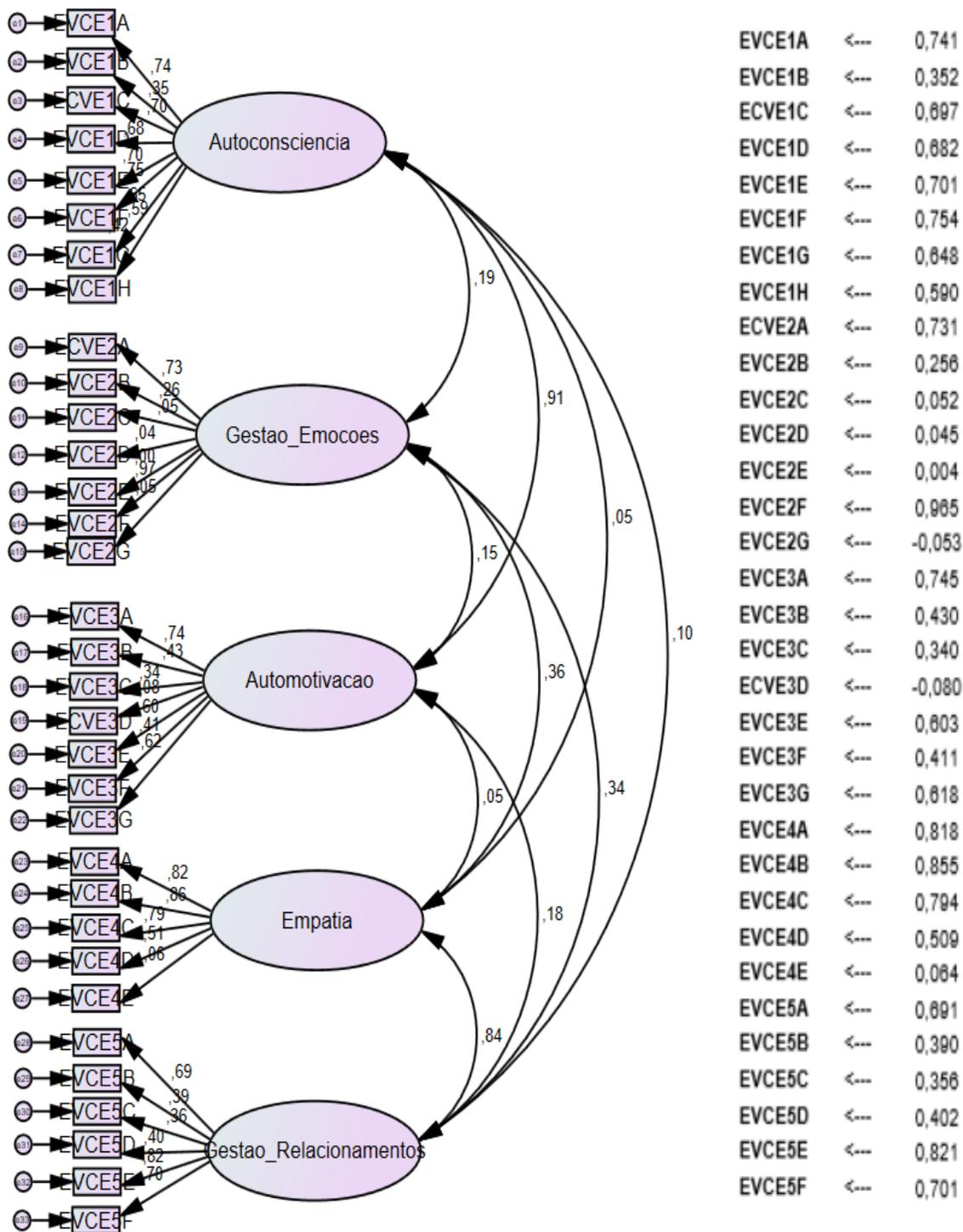
Dim	Descrição	Descrição do artigo	Item inverso
Autoconsciência	EVCE1A	Deixo-me absorver por estas emoções, às quais não consigo escapar, e elas acabam por condicionar o meu comportamento.	Sim
	EVCE1B	Tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por exemplo, se é raiva, medo, desprezo... ódio, frustração... Posso defini-los.	Não
	EVCE1C	Uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los...	Sim
	EVCE1D	Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...	Sim
	EVCE1E	O meu comportamento muda a nível relacional... Fico em silêncio; eufórico, amuado, etc...	Sim
	EVCE1F	Estou mentalmente preso a estes sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...	Sim
	EVCE1G	Sou do tipo instável, com várias mudanças de humor...	Sim
	EVCE1H	Sou do tipo azarado, sou azarado na vida...	Sim
Gestão das emoções	EVCE2A	Fiz exercício físico ativo (aeróbico). Gastei a energia em atividade.	Não
	EVCE2B	Eu raciocinei. Tentei compreender... e identificar o que me levou à raiva. Pensei melhor sobre essa situação...	Não
	EVCE2C	Tinha de descarregar... Tenho tendência para usar objetos, pessoas ou situações como alvos da minha raiva, mesmo que depois me sintam menos bem comigo próprio.	Sim
	EVCE2D	Vivo num estado de preocupação crónica com o acontecimento que provocou a minha raiva... e não paro de pensar nas palavras/pessoas/attitudes que a provocaram.	Sim
	EVCE2E	Aparentemente tranquilo... Pensamentos intrusivos e persistentes que me perseguem dia e noite...	Sim
	EVCE2F	Sinto-me aliviado quando pratico exercício físico ou desporto.	Não
Automotivação	EVCE2G	Sinto-me aliviado se comer ou beber.	Sim
	EVCE3A	Pessimista... (o que quer que eu faça, vai correr mal).	Sim
	EVCE3B	Sou capaz de me safar de qualquer problema!	Não
	EVCE3C	Calma na vida. Estou completamente absorvido no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia...	Não
	EVCE3D	Aparentemente calmo, estou a fazer o que tenho de fazer... a ruminar os pensamentos que me ocorrem	Sim
	EVCE3E	Desinteressante... A autocomiseração invade-me. Sinto-me "em baixo"	Sim
	EVCE3F	Ressentido... O desprezo, o ressentimento invadem-me. Corto os laços com aqueles que me rejeitam, ressinto-me com essa(s) pessoa(s)	Sim
Empatia	EVCE3G	Quem pensa: Correu mal devido a um defeito pessoal, é assim que eu sou.	Sim
	EVCE4A	"Registar"/perceber os sentimentos dos outros.	Não
	EVCE4B	"Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.)	Não
	EVCE4C	Perceber a consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	Não
	EVCE4D	Usar a calma (mas conscientemente) para ouvir... Apercebo-me que me sinto bem a ouvir as pessoas	Não
Gestão de relações	EVCE4E	Fico recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Irrito-me.	Sim
	EVCE5A	Compreendo o que as pessoas estão a sentir...	Não
	EVCE5B	Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que expressam.	Não

EVCE5C	Tenho controlo sobre os meus próprios sentimentos.	Não
EVCE5D	Consigo captar os seus sentimentos e parece que começo a absorvê-los.	Não
EVCE5E	Tenho uma sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	Não
EVCE5F	Sinto a interação... Sinto-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	Não

---

Perante esta informação, obteve-se o seguinte modelo de equações estruturais com vista à análise fatorial confirmatória, como se pode observar na Figura 1.

**Figura 1 - Modelos AMOS: Análise Fatorial Confirmatória EVCE-r33 (coeficientes padronizados)**



Após a especificação e a obtenção do modelo de medida confirmatória, examinemos agora alguns dos seus índices empíricos que avaliam a qualidade do ajuste do modelo obtido:

Após a análise estatística considerada para o efeito, verificou-se que: Praticamente todos os índices remetem para um modelo com um bom ajuste. Como se pode observar na Tabela 2, apenas o RMSEA (*Root Mean square Error of Approximation*) com o valor 0,083, remete para um Mau ajuste: O RMSEA,

com o valor de 0,083 remete para um mau ajuste, pois tende a penalizar este modelo devido à sua complexidade.

Perante estes resultados, considera-se que não há necessidade de questionar o modelo, não devendo o mesmo ser rejeitado, e que se considera a aceitação sem necessidade de refinamentos através de uma estratégia exploratória para encontrar um modelo que melhor explique os dados observados. Assim, estão reunidas as condições para a utilização da escala EVCE-r33 na amostra.

