

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação
Universidade de Coimbra

As competências emocionais na formação do Fisioterapeuta

- Estudo com um grupo de alunos de Fisioterapia –

Sandra Isabel Paula de Carvalho

Coimbra, 2009

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação
Universidade de Coimbra

As competências emocionais na formação do Fisioterapeuta

- Estudo com um grupo de alunos de Fisioterapia –

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Pedagógica, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Mendes Correia Couceiro Figueira.

Sandra Isabel Paula de Carvalho

Coimbra, 2009

“A inteligência emocional permite transformar a nossa impulsividade numa energia que nos motiva a concretizar os nossos objectivos em vez de nos afastar deles. Fornece-nos a consciência do momento presente, de modo a que os passos que nos levam em direcção ao nosso objectivo sejam portadores de tantos prazeres como a realização do objectivo em si mesmo” (Chabot, 2000, p. 198).

Agradecimentos

E assim, passo a passo, caminhei em direcção à meta de um grande desafio - o mestrado em Psicologia, curiosamente, em paralelo com o maior desafio que enfrentei até agora na minha vida - a minha primeira gravidez...

Em todo o caminho, fui acompanhada por algumas estrelas guias a quem não posso deixar de me referir, ainda que as palavras sejam um meio muito limitado de expressar a minha gratidão pelos seus actos:

À Professora Doutora Ana Paula Couceiro Figueira, que me deu a conhecer este fascinante tema e, acima de tudo, sempre me ensinou, guiou, incentivou, aconselhou, em suma, orientou, em todo este processo.

À Professora Doutora Anabela Correia Martins, Fisioterapeuta e Professora da Escola Superior de Tecnologia da Saúde onde decorreu este estudo, o meu muito sincero e profundo agradecimento pela sua incansável, solícita e preciosa ajuda.

Aos alunos do 4º ano do Curso de Fisioterapia que foram participantes neste estudo, pela sua imediata e interessada adesão a este projecto.

À minha família e amigos, que sempre me incentivaram e acreditaram na conclusão desta dissertação.

Em especial, uma palavra de incomensurável agradecimento e reconhecimento ao meu companheiro de viagem nesta vida, pelo seu apoio incondicional, ajuda infinita, sabedoria de vida, tolerância a tantas horas que lhe foram roubadas e sobretudo, por ser o “lastro” da minha existência!

Ainda uma doce palavra de carinho para com a minha íntima companheira, querida filha ainda por nascer e, na conclusão desta jornada, já recém-nascida, que tantas horas sentada ao computador tolerou, tantos momentos de desânimo sentiu, tantos momentos de dedicação lhe foram adiados...mas que tanta força e coragem me enviou, porque a sua simples presença me torna numa pessoa maior e melhor. Enfim

“Já não sou eu, mas outro que mal acaba de começar.”

Samuel Beckett

Resumo

Ser fisioterapeuta implica satisfazer múltiplas exigências, acarretando mais do que um avultado conhecimento teórico ou uma elevada competência técnica. Exige, igualmente, a gestão da constante interacção de si próprio com os outros, quer sejam utentes (alvo e razão prioritária da existência da profissão), quer familiares dos utentes, colegas ou demais profissionais da equipa multidisciplinar em que possam estar integrados. Neste sentido, o fisioterapeuta deve ser possuidor de um conjunto vasto e diversificado de saberes e competências, enquadradas num referencial ético de postura profissional.

Consideramos que o reconhecimento das competências emocionais é uma das chaves para a humanização dos cuidados prestados ao utente, maximizando a sua qualidade. Reflexo da própria Inteligência Emocional, as competências emocionais dotam os sujeitos de habilidades fulcrais para o seu próprio desenvolvimento pessoal, profissional e social. Neste sentido, perante a escassez de investigações incidentes na aproximação das competências emocionais e da Fisioterapia, a presente investigação pretende realizar um estudo preliminar sobre as concepções e percepções dos alunos de Fisioterapia em torno das competências emocionais, tentando realçar a importância da formação neste âmbito.

A amostra seleccionada é constituída por 26 alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura em Fisioterapia numa Escola pública. Indo ao encontro dos objectivos definidos e da questão central do estudo, foi utilizado, como instrumento de pesquisa, um guião de narrativa semi-estruturado. A auto-reflexão desenvolvida pelos elementos da amostra permitiu concluir que mesmo perante a ausência de formação dirigida às competências emocionais, os alunos conseguem destacá-las, com maior ou menor predominância, e reconhecem não só a importância dessas competências, como a importância de adquirirem conhecimentos nesta área. Para além disto, os resultados permitiram uma reflexão em torno das práticas de cuidados, sublinhando a importância de que o paradigma do cuidar (em vez do tratar) ganha mais sentido quando o profissional de saúde é revestido de emoções inteligentes que direccionam as suas práticas.

Sugerem-se investigações com amostras mais diversificadas, contribuindo assim para o desenvolvimento emocional dos indivíduos e para a sua formação, enquanto pessoas emocionalmente inteligentes.

Palavras-chave: Competências emocionais; Fisioterapia; formação; concepções; percepções.

Abstract

Being physiotherapist involves multiple requirements, causing more than a substantial theoretical knowledge or a high technical competence. Requires also the management of the constant interaction of self with others, whether there are users (priority target and reason of the existence of the profession), or relatives of users, colleagues or other professionals in the multidisciplinary team that may be integrated. In this sense, the physical therapist must possess a wide and diverse range of knowledge and skills, in a reference framework for ethical professional stance.

We believe that the recognition of emotional competence is a key to the humanization of care. Reflection of the Emotional Intelligence, emotional skills equip the person of core skills for their own personal development, professional and social. Accordingly, given the paucity of research focused on approximation of Physiotherapy and emotional skills, this research intends to undertake a preliminary study on the conceptions and perceptions of students of Physiotherapy around emotional skills, trying to highlight the importance of education and training in this area.

The sample consists of students attending the 4th year of Degree of Physiotherapy in a public school. In line with the objectives and the central question of the study, was used as a research tool, a script of semi-structured narrative. Self-reflection developed by elements of the sample indicated that even in the absence of education and/or training directed at the emotional skills, students manage to highlight them, with more or less predominance, and recognize not only the importance of these skills, such as the importance of acquiring knowledge in this area. Furthermore, the results allowed a discussion around the practice of care, emphasizing the importance of the paradigm of care (rather than treat) gained more meaning when the health professional is coated with emotions that lead their smart practices.

We suggest research with more diverse samples, thus contributing to the emotional development of individuals and to their education and training, while emotionally intelligent people.

Keywords: emotional skills, Physiotherapy, training, ideas, perceptions.

Résumé

Soyez physiothérapeute implique de multiples exigences, causant plus d'un des connaissances théoriques ou d'une grande compétence technique. Nécessite également la gestion de l'interaction constante de soi avec les autres, si les utilisateurs (objectif prioritaire, et la raison de l'existence de la profession), ou des familles de les utilisateurs, collègues ou autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire qui mai être intégrées. En ce sens, le physiothérapeute doit posséder une vaste gamme de connaissances et de compétences, dans un cadre de référence pour la position de l'éthique professionnelle.

Nous pensons que la reconnaissance de las compétences affectives est un élément clé de l'humanisation des soins. Réflexe de l'Intelligence Émotionnelle, les compétences affectives équipe de sujets de compétences de base pour leur propre développement personnel, professionnel et social. En conséquence, étant donné la rareté de la recherche est axée sur le rapprochement de la Physiothérapie et les compétences affectives, cette recherche vise à entreprendre une étude préliminaire sur les conceptions et les perceptions des étudiants de Physiothérapie dans les compétences affectives, en essayant de mettre en évidence l'importance de la formation dans ce domaine.

L'échantillon est composé d'élèves fréquentant la 4e année de Degré en Physiothérapie à une école publique. En ligne avec les objectifs et la question centrale de l'étude, a été utilisé comme un outil de recherche, un script de semi-structurées narrative. Autoréflexion développé par des éléments de l'échantillon ont indiqué que, même en l'absence de formation à l'intention de compétences affectives, des étudiants à les mettre en lumière, plus ou moins prédominante, et reconnaître non seulement l'importance de ces compétences, telles que l'importance de l'acquisition connaissances dans ce domaine. En outre, les résultats ont une discussion autour de la pratique des soins, en mettant l'accent sur l'importance du modèle de soins (plutôt que de traiter) a obtenu plus de sens lorsque le professionnel de la santé est enduit avec les émotions qui mènent leurs pratiques intelligentes.

Proposer la recherche avec des échantillons plus diversifiés, contribuant ainsi au développement affectif des individus et à leur formation, alors que des personnes intelligentes émotionnellement.

Mots-clés: compétences affectives, la physiothérapie, de la formation, les idées, les perceptions.

Índice

| | Pág. |
|---|-------------|
| Agradecimentos | iv |
| Resumo | v |
| Abstract | vi |
| Résumé | vii |
| Índice | viii |
| Índice de Quadros | x |
| Índice de Figuras | xii |
| Índice de Gráficos | xii |
| | |
| Introdução | 14 |
| | |
| <i>Parte I – Enquadramento Conceptual</i> | |
| Capítulo 1 - Um olhar sobre a Fisioterapia | |
| 1.1 A Fisioterapia e o Fisioterapeuta | 21 |
| 1.2 A formação do Fisioterapeuta | 27 |
| 1.3 O Fisioterapeuta como profissional de relação | 37 |
| Capítulo 2 - Inteligência Emocional, Competências Emocionais e Sócio-Emocionais | |
| 2.1 A Inteligência, as Emoções e a Inteligência Emocional | 47 |
| 2.1.1 Inteligência | 47 |
| 2.1.2 Emoções | 51 |
| 2.1.3 Da Inteligência e das Emoções à Inteligência Emocional | 56 |
| 2.2 Modelos de Inteligência Emocional | 61 |
| 2.2.1 O modelo de habilidades cognitivas de inteligência emocional de J. Mayer e P. Salovey | 63 |
| 2.2.2 O modelo de inteligência emocional de D. Goleman | 67 |
| 2.2.3 O modelo de inteligência emocional e social de Bar-On | 71 |
| 2.3 A avaliação da Inteligência Emocional | 76 |
| 2.3.1 Testes de habilidades | 78 |
| 2.3.2 Testes de auto-avaliação | 81 |
| 2.3.3 Testes de 360 graus | 84 |
| 2.4 Competências Emocionais e Sócio-Emocionais | 84 |

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo 3 – Método

| | |
|---|-----|
| 3.1 Questão em Análise | 92 |
| 3.1.1 Objectivo Geral | 92 |
| 3.1.2 Objectivos Específicos | 93 |
| 3.2 Tipo de Investigação | 95 |
| 3.3 Participantes | 96 |
| 3.4 Instrumento | 99 |
| 3.4.1 Recolha dos dados – Narrativa escrita com guião | 99 |
| 3.5 Metodologia da Análise de Dados | 103 |
| 3.5.1 Análise de conteúdo | 103 |
| 3.5.2 Procedimento HOMALS | 119 |
| 3.6 Procedimento geral | 120 |

Capítulo 4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

| | |
|--|-----|
| 4. 1 Apresentação e Análise dos Resultados | 123 |
| 4.1.1 Análise Descritiva | 123 |
| 4.1.2 Análise Inferencial | 155 |
| 4. 2 Síntese e Discussão dos Resultados | 165 |

| | |
|-----------------------------------|-----|
| Notas Finais e Implicações | 174 |
|-----------------------------------|-----|

| | |
|---------------------|-----|
| Bibliografia | 181 |
|---------------------|-----|

Anexos

Anexo 1 – Consentimento informado dos elementos da amostra.

Anexo 2 – Guião da Narrativa

Índice de Quadros

| | Pág. |
|--|-------------|
| Quadro 1: Competências emocionais e sociais do modelo de Goleman. | 70 |
| Quadro 2: Diferenças entre os tipos de medidas de inteligência emocional. | 78 |
| Quadro 3: Distribuição da amostra por gênero. | 98 |
| Quadro 4: Distribuição da amostra por idade. | 98 |
| Quadro 5: Critérios e questões correspondentes ao guião da narrativa. | 108 |
| Quadro 6: Categorias, suas operacionalizações e níveis das respostas dos elementos do guião da narrativa. | 109 |
| Quadro 7: Definição de Fisioterapia, de acordo com a totalidade da amostra. | 123 |
| Quadro 8: Definição de Fisioterapia, de acordo com o gênero dos alunos. | 123 |
| Quadro 9: Definição de Fisioterapia, de acordo com a idade dos alunos. | 124 |
| Quadro 10: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com a totalidade da amostra | 124 |
| Quadro 11: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com o gênero dos alunos. | 124 |
| Quadro 12: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com a idade dos alunos. | 125 |
| Quadro 13: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com a totalidade da amostra. | 126 |
| Quadro 14: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com o gênero dos alunos. | 126 |
| Quadro 15: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com a idade dos alunos. | 127 |
| Quadro 16: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com a totalidade da amostra. | 127 |
| Quadro 17: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com o gênero dos alunos. | 128 |
| Quadro 18: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com a idade dos alunos. | 128 |
| Quadro 19: Definição de competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra. | 131 |
| Quadro 20: Definição de competências emocionais, de acordo com o gênero dos alunos. | 131 |
| Quadro 21: Definição de competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos. | 131 |
| Quadro 22: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra. | 132 |
| Quadro 23: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com o gênero dos | 132 |

alunos.

Quadro 24: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos. 132

Quadro 25: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra. 133

Quadro 26: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com o género dos alunos. 133

Quadro 27: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos. 133

Quadro 28: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com a totalidade da amostra. 134

Quadro 29: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com o género dos alunos. 135

Quadro 30: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com a idade dos alunos. 135

Quadro 31: Auto-percepção das competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com a totalidade da amostra. 136

Quadro 32: Auto-percepção das competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com o género dos alunos. 136

Quadro 33: Auto-percepção de competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com a idade dos alunos. 137

Quadro 34: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra. 142

Quadro 35: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos. 142

Quadro 36: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos. 143

Quadro 37: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra. 143

Quadro 38: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos. 144

Quadro 39: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos. 144

Quadro 40: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra. 144

Quadro 41: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências 145

emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos.

Quadro 42: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos. 145

Quadro 43: Aquisição de formação em competências emocionais, alheia à formação académica do curso base, de acordo com a totalidade da amostra. 146

Quadro 44: Aquisição de formação em competências emocionais, alheia à formação académica do curso base, de acordo com o género dos alunos. 146

Quadro 45: Aquisição de formação em competências emocionais, extrínseca à formação académica do curso base, de acordo com a idade dos alunos. 146

Quadro 46: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com a totalidade da amostra. 150

Quadro 47: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com o género dos alunos. 151

Quadro 48: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com a idade dos alunos. 151

Quadro 49: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com a totalidade da amostra. 152

Quadro 50: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com o género dos alunos. 152

Quadro 51: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com a idade dos alunos. 152

Índice de Figuras

| | Pág. |
|--|------|
| Figura 1: Descrição circular dos ramos da inteligência emocional do modelo de Mayer e Salovey (Trad. e adapt. Mayer, Salovey et al., 2000, in Franco, 2003, p. 91). | 67 |

Índice de Gráficos

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfico 1: Distribuição da amostra por género. | 98 |
| Gráfico 2: Distribuição da amostra por idade. | 98 |

Introdução

“As emoções humanas são um universo no interior do qual gravitamos a todo o instante. Em todos os dias da nossa vida, para não dizer em cada minuto e mesmo em cada segundo, temos de fazer frente às nossas emoções e às dos outros. As emoções desempenham um papel central e capital no equilíbrio e na saúde dos seres humanos”
(Chabot, 2000, p.17).

A temática das emoções e sentimentos tem sido tratada essencialmente pela Psicologia e só nos últimos anos aparece nos estudos da Neurociência, divulgados em especial por António Damásio. Porém, o conhecimento é uno e todas as disciplinas contribuem para o seu desenvolvimento, aproveitando o conhecido, aprofundando-o e alargando-o e estudando o fenómeno sob uma perspectiva particular que inclui um quadro de referência próprio. Assim, porque seguramente, esta é uma das áreas de estudo transdisciplinar, a disciplina de Fisioterapia necessita de a estudar sob a sua própria perspectiva.

Através da sua intervenção, a Fisioterapia tem como objectivo contribuir para o bem-estar e qualidade de vida do utente, através de uma intervenção dirigida, da prevenção, aconselhamento e orientação e educação para a saúde, tendo em vista os seus valores e expectativas, objectivos a curto, médio e longo prazo e a obtenção dos melhores resultados (Guerra, 2008). A sua eficácia depende, em grande parte, da capacidade em reconhecer as variáveis pessoais, sociais e culturais da pessoa (ou grupo), utente dos cuidados. Este frequentemente utiliza indícios, que podem ser ténues, através da expressão facial e/ou corporal, que requerem sensibilidade para serem descortinados, pelo que este processo envolve o reconhecimento do outro como pessoa (ser único e complexo) e implica uma avaliação, não só dos variadíssimos aspectos fisiológicos e das capacidades de aprendizagem do utente, mas também dos aspectos psicológicos que envolvem emoções e sentimentos, por vezes complexos e contraditórios e que se modificam ao longo do tempo.

Nesta perspectiva, e segundo Damásio (1995), emoções e sentimentos são os sensores para o encontro, ou falta dele, entre a natureza (tanto a natureza que herdámos enquanto conjunto de adaptações geneticamente estabelecidas, como a natureza que adquirimos por via do desenvolvimento individual) e as circunstâncias. Servem de guias internos e ajudam-nos a comunicar aos outros sinais que também os podem guiar. Não são intangíveis nem ilusórios, são precisamente tão cognitivos como qualquer outra percepção, conclui o autor.

Todavia, verificamos que, apesar do relacionamento entre o profissional e o utente ser cada vez mais valorizado, os “cuidados técnicos” continuam a condicionar a prática de cuidar (Collière, 2003). Continuamos imbuídos de dicotomias, onde a técnica e a relação debatem ainda a preponderância (Madeira, 2007). Porque não a equidade?

A nossa experiência da prática de cuidados, leituras e reflexões, levou-nos a compreender que as emoções, e tudo aquilo que sentimos, têm uma importância capital na interacção humana de cuidar. Mayer, Salovey e Caruso (2000) enquadram as emoções na tríade das operações mentais fundamentais, a par com as motivações e com a cognição. Concretamente, estamos a falar de elementos cruciais como a forma como o indivíduo percebe, entende, se relaciona com os outros e as interpretações que faz das suas vivências (Mischel, 2004), os quais influenciam directamente os seus comportamentos e a sua interacção com mundo, pelo que é fundamental uma reflexão constante em torno de si mesmo. Apesar de se tratar de uma realidade pouco debatida e pouco ou nada analisada entre os fisioterapeutas, pelo menos, de um modo tão intencional, ela existe e está tão presente como a sua subjectividade, pelo simples facto, mas ao mesmo tempo complexo, de o fisioterapeuta ser uma pessoa com sentimentos e emoções.

A nossa experiência mostrou-nos ainda que a vivência emocional de cuidar quando é perturbadora, quando implica sofrimento, inscreve-se num processo natural de defesas dessas emoções, de distanciamento dos sentimentos, mas que podem cristalizar e “gelar” o processo interactivo de cuidados (Diogo, 2006). Apesar da procura de defesas e de protecção constituir um recurso, este não legitima o cuidar na sua essência e precipita as interacções insípidas e indiferentes que não traduzem a humanização na generalidade dos cuidados de saúde, e em particular nos cuidados de Fisioterapia.

Assumindo que, segundo Damásio (2003), as emoções e sentimentos nos permitem uma avaliação dos estados internos e das circunstâncias externas (o que lhe associa um importante papel cognitivo), conferindo a capacidade de dar respostas com eficácia e que, com a combinação frutífera de memórias do passado, imaginação e raciocínio, os sentimentos levam à emergência da capacidade de antevisão e previsão de problemas e à possibilidade de criar soluções novas e não estereotipadas, facilmente compreendemos a importância e utilidade das emoções e dos sentimentos. Se anexarmos a esta ideia que “...a inteligência nasce da nossa capacidade de apreender, compreender e utilizar tudo o que nos liga ao mundo e nos faz viver” (Collière, 2003, p. 159), indubitavelmente, associamos emoção e inteligência, pois delas surge desenvolvimento, crescimento. Apesar das diferentes concepções de inteligência e não obstante o tipo de inteligência, ela implica juntar informação, aprender com essa mesma

informação e utilizá-la para raciocinar, o que envolve capacidades mentais associadas a operações cognitivas (Mayer, Salovey & Caruso, 2000).