**Tabela 2** - Distribuição dos Índices Absolutos da avaliação da qualidade do Modelo

<b>Índices Absolutos</b>	<b>Valor</b>	<b>Diagnóstico</b>
X <sup>2</sup> /df	2,718	Bom ajuste: ≤ 2-3
Raiz média quadrada do resíduo	0,253	Mais próximo de 0 do que de 1. Modelo bem classificado
GFI ajustado	0,690	Bom ajuste: ]0.6; 0.8[
Raiz do erro quadrático médio de aproximação	0,083	Mau ajuste: ]0.5; 0.10[

Como podemos verificar na Tabela 3, os principais traços caracterizadores da amostra de 241 estudantes de enfermagem, apresentam as variáveis sociodemográficas, onde podemos observar que os estudantes apresentam idade com média de 20,48 anos, (desvio padrão de 4,18 anos), como máximo com 25 anos e o mínimo com 17 anos, sendo que a grande maioria dos inquiridos (82,6%) tem até 21 anos. Podemos verificar que a maioria (n=215; 89,2%) são estudantes do sexo feminino, sendo que 151 (62,5%) frequentam o primeiro e segundo anos letivos, 73 estudantes (30,3%) no primeiro e 78 estudantes (32,4%) no segundo ano letivo. Quando questionados se eram trabalhadores-estudantes, apenas 30 (12,4%) dos inquiridos responderam afirmativamente, pelo que a minoria dos estudantes que constituíram esta amostra eram trabalhadores-estudantes.

**Tabela 3** - Distribuição dos valores absolutos e relativos das variáveis sociodemográficas da amostra

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	215	89,2
Masculino	24	10,0
Outros	2	0,8
<b>Categorias etárias</b>		
Até 21 anos	199	82,6
Mais de 21 anos	42	17,4
<b>Ano de frequência</b>		
1 <sup>º</sup>	73	30,3
2 <sup>º</sup>	78	32,4
3 <sup>º</sup>	61	25,3
4 <sup>º</sup>	29	12,0
<b>Trabalhador-estudante</b>		
Não	211	87,6
Sim	30	12,4

**Idade:** X=20,48 anos (DP 4,18); Min: 17; Máximo: 25

**σ (sigma) - Desvio padrão**

A análise descritiva das 5 dimensões em estudo, apresenta, na Tabela 4, que os resultados da fiabilidade foram satisfatórios em quase todas as dimensões. Apenas a dimensão gestão emocional apresenta um valor de alfa de *Cronbach* abaixo do valor aceitável ( $0,498 < 0,600$ ).

Em média, a dimensão da competência emocional com maior expressão na amostra é a "Empatia" (média de 5,02 e desvio padrão de 0,81). No lado oposto encontra-se a dimensão "automotivação" com um valor médio de 4,27 (desvio padrão de 0,71).

Mas e considerando a Psicometria do Instrumento de Recolha de Dados (IRD), para medir o perfil de CE, e nos 3 níveis de C.E. considerados, podemos observar o nível baixo, entre 1 e 3,49; o nível moderado entre 3,50 e 5,45, e o nível alto entre 5,46 e 7.

Ao analisar a Tabela 4, verifica-se que os alunos da amostra apresentam um nível de eficácia moderado, quer em cada uma das dimensões, quer na EC global, uma vez que todos os respetivos valores médios se situam entre 3,50 e 5,45.

No entanto, verifica-se que existe uma parte da amostra, que apresenta um baixo nível de eficácia, em qualquer uma das dimensões com valores mínimos entre 2,13 ( $sd=0,91$ ) para o autoconhecimento, 2,14 para a gestão emocional ( $sd=0,75$ ) e automotivação ( $sd=0,71$ ), e para a Gestão das Relações ( $X=2,33$ ;  $sd=0,79$ ). Por outro lado, verifica-se também que alguns dos alunos apresentam um elevado nível de eficácia ao nível das cinco dimensões, uma vez que encontrámos valores máximos o nível elevado de ( $X=7,00$ ) ao nível do autoconhecimento ( $sd=0,91$ ), da empatia ( $sd=0,71$ ), e da gestão emocional relacional ( $sd=0,79$ ).

O nível mais elevado encontrado foi o da Empatia, com uma média de 5,02, indicando que os alunos apresentam um nível moderado nesta dimensão, e com um valor de *Cronbach* ( $\alpha = 0,743$ ) indicando que existe um bom nível de consistência interna entre os itens.

O valor médio mais baixo ( $X=4,33$ ) na amostra indica que esta tem um nível moderado na Gestão das Relações, mas também o valor do Mínimo (2,33) indica que uma parte dos estudantes tem um nível baixo nessa dimensão.

**Tabela 4** - Valores da análise descritiva das dimensões do EVCE-r33 e da Competência Emocional Global

	Sem artigos	$\alpha$	Mínimo	Máximo	x	$\sigma$
Autoconsciência	8	0,851	2,13	7,00	4,41	0,91
Gestão das emoções	7	<b>0,498</b>	2,14	6,57	4,51	0,75
Automotivação	7	0,602	2,14	6,14	<b>4,27</b>	0,71
Empatia	5	0,743	3,00	7,00	<b>5,02</b>	0,81
Gestão de relações	6	0,729	2,33	7,00	4,33	0,79
Competência emocional global	33	<b>0,865</b>	3,27	6,36	<b>4,48</b>	0,57

$\sigma$  (sigma) sd - Desvio-padrão;  $\alpha$  -  $\alpha$  de *Cronbach*

No global da amostra, podemos verificar uma Competência Emocional Geral Moderada no Perfil Feminino ( $X=4,47$ ;  $sd=0,55$ ) e no Perfil Masculino ( $X=4,65$ ;  $sd=0,66$ ), não havendo diferenças

estatisticamente significativas entre ( $p=0,148$ ) os géneros da amostra. O perfil masculino é mais elevado devido ao facto de o perfil de Gestão das emoções ser significativamente mais elevado.

Existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão Autoconhecimento em função do género, com os inquiridos do género masculino a apresentarem uma média significativamente superior ( $X=4,84$ ;  $sd=1,06$ ) e ( $p<0,05$ ), diferente da amostra feminina com média 4,38 ( $sd=0,88$ ). Próximo da significância estatística ( $p=0,057$ ) está também o valor médio mais elevado dos inquiridos na dimensão Gestão das emoções, sendo os alunos do sexo feminino com 4,49 ( $sd=0,75$ ).

Pelo contrário, mas sem diferenças estatisticamente significativas, a amostra feminina apresenta médias mais elevadas na dimensão Empatia ( $X=5,05$ ;  $sd=0,81$ ) e  $p<0,145$ , e na dimensão Gestão das Relações com média de 4,36 ( $sd=0,78$ ), sendo respetivamente mais baixos os valores da amostra masculina com média de 4,80 ( $sd=0,82$ ) na dimensão Empatia, e Gestão das Relações com a média de 4,24 ( $sd=0,84$ ), mas ambas no perfil moderado.

**Tabela 5** - Valores da média e desvio padrão (DP) das cinco dimensões do EVCE-r33 em função do género

	Feminino		Masculino		<i>p</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Autoconsciência	4,38	0,88	4,84	1,06	<0,05
Gestão das emoções	4,49	0,75	<b>4,80</b>	0,76	0,057
Automotivação	4,25	0,69	4,52	0,77	0,073
Empatia	5,05	0,81	4,80	0,82	0,145
Gestão de relações	4,36	0,78	4,24	0,84	0,484
Competência emocional geral	4,47	0,55	4,65	0,66	0,148

$\sigma$  (sigma) sd - Desvio-padrão

Observando a Tabela 6, podemos verificar que ambos os grupos - estudantes até 21 anos e mais 21 anos - apresentam o perfil mais elevado na dimensão Empatia, com os jovens com média de 5,06 ( $sd=0,80$ ) e os restantes com média de 4,82 ( $sd=0,88$ ), mas podemos verificar que nesta diferença, os inquiridos com idade até 21 anos apresentam uma média significativamente superior na dimensão relacionada com a empatia.

O perfil mais baixo dos dois grupos de alunos - até e mais de 21 anos - é em Gestão de Relações com média 4,37 ( $sd=0,79$ ) e 4,17 ( $sd=0,76$ ) respetivamente, sem significância estatística ( $p=0,130$ )

**Tabela 6** - Valores da média e desvio padrão (D.P.S.) das cinco dimensões do EVCE-r33 de acordo com as categorias de idade

	Até 21 anos		Mais de 21 anos		<i>p</i>
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	

Autoconsciência	4,39	0,91	4,53	0,91	0,351
Gestão das emoções	4,53	0,76	4,43	0,75	0,409
Automotivação	4,25	0,72	4,38	0,64	0,284
Empatia	<b>5,06</b>	0,80	4,82	0,88	<0,05
Gestão de relações	4,37	0,79	4,17	0,76	0,130
Competência emocional geral	4,49	0,56	4,45	0,61	0,734

$\sigma$  (sigma) sd - Desvio-padrão

Observa-se, na Tabela 7, que o perfil mais elevado se situa na dimensão Empatia para ambos os grupos, com uma média de 5,04 (sd=0,80) para o grupo Sem trabalhadores-estudantes, e para o grupo Trabalhadores-estudantes o valor de 4,90 (sd=0,94). Por outro lado, o perfil mais baixo da dimensão é o da Automotivação (X=4,26; sd=0,72) para o grupo Sem trabalhadores-estudantes, e para os trabalhadores-estudantes, o perfil mais baixo da dimensão é o da Autoconsciência (X=4,35; sd=0,95).

Mas podemos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de EVCE-r33 consoante se seja ou não trabalhador-estudante.

Todas as dimensões, bem como a Competência Emocional Global, apresentam valores médios que expressam um perfil moderado, para ambos os grupos: Não trabalhadores-estudantes com a média de 4,48 (sd=0,56) e Trabalhadores-estudantes com a média de 4,46 (sd=0,61).

**Tabela 7** - Valores da média e do desvio padrão (D.P.S.) das cinco dimensões do EVCE-r33 em função do trabalhador-estudante

	Nenhum trabalhador-estudante		Trabalhador-estudante		<i>p</i>
	Média	$\sigma$	Média	$\sigma$	
Autoconsciência	4,42	0,91	4,35	0,95	0,680
Gestão das emoções	4,53	0,74	4,40	0,86	0,363
Automotivação	4,26	0,72	4,37	0,63	0,408
Empatia	5,04	0,80	4,90	0,94	0,457
Gestão de relações	4,32	0,76	4,42	0,99	0,517
Competência emocional global	4,48	0,56	4,46	0,61	0,827

$\sigma$  (sigma) sd - Desvio-padrão

Como podemos verificar na Tabela 8, os estudantes de todos os anos de aprendizagem em enfermagem, apresentam os valores médios mais elevados na dimensão Empatia, mas os mais elevados entre estes grupos são os do 3<sup>rd</sup> (X=5,09; sd=0,87) e do 1<sup>st</sup> ano (X=5,02;sd=0,85), e em contrapartida, verifica-se que a dimensão com médias mais baixas é a Automotivação, nomeadamente para os alunos do 1<sup>st</sup> ano (X=4,21; sd=0,77) e do 2<sup>nd</sup> ano (x=4,29; sd=0,73), e a Gestão de Relacionamentos apresenta também as médias mais baixas nos alunos do 2<sup>nd</sup> (X=4,29; sd=0,76) e ao 4<sup>th</sup> (X=4,33;sd=0,75) anos.

A Competência Emocional Global, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p=0,599$ ), apresenta em todos os anos letivos valores acima do ponto de corte, mas mais baixos no 2<sup>nd</sup> (4,44;  $sd=0,52$ ), sendo o mais elevado o dos alunos do 4<sup>th</sup> anos ( $X=4,58$ ;  $sd=0,53$ ).

Considerando os valores dos desvios-padrão, as variáveis que representam cada uma das dimensões da Competência Emocional apresentam uma distribuição normal. Não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões do EVCE-r33 consoante o ano que o estudante de enfermagem frequenta.

**Tabela 8** - Valores da média ( $X$ ) e do desvio padrão ( $\delta$ ) relativos às cinco dimensões da EVCE-r33 em função do ano letivo frequentado na amostra.

Dimensões CE	1 <sup>st</sup>		2 <sup>nd</sup>		3 <sup>rd</sup>		4 <sup>th</sup>		p
	x	$\sigma$	x	$\sigma$	x	$\sigma$	x	$\sigma$	
Autoconsciência	4,42	0,97	4,32	0,85	<b>4,36</b>	0,96	4,74	0,74	0,198
Gestão emocional	4,46	0,86	4,47	0,66	4,62	0,77	4,56	0,66	0,576
Automotivação	<b>4,21</b>	0,77	<b>4,29</b>	0,73	4,28	0,66	4,36	0,57	0,784
Empatia	<b>5,02</b>	0,85	<b>4,98</b>	0,74	<b>5,09</b>	0,87	<b>4,98</b>	0,84	0,859
Gestão de relações	4,30	0,82	4,29	0,76	4,43	0,83	<b>4,33</b>	0,75	0,735
CE global	4,45	0,64	4,44	0,52	4,52	0,57	4,58	0,53	0,599

$\sigma$  (sigma) sd - Desvio-padrão; X-média;

Em breve conclusão e no que respeita à análise estatística, verifica-se que as variáveis em estudo apresentam uma distribuição normal, e que a maioria delas não apresenta um poder de diferenciação estatística significativo, relativamente aos valores dos perfis encontrados.

As cinco dimensões da EVCEr33 apresentam um perfil moderado, assim como a Competência Emocional Global.

### **Cada uma destas dimensões pode ser aprendida, reforçada**

Há dois exercícios metacognitivos muito breves no campo concetual-laboral dos cuidados de saúde que precisam de ser abordados, mesmo que brevemente. O primeiro é que não é verdade que os únicos contextos emocionalmente desafiantes sejam aqueles em que os clínicos lidam com decisões de vida ou de morte. Até porque nem nesses contextos estão completamente sós. A segunda é que é urgente desconstruir a ideia de que a formação clássica é suficiente. Mais do que isso, importa acrescentar que é absolutamente saudável e desenvolvimentista, para qualquer área profissional, alargar as respetivas áreas de exercício e de formação, e que esta é precisamente uma janela expressiva do estado da arte dos cuidadores em geral e do desenvolvimento da enfermagem em particular. E a formação anterior concluída não pode, nem deve nunca, ser suficiente para o tecido humano de qualquer profissão. Se é anterior ao agora, faz jus e diz respeito a uma realidade eventualmente atual e emergente, mas que nunca é estática ou imutável. E não só para os profissionais... Os utentes, os doentes, e mesmo os familiares, consomem atualmente mais cultura e informação, razão pela qual, na sua condição de cidadãos, aprendem a descobrir direitos, e nestes, o direito à qualidade. E assim, tendem a exigir progressivamente mais e melhor qualidade de cuidados.

Privilegiam os pormenores, dominam linguagens expressivas desta qualidade, acrescentando à componente técnica instrumental executória, a componente atencional e relacional para se sentirem terapêuticos.

E os estudos têm demonstrado, frequentemente, que os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros em particular, sem formação ou com formação insuficiente em competência emocional e capacidade de comunicação intra e interpessoal, - nomeadamente na expressão de competências específicas da área de enfermagem relacionadas com a pessoa em situação crítica,(38, 40, 44) - experienciam maiores e mais evidentes níveis de stress e exaustão emocional ao tentarem controlar as suas próprias emoções e as dos outros (47, 48,49, 40, 51), em diferentes contextos de Enfermagem, desde a área pré-hospitalar às unidades de cuidados intensivos.

Resta dizer, e como já foi apresentado anteriormente, que as unidades de critério relacionadas com as competências específicas são explícitas no que diz respeito às interações que constroem e promovem a relação terapêutica, e como todas as atividades/ações executivas, desde as decisões até à implementação de planos em ambientes stressantes, requerem bons níveis de autoconsciência emocional e gestão emocional, não menos importante a automotivação. E considerando os perfis já estudados em enfermagem, verificou-se o seu poder preditivo para a Competência Emocional em enfermeiros (37).

No entanto, ainda há muito para estudar e compreender sobre como podemos reforçar as capacidades e dimensões que constituem a Competência Emocional. É fundamental continuar a produzir formação específica em Educação Emocional para desenvolver todos os seres humanos em geral neste tipo de *soft skills* consideradas essenciais para as interações relacionais no tecido profissional dos contextos de saúde.