Neste sentido, vamos ao encontro de um conceito que se tem disseminado, pelo seu potencial inovador, em diversas esferas de actuação, o de Inteligência Emocional (IE). Segundo Mayer e Salovey (1997, in Caruso, 1999, p.2), a IE é conceptualizada como “... *the ability to perceive emotions, to access and generate emotions so as to assist thought, to understand emotions and emotional knowledge, and to reflectively regulate emotions so as to promote emotional and intellectual growth*”.

Porém, Piscitelli (1998, in Ferreira, 2006) considera o termo Inteligência Emocional uma redundância já que, em sua opinião, a inteligência é implicitamente emocional.

A associação entre os dois construtos instalou a curiosidade e a controvérsia por parte de diversos investigadores, sendo tema de debate nas comunidades científicas de diversos países (Madeira, 2007). Surge assim uma preocupação em validar a Inteligência Emocional, ou seja, em dotá-la de métodos e técnicas que permitam uma avaliação correcta e fidedigna (Bar-On, 2007; Goleman, 2000; Mayer & Salovey, 1997). Multiplica-se a literatura em torno deste conceito e nas suas capacidades/habilidades, as quais são frequentemente apresentadas como indicadores de sucesso em qualquer profissão. Estamos a falar de habilidades que o indivíduo deve possuir e as quais englobam terminologias conhecidas, como a auto-estima, a empatia, a motivação, a gestão emocional, a percepção e compreensão das emoções, a assertividade, entre outras (Bar-On, 2007; Goleman, 2000; Mayer & Salovey, 1997).

O tema deste estudo emerge assim das teorias que sustentam que há uma relação vantajosa entre razão e emoção (Damásio, 1995), servindo a última como barómetro interno para a mente racional tomar uma decisão eficaz e construtiva. Esta noção de eficácia concretiza-se melhor, quanto mais e melhor forem desenvolvidas as capacidades inerentes à IE, que em contextos laborais se assumem como competências emocionais. Uma vez identificadas essas capacidades, o que Damásio (1995) clarifica e Goleman (1995, 1999, 2000 in Branco, 2007) defende, é que as pessoas emocionalmente competentes apresentam, nos contextos de vida prática, uma relação consigo e com os outros francamente mais positiva do que aqueles que apresentam sinais de iliteracia emocional.

A partir desta relação, entre competência emocional e qualidade relacional, clarifica-se a questão em estudo: saber um pouco mais sobre até que ponto os alunos de Fisioterapia têm e/ou adquirem essas capacidades, que lhes permitam pôr em prática essa relação.

Um estudo desenvolvido por Mercadier (2004), que incide no trabalho emocional dos prestadores de cuidados, revelou a importância extrema e a obrigação implícita da gestão das

emoções, interiorizada precocemente com o processo de socialização profissional que se inicia com a formação inicial. Neste sentido, parece legítimo abordar as concepções e percepções dos alunos, das suas próprias competências emocionais e àquelas que eventualmente lhe são transmitidas na sua formação base, como elementos fundamentais no processo relacional de cuidados.

Neste sentido, não é nossa pretensão avaliar competências ou fazer diagnósticos, mas sim reflectir sobre a actualidade da inteligência emocional e, especificamente, da aplicabilidade das habilidades inerentes ao seu desempenho profissional. Compreensivelmente, em profissões que primam pela relação e que se desenvolvem em torno da interacção humana, como a Fisioterapia, as competências emocionais são projectadas para a liderança das exigências aos seus profissionais, pois “(...) para o fisioterapeuta, é precisamente o ser humano em toda a sua força, vulnerabilidade e unicidade que constitui objecto da sua competência” (Ferreira, 2006, p. 10).

O desenvolvimento deste estudo surge, então, da motivação em relacionar a Fisioterapia com esta temática e com as suas directrizes teóricas, salientando a ausência de suporte literário neste contexto e a necessidade real em sublinhar a importância das competências emocionais na relação com o utente e na realização dos cuidados, atendendo à valorização das percepções destes profissionais de saúde. Defendemos a actualização e o investimento em competências emocionais, como elementos activos no desempenho exigente, que reveste e deve revestir a qualidade dos cuidados do fisioterapeuta, uma vez que, de acordo com Diogo (2006), estas competências pessoais podem representar o elo de ligação dos cuidados técnicos com a vivência relacional do cuidar.

Neste sentido, a arquitectura deste trabalho procura ir ao encontro das necessidades do próprio estudo, pelo que é dividido em dois momentos de investigação. Assim, e após esta breve introdução, que procura servir de fio condutor do percurso metodológico, temos a primeira parte (Parte I), que corresponde ao enquadramento conceptual da temática, sendo constituída por dois capítulos, que visam reunir o contexto teórico envolvente das questões principais do estudo. Assim, o primeiro capítulo (Capítulo 1) incide sobre a profissão e o enquadramento profissional, as competências e saberes dos profissionais de Fisioterapia, no âmbito da sua formação e o enfoque no seu desempenho relacional. O segundo capítulo (Capítulo 2) investe na Inteligência Emocional, procurando apresentar os diversos modelos teóricos e formas de avaliação, atribuindo um especial relevo às competências emocionais e sócio-emocionais.

A segunda parte (Parte II) corresponde à parte empírica do trabalho, sendo também constituída por dois capítulos. O primeiro (Capítulo 3) corresponde à descrição crítica do próprio método, onde são abordados os objectivos e toda a metodologia utilizada no desenvolvimento da investigação e o segundo (Capítulo 4) procura apresentar os resultados do estudo, pelo recurso às análises descritivas e às análises inferenciais, seguidas de uma síntese e discussão dos resultados observados.

O trabalho prossegue com as considerações finais, que pretendem apresentar uma abordagem geral do estudo, tendo em vista as implicações que podem decorrer, bem como as limitações que condicionam este estudo e termina com a bibliografia consultada e os anexos.

Parte I

Enquadramento Conceptual

Capítulo 1

Um olhar sobre a Fisioterapia

- 1.1 A Fisioterapia e o Fisioterapeuta
- 1.2 A Formação do Fisioterapeuta
- 1.3 O Fisioterapeuta como profissional de relação

1.1 A Fisioterapia e o Fisioterapeuta

Embora o termo Fisioterapia tivesse sido utilizado pela primeira vez em 1905, no *British Medical Journal* (Gil, 1990) e o primeiro Congresso Internacional de Fisioterapia se tivesse realizado também nesse mesmo ano (Liège, 13 a 15 de Agosto), as suas origens remontam a muito antes. De acordo com Gil (1990), a Fisioterapia englobou em si, desde sempre, três componentes que constituem o seu suporte enquanto profissão:

- ↳ Massagem
- ↳ Ginástica Médica
- ↳ Electricidade Médica

A Massagem é o elemento mais antigo. Definida como “uma aplicação de pressão e força (tensão) com as mãos nos músculos e articulações do corpo afim de estimular a sua acção e aumentar a sua elasticidade”, é a partir dela e do uso que dela fizemos que fomos desenvolvendo saberes como a drenagem brônquica, as técnicas de manipulação, as técnicas de facilitação neuro-muscular, as técnicas baseadas em respostas a estímulos sensoriais, etc. Deste elemento, refere o autor, foram ainda desenvolvidos pela Fisioterapia dois aspectos que dela fazem hoje parte integrante:

- Somos a profissão que usa o contacto humano para obter respostas sensoriais como meio terapêutico e cura;
- Somos a profissão que usa os saberes manuais para observação, manipulação das articulações e dos tecidos.

Outro dos elementos nucleares – a Ginástica Médica – tem a sua origem na ginástica sueca para fins terapêuticos e a sua utilização conduziu os fisioterapeutas a tornarem-se especialistas no movimento humano normal e anormal utilizando e desenvolvendo saberes de observação e análise. A compreensão das bases académicas da Ginástica Médica implica que se possua um entendimento meticoloso da biomecânica, da fisiologia, da *performance* e da teoria do exercício e do ensino. Desta componente, a Fisioterapia desenvolveu dois aspectos-chave:

- Somos a profissão especialista nos problemas da função e mobilidade e nas bases físicas e fisiológicas de lidar e prevenir a lesão por métodos baseados no movimento activo;
- Somos a profissão especialista no ensino e no lidar com as bases motivacionais dos problemas da incapacidade e função.

O elemento final deste núcleo foi a Electricidade Médica e tratamentos similares. A partir dele, a Fisioterapia lida com as alterações celulares, neuromusculares e circulatórias. Dela retirou dois elementos-chave:

- Somos a profissão que usa agentes físicos naturais que interferem com a actividade celular, dor e função;
- Somos a profissão que usa agentes físicos naturais, nas mudanças de percepção da dor.

Envolvendo este núcleo, desenha-se um segundo anel onde se situam os saberes e as técnicas que se desenvolveram a partir do núcleo que, por sua vez, levam a um terceiro anel que se constitui com as bases académicas (anatomia, fisiologia, física, biomecânica) destes saberes, mas também, com os princípios filosóficos de actuação que, de modo particular, foram encontrados pela Fisioterapia. Por fim, é o campo de exercício como resolvedores de problemas da função e capacidade, que encerra o quarto anel do modelo de Fisioterapia (Gil, 1990).

Porém, em Portugal, só em 1957, se deu início à formação de fisioterapeutas, por iniciativa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão. E, segundo Vital, Baltazar, Gavinho e Mendes (2006), só a Portaria nº 22034, de 4 de Junho de 1966, introduz oficialmente o título profissional de Fisioterapeuta, a que passaram a ter acesso os diplomados pela Escola de Reabilitação da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML). A atribuição deste título foi estendida a todos os indivíduos que tiveram aprovação final nos Cursos de Reabilitação que a SCML vinha a realizar desde 1957.

Este facto decorreu da necessidade de, conforme refere o preâmbulo do citado documento legal, “formar adequadamente pessoal técnico especializado”, permitindo servir o propósito de rentabilizar as estruturas a desenvolver no “Plano Nacional de Serviços de Reabilitação”, que iria surgir no “esforço de unidade nacional” para dar resposta às necessidades criadas pela “Guerra do Ultramar”.

Antes de surgirem os fisioterapeutas titulados, a actividade na área de Fisioterapia era desempenhada por outros profissionais e as referências mais antigas reportam a um Diário do Governo de 1901 (Nº 293 de 27/12/1901). De notar, ainda, que durante alguns anos, na década de 1930, os médicos reclamaram o título de fisioterapeuta, em consequência do Decreto-Lei nº 28794, de Julho de 1938, que regulamentava o acesso a funções no âmbito da fisioterapia (Vital et al., 2006).

Mas, retomando a existência acima mencionada de cursos iniciados em 1957 e, portanto, anteriores à referida “Guerra do Ultramar”, será então nesta altura que surgiram os

primeiros fisioterapeutas portugueses (Gouveia, 2002). Este primeiro curso foi orientado por uma fisioterapeuta americana, Anne Cepik, responsável pela formação em Portugal e os primeiros diplomados foram enviados ao estrangeiro para aprofundar os conhecimentos e, no seu regresso, assegurar o ensino (Gil, 1990).

O fisioterapeuta a tempo inteiro surge na década de 1960, organizados numa associação profissional - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (APF), criada em 12 de Novembro de 1960, que se suporta nas estruturas internacionais – especificamente na Região Europeia da World Confederation for Physical Therapy (WCPT)¹, da qual a APF é membro desde 1963.

O seu nível de formação, ao nível dos padrões dos países mais evoluídos nesta área, coloca-o acima de outras profissões da saúde (enfermagem, por exemplo), logo abaixo da profissão médica e a par de outras ocupações com habilitações académicas de nível superior de curta duração, como, por exemplo, as assistentes sociais (Vital et al., 2006). De acordo com estes autores, o modelo do processo educativo transita sem sobressaltos da década de 60 para os anos 70, década na qual se assiste a uma transformação social radical com a “Revolução de Abril”, em 1974, e um enorme passo atrás foi dado neste processo educativo, à luz das alterações introduzidas pelo Decreto-Lei no 87/77, em que não só foi reduzido o nível de admissão exigido (9º ano de escolaridade), como os objectivos de formação deixaram de frisar a vantagem de serem adoptados padrões de formação académica internacionais, voltando-se para o treino técnico.

Porém, a finalidade da WCPT e da APF sempre foi e é, ainda hoje, a de melhorar a qualidade dos cuidados globais da saúde, pela implementação de padrões elevados de educação e prática em Fisioterapia. A obrigação de assegurar padrões de elevada qualidade, na prestação de cuidados, está reflectida nas Declarações de Princípios e Recomendações, da WCPT e no artº 2º dos Estatutos da APF (APF, 2005).

Apesar dos movimentos de protesto protagonizados pela APF e pelas suas congéneres, só em 1986, com a entrada de Portugal na Comunidade Económica Europeia, se imporia a necessidade de se proceder a ajustamentos na área da formação dos fisioterapeutas, e dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, em geral, carreira onde entretanto foram integrados, no respeito pelas Directivas Europeias (Directiva Geral nº 89/48 de 21 de Dezembro de 1988).

Também em 1986 foi publicado o diploma que vem delimitar o âmbito de actuação do fisioterapeuta:

¹ A World Confederation for Physical Therapy (WCPT) foi fundada em Copenhaga em 1951. Agrega 48 Associações de Fisioterapeutas de outros tantos países, cobrindo todos os Continentes (Gil, 1990).

“O Fisioterapeuta colabora na recuperação, aumento ou manutenção das capacidades físicas dos deficientes, bem como na prevenção da incapacidade, para o que utiliza técnicas específicas da profissão. Colabora no diagnóstico mediante a avaliação das deficiências, identificando as áreas lesadas; elabora programas adequados de tratamento com o fim de ajudar os deficientes a reconquistarem ou aumentarem as suas capacidades físicas, utilizando diferentes técnicas, tais como terapia pelo movimento, técnicas manipulativas, electroterapia, incluindo o frio e o calor, e ainda outras técnicas mais evoluídas de facilitação e inibição neuromuscular. Ensina aos deficientes o modo de proceder mais adequado, conforme o seu estado. Trata doentes de diferentes patologias, tais como ortopédica, respiratória, cardio-respiratória, neurológica e reumatológica, individualmente ou em grupo. Elaboro relatórios dos resultados obtidos” (Portaria 256-A/86 de 29 de Maio).

Esta definição do âmbito de actuação do profissional não é, no entanto, acompanhada da definição da profissão. Devido a vicissitudes várias, apenas em 1993, o Ministério da Saúde viria a definir a Fisioterapia, pela primeira vez:

“Centra-se na análise e avaliação do movimento e da postura, baseando-se na estrutura e função do corpo, utilizando modalidades educativas e terapêuticas específicas, com base, essencialmente, no movimento, nas terapias manipulativas, e em meios físicos e naturais, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção da doença, da deficiência, da incapacidade e da inadaptação e de tratar, habilitar ou reabilitar, utentes/clientes com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras, incluindo a dor, com o objectivo de os ajudar a atingir a máxima funcionalidade e qualidade de vida” (Dec.Lei nº261/93 de 24 de Julho).

Até essa data, a definição da Fisioterapia era evitada, preferindo definir-se e enquadrar o âmbito de actuação do fisioterapeuta. Talvez a maior complexidade da profissão resida na necessidade do entendimento global do ser humano baseando-se na Cinesiologia, na Biomecânica e noutras Ciências Básicas, mas igualmente na Bioética, na Psicossociologia da Saúde e noutras Ciências Humanas (Wikipédia, 2008). Para Vital et al. (2006), este vazio na regulamentação da actividade de Fisioterapia permitiu a intromissão de vários outros grupos profissionais (enfermeiros, professores de educação física, entre outros) nesta actividade económica. Sendo um grupo profissional recente na área da saúde, os fisioterapeutas usam os mesmos argumentos “funcionalistas”, que outras profissões mais estabelecidas, como um recurso para o desenvolvimento do seu profissionalismo (Gosling, 1999; Gouveia & Lopes, 1990; Kjølrsrød & Thornquist, 2000; Lopes, 1990; Richardson, 1999, in Vital et al., 2006), isto é, defendem o controlo na formação e conhecimento baseados numa formação prolongada, organização profissional com grupos de interesse e código deontológico e reclamam um ideal de serviço. A identificação de uma área de saber e intervenção específica – a fisiopatologia do

movimento – pode igualmente constituir uma estratégia no sentido de evitar a concorrência com o grupo médico e garantir uma autonomia dos saberes (Gil, 1990).

Segundo Cross (1994, in Vital et al., 2006), no Reino Unido, o desenvolvimento da prática clínica dos fisioterapeutas tem evoluído numa sequência de patamares, entre o perfil de técnico sob direcção médica até aos anos 60, de profissão paramédica com poderes limitados nos anos 70, para profissionais autónomos com responsabilidades na gestão, nos anos 80, e, nos anos 90, para prestadores de um serviço profissional com capacidade de auto-regulação através de negociação e contratualização.

Poder-se-ia dizer que, em Portugal, a situação se passa de forma semelhante, embora com cerca de 10 anos de atraso, através da evolução do conhecimento científico, do progressivo reconhecimento legal da profissão, da protecção do seu título e domínio de intervenção e na valorização da própria formação, hoje consagrada ao nível de licenciatura (com existência de mestrados e doutoramentos em Fisioterapia), bem como pelo crescente reconhecimento, pelo público em geral, do valor social e do estatuto da profissão e dos profissionais (Guerra, 2005).

Como tal, a necessidade da Fisioterapia retratada pelos utentes² e pelos demais intervenientes no contexto da saúde reflecte o reconhecimento do papel desempenhado pelo fisioterapeuta e a sua importância como um elemento indispensável nos modernos sistemas de saúde (Salvador & Relvas, 2008). Os fisioterapeutas podem praticar independentemente de outros profissionais de saúde e também no contexto de programas e projectos interdisciplinares de habilitação/reabilitação, com o objectivo de restaurar a função e a qualidade de vida, em indivíduos com perdas ou alterações de movimento, guiando-se pelos seus próprios códigos e princípios éticos (Guerra, 2008). Podem actuar, assim, com os seguintes propósitos:

- Promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos e do público em geral;
- Prevenção de diminuições, limitações funcionais, incapacidades em indivíduos em risco de comportamentos alterados do movimento, devido a factores relacionados com saúde, sócio-económicos ou de estilo de vida;
- Intervenção, com o fim de restaurar a integridade dos sistemas corporais essenciais

² Utente é o termo adoptado em Fisioterapia para designar o cidadão que recorre aos serviços do fisioterapeuta, de acordo com os “Padrões de Prática” da APF (2005), dado que incorpora em si uma perspectiva de cidadania; a pessoa não é encarada como um simples consumidor de serviços de saúde, mas num conceito mais amplo que inclui doentes, futuros eventuais doentes e cuidadores; tem como limitação não representar perfeitamente a relação próxima entre prestadores e receptores de cuidados de saúde. O termo doente incorpora em si conceitos de adesão e passividade - o “súbdito” doente, assim como a diferença de poderes quando os cidadãos estão face aos profissionais de saúde, devido à situação de fragilidade em que normalmente se encontram. Este conceito exclui a família, os amigos e outros cuidadores, devendo circunscrever-se àquele que está ou se sente doente, segundo o Relatório do Observatório Nacional de Saúde, em 2001.

ao movimento, maximizando a função e recuperação, minimizando a incapacidade, e dando ênfase à qualidade de vida em indivíduos ou grupos de indivíduos, com alterações do comportamento dos movimentos, resultando em diminuições, limitações funcionais e incapacidades.

Neste sentido, a WCPT, bem como a APF, reconhece a importância absoluta do desenvolvimento e a documentação de padrões acordados para a prática da fisioterapia. Estes padrões são necessários para:

- ♦ Implementar a qualidade dos serviços prestados e a sua auto-regulação, demonstrando também aos Cidadãos que os Fisioterapeutas são profissionais de saúde indispensáveis neste processo;
- ♦ Orientar os Fisioterapeutas na conduta e avaliação das suas práticas;
- ♦ Conduzir e orientar os Fisioterapeutas no seu desenvolvimento profissional contínuo e aprendizagem ao longo da vida;
- ♦ Informar sobre a natureza do profissional de fisioterapia aos Governos, órgãos de tutela e outros grupos profissionais;
- ♦ Reflectir os valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão;
- ♦ Ter como base princípios válidos e mensuráveis;
- ♦ Ir ao encontro das necessidades de mudança da comunidade;
- ♦ Servir como um meio de comunicação com os membros de profissão, empregadores, outros profissionais de saúde, governos e o público em geral.