## Referências

1. Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M. C. y Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y Salud*, 31(3), 127-136. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a7>
2. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, M A.R. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
3. Carício, M.R., Sousa MF, Alvarenga, J.P., Costa, L.D., Leandro, S.S., Jesus, E.A., Mendonça, A.V.M. (2021). A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem?. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):15-21. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n 7Supl.1.5212
4. Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.

5. Stanojlović, O., Šutulović, N., Hrnčić, D., Mladenović, D., Rašić-Marković, A., Radunović, N., & Vesković, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behaviour, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/ABS210510029S>
6. Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência. Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo. Companhia das Letras. Ed. Schwarcz Lda.
7. Myruski, S. & Dennis-Tiwary, T. A. (2022). Observed parental spontaneous scaffolding predicts neurocognitive signatures of child emotion regulation, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 177, Pages 111-121, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.05.004>
8. Gross (2015). Emotion regulation: current status and future prospects, *Psychol. Inquiry* 26(1), 1–26. <http://doi.org/10.1254/fpj.151.21>
9. Decety & Jackson, (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Reviews*, Volume 3 Nr 2, Pages 71-100, <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
10. Langeslag, J.E. and Surti, K. (2017). The effect of arousal on regulation of negative emotions using cognitive reappraisal: An ERP study. *International Journal of Psychophysiology* 118 (2017) 18–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.012>
11. Ochsner, K. N, Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 17(2), 153-158. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
12. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do cérebro consciente*. Temas e Debates.
13. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
14. Ickes, W. J. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. The Guilford Press.
15. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioural and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
16. Hoffman, M. (2000). Implications for Socialization and Moral Education. In *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice* (pp. 287-298). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851.013>
17. Reeck C. and Onuklu N.N.Y. (2022) Interpersonal Emotion Regulation: Consequences for Brands in Customer Service Interactions. *Front. Psychol.* 13:872670. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2022.872670>
18. Niven, K., Macdonald, I. and Holman, D. (2012). You spin me right round: cross-relationship variability interpersonal emotion regulation. *Front. Psychol., Sec. Emotion Science*, Vol 3 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00394>

19. Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion* (Washington, D.C.), 14(1), 130–144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
20. Robertson, T., Daffern, M. & Bucks R. S. (2014) Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders, *Psychology, Crime & Law*, 20:10, 933-954, DOI: 10.1080/1068316X.2014.893333
21. Davis, S. K., and Qualter, P. (2020). Emotional competence. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, eds S. Hupp and J. Jewell (Wiley). <https://doi.org/10.1002/9781119171492.wecad>
22. Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford Press.
23. Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social Construction of the Concept. In R. Bar-on & J. Parker. (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey-Bass.
24. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21 (1), 7-4.
25. Bisquerra, R., Perez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, (10), 61-82.
26. Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6, 16, 110-125
27. Veiga-Branco, M.A.R. (2004). Competência emocional. *Quarteto*. <http://hdl.handle.net/10198/5463>
28. Veiga-Branco, M.A.R. (2005). *Competência Emocional em Professores. Um discurso do campo educativo. Tese Doutorado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. (FPCEUP)*. <http://hdl.handle.net/10198/5311>
29. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books, Inc.
30. Veiga-Branco, M.A.R. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In (Coord.) Candeias, A. A., Almeida, L. S. (2007). *Inteligência Humana. Investigação e aplicações. Quarteto*. 361-379. <http://hdl.handle.net/10198/5278>
31. Veiga-Branco, M.A.R. (2009). Escala Veiga Branco das capacidades da inteligência emocional (EVBCIE): partes I e III. In Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Novembro. 162-164. <http://hdl.handle.net/10198/5283>
32. Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
33. Veiga-Branco, M.A.R., Antão, C., Ribeiro, I., Vaz, J., Ferro-Lebres, V. (2011). Emotional competence profile in a higher education students sample. In III International Congress of Emotional Intelligence: book of abstracts. Opatija <http://hdl.handle.net/10198/6916>

34. Veiga-Branco, M.A.R., Afonso, J., Caetano, I. (2012). Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research. in IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: Epidemiology for a Fair and Healthy Society. Porto. s57-s57 <http://hdl.handle.net/10198/8392>
35. Afonso, J., Fernandes, A. & Veiga-Branco, M.A.R. (2013). Competência emocional (CE) nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). In VI Jornadas de Tecnologias da Saúde. Guarda
36. Veiga-Branco, M.A.R. & Costa, V. (2015). As competências emocionais nos decisores políticos portugueses. In (Ed.) Celeste Simões, C., Evans, K., e Lebre, P. (2015). Book of Abstracts. 5th ENSEC Conference. Social Emotional learning and Culture. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa. P. 78.
37. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, A. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
38. Moreira, D., Laranjeira, C., Gomes, L.G. (2021). A Competência Emocional do Enfermeiro e a Comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental. Instituto Politécnico de Leiria, IPL - Dissertações de Mestrado. Leiria. In press.
39. Nogueira, S., Veiga-Branco, M.A.R. & Monte, A.P. (2021). Competência Emocional em decisores autárquicos. Comunicação em Seminário: Inteligência Emocional – da visão científica à aplicação prática. 1ª Jornadas da Associação Portuguesa de Inteligência Emocional (APIE). 6 novembro, 2021. Evento on-line.
40. Rodrigues, P.A.R. (2017). Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14784>.
41. Ferreira, C. (2018). Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais. Mestrado em Cuidados Continuados ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. IPB
42. Giehl, B., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2020). Relationship between investor's profile and the level of emotional competence. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos . <http://hdl.handle.net/10198/23233>
43. Silva, A.M.G., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2023). Perfil dos Empresários do Distrito de Bragança e Competência Emocional – estudo correlacional. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos.
44. Veiga-Branco, M.A.R., Lopes, T. (2012). Nursing emotional competence profile: exploratory study in continued care national network. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: Epidemiology for a Fair and Healthy Society. s82-s82 <http://hdl.handle.net/10198/8390>

45. Agostinho, L. M. C. F. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. Universidade de Aveiro (Portugal).
46. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.
47. Paiva, J. D. M., Cordeiro, J. J., Silva, K. K. M. D., Azevedo, G. S. D., Bastos, R. A. A., Bezerra, C. M. B., ... & Martino, M. M. F. D. (2019). Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 483-490.
48. Martins P., S., Fonseca, A. M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
49. Nobre, D.F.R., Rabiais, I.C.M., Ribeiro, P.C.P.S.V., Seabra, P.R.C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1457-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
50. Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Passos, J. P., da Silva Gonçalves, R. C., Cruz, V. V., Bittencourt, L. P., Paiva, A.P.D.L. & de Figueiredo, N. M. A. (2020). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Research, Society and Development*, 9(7), e940975265-e940975265.
51. Souza, J.D., Pessoa J.J.M., Miranda F.A.N. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Rev Enferm Ref.* IV(12):107–16. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

# CAPÍTULO 7

## A Realidade Virtual no Ensino da Competência Emocional

---

*Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA*

### **7.1 Realidade virtual (RV)**

Com a modernização e o avanço dos cuidados de saúde e dos ambientes clínicos e, simultaneamente, com o rápido crescimento e evolução da informática e da tecnologia, o apelo e a procura de formação clínica segura e eficiente de enfermeiros têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Existem oportunidades crescentes para modernizar a educação em saúde em programas concebidos para satisfazer as expectativas e necessidades da geração digital, devido aos avanços tecnológicos e à sua acessibilidade (King et al., 2018). Como resultado, a Realidade Virtual (RV) tem vindo a ser cada vez mais integrada nos currículos profissionais de enfermagem com a promessa de revolucionar a educação em enfermagem, agilizando os procedimentos de ensino e aprendizagem, e oferecendo uma abordagem nova e interessante para a formação de enfermeiros (Park, Kim e Kim, 2020). De facto, a RV pode ser utilizada como um recurso pedagógico para a formação de todos os profissionais de saúde (Ferrandini Price et al., 2018).

A RV gera cenários visuais e auditivos em 4D que podem ser navegadas e com os quais é possível interagir (Vince, 2004). Apesar de não se saber ao certo quando é que a tecnologia de realidade virtual entrou pela primeira vez no ensino de enfermagem, a simulação e as tecnologias de suporte informático têm sido utilizadas e investigadas como ferramenta de ensino por Ivan Sutherland desde o final da década de 1960, acreditando-se que o termo RV foi utilizado pela primeira vez por Jaron Lanier em 1987 (Arvind Mallik, 2018). Usando um equipamento que cobre os olhos e apresenta o ambiente virtual, juntamente com comandos manuais ou outros dispositivos que permitem interagir com o ambiente, um utilizador está muitas vezes totalmente imerso numa experiência de RV (Bailenson & Yee, 2007), eliminando a interação com o mundo real (Azuma, 1997; Mills et al., 2022; Vince, 2004). Com esta ferramenta, os utilizadores podem interagir com objetos e cenários digitais como se fossem reais, através de uma

simulação gerada por computador (Riva, Wiederhold, & Wiederhold, 2016). As tecnologias de RV permitem uma nova extensão perceptiva, uma construção criativa e um envolvimento social único (Bricken & Byrne, 1993).

## **7.2 Realidade virtual no ensino de enfermagem**

A realidade virtual (RV) tem sido utilizada na educação em enfermagem, melhorando os métodos de ensino e aprendizagem, ajudando assim no desenvolvimento de competências, na criação de confiança e na preparação da prática clínica dos estudantes de enfermagem (Chen et al., 2020; Biyik Bayram & Caliskan, 2022). Além disso, foi demonstrado que a tecnologia de RV melhora o pensamento crítico e a capacidade de resolução de problemas dos estudantes, uma vez que estes podem praticar e aplicar os seus conhecimentos num ambiente seguro e regulamentado (Lang et al., 2018). A tecnologia de RV oferece aos estudantes de enfermagem a oportunidade de praticar e explorar uma multiplicidade de competências, ou seja, aprender fazendo, num ambiente seguro, protegido e controlado, sem colocar os doentes em risco ou em perigo, e aperfeiçoar as suas capacidades de raciocínio clínico num ambiente de aprendizagem mais produtivo e agradável (Alimohammadi, Norouzi, & Alhani, 2017). De facto, os resultados baseados em evidências mostraram que a tecnologia de RV no ensino superior oferece aos estudantes de enfermagem um ambiente de aprendizagem único e envolvente que pode aumentar a motivação, melhorando os resultados da aprendizagem (Kim & Kim, 2018).

Além disso, Bender et al. (2018) demonstraram que a utilização de simulações de realidade virtual para praticar cenários de cuidados aos doentes melhorou as capacidades e competências de cuidados aos doentes de forma mais eficaz e com menos medo e ansiedade do que quando se cuida de doentes reais. Consequentemente, a RV no ensino de enfermagem também beneficiou a segurança dos doentes (Biyik Bayram & Caliskan, 2022), melhorando os resultados dos cuidados aos doentes (Pfeiffer et al., 2019) e a satisfação dos mesmos (Gee et al., 2020). Embora muitas evidências científicas publicadas tenham mostrado que a tecnologia de RV tem sido utilizada em vários programas de educação em enfermagem para abordar uma ampla gama de habilidades e tópicos, não foram encontradas evidências de que, antes

deste projeto, a tecnologia de RV tenha sido usada para ajudar a desenvolver habilidades de competência emocional.

Não obstante ao exposto, os enfermeiros educadores não devem considerar a tecnologia de RV como uma ajuda infalível para o ensino da enfermagem. Apesar dos benefícios da integração de uma tecnologia imersiva na formação de enfermeiros, há que ter em conta outras realidades que podem implicar uma série de riscos ou outros desafios que exigem ações preventivas. Estes incluem: -

- i. **Desconforto físico:** Alguns estudantes podem sentir dores físicas ou dores de cabeça com as simulações de RV devido a uma utilização prolongada ou a um ajuste desconfortável do equipamento de RV, conhecido como *cybersickness* (Cobb et al., 1999; Davis et al., 2015; Obukhov et al., 2022).
- ii. **Sufrimento fisiológico:** Em algumas pessoas, especialmente naquelas que não estão preparadas ou treinadas para a sua utilização, as simulações de RV também podem levar à preocupação, ao stress ou mesmo ao pânico em determinadas situações (Costello, 1997). Alguns alunos precisam de mais tempo para compreender e adaptar-se (Chang & Lai, 2021).
- iii. **Preocupações com a saúde e a segurança:** Uma vez que a tecnologia de RV faz o utilizador mergulhar num ambiente simulado, existe a possibilidade de perigo ou lesão se o utilizador não tiver consciência do que o rodeia. A utilização da RV exige grandes espaços dedicados com medidas de segurança.
- iv. **Custo:** Um dos principais desafios à aplicação da RV no ensino da enfermagem é o custo do equipamento, a sua manutenção e o custo do desenvolvimento e atualização das simulações de RV, que pode ser muito elevado, sendo difícil para alguns programas de enfermagem justificar o investimento.
- v. **Questões técnicas:** Devido à sua complexidade e à tendência para problemas técnicos, a tecnologia RV pode interferir negativamente nos processos de aprendizagem e fazer perder tempo e recursos.
- vi. **Falta de apoio institucional:** Vários participantes no fórum público observaram que obter o apoio do corpo docente era um problema recorrente. Os membros do corpo docente frequentemente não têm conhecimento ou não dominam adequadamente a tecnologia,

de modo que os participantes observaram que esse desafio deve ser superado fornecendo evidências da utilidade da RV (Cook et al., 2019).

- vii. **Dessensibilização:** A RV pode oferecer um ambiente seguro e controlado para os alunos praticarem suas habilidades. Porém, A RV pode não reproduzir totalmente a complexidade das situações de pacientes da vida real. Há um risco de dessensibilização para situações reais de pacientes. Os estudantes podem ficar insensíveis a determinadas situações ou não desenvolver plenamente as competências interpessoais e de comunicação necessárias para a prestação de cuidados aos doentes. Este risco realça a importância de utilizar simulações de RV em conjunto com a prática clínica ou laboratórios de simulação, complementando assim os meios tradicionais de formação em vez de os substituir, porque a interação humana é crucial, especialmente na aprendizagem de competências sociais e de comunicação (van der Linde-van den Bor et al., 2022).

### 7.3 O *Serious Game* SG4NS

A indústria de jogos produz jogos de RV que permitem o estudo da experiência e das emoções dos utilizadores durante o jogo. Um dos melhores géneros de jogos que permite este tipo de experiência é conhecido como *Escape Rooms* (Oliveira, 2022). São um género de jogo focado na resolução de problemas envolvendo *puzzles* e mistérios que podem ser resolvidos através de enigmas e símbolos, desafiando o jogador psicologicamente e permitindo uma relação entre a mente e o corpo do jogador (Oliveira, 2023).

O desenvolvimento de um jogo deste tipo requer um conhecimento profundo da forma como as emoções são despertadas no corpo humano e, por sua vez, o jogo torna-se muito eficaz em suscitar emoções no jogador, envolvendo-o mais profundamente na experiência, permitindo a melhor experiência de jogo possível. A utilização da tecnologia de realidade virtual permite ainda uma "imersão total", com uma sensação de "presença", de "sentir no corpo" como se a experiência fosse real, levando a um maior envolvimento do jogador e a uma participação ativa na experiência (Oliveira, 2022).

O objetivo central da incorporação de um *Serious Game* no Curso de Competência Emocional era invocar um espectro de emoções nos alunos num ambiente controlado e cativante, enquanto se proporcionava uma experiência imersiva e envolvente para motivar ainda mais a participação ativa dos alunos. O último género de jogo *Escape Room* apresentou a este projeto o cenário ideal para uma ferramenta de RV *Serious Game* para ajudar no ensino e aprendizagem de competências emocionais aos alunos. O potencial da tecnologia de RV e do género *Escape Room* como um meio poderoso de provocar emoções nos jogadores foi demonstrado num estudo realizado por Oliveira et al. (2023).

Para garantir a acessibilidade de todos os alunos, o jogo foi intencionalmente concebido com uma interface simples e controlos mínimos. Esta abordagem foi pensada para os alunos não familiarizados com a realidade virtual, permitindo-lhes navegar e interagir com o jogo sem esforço. A ênfase na simplicidade visava eliminar potenciais barreiras, permitindo que um leque mais alargado de alunos beneficiasse da exploração emocional facilitada pelo *Serious Game* no âmbito do curso.