Assim, em resposta às linhas orientadoras da WCPT, a APF, em Outubro de 2001, formou um grupo de trabalho, constituído por elementos dos órgãos sociais, considerando assim a necessidade de desenvolver um instrumento, que forneça uma análise de interacção entre a Fisioterapia e os Cidadãos, de forma a avaliar e promover elevados padrões de prática. Este grupo, criado exclusivamente para este efeito, após análise de documentação elaborada por Associações de vários países, procedeu à tradução e adaptação, para o nosso país, dos Padrões propostos pela Região Europeia. O instrumento contém recomendações sobre as expectativas de qualidade de interacção necessárias para aplicar os princípios éticos delineados pela WCPT, que se transformaram em critérios que descrevem como se podem alcançar os Padrões. Os critérios são mensuráveis, para que os utentes, fisioterapeutas e outros possam determinar a qualidade de interacção. Estes padrões não são mínimos ou de excelência mas são

considerados alcançáveis, apresentados como padrões a que todos os fisioterapeutas aspiram, como parte da sua responsabilidade profissional (APF, 2005).

Observamos, assim, que, desde o início do século passado, o desenvolvimento do corpo de saberes e dos fisioterapeutas fizeram da Fisioterapia uma profissão incontornável na prestação de cuidados (Salvador & Relvas, 2008), prescindindo da noção que os fisioterapeutas são exclusivamente profissionais de reabilitação. De acordo com a evolução dos conceitos e modelos que servem de base à saúde (e que acompanham as necessidades dos cidadãos) têm hoje um perfil profissional, que prevê a prestação de cuidados primários, secundários e terciários e através da sua intervenção, têm como objectivo contribuir para o bem-estar e qualidade de vida ao utente através de uma intervenção dirigida, da prevenção, aconselhamento e orientação, educação para a saúde, tendo em vista os seus valores e expectativas, objectivos a curto, médio e longo prazo e a obtenção dos melhores resultados (Guerra, 2008).

Actualmente, os fisioterapeutas representam a terceira maior profissão de saúde da Europa (Guerra, 2005) e existem mais de uma dezena de escolas a ministrar este curso, resultando num crescimento exponencial do número de profissionais habilitados a exercer Fisioterapia, que segundo o registo do seu percurso evolutivo, procurou distinguir-se como profissão e adquirir uma identidade própria, bem como tornar os seus profissionais dotados de saberes e competências válidas.

1.2 A Formação do Fisioterapeuta

Compreensivelmente, todo este desempenho só será possível se o fisioterapeuta possuir e interpretar a formação como “...um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas” (Canário, 1997, p.118).

Garcia (1999) caracteriza a formação como um fenómeno complexo, que comporta uma dimensão pessoal do desenvolvimento humano a ter em conta juntamente com outras concepções adjuvantes. O autor sublinha também a relação entre a formação e a capacidade e vontade de formação, o que denuncia explicitamente que o indivíduo é responsável pela activação e manutenção dos processos formativos. Neste sentido, a formação pode e deve fomentar o processo de auto e hetero-desenvolvimento do indivíduo, abrindo novos caminhos, definindo novos objectivos e novas estratégias de actuação, perspectivando a optimização das

condições de desenvolvimento pessoal e profissional (Pires, 1995).

Na Fisioterapia, a formação exhibe-se pela designada formação inicial ou base, correspondente ao actual Curso de Licenciatura em Fisioterapia e pela formação contínua, através de cursos de especializações e de pós-graduações. Neste sentido, a APF preconiza, nos seus “Padrões de Prática”, números 19, 20, 21 e 22, respectivamente, que: o fisioterapeuta avalie as suas necessidades de aprendizagem, tendo esta avaliação em consideração, não só mas também, as necessidades de desenvolvimento relacionadas com a melhoria da sua actual prática clínica; o fisioterapeuta planeie o seu Desenvolvimento profissional contínuo/Aprendizagem ao longo da vida (DPC/ALV), cujos objectivos de aprendizagem devem ser específicos, mensuráveis, exequíveis e escalonados no tempo; o fisioterapeuta implemente os seus planos de DPC/ALV e, por último, o fisioterapeuta avalie os benefícios do DPC e da sua ALV (APF, 2005).

Actualmente, o primeiro momento de formação, o Curso de Licenciatura em Fisioterapia (Portarias nº 505-D/99 de 15 de Julho e nº 214/2001 de 15 de Março), confere ao indivíduo o grau de licenciado e pressupõe a aquisição de bases científicas, técnicas e humanas suficientes para iniciar o seu percurso profissional. Durante quatro anos, os alunos de Fisioterapia têm acesso a uma vertente teórica e a uma vertente prática, esta correspondente essencialmente ao designado ensino clínico, que permite o contacto directo com o utente e com as suas necessidades, bem como operacionalizar as aprendizagens teóricas. A ênfase atribuída ao ensino clínico justifica-se na possibilidade de consolidar e adquirir novos conhecimentos em contextos reais, pois os conhecimentos aprendidos não são suficientes para desenvolver competências e dotar os agentes de autoconfiança necessária à prestação de cuidados (Espadinha & Reis, 1997).

Assim, Madeira (2007), baseando-se em Rama (2002), reforça que a formação tende a afastar-se de uma atitude individualista de auto-formação e a aproximar-se de uma concepção que privilegia a interacção com os outros, com o meio e consigo próprio. No sentido de refutar a ideia de que a formação se circunscreve à aquisição passiva de conhecimentos, mas antes se coaduna com a intervenção activa dos sujeitos em formação, a autora destaca três concepções que enquadram a formação como estratégia (apontando a formação como a possibilidade viável para a mudança, mediante os diversos saberes apreendidos e como resposta às necessidades objectivas sentidas pelas instituições ou organizações), como processo de desenvolvimento (confere ao indivíduo o papel de agente da sua própria formação, transformando as situações reais do quotidiano em oportunidades de aprendizagem) e como instituição (procura designar simultaneamente a estrutura institucional propriamente dita, bem como as normas, modelos e

formadores que lhe estão associados).

É igualmente importante procurar englobar os indivíduos, as circunstâncias e os contextos organizacionais e interactivos em que se desenvolve a formação, numa articulação permanente com as instituições e com a própria sociedade (Madeira, 2007).

Importa referir que ser fisioterapeuta é assumir a responsabilidade perante a sociedade, de ajudar o indivíduo, a sua família e a comunidade onde se encontra inserido, contribuindo para que o utente readquira o seu potencial físico, mental e social (APF, 2006) e ter presente que “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta de cidadãos, da sociedade e do Estado” (Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de Agosto).

Uma vez que, apoiando-se na evolução do conceito de saúde, emerge uma tendência clara da definição de saúde preconizada pela OMS desde 1946, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Araújo, 2004), e a intervenção a nível da Fisioterapia tem como meta alcançar a máxima funcionalidade dos utentes, nesse caso, a proposta da Fisioterapia terá que valorizar a visão holística do utente, no sentido de um ganho efectivo de qualidade de vida.

Acontece que, embora os discursos na área da saúde enfatizem preocupação com concepções "integradoras", "holísticas", "ecológicas", muitas vezes, o uso de tais expressões encobrem mais o que não se faz do que aquilo que deveria ser feito (Vieira, Baggio & Maraschim, 2007). Neste âmbito, os autores desenvolveram um estudo, com professores e alunos do curso de Fisioterapia de uma Universidade do Rio Grande do Sul, cujo objectivo foi analisar o processo de formação e as implicações para o exercício profissional. Nele, pode ler-se que, entre as múltiplas variáveis que interferem e determinam as relações profissional/utente, é de significativa relevância a qualidade dos cursos de formação base.

Em consonância com esta ideia, para Botomé (1994), ao decidir o que ensinar, decide-se o que as pessoas serão capazes de fazer no futuro e, conseqüentemente, delinea-se que sociedade existirá nos próximos anos. O autor aponta para a responsabilidade da escola/universidade ao mencionar que “dependendo de como são concebidos a universidade e os seus objectivos, o processo ensino-aprendizagem nela desenvolvido estará a orientar os futuros profissionais e, conseqüentemente, os seus campos de actuação, em direcções provavelmente muito diferentes” (p. 73).

Estamos aqui perante a inevitável exigência de *saberes*. Neste sentido, o saber ressalta “...como o instrumental que cada profissão utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental legitimado e reproduzido pelo ensino dessa prática” (Madeira, 2007, p. 25). A própria

identidade dos cuidados de Fisioterapia passa pelo conceito do saber, que é representado pelo conhecimento partilhado pela comunidade de fisioterapeutas e incide em toda a esfera do indivíduo (Lopes, 1993).

Todavia, Vieira et al. (2007) acrescentam, ainda, fundamentando-se em Nicida (2004), que, entre os argumentos que dão consistência à preocupação com a formação profissional, encontra-se o facto de que, durante esse processo, o estudante (de qualquer área que seja) desenvolve um conjunto de competências que tendem a ser base orientadora do futuro exercício profissional.

De facto, toda a formação deve estar direccionada para o desenvolvimento de competências, as quais, de acordo com Phaneuf (2002), resultam não só de uma formação sólida, mas também da experiência em contexto clínico, do saber fazer orientado pela prática, percepção e interpretação, bem como da própria personalidade. Ou seja, para além da exigência dos saberes, estamos perante a exigência de *competências*.

A compreensão da competência humana é um desafio que sempre se tem colocado ao longo da história da Psicologia, na perspectiva de Candeias e Nunes (2007). De acordo com estes autores, o tema “competência” começa a ser pesquisado na década de 1970 por psicólogos e educadores, ganhando impulso para entrar no quadro das discussões académicas e empresariais.

Segundo Ven e Vyt (2007), autores da *Competence Chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education* - Carta de Competências da Rede Europeia de Fisioterapia no Ensino Superior³, a competência tem um carácter normativo, referindo-se a uma qualidade de actuação e níveis de suficiência. O desempenho de uma competência é medido em comportamentos específicos, sendo um conceito holístico que inclui conhecimentos, habilidades e atitudes. Os autores ressaltam, no entanto, que deve existir, no contexto formativo do ensino da Fisioterapia no Espaço Europeu, uma clara distinção entre “competências” e “resultados da aprendizagem”. De acordo com os autores, os “resultados da aprendizagem” referem-se à conversão de competências num currículo, currículo este que contém os componentes de uma competência adquirida, ou de uma competência que é adquirida a um determinado nível de suficiência ou proficiência; são (ou deveriam ser) enquadrados, de forma sistemática, num quadro educacional e são definições feitas pelo corpo académico, sobre o que se espera que um aluno deva saber e seja capaz de realizar no final de uma parte do currículo e o que o aluno pode efectivamente demonstrar. Já as “competências”

³ Este documento foi elaborado com o objectivo de reunir as instituições educacionais de Fisioterapia, na região europeia, à volta de um curriculum que tenha em comum a descrição, o conteúdo e a estrutura (Ven & Vyt, 2007).

são desenvolvidas e realizadas pelos alunos.

Apesar da importância crescente do conceito de competência, a sua definição e dimensões ainda não se encontram estabilizadas. Alvo de sucessivas interpretações são inúmeras as abordagens e contributos para a sua definição e/ou redefinição, sendo nos novos contextos da organização do trabalho a par dos novos contextos teóricos e empíricos que o conceito de competência alarga o seu significado e importância (Candeias & Nunes, 2007). Porém, assumindo que a competência se realiza na acção, estamos perante um processo ou uma realidade dinâmica, pela conjugação que faz entre os elementos que a constituem, no sentido de dar resposta a uma determinada situação (Madeira, 2007), ou seja, uma pessoa que tem competências é aquela que tem maior vantagem competitiva, sendo a que tem capacidade para fazer escolhas e distinções, conseguindo resultados “diferenciados”, consideram Candeias e Nunes (2007).

Fundamentando-se também em investigação já realizada por outros autores, Vieira et al. (2007) consideram que as competências profissionais que têm sido desenvolvidas com maior frequência e ênfase nos cursos de formação base na área da saúde referem-se às relacionadas com os aspectos técnico-científicos, e, assim, as competências que envolvem conhecimentos sobre o utente e toda a sua complexidade contextual tendem a ser relegadas para um plano secundário.

Esta possível valorização exclusiva dos aspectos técnico-científicos, direccionada para a patologia/disfunção e para o saber-fazer, durante a formação, que incidirá posteriormente no exercício profissional, poderá dificultar o processo de adaptação com que o utente tem que se deparar nos vários estádios do seu percurso terapêutico. Poderá ser a razão do utente ter “...uma sensação de perda de poder, reduzido a um ser sem vontade própria, submetendo-se a uma relação de passividade obedecendo a tudo o que os profissionais lhe solicitam para fazer (...), fonte de grande sofrimento” (Melo, 2004, p.14).

Para Damásio (1995), existem diversas razões subjacentes a esta situação, mas a maior parte delas provém da perspectiva cartesiana da condição humana, dado que ao longo dos três últimos séculos, o objectivo da biologia e da medicina tem sido a compreensão da fisiologia e da patologia do corpo. A separação cartesiana pode estar subjacente ao modo de pensar dos neurocientistas que insistem que a mente pode ser perfeitamente explicada em termos de fenómenos cerebrais (deixando de lado o resto do organismo e o meio ambiente físico e social) assim como a ideia de uma mente descorporalizada parece ter também moldado a forma peculiar como a medicina ocidental aborda o estudo e o tratamento da doença, conclui o autor.

Com a Fisioterapia ainda ocorre algo semelhante, diz-nos Vieira et al. (2007). Para estes

autores, a influência do paradigma cartesiano que vê factos, fenómenos físicos e sociais de forma isolada, parece ser uma realidade bastante actual, pois, a formação profissional nesta área apresenta características que se mostram próximas da visão denominada tecnicista, que compreende o processo de causa/cura das doenças como variáveis independentes de outras determinantes, tais como contexto social, condições de vida do utente, escolaridade ou estado emocional entre outros.

Damásio (1995) acrescenta ainda que o resultado desta abordagem tem sido uma amputação do conceito de natureza humana com o qual se trabalha, não surpreendendo que, de um modo geral, “as consequências psicológicas das doenças do corpo propriamente dito, as chamadas doenças reais, são normalmente ignoradas ou são levadas em linha de conta muito mais tarde. Mais negligenciado ainda é o inverso, os efeitos dos conflitos psicológicos no corpo” (Damásio, 1995, p.256). Continuam por estudar as circunstâncias em que isso se verifica e o grau que atinge, uma vez que a divisão cartesiana domina tanto a investigação como a prática na área da saúde, adianta o autor.

Mas a tecnicidade implícita nesta concepção tem sido contestada, surgindo uma realidade mais adequada ao cuidar, ou seja, surge uma prática dos cuidados centrada na pessoa e no seu contexto sócio-familiar. O utente, encarado como uma pessoa, revela-se o pilar do processo de cuidados (Colliére, 2003). Daqui resulta um alargamento do campo de competências do trabalho do fisioterapeuta que ultrapassa a simples execução, incluindo, agora, cuidados que se concretizam no ajudar a satisfazer as necessidades da pessoa para manter ou recuperar a saúde. Neste sentido, a Fisioterapia tem vindo a repensar a relevância do modelo médico como grelha conceptual para esta área, explorando agora as conexões entre esta profissão e os modelos sociais e holísticos (Guerra, 2005).

Assim, ao assumir-se uma tripla orientação na Fisioterapia, uma vez que se realiza em nome do ser humano (ética), em nome de uma profissão (deontologia) e em nome de uma sociedade (moral), assume-se a necessidade de revestir as práticas profissionais com um carácter reflexivo e de promover a multidimensionalidade da competência profissional, nomeadamente, a dinamização e a maturação das suas habilidades de relacionar-se com o outro, garantindo uma prestação de cuidados assertiva e holística (Nunes, 2002).

A trilogia dos saberes, o saber-saber, o saber-fazer, e o saber-ser, advém precisamente desta necessidade de percepcionar o utente como um todo. O saber-saber remonta de imediato para a noção de conhecimentos adquiridos nas componentes teóricas e que justificam o próprio saber-fazer, ou seja as acções práticas que envolvem a perícia da técnica e do fazer bem. Contudo, estas intervenções não são válidas se não se visualizam para além do problema de

saúde que o utente tem. Ou seja, estamos perante uma actualidade em que se valoriza o saber-ser, pelo recurso à relação de ajuda com o utente como estratégia para o desempenho do cuidar (Madeira, 2007).

Jordão (1997) também partilha a opinião de que tal conceito aponta para o conjunto de conhecimentos e atitudes exercidas pelo indivíduo em situações da vida ou em funções laborais, transformando a trilogia dos saberes em trilogia das competências: a competência do saber, mais de ordem intelectual, com um forte apelo ao raciocínio; a competência do fazer, com recurso a qualidades de execução e a competência do saber ser, que exige qualidades do domínio interpessoal e de relacionamento humano. Também Ven e Vyt (2007), na Carta de Competências da Rede Europeia de Fisioterapia no Ensino Superior, defendem que, numa perspectiva dinâmica, é essencial não só fazer uma distinção clara entre estes três componentes fundamentais de competência, como fazer derivar critérios que incidam sobre a qualidade do saber, do agir e do ser, envolvendo a interacção entre eles.

Na realidade, a competência do saber-ser tem sido objecto de análise e investigação, uma vez que pode funcionar como um elemento facilitador na relação terapêutica. Assume-se que resulta de uma forma de estar do profissional, neste caso do fisioterapeuta, que surge da interacção entre a sua personalidade e uma situação específica, conjugando desta forma competências pessoais e competências relacionais (Lourenço, 2005). As competências pessoais surgem com o próprio processo de socialização no decurso da vida e desenvolvem-se em todos os contextos que fazem parte desse percurso existencial. As competências relacionais, também elas com componentes pessoais e interpessoais, correspondem a um domínio emocional e afectivo, que procuram assegurar um contexto de interacção saudável (estamos a falar especificamente de capacidades como a relação de ajuda, a reciprocidade e a autenticidade, entre outras, que garantem o sucesso da relação estabelecida entre o utente e o profissional), conclui Lourenço (2005).

Desta forma, e em consequência das especificidades de uma sociedade exigente e de uma profissão que prima pelo humanismo, assiste-se a uma crescente preocupação das Escolas em transmitir aos seus futuros profissionais a trilogia dos saberes e de competências e validá-la com a própria realidade (Madeira, 2007).

Pela actualidade de todo este contexto, assiste-se então a uma crescente preocupação, pelos autores do ensino em Fisioterapia, em promover o desenvolvimento não só profissional, mas igualmente o pessoal e o interpessoal, considerando estes como elementos fundamentais na formação. Corroborando esta noção, no âmbito das competências genéricas propostas pela Carta de Competências da Rede Europeia de Fisioterapia no Ensino Superior (Ven & Vyt,

2007), é feita uma distinção entre três principais tipos de competências a desenvolver pelos alunos: Instrumentais (cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas), Interpessoais (individuais como a interacção social e a cooperação) e Sistémicas (relativas a todo o processo, sendo as duas anteriores um pré-requisito). Dentro das competências Interpessoais, que são as que mais directamente se relacionam com a temática deste trabalho, os autores referem como componentes a incrementar:

- ✓ a capacidade crítica e auto-crítica;
- ✓ o trabalho de equipa;
- ✓ as habilidades/ aptidões interpessoais;
- ✓ a capacidade de trabalhar numa equipa multidisciplinar;
- ✓ a capacidade de comunicar com não-peritos na área;
- ✓ a valorização da diversidade, pluralidade e multiculturalidade;
- ✓ a capacidade para trabalhar num contexto internacional;
- ✓ o compromisso ético.

De facto, parece não haver dúvidas que as competências são, actualmente, um dos aspectos mais valorizados socialmente, sendo que a sua avaliação, feita pelo próprio e pelos outros, está fortemente relacionada com “...a percepção do nosso valor pessoal, a utilidade social e a eficácia das actividades a que nos vamos propondo, influenciando o nosso desempenho nos mais variados contextos de realização” (Faria & Neves, 2005, p. 101).

Neste contexto, ressalta para além da exigência dos saberes e da competência, a exigência de auto-percepções.

A forma como os fisioterapeutas pensam, decidem, atribuem ou se motivam faz parte de alicerces assentes em percepções, crenças e convicções, que determinam a própria intensidade de envolvimento das tarefas a concretizar. Assumindo a percepção como “...a transformação do mundo físico em imagens mentais” (Frith, 1986, in Madeira, 2007, p.21), facilmente se assume a auto-percepção como um instrumento valioso na transformação do mundo em que o indivíduo se insere, contribuindo para o seu desenvolvimento. Este exercício metacognitivo possibilita uma introspecção auto-reactiva “...isto é, quando o indivíduo se auto-observa, age sobre o conteúdo do pensamento, modificando-o, ou mantendo-o ou substituindo-o” (Joyce-Moniz, 1988, in Figueira, 2001, p.118), o que permite uma actualização dos pensamentos e uma adaptação às exigências circunstanciais, pela adequação dos seus valores e das suas regras.

Neste sentido, se as concepções apontam para os significados mais pessoais e gerais, ou

seja, segundo Figueira (2001, p.332), “*grosso modo*, remetem para o que diz que se pensa” (em concreto, estamos a falar em torno do processo de Fisioterapia, dos papéis que os fisioterapeutas devem desempenhar, da satisfação das necessidades dos utentes, da dinâmica organizacional da unidade de saúde e das lacunas ou dificuldades encontradas na prestação de cuidados), por sua vez, as percepções correspondem a pensamentos que resultam da noção de autocompetência e autodesempenho, pelo que “*grosso modo*, remetem para o que diz que se sente” (Figueira, 2001, p.332). Assim, a auto-percepção permite uma tomada de consciência de si, potenciando o autoconhecimento e o desenvolvimento profissional do fisioterapeuta.

O que se pensa e o que se sente são factores preponderantes na efectivação dos comportamentos, tal como será a partir desses comportamentos que se geram novas concepções e novas percepções. Desta forma, é compreensível que se “...as auto-percepções das capacidades desempenham um papel mediador entre as reais capacidades e as expressões dessas capacidades (operando independentemente das reais capacidades e sendo um influenciador significativo da *performance*), depreende-se que percepções positivas são fundamentais para a manutenção da motivação para o desempenho” (Figueira, 1994, p. 107).

Em suma, cada indivíduo reúne em si mesmo um conjunto de valores, emoções e auto-percepções que vão determinar o sentido da sua acção, sendo a motivação o motor que a impulsiona. É de salientar que a manutenção dessa motivação passa por “...uma exploração de si próprio, do conhecimento do seu potencial, da percepção que tem de si mesmo e dos outros” (Rispaill, 2003, p.39). Compreensivelmente, este exercício leva o profissional a questionar-se, a avaliar a sua prática, as suas capacidades e o seu próprio quadro de referência, o que lhe permite desenvolver-se, motivar-se e renovar. Consideramos ser, por si só, um sinal de competência.

Reconhece-se a importância de proporcionar que todo este desenvolvimento se desenvolva num ambiente que possibilite ao fisioterapeuta reforçar as suas percepções de competência e a capacidade de controlar o processo de aprendizagem inerente, uma vez que, tal como noutras áreas profissionais, a eficácia pessoal e profissional é garantida por uma análise profunda das suas práticas, ou seja, através de um saber reflectido.

Didier Weber, professora de enfermagem em França, citada por Diogo (2006), nas suas reflexões sobre a formação de pessoas para uma profissão humanista, isto é, uma profissão que conjuga, na sua essência, saberes formais com competências afectivas, encontra paradoxos nesta formação que se constituem como dificuldades que se prendem com o espaço emotivo de quem aprende. Para a autora, ainda que a acção de ensino vise a modificação durável de comportamentos de quem aprende, no momento em que nos dirigimos aos afectos dos

estudantes, como em qualquer outra profissão humanista, é exigida bastante prudência, uma vez que se corre o risco de desestruturar, mais ou menos, as bases pessoais do indivíduo, embora esta definição não incomode quando a acção visa os processos cognitivos ou a aquisição de capacidades motoras. A autora acrescenta que a dificuldade reside em conseguir que, mantendo sempre uma parte de si próprio, o estudante possa adquirir novos instrumentos pessoais, com ou através dos quais possa, contudo, identificar-se.

Pode ser, de facto, difícil o processo ensino-aprendizagem no âmbito da esfera emocional, adverte Diogo (2006), mas esta inclusão, ou não, na formação pode ser influenciada por uma herança cultural que instigou, durante séculos, o profissional de saúde a não se emocionar, a não chorar e a não sentir, para manter uma “postura profissional”. Na actualidade, sabe-se que o ensino da Fisioterapia deve seguir uma abordagem que situa a aprendizagem no centro de dimensões cognitivas, afectivas e sociais, o que leva Hesbeen (2004) a considerar o saber como sendo ao mesmo tempo estruturado, evolutivo, cultural, contextual e afectivo (emocional).

Podemos reencontrar, assim, inspirando-nos em Diogo (2006), as emoções e os sentimentos na encruzilhada dos cuidados de Fisioterapia, e dar os nós e os laços entre o corpo e a mente, entre o sentir e os danos fisiológicos, entre os “cuidados técnicos” e o envolvimento relacional no cuidar. Em suma, giramos em torno da necessidade de se estabelecer uma verdadeira relação terapêutica, a qual envolve valores, intenções, conhecimentos e acções que visam uma cumplicidade genuína entre fisioterapeuta e utente, propícia à recuperação deste.

Sem dúvida que a sensibilização para a importância de uma relação de confiança entre utente e fisioterapeuta deve iniciar-se no seu processo de formação base, em que o estudante de fisioterapia “...seja ajudado no sentido de se ver a si próprio como tendo capacidades para ajudar os outros, tenha tempo para explorar os seus sentimentos e tenha possibilidade de ser autêntico nas suas relações” (Velez, 1997, p. 50, in Madeira, 2007).

É então importante que a vertente humanista redigida nos manuais de Fisioterapia ultrapasse os limites da teoria, e constitua filosofia de acção por parte dos profissionais de Fisioterapia. Para tal, deve procurar-se aquando a sua formação, estimular a prática reflexiva das acções com base em conhecimentos sólidos, pelo recurso a estratégias de ensino centradas no aluno que promovam o desenvolvimento de competências pedagógicas, profissionais, pessoais e também relacionais.

1.3 O fisioterapeuta como profissional de relação

Na perspectiva de Guerra (2008), a Fisioterapia é uma área científica em que o envolvimento relacional entre profissional e utente se reveste de uma especial importância, uma vez que não se dá num momento pontual e em que o objectivo não é estabelecer um diagnóstico através de tecnologias mais ou menos sofisticadas mas sim conceder um acompanhamento e apoio ao longo do tempo com uma forte componente humana e educacional.

Este aspecto inerente à profissão de fisioterapeuta – o facto de estar intimamente ligada ao ser humano, à pessoa – torna o seu exercício complexo, diversificado e exigente, não só em termos físicos, mas também e principalmente em termos cognitivos e psicológicos (Ferreira, 2006). Para além deste desafio inerente a tão diversificados contactos e relações (neste caso, a convivência não é voluntária, mas sim imposta pelos constrangimentos organizacionais, dado que o fisioterapeuta não escolhe os colegas ou os utentes com quem se relaciona), podemos também encontrar aqui uma potencial fonte de stress e cansaço – *burnout*⁴ – associados à profissão, relacionada também com o tipo de situações – doença, incapacidade, dor – com que este profissional de depara durante a sua actividade profissional. Segundo Garske (2006), o *burnout* pode ser considerado endémico entre os profissionais de saúde. Geralmente identificado como uma reacção ao stress contínuo, pode ocorrer entre os indivíduos que “trabalham com pessoas”, sendo que, especificamente na área da reabilitação, a qualidade da interacção terapeuta-utente e do serviço providenciado pode realmente depender do nível de satisfação profissional e de bem-estar do profissional, conclui o autor. De facto, o que acontece com os fisioterapeutas, assim como com outros profissionais na área da saúde, é que estes estão diante da grande tarefa que é cuidar de alguém.

Para Veiga e Miranda (2006), é precisamente por nos encontrarmos num período em que a humanidade está mais sensibilizada para estes aspectos, que é necessário sinalizar a extrema relevância do cuidar, para assim haver um resgate deste nas relações onde a sua

⁴ Segundo Carlotto, Nakamura e Câmara (2006), a definição de *Burnout* mais utilizada e aceite na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva social-psicológica, sendo entendida como um processo e constituída por três dimensões: *Exaustão Emocional*, caracterizada pela falta ou carência de energia e um sentimento de esgotamento emocional; *Despersonalização*, definida como a falta de sensibilidade e a dureza ao responder às pessoas que são receptoras desse serviço e a *Baixa Realização Profissional*, que se refere a uma diminuição dos sentimentos de competência em relação aos ganhos pessoais obtidos no trabalho com pessoas (Maslach & Jackson, 1981, in Carlotto et al., 2006). Benbow (1998, in Carlotto et al., 2006) salienta que costuma estar acompanhado, além destas três dimensões, de uma série de sintomas como sentimentos de indefesa e desesperança, carência de entusiasmo no trabalho e na vida em geral, desilusão, autoconceito negativo, atitudes negativas face ao trabalho e aos companheiros, entre outros.

expressão ocorre. O acto de cuidar pressupõe uma relação sujeito-sujeito; não é apenas intervenção técnica, mas interacção e comunhão. Nesta óptica, “cuidar” é mais do que um acto, é uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento com o outro. Baseando-se em Leonardo Boff, as autoras (Veiga & Miranda, 2006) consideram que, sem o cuidado, perde-se a humanidade, o sujeito define, perde sentido, morre. Para Honoré (2004), existem três intenções da acção de cuidar: a intenção de reparar; a intenção de satisfazer, de contentar; a intenção de formar, de educar, de acompanhar um desenvolvimento. Uma diz respeito mais especificamente ao sofrimento, a outra ao prazer e a terceira ao suporte e à plenitude.

Complementarmente, na perspectiva de Hesbeen (2004, p.13), cuidar consiste em “ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”. Este ponto de vista não se aplica apenas a um grupo profissional, diz-nos o autor, mas diz respeito a todos os profissionais de saúde, porque a diferença não deve residir na finalidade pretendida, mas apenas na natureza dos meios utilizados. Ainda que a equipa que cuida se torne pluridisciplinar, ser cuidador advém da intencionalidade de cada profissional. Daí advém que obter a qualificação de fisioterapeuta não significa forçosamente que estes cuidem. Apenas a intenção, que guia as suas acções, permite qualificá-lo como tal, afirma o autor. É em cada situação de vida que encontra que o profissional será bem sucedido – ou não – na sua função de cuidador ao rever, a cada momento, a sua capacidade de estar presente para o outro e de ser visto, por ele, como uma ajuda.

Rodrigues (2003) acrescenta, ainda, na sua reflexão sobre “A Fisioterapia em tempo de mudança”, que cuidar do outro “mesmo que isso seja o nosso dever profissional, deverá ser um acto de amor, através do cuidado, da responsabilidade, do respeito e do conhecimento do outro” (p. 7). Veiga e Miranda (2006, p. 5) salientam que o outro “não é qualquer coisa, é um rosto com olhar e fisionomia, que torna impossível a indiferença; o rosto obriga a tomar uma posição porque há um ser que provoca, evoca e convoca”, e aqui encontra-se o lugar do nascimento da ética, que reside nesta relação de responsabilidade diante de um outro que procura no profissional da saúde um auxílio para a superação das suas dificuldades. O profissional é então solicitado para que considere que o seu papel deve ser o de uma pessoa na relação com outra pessoa, agindo como um facilitador no processo de confronto e de superação, actuando de modo humano e humanizante em todas as suas intervenções.

A ausência de uma maior sensibilidade perante o utente demonstra a existência de uma máscara que colocamos para evitar o envolvimento com o outro no seu problema, segundo

Madeira (2007). Para ultrapassar isto, cabe ao fisioterapeuta desenvolver competências que permitam adquirir maior conhecimento de si próprio e dos outros, bem como procurar encontrar o verdadeiro sentido dos cuidados a prestar. Esta busca de melhoria da qualidade dos cuidados de Fisioterapia procura então ultrapassar o conceito tradicional do cuidar e atingir um outro, no qual o desejo de prestar bons cuidados é alcançado através de uma atitude que passa pelo autoconhecimento dos próprios cuidadores (primeiramente enquanto alunos e depois como profissionais) e pela consciência da importância do outro, beneficiando não só o utente que recebe cuidados, mas o próprio profissional.

Para Diogo (2006), aprofundar a consciência sobre si próprio é fundamental para o futuro profissional de saúde. Ser cuidador é ser confrontado com o extremo dos limites: limites físicos e também limites psicológicos. O cuidador deve, pois, melhorar a compreensão de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus sentimentos e dos seus medos, tomar consciência dos seus mecanismos de protecção e de defesa, afim de adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe permitam melhorar a qualidade dos cuidados que presta.

Neste sentido, a aquisição e a potencialização das competências asseguram o desenvolvimento profissional do fisioterapeuta, uma vez que este passa obrigatoriamente por um desenvolvimento pessoal, realizado pela pessoa e na pessoa, pois são as suas competências pessoais que são colocadas no campo profissional (Oliveira, 2005). Acreditamos, tal como Diogo (2006), que o desenvolvimento pessoal é fundamental para desenvolver as competências pessoais no âmbito das suas aptidões emocionais e relacionais.

Também Rogers (1985, in Diogo, 2006) defende o caminho do desenvolvimento pessoal como essencial nas profissões de relação. Para este autor, a capacidade de criar relações que facilitem o crescimento do outro como pessoa independente avalia-se pelo desenvolvimento que o próprio atingiu. O desenvolvimento pessoal, enquanto sensibilidade do ser humano tomar consciência da sua experiência e evoluir no seu autoconhecimento, tem vindo a revelar-se fundamental no paradigma da escola do ser humano unitário e do cuidar, no contexto já analisado.

Podemos assim inferir que o conhecimento e compreensão das emoções humanas inscrevem-se num caminho de desenvolvimento pessoal, nutrindo-o mutuamente. Para exercer esta profissão, tanto o estudante como o profissional devem aprender a conhecer bem os seus valores, as suas motivações, as suas emoções, mas também os seus limites, as suas crenças e as suas aversões, considera Rispaill (2003). A vida de um profissional de saúde é, muitas vezes, igualmente, uma vida no seio de uma equipa de trabalho, de conflitos a clarificar, de tensões a gerir. Manter um nível razoável de confiança em si e de adaptação para a negociação e saber

encontrar energias retiradas da motivação é indispensável para viver bem a sua profissão de cuidador e levar a bom termo um projecto profissional harmonioso. A autora defende que o profissional de saúde, confrontado com o stresse, a dor, a doença, o sofrimento e por vezes até com a morte, está muito exposto e, portanto, muito necessitado de estratégias para se sentir melhor. Como diz Damásio (1995, p. 19), “a alma respira através do corpo, e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental, acontece na carne”. Daí a importância da compreensão que o fisioterapeuta deve ter de si próprio (autoconhecimento) para melhor comunicar, evoluir e desenvolver-se, manter relações profissionais satisfatórias e aprender a gerir situações difíceis.

Collière (2003) justifica também a necessidade de um diagnóstico de cuidados, um diagnóstico com dois corolários que são o discernimento e as decisões geradas pelo discernimento, que motiva e orienta a natureza dos cuidados a realizar. Este discernimento é a expressão temporária de um conjunto de manifestações físicas, psico-afectivas, socioculturais, passando pelo vivenciado das pessoas, cujo sentido é importante detectar: esse sentido de que todos os prestadores de cuidados têm indicações que têm de ser explicitadas, para orientar a finalidade e a natureza dos cuidados e apreender a sua interacção com os tratamentos.

Este processo de cuidados é definido por Watson (2002) como os cuidados “centrados na pessoa” que visam o acompanhamento no seu restabelecimento, tendo em consideração as suas necessidades existenciais fundamentais, o que contrasta com os cuidados “centrados na cura”, que dizem respeito à recuperação e ao tratamento de uma patologia, frequentemente adoptados sem olhar a custos, no sentido de satisfazer as demandas tecnológicas e burocráticas crescentes do sistema (Diogo, 2006). Neste caso, refere ainda esta autora, “o conceito da função de cuidar é ameaçado pela tecnologia, máquinas, tarefas administrativas e manipulação de pessoas para irem ao encontro das necessidades do sistema” (p. 38).

Nesta mesma linha de pensamento, Collière (2003, p. 10) adverte para a questão do sistema de classificação de diagnósticos à semelhança da tipologia médica. “A rigidez de tais “diagnósticos rotulados”, podendo satisfazer um modo de registo de dados por computador, paralisa a pessoa e fixa a que “ela tem” e depois o que “ela é”. Estas “etiquetas” afastam-se da expressão directa das pessoas e inibem, mais do que favorecem, o discernimento dos cuidados. Paralelamente a uma experiência privada, em que cada profissional de saúde sente com a sua tonalidade e na sua intimidade, encontramos uma história secular de repressão da experiência humana do sentir na prática dos cuidados, conclui a autora. E, ainda, a introdução de princípios científicos através dos manuais redigidos por médicos, cirurgiões e oficiais de saúde no século XVIII, tornando-se a única fonte de conhecimento que permite aproximar o corpo do utente,

leva ao distanciamento do corpo, cujas emoções, tanto as do doente como as do profissional, é necessário reprimir (Diogo, 2006). O corpo torna-se um corpo de doença, “máquina viva”, submetida ao “toque” técnico. O método pedagógico dos manuais é simplista, não permite aprender a pensar, mas a reproduzir e a aplicar, criando um pensamento mecanicista, limitado ao cumprimento de tarefas. Reforça a ruptura entre o corpo e o espírito, exclui a expressão das emoções e dos sentimentos, ignora ou mesmo condena a experiência adquirida pela vida, que é substituída pelas qualidades preestabelecidas (Collière, 2003).

Mais recentemente, Anne-Marie Prevost (1982, in Collière 2003), na sua tese de medicina sobre o “perigo da emoção nos cuidados”, ilustra uma concepção de cuidados que advoga que no cumprimento de um cuidado técnico o registo das emoções deve desaparecer para que a eficácia seja possível. Para Diogo (2006), esta concepção de cuidados foi veiculada até aos nossos dias pela via da formação, onde a emoção surge assim como uma conduta não regulada, susceptível de perturbar o desenrolar da intervenção.

No entanto, ao abordar o papel do profissional da saúde, deve reforçar-se a ideia de que ele estará sempre envolvido, no mínimo, numa relação bipessoal, na qual cada um dos participantes possui a sua história de aprendizagem e de valores, afectando a forma como aquele profissional irá tratar de si e dos outros, possuindo maior ou menor repertório para agir com humanidade (Veiga & Miranda, 2006).

Certamente pela valorização desta perspectiva, no final da década de 50 e durante a década de 60, segundo Diogo (2006), deparamo-nos com a influência de perspectivas psicológicas oriundas da Europa e dos Estados Unidos, que fazem emergir a corrente da relação prestador de cuidados - pessoa cuidada ou relação de ajuda (escola da interacção). Uma corrente que foi beber o essencial dos seus conhecimentos à psicologia dos comportamentos e das atitudes, e foi apropriada ou enxertada em outras teorias e escolas de pensamento até à actualidade. Definida, segundo a autora, há cerca de cinco décadas por Carl Rogers (1985, in Diogo, 2006), a relação de ajuda foi muito rapidamente transposta para os diferentes domínios da educação, das ciências humanas e dos cuidados de saúde, descrevendo um conjunto de condições e habilidades específicas, para serem adoptadas pelas profissões de relação. Nesta relação de ajuda, a verdadeira comunicação e os verdadeiros relacionamentos interpessoais são profundamente capazes de suscitar o crescimento da pessoa, sendo para isso necessária uma atitude de essência afectiva caracterizada por quatro qualidades: a autenticidade, a congruência, a atenção positiva incondicional e a empatia.

A empatia, dotada de conceitos paradoxais, é considerada por diversos autores como o cerne da relação de ajuda. O seu paradoxo reside na sua natureza nobre, mas que se revela

difícil de manifestar, pois coloca muitas vezes em curso as nossas tendências naturais, pelo que em vez de ajudar o outro, sofremos piedosamente com ele, simplesmente porque somos humanos (Madeira, 2007). Assim, tendo subjacente a perspectiva rogeriana, a Fisioterapia deve contemplar a empatia nos seus requisitos, uma vez que permite uma frutífera aproximação entre os seus intervenientes, na medida em que coloca o fisioterapeuta em posição de compreender o utente, colocar-se no seu lugar e de perceber o contexto pelo seu quadro de referência, mas com a cautela de não experienciar as suas emoções e o seu sofrimento.