O jogo começa com o aluno/jogador a encontrar-se numa casa, exatamente dentro de um ambiente de cozinha, num ambiente sem iluminação e escuro. Algumas partes da casa estão completamente escuras e têm de ser percorridas com uma lanterna. Notas escritas em post-it na bancada da cozinha guiam o estudante para outras pistas para explorar o ambiente da casa, que consiste em várias divisões, incluindo uma sala, um quarto, uma varanda, uma arrecadação, um escritório e um laboratório em dois andares, desvendando outros *puzzles* durante o processo. O ambiente geral é apagado, fantasmagórico (através de sons estranhos e sussurros de uma mulher ao longo das escadas), concebido de forma a estimular as emoções do estudante. Entre as instruções dadas, o jogador deve abrir um caixote do lixo com um martelo, o que requer uma ação mais dura para recuperar uma chave do lixo rodeada de baratas. Os alunos devem percorrer a casa, abrindo portas e seguindo instruções para recolher uma série de chaves e páginas de um diário, datadas e seguidas de um texto assinado pelo "João".

A certa altura, o jogador é confrontado com uma mulher aparentemente inconsciente, mas não morta, deitada no chão, que é a "Maria". O corpo de Maria muda de posição sempre que o jogador olha para o lado. Quando o jogador se aproxima do corpo, os olhos de Maria seguem-no. Noutra momento, o jogador

tem de passar por um buraco na varanda e caminhar sobre uma tábua estreita, provocando medo da altura. A narrativa do jogo centra-se na vida das personagens, João e Maria. Cada uma das seis páginas do diário apresenta uma data que o jogador tem de ligar numa ordem específica para obter um código, que abre um armário no laboratório. Ao abri-lo, o jogador vê o seu reflexo no espelho e apercebe-se de que é o "João". O autor do jogo afirma que, apesar de existir este enredo, a história fica em aberto, permitindo que cada jogador tenha a sua própria interpretação do que aconteceu. O objetivo do jogo é transmitir a narrativa ao jogador de uma forma envolvente e que desperte a curiosidade sobre o que aconteceu (Oliveira et al., 2023).

Após o jogo, os alunos participaram ativamente em discussões abertas durante o curso, recordando e analisando as emoções que sentiram enquanto percorriam o ambiente virtual. Entre o leque de emoções positivas e negativas experimentadas, os alunos destacaram o medo, a apreensão, o nojo, a curiosidade, o mistério, a preocupação, a impotência, a frustração, o tédio, a confusão, a raiva, a surpresa, o choque/alarme, a excitação, a ansiedade, a tensão, o constrangimento, a surpresa, o espanto, a assombro e a satisfação. Os debates estruturados após o jogo proporcionaram uma plataforma para os alunos articularem e refletirem sobre as suas respostas emocionais, promovendo uma compreensão mais profunda das suas próprias competências emocionais. Esta componente reflexiva foi fundamental para ligar a experiência virtual à competência emocional do mundo real, enriquecendo o processo global de aprendizagem.

## Referências

1. Alimohammadi, M., Norouzi, R., & Alhani, F. (2017). The use of virtual reality in nursing education: A systematic review. *Nurse Education Today*, 44, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.019>
2. Arvind Mallik, D. M. (2018). Virtual Reality in Higher Education- Enhance Teaching Delivery by leveraging Quality Learning. *International Journal of Research and Analytical Reviews*, 5(4), 947–950.
3. Azuma, R. T. (1997). A survey of augmented reality. *Presence : teleoperators and virtual environment*, 6(4), 355–385. 10.1162/pres.1997.6.4.355
4. Bailenson, J. N., & Yee, N. (2007). The ecology of avatar presence: Psychological, social, and cultural aspects of a new form of social relationship. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 16(4), 305-329. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00299.x>

5. Bender, K., Kilinc, E., Yang, J., & Kim, J. H. (2018). The effects of virtual reality simulation on nursing students' communication skills and anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 58-64. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p58>
6. Biyik Bayram, S., & Caliskan, N. (2022). The use of virtual reality simulations in nursing education, and Patient Safety. *Contemporary Topics in Patient Safety - Volume 1*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.94108>
7. Bricken, M., & Byrne, C. M. (1993). Summer students in virtual reality. *Virtual Reality*, 199–217. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-745045-2.50019-2>
8. Chang, Y. M., & Lai, C. L. (2021). Exploring the experiences of nursing students in using immersive virtual reality to learn nursing skills. *Nurse Education Today*, 97, 104670. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104670>
9. Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B., & Sun, Z.-L. (2020). Effectiveness of virtual reality in nursing education: Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). <https://doi.org/10.2196/18290>
10. Cobb, S. V., Nichols, S., Ramsey, A., & Wilson, J. R. (1999). Virtual reality-induced symptoms and effects (VRISE). *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 8(2), 169–186. <https://doi.org/10.1162/105474699566152>
11. Cook, M., Lischer-Katz, Z., Hall, N., Hardesty, J., Johnson, J., McDonald, R., & Carlisle, T. (2019). Challenges and strategies for Educational Virtual reality. *Information Technology and Libraries*, 38(4), 25–48. <https://doi.org/10.6017/ital.v38i4.11075>
12. Costello, P.J. *Health And Safety Issues Associated with Virtual Reality: A Review of Current Literature*; Advisory Group on Computer Graphics: Loughborough, UK, 1997
13. Davis, S., Nesbitt, K., & Nalivaiko, E. (2015, January). Comparing the onset of cybersickness using the Oculus Rift and two virtual roller coasters. In *Proceedings of the 11th Australasian conference on interactive entertainment (IE 2015)* (Vol. 27, p. 30). Sydney, Australia: Australian Computing Society.
14. Faiola, A., & Bognar, A. (2019). Simulation in nursing education: A review of the research. *Journal of nursing education and practice*, 9(3), 26-33.
15. Ferrandini Price, M., Escribano Tortosa, D., Nieto Fernandez-Pacheco, A., Perez Alonso, N., Cerón Madrigal, J. J., Melendreras-Ruiz, R., García-Collado, Á. J., Pardo Rios, M., & Juguera Rodriguez, L. (2018). Comparative study of a simulated incident with multiple victims and immersive virtual reality. *Nurse Education Today*, 71, 48–53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.006>
16. Gee, J. P., Hardy, K. K., & Cedel, L. L. (2020). The impact of virtual reality on patient satisfaction and health outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(2), 15-22. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n2p15>

17. Kim, C. H., & Kim, H. J. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.17783/etde.2018.11.1.1-12>
18. King, D., Tee, S., Falconer, L., Angell, C., Holley, D., & Mills, A. (2018). Virtual health education: Scaling practice to transform student learning. *Nurse Education Today*, 71, 7–9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.002>
19. Lang, E., Heger, M., & Bauernfeind, T. (2018). Virtual reality in nursing education: A review of the literature. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(6), 46-53. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p46>
20. Park, Y. J., Kim, E. J., & Kim, J. H. (2020). The effects of virtual reality-based nursing education on learning outcomes and attitudes toward nursing education. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 2907-2917. <https://doi.org/10.1111/jocn.15147>
21. Mills, K. A., Scholes, L., & Brown, A. (2022). Virtual Reality and Embodiment in Multimodal Meaning Making. *Written Communication*, 39(3), 335-369. <https://doi.org/10.1177/07410883221083517>
22. Obukhov, A. D., Krasnyanskiy, M. N., Dedov, D. L., & Nazarova, A. O. (2022). The study of virtual reality influence on the process of professional training of miners. *Virtual Reality : The Journal of the Virtual Reality Society*, 1-25. <https://doi.org/10.1007/s10055-022-00687>
23. Oliveira, I., Oliveira, E. and Gomes, L. (2022). Escape VR: the guilt : um escape room em realidade virtual para elicitación de emoções. Projeto apresentado ao IPCA, para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Desenvolvimento de Jogos Digitais. April, 2022.
24. Oliveira, I., Carvalho, V., Soares, F., Novais, P., Oliveira, E., and Gomes, L. (2023) Development of a Virtual Reality Escape Room Game for Emotion Elicitation. *Information* 2023, 14, 514. <https://doi.org/10.3390/info14090514>
25. Pfeiffer, E., Smith, K., & Quirk, R. (2019). The impact of virtual reality on anatomy and physiology education in nursing students. *Anatomical Sciences Education*, 12(1), 18-26. <https://doi.org/10.1002/ase.1784>
26. Riva, G., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2016). Virtual reality in clinical psychology and neuroscience. *Frontiers in Psychology*, 7, 708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00708>
27. van der Linde-van den Bor, M., Frans-Rensen, S. A., Slond, F., Liesdek, O. C. D., de Heer, L. M., Suyker, W. J. L., Jaarsma, T., & Weldam, S. W. M. (2022). Patients' voices in the development of pre-surgical patient education using virtual reality: A qualitative study. *PEC Innovation*, 1, 100015. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100015>
28. Vince, J. (2004). *Introduction to virtual reality*. Springer Science & Business Media.

# CAPÍTULO 8

## Conclusão e Recomendações para o Futuro

---

*Autores: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA*

### **8.1** Resumo

As mudanças nos sistemas de cuidados de saúde, na profissão de enfermeiro e na prática de enfermagem suscitaram novas exigências para a formação de enfermeiros e para os educadores de enfermeiros. No entanto, a força de trabalho dos enfermeiros continua a ser a maior população de profissionais de saúde na maioria dos países. Em 2020, havia nos países da EU uma média de 8,3 enfermeiros por cada 1000 habitantes (Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos [OCDE]/União Europeia, 2022). A prevalência crescente das doenças crónicas, o envelhecimento da população, os problemas de saúde mundiais (Shustack, 2020) como por exemplo, as pandemias (Lake, 2020), muitos riscos ambientais (Alvarez-Nieto et al., 2018) e as soluções tecnológicas permitiram modificações e alterações nos sistemas de cuidados de saúde transformados. A profissão de enfermagem e a prática de enfermagem procuraram adaptar-se em conformidade (Comissão Europeia, 2017). Os enfermeiros continuam a ser fundamentais para a prestação eficiente e eficaz de cuidados em contextos hospitalares, instalações de cuidados prolongados e contextos de cuidados primários e comunitários. A competência dos enfermeiros mantém, por conseguinte, uma importância crucial nos sistemas de cuidados de saúde. A qualidade dos cuidados de enfermagem e a formação dos estudantes de enfermagem continuam a ser o eixo central dos bons sistemas de saúde.

Neste contexto, são indicadas as exigências e as necessidades de adoção de novas abordagens e métodos de ensino e de estratégias adaptativas ao trabalho e à competência dos educadores de enfermagem (Salminen et al., 2021). Espera-se que este manual contribua para as narrativas e esforços que procuram otimizar o trabalho e a competência dos enfermeiros educadores. A competência dos enfermeiros educadores é essencial para que seja oferecida uma educação em enfermagem de alta qualidade e baseada em evidências, com o objetivo de desenvolver os conhecimentos, capacidades e

atitudes dos estudantes de enfermagem (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2021). Os autores deste manual acreditam que o mesmo é um contributo válido e útil para o desenvolvimento das competências necessárias dos enfermeiros educadores para permitir e orientar o desenvolvimento da inteligência emocional nos estudantes de enfermagem.

Na sua essência, este manual é um recurso eclético de informações e reflexões para enfermeiros educadores relativamente ao desenvolvimento da inteligência emocional nos estudantes de enfermagem. O desenvolvimento da inteligência emocional entre os estudantes de enfermagem tem sido distinguido como um ativo central da educação em enfermagem. Esta afirmação ecoa através do projeto e de todos os seus produtos e resultados, incluindo este manual. Especificamente, este capítulo apresenta recomendações para os educadores de enfermagem para o futuro, neste domínio. Nas secções seguintes, os académicos do projeto SG4NS partilham os resultados dos exercícios de reflexão e avaliação que realizaram nos últimos meses de execução do projeto. As recomendações baseiam-se numa análise crítica da sua experiência nas atividades do projeto e no feedback de avaliação que recolheram no decurso da realização do projeto entre 2020-2023 em seis universidades parceiras do projeto em Portugal, Itália, Roménia, Espanha e Malta.

O projeto SG4NS (2020-2023) foi concebido e realizado para responder às exigências dos sistemas de saúde modernos acima referidas e para contribuir para o desenvolvimento da prática do enfermeiro educador no que diz respeito aos seus esforços para desenvolver a inteligência emocional entre os estudantes de enfermagem. Com este projeto, foram dados os primeiros passos para responder à necessidade de abordagens novas e eficazes para o desenvolvimento da inteligência emocional.

O projeto compôs-se de várias atividades e resultados, incluindo a realização de uma revisão da literatura, o desenvolvimento de um *Serious Game* que implicou a utilização de tecnologia imersiva de realidade virtual e um *workshop* pedagógico; todos com o objetivo de desenvolver a inteligência emocional entre os estudantes de enfermagem. O *workshop* foi bem recebido por aqueles que se ofereceram para participar. A multinacionalidade dos participantes foi considerada uma faceta

enriquecedora do projeto. As recomendações que se seguem decorrem de todo o que foi dito anteriormente.

## **8.2 Recomendações Para o Contributo dos Educadores de Enfermagem para o Desenvolvimento de Competências Emocionais em Estudantes de Enfermagem**

### ***Recomendação 1: Requisitos universais de "desenvolvimento da inteligência emocional" dos estudantes de enfermagem***

Os requisitos da inteligência emocional dos estudantes de enfermagem devem ser discutidos e harmonizados a nível pan-europeu e, gradualmente, a nível mundial. Tendo em conta os fenómenos da globalização e da mobilidade dos enfermeiros na força de trabalho mundial, é indicado um consenso universal sobre os requisitos de "desenvolvimento da inteligência emocional" dos estudantes de enfermagem. Sugere-se mais investigação para procurar orientação na conceção de estratégias de "desenvolvimento da inteligência emocional" que sejam universais, permitindo a disponibilização e o acesso a recursos educativos que possam orientar e apoiar o desenvolvimento da inteligência emocional entre os estudantes de todo o mundo. O projeto SG4NS constituiu um primeiro passo nesta direção. O desperdício e a ineficiência, decorrentes da fragmentação dos investimentos e da duplicação de iniciativas, são desafios que os enfermeiros educadores enfrentam atualmente (Leaver et al, 2022) pelo que as colaborações internacionais são vistas como verdadeiras soluções sustentáveis para colmatar as lacunas e discrepâncias identificadas na formação de enfermeiros no que respeita ao desenvolvimento da inteligência emocional. Recomenda-se, por conseguinte, a determinação dos requisitos universais de inteligência emocional dos estudantes de enfermagem para consolidar e economizar conhecimentos, recursos, iniciativas e investimentos nos diferentes países.

### ***Recomendação 2: Desenvolver oportunidades educativas internacionais para os educadores de enfermagem no que respeita ao desenvolvimento da inteligência emocional entre os estudantes de enfermagem***

É necessário modelar a competência dos educadores de enfermagem e basear a sua formação em diretrizes e parâmetros universais que, por sua vez, se baseiam nas melhores provas disponíveis. Esta recomendação é proposta com vista a defender os benefícios de níveis universais de desenvolvimento da inteligência emocional entre os estudantes de enfermagem na realidade atual, acima referida. A literatura apela extensivamente a uma melhoria e a uma maior igualdade na qualidade do ensino de enfermagem a nível mundial, de modo a abordar as disparidades na qualidade dos serviços de enfermagem em todo o mundo (Sato et al.2020). O desenvolvimento profissional contínuo (CPD) é um processo de aprendizagem autodirigido (Drude et al., 2019) que é necessário ao longo de toda a duração da atividade de um educador. Recomenda-se a criação de um programa universal estruturado de CPD para os enfermeiros educadores, a fim de apoiar o "desenvolvimento da inteligência emocional" dos estudantes de enfermagem. Este CPD permitirá o desenvolvimento contínuo das competências dos enfermeiros educadores neste domínio (Pool et al., 2015) e permitir-lhes-á responder a realidades dinâmicas ao longo dos seus anos de prática profissional como educadores.