O envolvimento emocional como condição deve ser valorizado e adoptado pelo fisioterapeuta, no entanto, é preciso não confundir a vivência emocional num caminho de fusão, sendo que é necessário uma separação do pensamento e do sentimento, para que o envolvimento não se torne descontrolado (Diogo, 2006). Neste sentido, partimos do pressuposto de que os cuidados requerem um acto de inteligência total da pessoa que cuida, que tem em conta o vivenciado pelo corpo, as emoções e as capacidades de pensamento (Collière, 2003). Para que tal se concretize, é igualmente necessário que o utente realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos (Honoré, 2004), "...o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto determinar-se" (Ferreira, 2006, p. 25), e a sua saúde num contínuo bem-estar/mal-estar, definido por cada pessoa, de acordo com o seu quadro de referência. Ou seja, adoptando uma perspectiva holística, a saúde é:

"Um processo dinâmico e multidimensional, resultante do diálogo do Homem com o seu meio ambiente, pelo qual são responsáveis as emoções e os sentimentos" (Carcel, 2000, p. 35).

Estas concepções pressupõem que tanto a pessoa como a noção de saúde envolvem diversidade, singularidade e subjectividade. Envolvem, também, por outro lado, a noção de que as emoções têm um papel fundamental na saúde, quer como condicionantes desta, quer como componentes da comunicação entre utente e profissional e interprofissional (Ferreira, 2006).

Neste contexto, o fisioterapeuta é uma pessoa cujo exercício profissional exige sensibilidade para lidar com essas diferenças, com essa subjectividade e com as emoções das pessoas, com a finalidade de atingir a saúde e os mais elevados níveis de satisfação dos utentes.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos fisioterapeutas, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de fisioterapia. O documento aprovado em Assembleia Geral da WCPT (organismo ao qual a APF está

vinculada), em 1995, delinea os princípios Éticos a que os Membros das Organizações aderiram, pela sua filiação na WCPT. Estes princípios estabelecem, logo no seu primeiro ponto, que os fisioterapeutas devem “respeitar os direitos e a dignidade de todos os indivíduos”, operacionalizado nos seus Padrões de Prática como “reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspectos da relação terapêutica”, sendo um dos critérios que o “fisioterapeuta respeite o utente como indivíduo, tendo em conta os seus direitos, liberdades e garantias”. Este critério reflecte a “necessidade do fisioterapeuta respeitar e reconhecer a individualidade de cada utente, nomeadamente, nos factores sociais, ocupacionais, recreativos e económicos, bem como nos factores relacionados com crenças próprias” (APF, 2005, pp. 12 e 29).

Sob esta perspectiva, o homem é percebido como um ser singular nas suas necessidades e associado a um determinado contexto que é necessário conhecer e reconhecer para que seja possível atingir o equilíbrio e o bem-estar global, elementos caracterizadores do estado de saúde (Madeira, 2007), sendo reconhecido pela própria APF (2006, p.16) que a “concepção, planeamento, organização, aplicação e avaliação do processo de trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção, deverá ser tomada com base nas competências necessárias ao Fisioterapeuta para um exercício autónomo, na resolução de problemas complexos, em interacção com pessoas em situação de fragilidade e sofrimento, em contextos igualmente complexos, diversificados, multidisciplinares e extremamente exigentes do ponto de vista ético.

É importante ressaltar que o contexto de acção do profissional de Fisioterapia, embora fortemente marcado pela relação de ajuda, não implica que todas as intervenções sejam deste carácter. Os cuidados do fisioterapeuta poderão corresponder a imperativos habituais de cuidados e não terem o carácter terapêutico preciso, no qual devem estar presentes determinadas directrizes, difíceis de manter a longo prazo, como a concentração, a escuta activa e a empatia. O Fisioterapeuta utiliza a escuta activa no sentido de dar oportunidade ao utente de comunicar de uma forma efectiva e é definido, segundo a WCPT (2001, in APF, 2005), como um método estruturado de ouvir que inclui os seguintes passos: 1º encorajar (demonstrar disponibilidade), 2º respeitar os silêncios (não interromper), 3º reflectir (procurar compreender), 4º resumir (reformular). Ainda segundo a Organização, deve existir particular atenção com a comunicação não verbal que possa afectar a interacção.

Dentro deste contexto, Watzlawick (1993) refere que a comunicação afecta o comportamento e este é o seu aspecto pragmático, isto é, os efeitos comportamentais da

comunicação. Os dados da pragmática são, não só as palavras, as suas configurações e significados, que constituem os dados da sintaxe e da semântica, mas também os seus concomitantes não verbais e a linguagem do corpo, acrescentando ainda às acções comportamentais pessoais, as pistas de comunicação, inerentes ao contexto em que ela ocorre. Assim, na perspectiva da pragmática, todo o comportamento (não só a fala) é comunicação; e toda a comunicação afecta o comportamento. O autor refere-se a algumas características da comunicação que têm implicações interpessoais fundamentais:

- É impossível não comunicar, pois numa situação de interacção, todo o comportamento tem o valor de mensagem;
- Como tudo possui um valor de mensagem, não podemos dizer que a comunicação só acontece quando é intencional, consciente ou bem sucedida;
- Qualquer comunicação implica um comportamento e, portanto, define a relação.

Consequentemente, o fisioterapeuta que pretende uma comunicação eficaz deve ter em consideração os seguintes princípios: saber ouvir e fazer leituras, interpretar e analisar as mensagens, utilizar técnicas de comunicação e reconhecer os seus sentimentos tal como os das pessoas com quem pretende comunicar.

Efectivamente, o processo de cuidados é um processo relacional, “um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos” (Diogo, 2006, p. 11), pelo que, segundo Goleman (2002), todo o processo relacional é contaminado por emoções, logo, a arte de nos relacionarmos é, em grande parte, a aptidão para gerir as emoções do outro (Diogo, 2006).

Todo o contexto laboral inerente à profissão de fisioterapeuta espelha a necessidade dos seus profissionais gerirem as emoções implícitas, de promoverem bons relacionamentos interpessoais, bem como a necessidade imperiosa de compreenderem os outros e os seus sentimentos, o que pressupõe o seu desenvolvimento emocional e a existência de IE. Esta noção é corroborada por Caruso (1999), num artigo sobre a IE no âmbito laboral, onde enumera uma lista de profissões consideradas como *Jobs with a future* (p.4), ordenando-as segundo a necessidade dos seus profissionais serem emocionalmente inteligentes de modo a obterem sucesso e satisfação. Das 37 profissões referenciadas, a Fisioterapia ocupa o 5º lugar.

Em suma, também a nossa experiência nos mostrou que o processo de cuidados está inscrito numa dinâmica socioemocional e corroboramos a ideia de que porque “nós somos pessoas e tratamos pessoas é importante a abordagem do conceito de pessoa, o que é uma pessoa, o que é ser pessoa e o que significa a pessoa ser um dinamismo que começa e só acaba com a morte” (Rodrigues, 2003, p. 7). E porque se pretende que haja uma empatia entre duas

peças, fala-se de comunicação total, verbal e não-verbal, instrumental e expressiva e fala-se de relação terapêutica e do corpo que o Fisioterapeuta toca - o corpo doente, o corpo que nos atraiçoa, o corpo doloroso, o corpo ausente, mas também se fala da reconciliação com o corpo e da esperança na construção de uma nova relação com esse corpo (Rodrigues, 2003, p.8).

O desafio nos cuidados, actualmente, é explicado por Collière (2003) como reconciliar, ligar, ou seja, relacionar o que diz respeito ao corpo e ao espírito, as concepções e símbolos culturais com a racionalidade dita científica, as emoções e os sentimentos em ligação com os danos fisiológicos. É neste paradigma, nesta aliança entre a emoção (e os sentimentos) e a razão, que fundamentamos o nosso estudo sobre a experiência humana das emoções e dos sentimentos do fisioterapeuta no seu caminho de formação da arte do cuidar.

Capítulo 2

Inteligência Emocional, Competências Emocionais e Sócio-Emocionais

- 2.1 A Inteligência, as Emoções e a Inteligência Emocional
 - 2.1.1 Inteligência
 - 2.1.2 Emoções
 - 2.1.3 Da Inteligência e das Emoções à Inteligência Emocional
- 2.2 Modelos de Inteligência Emocional
 - 2.2.1 O modelo de habilidades cognitivas de inteligência emocional de J. Mayer e P. Salovey
 - 2.2.2 O modelo de inteligência emocional de D. Goleman
 - 2.2.3 O modelo de inteligência emocional e social de Bar-On
- 2.3 A avaliação da Inteligência Emocional
 - 2.3.1 Testes de habilidades
 - 2.3.2 Testes de auto-avaliação
 - 2.3.3 Testes de 360 graus
- 2.4 Competências Emocionais e Sócio-Emocionais

2.1 A Inteligência, as Emoções e a Inteligência Emocional

Segundo a *International Society of Research in Emotion* (2008), nos últimos trinta anos, a dramática explosão de interesse nas emoções tornou-se evidente em toda uma ampla variedade de disciplinas, bem como no mundo da investigação. Talvez consequência desse interesse, surgiu um “construto híbrido”, o construto Inteligência Emocional (IE) que, para Roberts, Flores-Mendonza e Nascimento (2002), talvez seja o conceito psicológico mais popular do final do séc. XX.

Considerações filosóficas sobre a relação entre razão e emoção remontam, segundo Ciarrochi et al. (2001, in Ferreira, 2006), há mais de dois mil anos. No entanto, os autores referem que, no campo da psicologia (a partir do século XX), podem distinguir-se cinco períodos ou épocas em que a abordagem deste assunto se foi modificando: de 1900 a 1969, as emoções e a razão eram estudadas separadamente; no período compreendido entre 1970 e 1989, iniciam-se pesquisas que se debruçam sobre as influências da razão nas emoções e vice-versa; é também neste período que se dá um grande salto nas neurociências, permitindo sustentar as interligações anatómicas entre razão e emoção; o período entre 1990 e 1993 é marcado por uma emergência do conceito de IE e por investigações dos actuais mais conceituados nomes desta área de estudo; o período de 1994 a 1997 demarca-se por uma expansão do conceito de IE, para além do grupo de investigadores, chegando ao público em geral através de livros e artigos de revistas; actualmente, assiste-se a uma tentativa de clarificar o conceito, já um pouco banalizado, e procurando novas formas de avaliação, que respondam às críticas. Para autores como Roberts et al. (2002), a IE encontra-se rodeada mais de expectativa do que comprovação científica, não alcançando, ainda, uma definição semântica e de validade psicométrica para que possamos considerá-la um tipo de inteligência.

No entanto, para compreender o significado de IE, Mayer e Salovey (1997) alertam para o facto de ser necessário explorar o sentido dos dois conceitos que a compõem: inteligência e emoção. Assim, começamos por abordar o primeiro conceito:

2.1.1 Inteligência

De facto, muitas das críticas em torno da IE prendem-se, segundo Figueira e Almeida (2006), pela utilização do termo inteligência.

Todavia, também o consenso em torno do construto inteligência cessa quando se trata de definir a inteligência e de estabelecer a sua origem, pelo que a própria inteligência, de uma maneira geral, também não é isenta de controvérsia, adverte Dasborough (2007).

Neste mesmo sentido, também Franco (2003) esclarece que em 1921, o *Journal of Educational Psychology* promoveu um simpósio, com dezassete pesquisadores especialistas na área, no qual se debateu o que deveria ser a definição de inteligência, chegando-se a catorze definições diferentes; sessenta e quatro anos depois, diz-nos a autora, Sternberg e Detterman, ao tentarem repetir a experiência, chegaram a vinte e cinco atributos diferentes para definir a inteligência; mais recentemente a Associação de Psicólogos Americana constituiu uma equipa de trabalho, cuja função era a de sistematizar os diferentes significados do construto inteligência e dos testes construídos para a medir. No seu relatório de conclusões, em 1996, admitem a convicção de que se sabe muito pouco sobre muitos aspectos da inteligência, conclui Franco (2003).

De facto, e segundo Faria (2007), a inteligência é um dos atributos psicológicos mais valorizados socialmente, apresentando grande relevância, não apenas para educadores, pais e alunos (logo, para o sistema escolar em geral, cuja acção sobre a inteligência constitui um objectivo explícito), mas também para o homem comum, pois a inteligência tem-se revelado como uma capacidade fundamental ao longo da existência, particularmente no que se refere à adaptação e sobrevivência do ser humano.

Na perspectiva de Madeira (2007), a inteligência tem sido assumida pela Psicologia como uma capacidade, faculdade ou uma competência básica do indivíduo para solucionar as questões quotidianas, formando um conjunto de características individuais que vão definindo e diferenciando o indivíduo. A análise destas diferenças individuais torna-se então inevitável, como processo de selecção numa sociedade marcada pelas diferenças e pela mobilidade dos indivíduos, sendo para tal necessário uma avaliação sistemática das características específicas do indivíduo. Contudo, persiste a dificuldade em determinar qual o critério de validade mais adequado e, conseqüentemente, também a construção de instrumentos de medida rigorosos se revela difícil e complexa. Esta dificuldade estará directamente relacionada com a própria dificuldade, já anteriormente referida, em definir inteligência.

Baseando-nos na leitura de Franco (2003), Galton, no séc. XIX, definiu a inteligência em termos de energia e sensibilidade aos estímulos físicos e Cattell, autor da designação “teste mental”, leva para os Estados Unidos da América (EUA) a tradição Galtoniana de inteligência e aí desenvolve um conjunto de testes psicofisiológicos para medir a inteligência, baseando-se no pressuposto de que as capacidades psicofisiológicas medem uma habilidade mental; também Pearson dá continuidade aos trabalhos de Galton com o desenvolvimento de uma nova técnica estatística, o coeficiente de correlação, que permite calcular a forma como os resultados variam uns em relação aos outros.

De acordo com Coquet (2005), é ao psicólogo Alfredo Binet que, em 1905, coube o papel de concretizar o primeiro instrumento que permitiu avaliar e compreender os sujeitos quanto à sua inteligência - a escala de Binet-Simon. A construção deste instrumento teve um objectivo muito específico⁵, mas acabou por marcar várias gerações de estudos sobre a inteligência que só foram quebradas com as novas teorias da inteligência (Franco, 2003).

Duas grandes marcas são deixadas por Binet, na perspectiva de Madeira (2007): uma é que a inteligência aparece associada à inteligência académica, a outra é a da tradição psicométrica da definição de inteligência pela sua quantificação. Binet e Simon defendiam a inteligência como sendo um atributo geral que se manifesta em muitas esferas do funcionamento cognitivo e concluem, após estudos, o carácter preditivo deste conceito.

Segundo Franco (2003), paralelamente a Binet, Spearman (1863-1945), psicólogo e estatístico, defende, num artigo publicado em 1904, que os resultados de diferentes testes de inteligência, que medem diferentes aptidões dos indivíduos, se correlacionam positivamente entre si, o que ele interpreta como sendo revelador da existência de um factor geral que os une - o factor “g”. Este factor seria um traço biológico, inato, que representaria uma espécie de energia mental de natureza fisiológica e psicológica. Na perspectiva de Franco (2003), a quantificação da inteligência e o estabelecimento de uma idade mental para a realização de uma determinada tarefa ou problema abriram as portas para um dos critérios mais contestados: o da normalização ou maioria. É deste critério que o alemão William Stern parte para desenvolver o Quociente de Inteligência (QI), uma nova forma de apresentar os resultados, que tem em conta a idade mental e a idade cronológica dos sujeitos, permitindo a classificação e seriação dos indivíduos. Mas, segundo Coquet (2005), embora desde o início este instrumento de medida tenha sido muito bem aceite, só foi verdadeiramente disseminado quando, no início da Primeira Guerra Mundial, os EUA o utilizaram para “ordenar e catalogar” todos os recrutas que entravam para o Exército.

Terman, em 1916, também nos EUA, faz uma revisão da escala de Binet e utiliza pela primeira vez o conceito de QI para a cotação dos resultados, nascendo assim a ligação definitiva entre a inteligência e a forma de apresentar os resultados proposta por Stern, tendo esta escala ficado conhecida por Escala de Stanford-Binet. Mais tarde, em 1939, Wechsler desenvolve aquele que vai ser o mais popular dos testes de inteligência: a *Wechsler Intelligence Scale for Children* (WISC), cuja grande inovação foi a da introdução de testes não-verbais (Franco, 2003).

⁵ Tinha como principal objectivo despistar crianças com dificuldades de aprendizagem (Franco, 2003).

Como podemos depreender por estas referências, e segundo Primi, Bueno e Muniz (2006), o estudo da inteligência tem constituído uma das mais fecundas áreas da Psicologia nos últimos 100 anos⁶, pelo que não poderíamos fazer aqui uma descrição exaustiva de todos os estudos que marcaram esta evolução.

No entanto, quisemos apontar como as necessidades sociais e o clima científico que envolveram os primeiros estudos da inteligência condicionaram a forma como a inteligência foi, e é ainda hoje, concebida e definida. Assim, referem Rocha, Melo, Santos e Candeias (2007), a Inteligência é concebida tradicionalmente de acordo com a perspectiva psicométrica, como a capacidade de pensar, raciocinar e analisar, excluindo as suas vertentes sociais e emocionais, sendo como uma entidade estática passível de ser avaliada através dos testes de QI. Mediante o uso de instrumentos, que enfatizam as componentes cognitivas mais de índole intelectual, acredita-se diferenciar as pessoas inteligentes das não inteligentes, ainda que o próprio Wechler reconhecesse a importância de se considerar factores não intelectivos na definição e avaliação da inteligência (Cherniss, 2003, in Rocha et al., 2007). Em suma, e segundo Franco (2003), a visão ocidental da inteligência é a de uma entidade geral, ligada ao contexto escolar (inteligência linguística e lógico-matemática) e medida por testes, visão essa que permanece enraizada nos meios científicos, desde Spearman, passando por Piaget, até aos nossos dias.

Todavia, na óptica de Roazzi, Dias, Athias, Brandão, Campello e O'Brien (2007), com o avanço da investigação, a reflexão sobre a inteligência tem-se estendido para além dos limites marcados pela tradição psicométrica, dado que o QI e o factor "g" podem conservar o seu papel em discriminar aspectos relevantes da eficiência intelectual, mas são evidentemente pouco eficazes para explicar a complexa organização que está por trás da mesma. Para os autores, os comportamentos que podem ser considerados inteligentes não reflectem simplesmente uma capacidade genérica de solucionar problemas abstractos, mas, sobretudo de atribuir e adaptar os próprios recursos para as diferentes tarefas que se apresentam numa determinada situação, pelo que um alto nível de desempenho intelectual não reflecte uma única potencialidade, mas sim a qualidade de uma organização.

Nesta linha de pensamento, um aspecto da inteligência que é objecto de interrogação para Roazzi et al. (2007) é a noção de que esta seria uma capacidade com pouca ou nenhuma interrelação com estados motivacionais ou afectivos. De facto, dizem os autores, os estudos deixam cada vez mais evidente que os desejos, vontades, necessidades, emoções e

⁶ De acordo com a concepção metodológica e conceptual utilizada, podem ser classificados em três categorias: a psicométrica, a desenvolvimentalista e a cognitivista (Primi, Bueno & Muniz, 2006).

sentimentos das pessoas influenciam de forma bastante significativa tanto a natureza dos problemas que são enfrentados (ou a natureza a eles atribuídos) como as estratégias utilizadas na sua resolução. Desta forma, tais factores podem e devem ser considerados como afectando a qualidade de todo e qualquer tipo de desempenho intelectual.

Partilhando as mesmas directrizes, o neurologista português, António Damásio escreve na sua obra “O Erro de Descartes” (1995, p. 172) que não lhe “parece sensato excluir as emoções e os sentimentos de qualquer concepção geral da mente, muito embora seja exactamente o que vários estudos científicos fazem quando separam as emoções e os sentimentos dos tratamentos dos sistemas cognitivos. As emoções e os sentimentos são considerados entidades diáfanas, incapazes de partilhar o palco com o conteúdo palpável dos pensamentos, que, não obstante, qualificam”.

2.1.2 Emoções

Reflexões sobre emoções podem ser encontradas em alguns documentos escritos muito antigos, que datam da era antes de Cristo. A primeira vez que se falou das emoções humanas, segundo Coquet (2005), tentando dar a este discurso um certo carácter científico, remonta à Antiga Grécia, em que o cosmólogo Empédocles (450 ac.), a partir da teoria dos quatro elementos da natureza, tentou agrupar o género humano, conforme o seu tipo de temperamento: colérico, conotado com o fogo; melancólico, ligado à terra fria e seca; sanguíneo, emparceirado com o ar e fleumático, que andava a par com a água.

Também Aristóteles, que viveu de 384 a 322 ac., lançou algumas das fundações da psicologia das emoções europeia e americana (Diogo, 2006). Defendeu que as emoções estão ligadas à acção e que derivam daquilo em que acreditamos e defendeu também que as emoções são normalmente agradáveis ou desagradáveis. Outro contributo dos seus pensamentos indica que as emoções envolvem um incitamento à acção e que possuem efeitos também cognitivos.

Com a Psicologia do Renascimento, a tese de Empédocles foi retomada e aperfeiçoada, nomeadamente por Robert Burton, admitindo a influência no equilíbrio dos referidos humores corporais, por determinantes externos, como a alimentação, a idade e as paixões, mas defendendo também o papel preponderante da razão “...que permitia aos seres humanos a possibilidade do ajuizar as coisas e discernir entre o bem e o mal” (Märtin & Boeck, 1997, p.12).

No séc. XVII, Descartes e Espinosa são dois pensadores preocupados em dar uma explicação que iluminasse a natureza dos seres humanos e em dar pistas para a compreensão

das emoções. De acordo com Diogo (2006), René Descartes destaca a noção que as emoções não podem ser inteiramente controladas pelo raciocínio, mas podem ser reguladas pelos pensamentos. Quanto a Baruch Espinosa, a sua teoria é completamente cognitiva, pois as emoções baseiam-se em avaliações, em formas de pensar. A ideia revolucionária de aceitar e compreender as nossas emoções, como um passo para se ser libertado dos seus efeitos compulsórios, foi de Espinosa.

Mais tarde, de acordo com Coquet (2005), encontramos no último quartel do século XIX, Charles Darwin, que estuda algumas emoções e verifica que elas desencadeiam reacções psicológicas, anímicas e até mímicas, do mesmo modo em todas as pessoas, estabelecendo assim relações entre experiências emocionais e componentes biológicos, conseguindo expor esquemas de comportamentos comuns para as emoções mais importantes (Madeira, 2007). Para Diogo (2006), Charles Darwin publicou o livro mais importante sobre emoções jamais escrito – *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, datado de 1872, no qual expõe que as emoções possuem uma qualidade primitiva, constituindo elos com o nosso passado, quer com o passado da nossa espécie, quer com a nossa própria história individual. Na perspectiva de Darwin, as emoções não se encontram completamente sobre controlo voluntário e, embora, pareçam ajudar à comunicação entre as pessoas, também indicam as nossas origens animais e infantis. Este último aspecto, segundo esta autora, tem sido entusiasticamente aceite na nossa cultura, dado que as emoções são frequentemente consideradas como infantis, como destrutivas, como inimigas da racionalidade.

Na mesma época, surgem as teorias de Freud, que apontam o ambiente, a educação, a socialização cultural e principalmente as experiências da primeira infância, como sendo os factores decisivos na formação do carácter e da personalidade do indivíduo (Coquet, 2005).

A teoria das emoções de William James, primeiramente publicada em 1884, foi reafirmada no seu famoso manual *The principles of psychology*, em 1890 (Diogo, 2006). Ele defendeu que uma emoção é a sensação das nossas respostas corporais àquilo que percebemos. O que o investigador sublinhava era a forma como as emoções nos modificam e como algumas delas – as emoções grosseiras, como lhe chamou – nos modificam corporalmente. William James salientou a personificação das emoções, incluindo a ideia de que os sintomas corporais podem contribuir para a intensidade com que são sentidas. Propôs ainda que as emoções dão “cor e calor” à vivência (Diogo, 2006).

Contudo, conforme Madeira (2007), apesar de em cada marco histórico as emoções tentarem ganhar uma validade científica pelo interesse de alguns estudiosos, a verdade é que a investigação das emoções era relegada para um papel secundário. Surge nesta fase uma

dicotomia no percurso da Neurobiologia e da Psicologia: a Medicina e as experiências neurológicas ocupam-se do cérebro humano; a Psicologia observa, mede, classifica e trata o comportamento humano. São "habitantes de mundos diferentes", como mais tarde escreveu Gardner, citado por Coquet (2005).

Com o decorrer do tempo e o avanço dos estudos da psicologia e da neurologia começou a surgir uma visão pluralista da mente, pelo que avançam os estudos da ciência cognitiva (estudo da mente) e da neurociência (o estudo do cérebro). A neurobiologia denuncia factos que conduzem à admiração e confirmação dos trabalhos de Empédocles e Darwin, uma vez que "...o acto de sentir, pensar e decidir pressupõe um trabalho conjunto do cérebro emocional e do racional..." (Märting & Boeck, 1997, p.15), pois "...tudo aquilo que sentimos é o resultado de complexos processos de associação e interacção entre células nervosas do cérebro que, por sua vez, comunicam mediante fibras nervosas e hormonas com o sistema imunológico e com as glândulas de secreção interna "(Märting & Boeck, 1997, p.14).

Nesta perspectiva, Damásio (1995, p.153) refere-se às emoções como "a colecção de mudanças no estado do corpo que são induzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controlo de um sistema cerebral dedicado, o qual responde ao conteúdo dos pensamentos relativos a uma determinada entidade ou acontecimento". Em conclusão, "a emoção é uma combinação de um processo de avaliação mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao cérebro, resultando em alterações mentais adicionais. A percepção de todas as mudanças que constituem a resposta emocional é o sentimento" (Damásio, 1995, p. 153).

Vale (2003) afirma que, etimologicamente, a palavra "emoção" vem do verbo *emovere*, conjugação de "*motere*", do verbo latino "*mover*" que adicionado ao sufixo "*e*", conduz a "mover para". Ou seja, inerente à emoção está uma acção, ou uma forma de agir. Podemos dizer que as nossas emoções nos põem em movimento, que elas nos fazem agir, em suma, que são o motor dos nossos comportamentos. Acontece que os movimentos gerados pelas emoções não se situam somente no ambiente exterior, sendo que muitos são produzidos dentro de nós (Chabot, 2000). De acordo com este autor, de uma forma geral, distinguem-se cinco componentes particulares de uma emoção:

- 1) Modificações fisiológicas (como a aceleração do ritmo cardíaco, a transpiração, etc.), que podem tomar duas orientações: a activação ou a inibição do organismo;

- 2) Sensações agradáveis ou desagradáveis (como a alegria, o prazer, a dor, a repulsa, etc.), que efectivamente orientam os comportamentos, no sentido de procurar as primeiras e evitar as segundas;
- 3) As expressões faciais e corporais (como o sobrolho franzido, os músculos tensos, etc.) que são, segundo Paul Ekman (1992, in Chabot, 2000), universais, servindo de sistema de comunicação dos nossos estados de espírito;
- 4) Os comportamentos adaptativos (como a fuga ou a luta, a ternura ou a agressão, etc.), que servem para garantir a nossa sobrevivência. As emoções estão, pois, associadas a comportamentos específicos;
- 5) Uma avaliação cognitiva que passa pelos nossos valores, ideais e princípios e que se destina a determinar se a situação que se desenrola é aceitável ou inaceitável, correcta ou incorrecta, justa ou injusta, etc., que nos seres humanos está sempre presente. Esta avaliação cognitiva é totalmente adquirida através da nossa educação, dos nossos valores, da nossa cultura, etc.

Enfim, avaliamos tudo o que se desenrola dentro de nós e à nossa volta com o fim de reajustar o nosso comportamento e as nossas reacções, sendo todos estes componentes os responsáveis pelo modo como as emoções variam em orientação e intensidade.

No decorrer das suas investigações, LeDoux (2000, in Franco, 2003) aponta mesmo para situações “de emoção pré-cognitiva”, ou seja, situações em que a emoção precede, em alguns casos, a cognição. Tal acontece quando há um conjunto de informações sensoriais que têm um caminho que não passa pelo neocórtex, mas um outro caminho, constituído por uma única sinapse e, por conseguinte, mais rápido, que vai para a amígdala (estrutura do sistema límbico, sistema responsável pelo tratamento e armazenamento da informação emocional). Assim, a amígdala pode enviar respostas emocionais para o corpo preparando-o para a acção, antes mesmo do neocórtex reconhecer e tratar a informação recebida, assumindo um papel importante no controlo do comportamento dos indivíduos (Franco, 2003), tendo o poder de desencadear não só uma resposta emocional semelhante à vivida no passado, mas também comportamentos que são totalmente inadequados à actual situação, isto é, uma “reacção baseada em fragmentos de informações sensoriais que foram associadas e integradas a objectos ou a situações memorizadas e reconhecíveis”, refere Chabot (2000, p. 39).

Tal acontece porque, segundo este mesmo autor, a amígdala é um sistema de alarme neuronal que nem sempre está em dia, particularmente nos nossos relacionamentos sociais. As reacções da amígdala à situação presente foram programadas há muito tempo e foram

associadas com o tipo de emoções, os pensamentos, os comportamentos e as atitudes adquiridas. Assim, a partir do momento em que um acontecimento apresenta semelhanças com os que foram armazenados na memória emocional (elemento-chave da presente situação é semelhante em alguns pontos a um dos elementos-chave do passado), a amígdala desencadeia o alarme, o que acontece mesmo que a situação actual não tenha nada a ver com a situação passada. Num contexto hostil ou selvagem, este sistema ultra-rápido e impreciso pode salvar a nossa vida, menciona Chabot (2000), contudo, a um nível social, esta imprecisão pode ter consequências desastrosas nos nossos relacionamentos.

É igualmente neste sentido que aparece a proposta dos marcadores somáticos de António Damásio, que coloca a emoção a preceder o acto de decisão. Na perspectiva de Damásio (1995), raciocinar e decidir pode revelar-se uma tarefa árdua, especialmente quando está em causa o domínio pessoal e social imediato, uma vez que é o que mais se aproxima do nosso destino e aquele que envolve a maior incerteza e a maior complexidade. Em termos latos, dentro deste domínio, decidir bem é escolher uma resposta que seja vantajosa para o organismo, de modo directo ou indirecto, em termos de sobrevivência e da qualidade dessa sobrevivência, implicando também decidir de forma expedita. O que Damásio (1995) propõe é que antes mesmo de esta ser analisada e de raciocinar com vista à solução do problema, uma possível opção de escolha pode ser abandonada, se surgir uma sensação visceral desagradável associada a essa dada opção de resposta, por mais fugaz que seja. Como a sensação é corporal, atribui ao fenómeno o termo técnico de estado somático (em grego, soma quer dizer corpo); e, porque o estado “marca” uma imagem, chama-lhe marcador. O marcador somático actua como um sinal de alarme automático que pode causar a rejeição imediata do rumo de acção negativo, levando-o a escolher outras alternativas. O sinal automático protege-o de prejuízos futuros, sem mais hesitações, e permite-lhe depois escolher uma alternativa dentro de um lote mais pequeno de alternativas. A análise custo/benefício e a capacidade dedutiva adequada ainda têm o seu lugar, mas só depois deste processo automático reduzir drasticamente o número de opções. Por vezes, os marcadores somáticos funcionam de “forma velada”, ou seja, sem surgirem na consciência, e podem ser “a fonte daquilo a que chamamos intuição” (Damásio, 1995, p.199). O autor considera ainda que estes marcadores somáticos não tomam decisões por nós, mas ajudam o processo de decisão dando destaque a algumas opções, pelo que a simbiose entre os chamados processos cognitivos e os processos geralmente designados por “emocionais” se torna evidente.

O conjunto crítico e formativo de estímulos para os emparelhamentos somáticos é, sem dúvida, adquirido na infância e na adolescência. Mas o crescimento do número de

estímulos somaticamente marcados termina apenas quando a vida chega ao fim, pelo que Damásio (1995) refere ser adequado descrever esse crescimento como um processo contínuo de aprendizagem.

Dos estudos destes dois autores, Franco (2003) diz poder concluir-se que os sinais emocionais são muito importantes para o processo de raciocínio, pois podem ajudar o indivíduo a adaptar-se melhor ao meio que o envolve. Os estudos nesta área mostram que os sistemas emocionais e cognitivos estão muito mais integrados do que parecia inicialmente, “a razão e a emoção cooperam e determinam os comportamentos do indivíduo” (Madeira, 2007, p.59), uma vez que o cérebro racional nos permite reconhecer os objectos, as formas, as pessoas e os acontecimentos, assim como estabelecer relações entre as nossas percepções e os nossos pensamentos, enquanto que o cérebro emocional lhes dá uma cor, uma tonalidade e um significado ou valor (Chabot, 2000). Assumindo as emoções como mecanismos que facilitam a resposta rápida perante situações imprevisíveis, a tomada de decisão com segurança, bem como a comunicação com os outros, facilmente compreendemos a sua importância e a sua complexidade, bem como a necessidade de vingar no mundo da investigação científica, conferindo-lhe algum rigor e objectividade, considera Madeira (2007).

Estamos assim a chegar a novos tempos e novos desenvolvimentos em torno da inteligência. Os dualismos seculares entre a razão e as emoções, entre o pensar e o sentir, são tendencialmente esvanecidos, potencializando uma abordagem da inteligência mais aberta e mais ampla.

2.1.3 Da Inteligência e das Emoções à Inteligência Emocional

De facto, e seguindo Madeira (2007), partir da década de 80, assiste-se ao aparecimento de novas ideias em torno do construto de inteligência, as quais propõem uma visão pluralista, ampliando o conceito de inteligência para um conjunto de múltiplas capacidades, traduzido num potencial que nasce com o indivíduo, mas que, através das relações com o ambiente e com uma cultura específica, é rentabilizado em determinados aspectos em prol de outros.

Um dos grandes responsáveis por esta mudança é Howard Gardner com a publicação, em 1983, do seu livro *Frames of the mind*, onde combate a ideia da existência de uma inteligência monolítica que privilegia o pensamento abstracto, critica a forma como os estudos da inteligência têm estado condicionados pelo ensino tradicional e condena os métodos demasiado restritivos que têm sido utilizados (Franco, 2003). Baseando-se em critérios como o significado cultural que uma determinada habilidade tem e a sua

correspondência com as estruturas do cérebro humano, Gardner interessa-se não no “quanto se é inteligente?”, mas no “como se é inteligente?” (Oliver, 1997, in Franco, 2003) e defende a existência de um amplo espectro de inteligências, criando a teoria das Inteligências Múltiplas. Assim, este autor propõe a existência de sete inteligências: a inteligência acadêmica, a inteligência linguística e lógico-matemática; a inteligência musical, a inteligência espacial; a inteligência cinestésica e as inteligências pessoal, interpessoal e intrapessoal. Mais tarde, Gardner acrescenta mais um tipo de inteligência a esta sua proposta inicial: a inteligência naturalista, que evidenciava “...a capacidade dos indivíduos discriminarem seres vivos, como plantas e animais, assim como outros fenômenos do mundo natural, como nuvens ou configurações rochosas (Gardner, 1997, in Franco, 2003, p.39).

Após a divulgação desta teoria, Gardner foi confrontado com questões sobre a mudança de estatuto de algumas destas inteligências, até à data consideradas como áreas de conhecimento chamadas de dons ou talentos. É precisamente neste ponto que a teoria das Inteligências Múltiplas se distancia em relação aos preconceitos iniciais estabelecidos social e culturalmente em relação a uma cultura que privilegia os conhecimentos – ler, escrever e contar – em relação aos conhecimentos artísticos e emocionais. Gardner declarou formalmente que não encontrava razão científica ou formal para que uns fossem valorizados em detrimento dos outros, por isso, ou eram todos talentos, dons ou eram todos inteligências (Coquet, 2005). O autor realça ainda que, apesar da correlação existente entre as diferentes inteligências, elas contém um certo grau de independência, o que faz com que a excepcionalidade num indivíduo só se manifeste numa determinada área, através dessa inteligência, assim como a lesão cerebral localizada não perturba as áreas que não são da sua responsabilidade de acção (Franco, 2003). Contudo, a ausência de um instrumento de medida das inteligências múltiplas conduz à formulação de críticas às suas teses, rebatidas pelo próprio autor ao alegar que esta avaliação só pode ser concretizada no contexto em que o indivíduo está inserido e não recorrendo a testes de alguma forma reducionistas (Madeira, 2007).

Actualmente, procura-se mais a relação da inteligência com a cultura, com a aprendizagem e com as próprias vivências do indivíduo, deixando de se enfatizar as componentes cognitivas do tipo intelectual, inseridas no campo do raciocínio lógico-dedutivo. A inteligência, na perspectiva de Vale (2003), encontra-se fortemente ligada ao processo psicossocial de construção individual. Deste modo, parece não se tratar de uma entidade única, dita formal e universal a todos os indivíduos e aplicável a todo o tipo de actividade humana, pois parece haver formas complementares de inteligência que conseguem justificar

algumas diferenças individuais, nomeadamente ao nível do desempenho.

Neste contexto, Roazzi et al. (2007) questionam a utilização do termo genérico inteligência para designar capacidades parecidas em contextos diferentes, ou mesmo para se referir às diferentes habilidades que compõem o que é chamado, num dado momento e situação, de comportamento inteligente. Dão, como exemplo, a existência de culturas e sub-culturas que, com o mesmo termo, enfatizam uma capacidade de saber enquanto outras enfatizam uma capacidade de saber fazer, ou de determinados problemas que envolvem essencialmente a capacidade de aquisição e elaboração de elementos abstractos, tais como palavras, signos ou símbolos, enquanto outros, pelo contrário, comportam principalmente a capacidade de produção e de transformação de eventos, situações e relações interpessoais concretas.

Também Almeida (2004) corrobora que as concepções em torno da inteligência e das suas questões varia de acordo com os autores e com a temporalidade onde estes se inserem, pois "...cada cultura valoriza os atributos que entende serem mais adaptativos aos requisitos de vida nessa cultura, num tempo particular".

É possível, portanto, segundo Roazzi et al. (2007), que existam não só diferentes componentes da inteligência (como afirma a pesquisa tradicional), mas também diferentes formas (em acordo com o que é sugerido pela literatura mais recente na área), nas quais se salienta a importância dos factores sociais, culturais e ambientais na formação e desenvolvimento das capacidades mentais. O facto de considerar como importante o contexto sociocultural no desenvolvimento de habilidades intelectuais, referem os autores, não impede que existam também uma série de capacidades inteligentes (intuições lógicas), universalmente disponíveis (independentemente da língua, cultura e conteúdo), psicologicamente primitivas (disponíveis desde a primeira infância) e psicologicamente elementares e válidas (as pessoas usam-nas essencialmente sem erro nos problemas simples).

Esta visão multifacetada da inteligência abre as portas ao alargamento do construto de inteligência a várias áreas de potencialidades/habilidades dos indivíduos, principalmente às denominadas inteligências pessoais (Franco, 2003). Assim, vêm-se surgir propostas para vários tipos de inteligências, como é o caso da inteligência prática de Sternberg, da inteligência afectiva de Forgas ou o reacender dos estudos sobre a inteligência social com Cantor, Sternberg, ou Riggio (Franco, 2003).

Para Almeida (2004), a designação de inteligência social surge como possibilidade de estabelecer uma ponte entre a inteligência e as experiências do quotidiano e, mais concretamente, com a capacidade de lidar com a resolução dos problemas e o sucesso das

tarefas. Sucintamente, segundo Madeira (2007), a inteligência social tem sido alvo de investigação através da Escala da Inteligência Social, elaborada por Sternberg e Barnes (1989) e que avalia a capacidade com que o indivíduo descodifica a informação social, e a Escala de Amelang, Schwartz e Wegemund (1989) que incide na frequência de actos que os sujeitos apresentam perante determinadas situações sociais. Os modelos que a traduzem são diversos e diferentes nas suas directrizes, mas ambos partilham o interesse pelas relações interpessoais e pela flexibilidade cognitiva na resolução de problemas.