***Recomendação 3: Orientar as instituições de formação de enfermeiros e os empregadores de enfermeiros educadores para que canalizem recursos, incluindo tempo e dinheiro, para apoiar as estratégias e abordagens dos enfermeiros educadores que são direcionadas para o desenvolvimento da inteligência emocional dos estudantes de enfermagem***

Os avanços na utilização da tecnologia na educação e a alteração das características das populações estudantis exigem conhecimentos e competências que estão associados a modos e métodos modernos de ensino e aprendizagem. Por um lado, os desafios globais e de gestão do trabalho enfrentados pelos educadores de enfermeiros (EU-OSHA 2018, Howard et al., 2022), incluindo os avanços tecnológicos, juntamente com as alterações demográficas em toda a Europa, que aumentam a procura de cuidados de saúde e a escassez de enfermeiros e educadores de enfermeiros, são elementos reconhecidos das atuais instituições de ensino de enfermeiros. Por outro lado, os enfermeiros educadores sofrem de uma elevada carga de trabalho, normalmente distribuída de forma desigual ao longo do ano académico (Rinne et al., 2022). Os recursos necessários para desenvolver conjuntos de conhecimentos e competências e os recursos necessários para que os educadores de enfermagem integrem e utilizem eficazmente as

novas tecnologias no seu ensino devem receber mais atenção e investimento. As conclusões deste projeto corroboram a opinião de que existe pouca investigação sobre as necessidades dos enfermeiros educadores a este respeito. Esta lacuna de conhecimento realça a necessidade de investigação futura. É importante não esquecer que os educadores individuais e os contextos específicos de cada país têm necessidades diferentes, porque (1) as linhas de partida iniciais variam consoante o contexto e (2) o ritmo e a natureza do dinamismo num contexto específico também variam de um para outro. Recomenda-se, por conseguinte, que o investimento seja canalizado especificamente para o desenvolvimento da inteligência emocional.

**Recomendação 4: Estabelecer um centro internacional de "desenvolvimento da inteligência emocional" para a profissão de enfermeiro**

A partilha de conhecimentos e experiência entre as entidades parceiras no SG4NS proporcionou um espaço rico para a aprendizagem e o desenvolvimento. Por conseguinte, recomenda-se a criação de um centro para o "desenvolvimento da inteligência emocional" para a profissão de enfermagem, a fim de promover o desenvolvimento de qualidade da inteligência emocional em todo o mundo. Uma das principais funções do centro será promover colaborações entre entidades de diferentes países, bem como permitir intercâmbios entre educadores individuais, presencial, e de recursos, experiências e conhecimentos especializados. Acredita-se que este centro tem o potencial de aumentar as possibilidades de colaboração profissional internacional de uma forma estruturada e sistemática para melhorar a educação unificada e harmonizada dos estudantes de enfermagem em todo o mundo. A aprendizagem e o crescimento que resultaram da experiência transnacional deste projeto são louváveis e recomenda-se mais aprendizagem e crescimento desta natureza. O centro permitirá a assimilação, a revisão e a avaliação de futuros estudos de investigação, tendo em vista a divulgação efetiva de provas e de melhores práticas. No mínimo, o centro recomendado servirá de repositório de recursos que facilitam o ensino e a aprendizagem dos enfermeiros educadores. Os resultados do projeto SG4NS, incluindo o *serious game* e a revisão da literatura e o *workshop*, serão os componentes fundadores deste centro. Outros recursos serão cocriados por educadores ou equipas de educadores e partilhados entre nações, para apoiar a força de trabalho dos futuros educadores de enfermagem e os estudantes de enfermagem

do futuro. O centro poderá (1) partilhar conselhos sobre o "desenvolvimento da inteligência emocional" na força de trabalho dos enfermeiros com organizações mundiais, como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), e (2) proporcionar um espaço de trabalho formal para a investigação. Esta atividade de investigação é necessária, uma vez que fornece as provas que podem informar a política, a prática, o ensino e a aprendizagem.

**Recomendação 5: A adoção de tecnologias imersivas, incluindo a utilização de *serious games* e de auscultadores de RV para permitir o desenvolvimento da inteligência emocional, exige cautela e deve ser precedida de uma análise situacional do contexto**

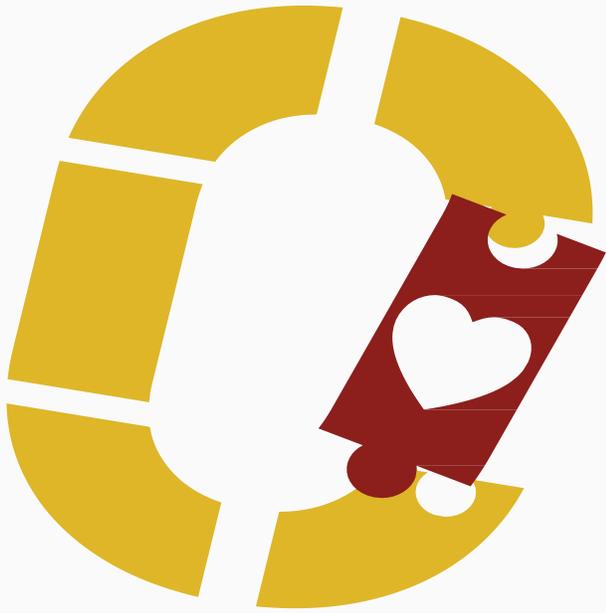
O projeto SG4NS utilizou um *serious game* imersivo que incluía a utilização de auscultadores de RV. Embora se tenha revelado um elemento de atração para os alunos participarem num *workshop* sobre o desenvolvimento da inteligência emocional, as lacunas e limitações na proficiência e no conforto dos educadores e dos alunos com a utilização das referidas ferramentas e equipamentos tecnológicos apresentaram desafios significativos. Além disso, a duração da atividade de aprendizagem que implicou a utilização dos auscultadores de RV e o local da atividade de aprendizagem teriam claramente beneficiado de considerações mais amplas aquando do planeamento. Após avaliação, estes desafios foram identificados como potenciais ameaças e obstáculos que prejudicaram e comprometeram o ensino e a aprendizagem, a vários níveis, em diferentes indivíduos.

Tendo em conta o exposto, recomenda-se que antes da realização de uma iniciativa educativa que utilize ferramentas e equipamentos como os auscultadores de RV e *serious games*, a abordagem e a estratégia da iniciativa educativa sejam cautelosamente mapeadas em função de uma análise da situação, ou seja, do contexto em que esta iniciativa educativa será disponibilizada e realizada.

## Referências

1. Drude, K. P., Maheu, M., & Hilty, D. M. (2019). Continuing Professional Development: Reflections on a Lifelong Learning Process. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(3), 447–461. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.05.002>

2. Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G., & ten Cate, O. (2015). Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: a biographical approach. *International journal of nursing studies*, 52(5), 939–950. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>
3. Howard A., Antczak R., & Albertsen K. 2022. Education – Evidence from the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). The European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). [https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2022/10/Education%E2%80%93evidence-ESENER\\_en.pdf](https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2022/10/Education%E2%80%93evidence-ESENER_en.pdf)
4. Rinne, J., Leino-Kilpi, H., Saaranen, T., Pasanen, M., & Salminen, L. (2022). Educators' occupational well-being in health and social care education. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 72(5), 289–297. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac024>
5. Singh, C., Cross, W, Munro, I., & Jackson, D. (2020). Occupational stress facing nurse academics— A mixed-methods systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 720–735. <https://doi.org/10.1111/jocn.15150>
6. Leaver, C. A., Stanley, J. M., & Veenema, T. G. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on the future of nursing education. *Academic Medicine*, 97(3), S82.
7. Alvarez-Nieto, C., Richardson, J., Parra-Anguita, G., Linares-Abad, M., Huss, N., Grande- Gascón, L., Grose, J., Huynen, M., López-Medina, I.M., 2018. Developing digital educational materials for nursing and sustainability
8. European Commission, 2017. State of health in the EU companion report 2017. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017\\_companion\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf)
9. Lake, M.A., 2020. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. *Clinical Medicine (Lond)* 20 (2), 124–127.
10. OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
11. Shustack, L., 2020. Integrating Google Earth in community health nursing courses preparing globally aware nurses. *Nurse Educ.* 45 (2), E11–E12.
12. Satoh, M., Fujimura, A., & Sato, N. (2020). Competency of academic nurse educators. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820969389. <https://doi.org/10.1177/2377960820969389>



**Serious Games** - Developing Emotional Competences for Nursing Students  
2020-1-PT01-KA203-078847, co-financed by Erasmus + Program KA2 -  
Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA203 -  
Strategic Partnerships for higher education