Portanto, e, ainda, segundo Madeira (2007), a noção de conduta inteligente tem-se expandido para além da esfera puramente cognitiva das operações lógicas, mnemónicas e computacionais, chegando a incluir comportamentos afectivos, relações interpessoais e interacções sociais.

Ultrapassa-se a ideia da soberania do QI e assume-se que "...a inteligência deve ter um âmbito mais lato que a capacidade de abstracção, a lógica formal, a compreensão de implicações complexas e o tratamento de amplos conhecimentos de carácter geral" e passar a ter em conta "...méritos como a criatividade, o talento para organizar, o entusiasmo, a motivação, a destreza psicológica e as atitudes humanitárias: qualidades emocionais e sociais" (Martin, & Boeck, 1997, p.10).

Assim, referem Figueira e Almeida (2006), quer se utilize o termo inteligência, quer se adopte outro termo qualquer, facto inegável é a instrumentalidade dos aspectos emocionais em todo o funcionamento humano.

Esta é a tese de Damásio (1995), defendendo que os níveis mais baixos do edifício neurológico da razão são os mesmos que regulam o processamento das emoções e dos sentimentos e ainda as funções do corpo necessárias para a sobrevivência do organismo. Por sua vez, estes níveis mais baixos mantêm relações directas e mútuas com praticamente todos os órgãos do corpo, colocando assim o corpo directamente na cadeia de operações que dá origem aos desempenhos de mais alto nível da razão, da tomada de decisão e, por extensão, do comportamento social e da capacidade criadora. Além disso, mesmo depois de as estratégias de raciocínio se estabelecerem durante os anos de maturação, a actualização efectiva das suas potencialidades depende provavelmente, em larga medida, de um exercício continuado da capacidade para sentir as emoções, equaciona este autor.

Neste contexto, e segundo Vale (2003), valorizam-se as emoções como sendo capazes de direccionar o comportamento e a acção do indivíduo, sendo que o desenvolvimento emocional acompanha outros níveis de desenvolvimento, decorrendo, portanto, ao longo da idade e das experiências de vida.

O interesse crescente pelas emoções e pela sua importância no sucesso dos indivíduos no seu quotidiano despoletou não só um vasto leque de obras e reflexões, procurando traduzir a sabedoria das emoções numa verdadeira forma de inteligência, mas também uma disseminação de definições e abordagens sobre as potencialidades das emoções em jornais, revistas e na Internet, que procuram rentabilizar de alguma forma as recentes descobertas e não contribuir para a efectividade de um novo construto (Madeira, 2007).

Mas é precisamente isso que acontece, e em 1990, o psicólogo Peter Salovey, da Universidade de Yale e John Mayer, da Universidade de New Hampshire, propõem a existência de um novo tipo de inteligência: a inteligência emocional.

No trabalho de Roberts et al. (2002), podemos ler que apesar de tal forma de inteligência não ter sido incluída nos modelos tradicionais de inteligência como o de Spearman (Inteligência Geral), Thurstone (Habilidades Mentais Primárias) e Guttman (Modelo Radex de Inteligência), não significa que houvesse uma desconsideração da competência emocional como uma variável mediadora na relação do sujeito com o meio ambiente. Inclusive, David Wechsler (criador das escalas Wechsler de inteligência) reconhecia que alguns comportamentos não-intelectuais como curiosidade, persistência ou prudência podiam mediar essa adaptação, sem, no entanto, os ter equiparado à estrutura da inteligência propriamente dita. Porém, no modelo de Guilford (Modelo da Estrutura do Intelecto) já se menciona um factor parecido com a IE, chamado de cognição do comportamento. Também, nas últimas pesquisas realizadas na década de 40, no laboratório de Spearman, Wedeck teria descrito um conceito parecido com a inteligência emocional, a que chamou de habilidade psicológica, definindo-a como a habilidade de julgar correctamente os sentimentos, humores e motivação do indivíduo (Roberts et al., 2002).

Assistindo-se ao renascer da ideia, nos anos oitenta, com as inteligências múltiplas de Gardner, a inteligência prática de Wagner e Sternberg e o retomar dos estudos sobre a inteligência social, será então nos anos noventa que se afirmam as inteligências ditas não académicas ou não cognitivas, afirma Franco (2003), marcadas por estudos que confirmam a independência de algumas destas inteligências em relação à inteligência académica e pelo aparecimento de novas concepções de inteligência não académicas, como seja a inteligência emocional (IE). A verdade é que foi o conceito de IE que, até ao momento, acabou por se impor aos restantes e tem vindo a vingar em termos de aceitação, até na própria comunidade científica (Sternberg, 2001, in Franco, 2003).

Assume-se, assim, a intersecção da emoção e da cognição, projectando a ideia de que as emoções influenciam a forma de pensar e consequentemente a forma de agir, assim como o

pensamento pode alterar os estados emocionais. Ser emocionalmente inteligente surge desta articulação, ou seja, “...é necessário não só experienciar as emoções, ou exercitar o autocontrolo, mas principalmente exercícios de reflexão, introspecção (intra-pessoal) e uma abertura sensível ao mundo extra-pessoal – pessoas, animais, objectos, meio...” (Ferreira, 2006, p. 32).

No entanto, Roberts et al. (2002) escrevem um artigo onde enumeram diversos problemas metodológicos e, principalmente, conceptuais, que rodeiam a IE. Baseando-se noutros estudos, o artigo apresenta uma reflexão crítica sobre a inteligência emocional e os instrumentos disponíveis para a sua avaliação, concluindo que não há certeza se a IE é um tipo de inteligência (por exemplo, inteligência cristalizada) ou se pertence ao campo da personalidade (por exemplo, como componente de ordem inferior). Assim, defendem que a IE é um conceito ainda em fase de construção e que as suas medidas precisam ser refinadas. Admitem, porém, que é um dos conceitos psicológicos mais populares e recentes da década de 90, por se acreditar que a IE está associada à capacidade das pessoas perceberem e gerirem as suas próprias emoções, assim como perceber e, porque não, conduzir as dos outros.

Na literatura, começam a destacar-se alguns nomes que procuram, através das suas obras, conferir validade ao novo construto, assumindo sempre que “...uma visão da natureza humana que ignore o poder das emoções é tristemente míope” (Goleman, 2000, p. 56). Face ao investimento de diversos autores em torno deste novo construto, surgem diferentes conceitos de IE e são concebidos diferentes modelos teóricos, dominantes na bibliografia actual.

2.2 Modelos da Inteligência Emocional

Apesar da IE, desde o seu aparecimento em 1990, ser objecto de múltiplos estudos e reflexões, que a tem conduzido a um aprofundamento e desenvolvimento rápido, também tem sido alvo de muita informação que pouco ou nada tem contribuído para a clarificação deste conceito (Franco, 2007).

Possivelmente por este e com certeza por outros motivos, Franco (2007), apoiando-se em Mayer (2001), faz uma revisão em torno de toda esta informação e distingue três marcos temporais, fundamentais para as reflexões actuais.

Desta forma e segundo Franco (2003), temos um período situado entre o ano de 1990 e 1993, no qual o aparecimento do conceito e da definição proclamada pelo próprio e por

Salovey se distinguiu nas revistas científicas, onde apresentam os pontos mais relevantes em relação à explicação e enquadramento do construto, bem como a construção do primeiro instrumento de medida. O segundo marco temporal, entre 1994 e 1997, foi protagonizado por Daniel Goleman, que divulgou em larga escala o conceito, surgindo uma rápida proliferação de várias definições de IE, surgindo assim vários livros e vários testes (a maior parte deles antigos testes de personalidade) sob esta denominação. O terceiro momento decorre a partir de 1998 até aos nossos dias, e é marcado pela dedicação e interesse de vários autores em validar a IE e dotá-la de um rigor científico, através de múltiplas pesquisas e da construção de instrumentos de medida objectivamente fiáveis (Franco, 2003). Ainda segundo esta autora, estaremos hoje a assistir à entrada num quarto momento, em que os estudos se direccionam para a explicação de grande parte do quotidiano das pessoas (validade preditiva) através da IE, formando um conjunto de evidências que contribuem para a consolidação deste construto.

Neste contexto, Franco (2003) considera que Mayer e Salovey têm vindo a refinar conceitos ao longo das suas pesquisas, no sentido de clarificar as diferentes concepções de IE, de modo a distinguirem os diferentes tipos de abordagens que se fazem deste construto, apresentando dois tipos de modelos: os mistos ou compósitos e os de habilidades ou capacidades.

Para Rocha et al. (2007), os modelos de capacidade (cognitivos) têm sido identificados como aqueles que definem a IE como inteligência, no sentido tradicional, i.e., como um conjunto relacionado de capacidades mentais que fazem sinergia entre emoções e processamento de informação, sendo encarada, simultaneamente, como uma forma de inteligência independente da inteligência geral, e como contributiva para o pensamento formal e inteligência em geral. Ou seja, a IE é definida a partir de desempenhos ligados aos aspectos emocionais que esta capacidade permite realizar, cujos autores mais representativos são Mayer, Caruso e Salovey (Figueira & Almeida, 2006).

Já os modelos mistos definem a IE como uma mistura de competências relacionadas com as emoções e traços/características de personalidade (Rocha et al., 2007), resultando numa tentativa de incluir numa só entidade todos os factores que podem contribuir para o êxito na vida (Franco, 2003). Estes factores serão compostos de subescalas associadas a traços de personalidade, habilidades sociais e outros construtos que não a inteligência (Bueno & Primi, 2003). Em suma, representa “a capacidade para conciliar emoções e razão: usar as emoções para facilitar a razão, e raciocinar inteligentemente acerca das emoções” (Rego & Cunha, 2004, p. 191, in Rocha et al., 2007), no qual se englobam o modelo de Bar-On e o modelo de Goleman.

Iremos, então, de seguida, abordar sucintamente os três principais modelos de IE, que surgiram neste enquadramento temporal, de acordo com a *The Encyclopedia of Applied Psychology*” (Bar-On, 2007):

- O modelo de Mayer-Salovey, que define este construto como a capacidade de perceber, compreender, gerir e usar emoções para facilitar o pensamento;
- O modelo de Goleman, que vê o construto como um conjunto de competências emocionais e sociais que contribuem para o desempenho empresarial e,
- O modelo de Bar-On, que descreve a IE como um cruzamento de competências emocionais e sociais interrelacionadas, habilidades e facilitadores que têm impacto no comportamento inteligente.

2.2.1 O modelo de habilidades cognitivas de inteligência emocional de J. Mayer e P. Salovey

Ao falarmos de IE, surge, de imediato, a forte ligação aos nomes de Peter Salovey e de John Mayer, os quais reclamam para si a autoria deste construto, quando apresentam, numa comunicação intitulada *Emotional signs and emotional intelligence*, em 1990, incluída no 98º Encontro Anual da Associação Americana de Psicologia, a apresentação da seguinte definição, “*Emotional Intelligence is a type of social intelligence that involves the ability to monitor one’s own and other’s emotions, to discriminate among them, and use the information to guide one’s thinking and actions*” (Mayer & Salovey, 1993, p.67, in Madeira, 2007).

De acordo com Franco (2003), apesar de reivindicarem para si a delimitação do construto de inteligência emocional como uma entidade distinta e enquanto área de investigação empírica, os autores reconhecem que esta expressão já tinha sido utilizada, mas de forma ocasional, por outros autores, o mesmo se passando para a expressão “quociente emocional” (QE).

A base do estudo dos autores reside na tese de que o indivíduo possui qualidades emocionais, que podem ser trabalhadas e aperfeiçoadas, contribuindo para o sucesso do seu desempenho (Madeira, 2007), definindo inicialmente a IE como um conjunto de habilidades relacionadas com a percepção, expressão e regulação das emoções em si mesmo e nos outros, e à utilização das emoções para motivar, planear e atingir objectivos na vida (Primi et al., 2006), processos estes que ocorrem tanto para o processamento de informações verbais, quanto não-verbais (Bueno & Primi, 2003).

Na perspectiva de Franco (2003), embora havendo, em certa medida, alguma sobreposição, a primeira definição de inteligência emocional proposta por Mayer e Salovey

assenta em dois construtos de inteligência distintos: por um lado, a inteligência social, que tem a sua origem numa publicação de Thorndike de 1920; por outro, na de inteligência intrapessoal definida por Gardner, em 1983, no seu livro *Frames of mind*.

Landy (2005) critica fortemente que os investigadores de IE “ancorem a sua herança clássica, numa observação feita por E. L. Thorndike na *Harper's Magazine*, em 1920, sobre a possibilidade de uma forma de inteligência social” (p. 413). Na altura, segundo este autor, Thorndike sugeriu três formas de inteligência - abstracta, mecânica e social, apenas como “uma forma de ajudar o leitor não-científico a perceber que a inteligência poderia manifestar-se de várias maneiras”, uma vez que foi escrita numa revista popular e não de carácter científico. Acrescenta ainda que em 1937, seu filho, “o eminente psicometricista R. L. Thorndike, manifestou uma considerável decepção para com a investigação que tinha sido feita até à data sobre este construto” (Landy, 2005, p.413). Contudo, para Franco (2003), Thorndike deixa a porta aberta para a existência de outras formas de inteligência, para além das habilidades cognitivas. Acresce ainda que, e ainda segundo Franco (2003), a definição de IE destes autores tem evoluído através da introdução de pequenas alterações que foram especificando cada vez mais este construto, distanciando-o dos construtos mais próximos de onde partiu (nomeadamente da inteligência social e da inteligência intrapessoal).

Num segundo momento, em 1997, Mayer e Salovey apresentam uma revisão ampliada, clarificada e melhor organizada do modelo de 1990 (que enfatizava a percepção e controlo da emoção, mas omitia o pensamento sobre os sentimentos). De modo a suprimir as lacunas que as suas primeiras definições de IE tinham e que permitiram interpretações ambíguas do construto, avançam uma nova definição que expande um pouco mais o construto, tendo também o cuidado de discriminar com exactidão os processos psicológicos por ele implicado, “*Emotional intelligence involves the ability to perceive accurately, appraise, and express emotion; the ability to access and/or generate feelings when they facilitate thought; the ability to understand emotion and emotional knowledge; and the ability to regulate emotions to promote emotional and intellectual growth*” (Mayer & Salovey, 1997, p. 10).

Neste modelo de IE, o processamento de informações emocionais é explicado por meio de um sistema de quatro ramos. Apesar de existir uma organização hierárquica, de acordo com a complexidade dos processos psicológicos envolvidos, Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios (2001) explicam que a IE advém do equilíbrio entre estes mesmos ramos, sendo eles:

- A percepção das emoções, que constitui o mais básico dos processos psicológicos que compõem a IE, de acordo com Mayer et al. (2000), uma vez que assumem as emoções como um instrumento fundamental no estabelecimento das relações sociais. Este ramo comporta a capacidade de o indivíduo identificar as suas emoções e o seu conteúdo, as emoções dos outros e noutras formas de expressão (como objectos de arte e música), a capacidade de expressar o que sente, bem como a capacidade de validar a congruência das emoções.

- O uso das emoções como forma de facilitar o pensamento, pela integração das experiências emocionais na vida mental. Claramente, estes autores espelham o princípio de que as emoções podem ser utilizadas para melhorar a cognição, através da capacidade de reter as informações mais importantes, adequar o humor de forma a ter os diversos pontos de vista e resolver os problemas de forma criativa. O valor prospectivo da evocação das emoções é o de possibilitar a antecipação das emoções que uma determinada situação poderá provocar, permitindo procurar as melhores formas para lidar com elas, assim como as melhores soluções para a resolução da situação, desempenhando ainda um papel importante na capacidade de empatia, pois pode-se evocar uma determinada emoção para compreender melhor o que se está a passar com a pessoa ou na situação que se tenta analisar.

- A compreensão e análise das emoções consistem no processamento destas, o que permite a resolução de problemas sociais, bem como a promoção da eficácia das diferentes relações que se estabelecem. Assim, este ramo inclui a capacidade de reconhecer os estados emocionais que acompanham certas situações; a capacidade de diferenciar emoções próximas; a capacidade de identificar as emoções que compõem emoções mais complexas ou estados emocionais constituídos por várias emoções, que podem ser antagónicas; e a capacidade de reconhecer a transição entre diferentes emoções. Subjacente a este ramo está o pressuposto de que as emoções se desenvolvem em padrões previsíveis que estão relacionados com o desenvolvimento em situações sociais complexas.

- A gestão das emoções pressupõe que é possível empregar o conhecimento emocional para a resolução de problemas de forma mais satisfatória. Permite o controlo reflexivo das emoções, em si próprio, nos outros ou na relação através da capacidade de atenção às emoções provenientes das diferentes situações e da capacidade de avaliar a aplicabilidade dos estados emocionais. Envolve de uma forma explícita todos os outros domínios, uma vez que, pela percepção e compreensão das emoções, consegue seleccionar e utilizar um conhecimento emocional capaz de solucionar eficazmente problemas sociais (Mayer et al., 2000). Para Franco (2007, p. 77), “Este é a componente da inteligência emocional que a maior parte das pessoas reconhece como sendo, por si só, a inteligência emocional”.

Numa terceira fase, que vai de 1998 até aos nossos dias, Mayer, Salovey e a sua equipa intensificaram as pesquisas na área, trabalhando em prol da institucionalização do construto de IE, de modo a responderem às críticas apresentadas. Uma das mais relevantes surgiu em 1998, num artigo intitulado *Emotional intelligence: In search of an elusive construct*, de Davies, Stankov e Roberts (1998), investigadores da universidade de Sydney, onde, após uma vasta investigação em que cruzam medidas de IE com medidas de personalidade, empatia e inteligência, entre outras, põem em causa a existência de uma entidade nova que se possa denominar inteligência emocional, questionando-se sobre se esta não passará de um conjunto de traços de personalidade. Apontam para a falta de instrumentos de medidas fiáveis, face aos já existentes e sugerem que, a existir o conceito de IE, que seja mais estrito e se limite ao único factor para o qual eles encontram validade, o da percepção emocional (Franco, 2003).

Mayer e Salovey reagiram, publicando um instrumento de medida que reflectisse a sua concepção de IE: o *Multifactor Emotional Intelligence Scale* (MEIS), e, mais recentemente, uma versão melhorada deste, o *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT V 1.1 e V.2.0). Ainda como resposta a este artigo, Mayer, Salovey, Caruso e Sitarenios, em 2001, publicaram também eles um artigo onde defendem não só que a IE cumpre as normas tradicionais de uma inteligência, como apresentam argumentos para a razoabilidade de medir a IE como uma habilidade. Nele, Mayer et al. (2001) explicam que o seu modelo de IE tem como base de estudo a noção de que as emoções contêm informações sobre relacionamentos e quando o relacionamento de uma pessoa com outra pessoa ou um objecto se altera, o mesmo acontece com as emoções em direcção a essa pessoa ou objecto, quer estas relações sejam reais, recordadas ou mesmo imaginárias. A IE remete então para a capacidade de reconhecer os significados das emoções e suas relações, bem como raciocinar e resolver os problemas com base nas mesmas. Além disso, envolve ainda utilizar as emoções para reforçar as actividades cognitivas.

Igualmente, nesta fase de desenvolvimento do seu modelo, Mayer et al. (2000) apresentam um segundo esquema (cf. Fig.1) do seu construto de IE, que o complementa e permite um aprofundamento, ao ultrapassar as preocupações mais estruturais e desenvolvimentistas de um primeiro esquema, colocando o enfoque no funcionamento, com a dinâmica das capacidades que compõem a IE, com o que faz a transição entre as diferentes habilidades e como elas se interligam.

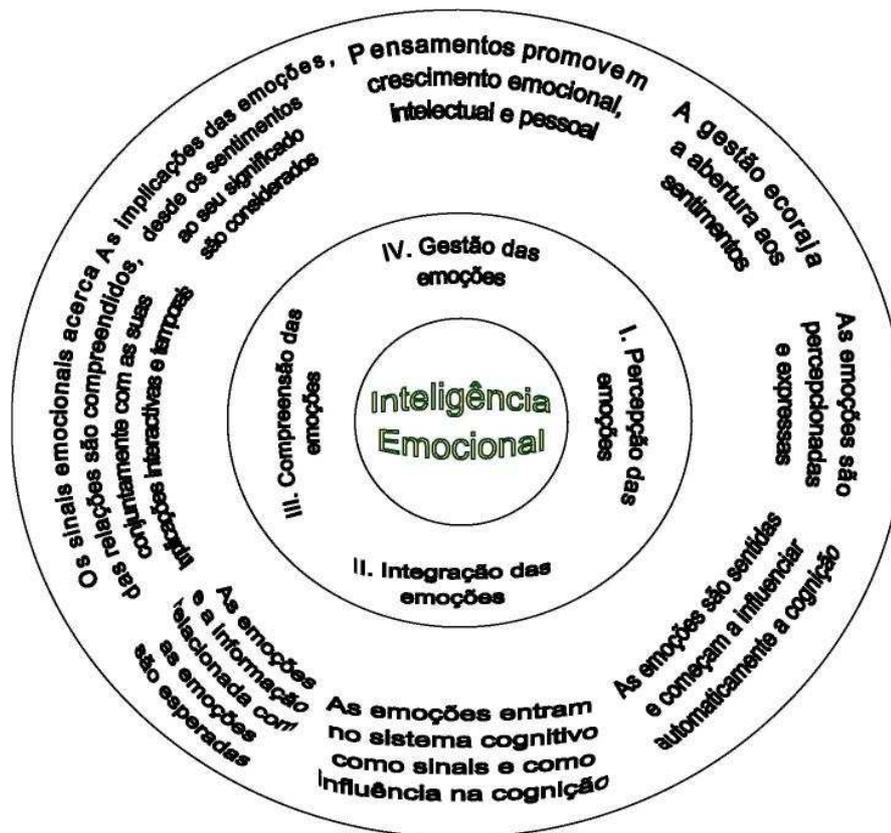


Figura 1. Descrição circular dos ramos da inteligência emocional do modelo de Mayer e Salovey (Trad. e adapt. Mayer, Salovey et al., 2000, in Franco, 2003, p. 91).

Os autores enumeram ainda os contributos que a IE pode trazer para a vida dos indivíduos: a) melhorar a capacidade de ter um comportamento biosocial adaptativo de apoio familiar; b) ser não defensivo; c) ser capaz de redefinir as emoções com eficácia; d) escolher bons modelos para seguir, dum ponto de vista emocional; e) ser capaz de comunicar e discutir sentimentos; f) desenvolver um conhecimento especializado em áreas particulares das emoções como a estética, a moral ou ética, a liderança, a resolução de problemas sociais, a espiritualidade (Mayer, Salovey et al., 2000, in Franco, 2003, p. 93).

2.2.2 O modelo de inteligência emocional de D. Goleman

De acordo com Mayer, Salovey e Caruso (2002, in Freitas & Noronha, 2006), o conceito de IE tornou-se popular, pelo facto do jornalista e psicólogo na Universidade de Harvard, Daniel Goleman, ter publicado um livro intitulado *Inteligência emocional*, em 1996 (que rapidamente se tornou num *best-seller*), em que associa a IE ao comportamento social, relacionando-a a conceitos como empatia, motivação, persistência, capacidades sociais e,

sobretudo, sucesso profissional. No livro podemos encontrar o *Desafio de Aristóteles*, bastante elucidativo das reflexões apresentadas pelo autor:

“Qualquer um pode zangar-se – isso é fácil. Mas zangar-se com a pessoa certa, na justa medida, no momento certo, pela razão certa e da maneira certa – isso não é fácil” (Aristóteles, Ética a Nicómano, in Goleman, 1996, p.17).

No entanto, baseando-nos em Franco (2003), a popularização desta obra ficou também a dever-se ao clima provocado pela acesa polémica que surgiu na comunidade científica dos EUA em torno da publicação, em 1994, de uma obra intitulada *The bell curve*, de Herrnstein and Murray, e que extravasou para a opinião pública. Nesta obra, os autores afirmam que a inteligência, como aptidão natural dos seres humanos, se distribui na população de acordo com a curva normal (um pequeno grupo com baixa inteligência, um grande grupo teria inteligência média e só outro pequeno grupo é que teria uma elevada inteligência), condicionando a forma como a riqueza é distribuída pelos indivíduos, isto é, os indivíduos com baixa inteligência eram desempregados, pobres e com pouca saúde, ao contrário dos indivíduos de elevada inteligência que eram empregados, ricos e saudáveis, salienta Franco (2003). É este último aspecto, em que se relacionava o QI com o posicionamento em determinadas classes sociais ou outras medidas de sucesso pessoal, encarando a inteligência como fixa, detida apenas por uma elite, que alimenta a controvérsia (Rocha et al., 2007). De facto, a IE tornou-se popular como um contra-argumento igualitário: esta forma de inteligência é vista como um atributo psicológico que pode ser adquirido ou fortalecido e, conseqüentemente, gerar melhorias na concretização de objectivos pessoais (Rocha et al., 2007).

O discurso literário de Goleman sensibiliza os leitores para a importância da IE no quotidiano, explícita na própria definição que apresenta:

“...a capacidade de a pessoa motivar-se a si mesma a persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjuga a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança” (Goleman, 1996, p. 54).

Ao longo do seu primeiro livro, Goleman vai avançando várias definições de IE para, finalmente, e numa interpretação sua de uma das primeiras definições avançadas por Mayer e Salovey, reunir todos os aspectos definidos de forma dispersa numa definição da IE composta por cinco habilidades (Goleman, 1996, p.63-64):

- Autoconsciência (Conhecer as próprias emoções): reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer;
- Gerir emoções: lidar com as sensações de modo apropriado;
- Motivação: capacidade de mobilizar as emoções ao serviço de um objectivo;
- Empatia (Reconhecer as emoções nos outros): atenção aos sinais sociais que indicam o que os outros necessitam ou desejam;
- Gerir relacionamentos: aptidão para gerir as emoções nos outros.

O modelo de Goleman que, para Franco (2003), é, sem dúvida, o mais popular dos modelos de inteligência emocional, prossegue com a apresentação de um segundo livro, também *best-seller* - *Working with emotional intelligence*, em que estabelece a ligação entre as habilidades emocionais acima descritas (de modo a incluir, para além destas, habilidades sociais) e o seu valor para a execução de diferentes tarefas, descrevendo as competências emocionais que resultam de cada uma dessas habilidades (Goleman, 1998, in Franco, 2003).

Assim, Goleman redefine as cinco habilidades emocionais, que passa a designar por habilidades emocionais e sociais básicas:

“Autoconsciência: saber o que estamos a sentir no momento e usar essas preferências para guiar as nossas decisões; ter uma avaliação realista das nossas habilidades e um sentido bem sedimentado de autoconfiança;

Auto-regulação: lidar com as nossas emoções, de modo a que elas facilitem em vez de interferir com a tarefa que estamos a desenvolver; estar consciente e adiar gratificações para perseguir objectivos; recuperar bem de perturbações de carácter emocional;

Motivação: usar as nossas preferências mais profundas para nos mover e guiar em direcção aos nossos objectivos, para ajudar-nos a tomar iniciativas e lutar para melhorar, e para persistir face a obstáculos e frustrações;

Empatia: ter consciência do que as pessoas estão a sentir, ser capaz de ter em linha de conta as suas perspectivas, cultivar as relações e sintonizar com uma grande variedade de pessoas;

Habilidades sociais: lidar bem com as emoções das relações e ler com perspicácia situações sociais de trabalho em rede; interagir polidamente; usar esta habilidade para persuadir e liderar, negociar e solucionar disputas, para a cooperação e o trabalho em grupo” (Goleman, 1998, p. 324, in Madeira, 2007).

Goleman define conjuntamente um modelo de vinte e cinco competências distribuídas pelas cinco habilidades anteriormente apresentadas (cf. Quadro 1), justificando o facto de serem tão numerosas com o argumento de poderem ser aplicadas a diferentes situações de trabalho.

Quadro 1: Competências emocionais e sociais do modelo de Goleman (Goleman, 1998, in Franco, 2003, p. 97).

Competências pessoais

Esta competência determina como nos gerimos a nós próprios.

Autoconsciência

(Conhecer os nossos estados internos, preferências, potencialidades e intuições)

- Consciência emocional: Reconhecer as nossas emoções e os seus efeitos.
- Auto-avaliação precisa: Conhecer as nossas forças e limites.
- Autoconfiança: Um forte sentido do que se vale e das nossas capacidades.

Autoregulação

(Gestão dos nossos estados internos, impulsos e potencialidades)

- Autocontrolo: Examinar regularmente as emoções disruptivas e impulsos.
- Honestidade: Manter padrões de honestidade e integridade.
- Consciência moral: Assumir responsabilidade pelos seus desempenhos.
- Adaptabilidade: Flexibilidade em lidar com as mudanças.
- Inovação: Estar confortável com novas ideias, abordagens e novas informações.

Motivação

(Tendências emocionais que guiam ou facilitam o atingir de metas)

- Realização: Esforços para melhorar ou encontrar um padrão de excelência.
- Envolvimento: Alinhar nos objectivos de um grupo ou organização.
- Iniciativa: Prontidão para agir nas oportunidades.
- Optimismo: Persistência nos objectivos, independentemente dos obstáculos e contratempos.

Competências Sociais

Esta competência determina como lidamos com as relações

Empatia

(Consciência dos sentimentos dos outros, necessidades e preocupações)

- Compreender os outros: Ser sensível aos sentimentos e às perspectivas dos outros e tomar um interesse activo nas suas preocupações.
- Desenvolver os outros: Ser sensível às necessidades de desenvolvimento dos outros, reforçando as suas habilidades.
- Orientação para ajudar: Antecipar, reconhecer e ir ao encontro das necessidades dos clientes.
- Potenciar a diversidade: Desenvolver oportunidades em diferentes tipos de pessoas.
- Consciência Política: Ler as correntes emocionais do grupo e as relações de poder.

Habilidades Sociais

(Capacidade de ser perito em induzir respostas desejáveis nos outros)

- Influência: Usar táticas eficazes de persuasão.
- Comunicação: Ouvir abertamente e enviar mensagens convincentes.
- Gestão de conflitos: Negociar e desenvolver desacordos.
- Liderança: Inspirar e guiar indivíduos e grupos.
- Catalisador de mudança: Iniciar ou gerir o processo de mudança.
- Construção de ligações: Criar relações instrumentais.
- Colaboração e cooperação: Trabalhar com os outros em função de objectivos comuns.
- Capacidade de estar em equipa: Criar uma sinergia de grupo para perseguir objectivos colectivos.

Para além das competências emocionais, Goleman também descreve os comportamentos associados a cada uma delas, mas ressalva que não é necessário ser-se forte

em todas as competências para se atingir a excelência, sendo suficiente ser forte em cerca de seis destas competências, desde que estas se distribuam por todas as cinco áreas da inteligência emocional (Franco, 2003). De acordo com o autor do modelo em análise, Madeira (2007) acrescenta ainda que as competências emocionais podem ser caracterizadas como:

- * Independentes, uma vez que cada uma exerce um contributo específico;
- * Interdependentes, na medida em que interagem entre si, potencializando as capacidades de cada uma;
- * Hierárquicas, no sentido que se baseiam umas nas outras;
- * Necessárias mas não suficientes, pois têm todas o mesmo grau de importância e o facto de se ter uma competência não significa que as outras estejam implícitas e
- * Genéricas, pela sua flexibilidade em adequar-se às diferentes tarefas.

Goleman reforçou a ideia de que as emoções são determinantes importantes do sucesso pessoal em geral, e da liderança em particular, afirmando mesmo que a IE é a condição *sine qua non* da liderança (Rocha et al., 2007). Neste contexto, Daniel Goleman aposta no conceito de IE e relaciona-o directamente com o quotidiano das pessoas e até mesmo com o próprio sucesso ou insucesso dos indivíduos perante as vivências (Franco, 2003).

No entanto, estas afirmações não têm tido uma aceitação muito pacífica na comunidade científica ligada ao conceito de inteligência e, nomeadamente, de IE, existindo, segundo Landy (2005), uma tensão interessante entre os pesquisadores mais académicos (por exemplo, Salovey, Caruso e Mayer), e os pesquisadores mais comerciais (por exemplo, Goleman): a ala comercial da IE faz reivindicações expansivas sobre o valor de aplicação deste construto, enquanto a ala académica adverte precisamente contra estes créditos expansivos.

Também Roberts et al. (2002) acreditam que a associação entre a IE e o sucesso profissional tem contribuído para o interesse no assunto, devido à suposição de que pessoas com melhor gestão das próprias emoções são aquelas que provavelmente são melhor sucedidas no mercado de trabalho e apresentam melhor qualidade de vida.

2.2.3 O modelo de inteligência emocional e social de Bar-On

Reuven Bar-On, psicólogo na Universidade de Texas, surge também como pioneiro na conceptualização da IE e na avaliação das competências emocionais.

O modelo preconizado por Bar-On, contrariamente aos modelos já apresentados, que partiram de reflexões teóricas para a definição de IE, emerge da prática, baseando-se essencialmente, em alguns estudos empíricos realizados em várias partes do mundo com milhares de sujeitos, com um questionário construído por Bar-On para medir as competências emocionais e de funcionamento social: o *Emotional Quotient-Inventry* – EQ-i (cf. ponto 3 deste capítulo). Bar-On (2000, in Franco, 2003) parte do princípio que o facto de aplicar o seu instrumento em vários contextos e a várias populações lhe trará uma maior compreensão sobre quais são os comportamentos emocionais e sociais mais adequados e sobre o que está subjacente aos construtos da inteligência emocional e social, decorrendo, daqui, uma concepção de IE como entidade mista (entidade multifactorial, interrelacionada: capacidades emocionais, pessoais e sociais). Ou seja, segundo Franco (2003), tendo em conta os estudos que têm mostrado existir uma forte correlação entre a inteligência emocional e as relações sociais (referindo-se aos trabalhos de Gardner e Saarni), Bar-On defende que o construto de inteligência emocional deve ser mais abrangente e deve ser uma entidade mista, e defende também a existência de uma inteligência emocional e social.

De facto, Bar-On refere-se a este construto como uma realidade complexa, que não se circunscreve, apenas, aos aspectos ou aptidões emocionais, mas, igualmente, às aptidões pessoais e às aptidões interpessoais. Opta por designá-lo por Inteligência Social e Emocional (ISE), descrevendo-o como uma série de facilitadores, habilidades e competências emocionais e sociais interrelacionadas que têm impacto no comportamento inteligente (Bar-On, 2007).

O autor afirma que o trabalho inicial de Darwin (1837-1872) influenciou o desenvolvimento do seu modelo, ao salientar a importância da expressão emocional e do comportamento emocional e socialmente inteligente em termos de uma adaptação bem sucedida e eficaz; uma influência adicional no desenvolvimento deste modelo foi a descrição de *inteligência social* e sua importância para o desempenho humano de Thorndike, em 1920, bem como as observações de Wechsler, em 1940, relacionadas com o impacto de factores não-intelectuais (não-cognitivos) sobre aquilo a que ele se referia como comportamento inteligente. A descrição de *alexitimia*, por Sifneos, em 1967 e a conceptualização de *psychological mindedness* do psicólogo Appelbaum, em 1973, tiveram também um impacto sobre o desenvolvimento do modelo de Bar-On. Além disso, Bar-On (2007) reconhece ainda que Gardner, em 1983, com a introdução do conceito de inteligência intrapessoal e interpessoal, dentro da teoria das Inteligências Múltiplas, teve igualmente um impacto sobre o desenvolvimento dos componentes intrapessoal e interpessoal do modelo de ISE.

Como já mencionado, o modelo conceptual da ISE de Bar-On fornece a base teórica

para o modelo psicométrico de Bar-On e a abordagem para medir esse construto, sendo o EQ-i a medida mais popularmente usada deste conceito. O EQ-i foi originalmente construído para examinar uma teoria de funcionamento social e emocional que Bar-On começou a desenvolver no início de 1980, durante os seus estudos de graduação. Nessa altura, Bar-On punha a hipótese que o funcionamento emocional e social eficaz deveria conduzir a um sentimento geral de bem-estar psicológico (Bar-On, 2007).

Tal como nos modelos anteriormente apresentados, verificam-se dois momentos na evolução do modelo de Bar-On, sendo a evolução inerente às suas pesquisas efectuadas a nível da organização das competências emocionais em factores.

Assim, no primeiro modelo proposto, em 1997, as quinze competências emocionais que o autor considera estarem relacionadas com a expressão emocional e o funcionamento social estão agrupadas em cinco factores. Bar-On (2007, p.2) alega que “desde Darwin até ao presente, a maioria das descrições, definições e conceptualizações de inteligência emocional e social têm vindo a incluir um ou mais destes elementos essenciais”. Estes meta-factores do modelo conceptualde ISE e competências correspondentes são referidos por Bar-On (2007) como se segue:

1. O Factor Intrapessoal (*self-awareness and self-expression*) consiste na capacidade de estar atento e de se compreender a si próprio e às suas emoções, além de expressar os seus sentimentos e as suas ideias; associado a este factor estão as competências de:

- Auto-estima (capacidade de estar atento, compreender, aceitar e respeitar-se a si próprio);
- Autoconsciência emocional (capacidade para estar atento e reconhecer as próprias emoções);
- Assertividade (capacidade para expressar sentimentos, crenças e pensamentos e para defender os seus direitos de uma maneira não destrutiva);
- Independência (capacidade de ser autoconfiante e livre de dependência emocional em relação aos outros);
- Auto-actualização (capacidade de definir e alcançar objectivos de modo a promover o nosso potencial).

2. O Factor Interpessoal (*social awareness and interaction*) representa a capacidade para se manter atento, compreender e apreciar os sentimentos dos outros, assim como manter e estabelecer relações mutuamente satisfatórias e responsáveis com outras pessoas, traduzindo-se nas seguintes competências:

- Empatia (capacidade de estar atento, compreender e valorizar os sentimentos dos outros);

- Responsabilidade social (capacidade de se identificar como um membro cooperante e construtivo no grupo social);
- Relações interpessoais (capacidade de estabelecer e manter relações mutuamente satisfatórias e caracterizadas por uma marcante proximidade emocional).

3. A Adaptabilidade (*change management*) é a capacidade para verificar as emoções através de pistas externas objectivas e avaliar com precisão a situação imediata; implica ser flexível de forma a alterar os sentimentos e pensamentos à medida que mudam as situações, e resolver problemas pessoais e interpessoais; é composta pelas competências:

- Sentido da realidade (capacidade de validar os nossos sentimentos e pensamentos em relação à realidade exterior);
- Flexibilidade (capacidade de adequar os sentimentos, pensamentos e comportamentos às mudanças de situação e condição);
- Resolução de problemas (capacidade para definir e implementar soluções concretas em problemas de natureza intra e inter pessoal).

4. A Gestão do Stresse (*emotional management and control*) consiste na capacidade para lidar com o stresse e de controlar emoções fortes; inclui as competências:

- Tolerância ao stresse (capacidade de gerir as nossas emoções de forma efectiva e construtiva);
- Controlo dos impulsos (capacidade de controlar as nossas emoções de forma efectiva e construtiva, resistindo ao próprio impulso).

5. O Humor geral (*self-motivation*) é a capacidade de ser optimista, de ter satisfação só ou com os outros e de expressar sentimentos positivos; as competências abrangidas são:

- Optimismo (capacidade de adoptar uma postura positiva em relação à vida);
- Felicidade (capacidade de estar satisfeito com a própria vida, com os outros e com a vida em geral).

No seu segundo modelo de ISE, Bar-On (2000, in Franco, 2003), após um estudo aprofundado, conclui pela existência de dez factores, correspondentes a dez das quinze competências emocionais inicialmente definidas, e cinco componentes que facilitam a sua ocorrência.

Assim, o autoconceito, a autoconsciência emocional, a assertividade, a tolerância ao stresse, o controlo dos impulsos, o sentido da realidade, a flexibilidade, a resolução de problemas, a empatia e as relações interpessoais são por si uma componente ou factor deste construto. As restantes cinco competências passam a designar-se como factores facilitadores, porque, apesar de não serem isoladas como factores, têm uma forte correlação com os restantes factores. São elas: a responsabilidade social, o optimismo, a felicidade, a independência e a auto-actualização. A definição das competências emocionais é semelhante à anterior.

Bar-On (2007) considera que, destes dez componentes da ISE, o autoconceito destaca-se como sendo o mais importante, não só por estruturalmente se ter revelado como o componente mais importante com uma forte validade de construto, mas também pelo facto de se ter revelado como sendo um pré-requisito das capacidades de autoconsciência e empatia. Por sua vez, a autoconsciência manifestou ser a componente mínima que qualquer modelo que aspire a definir IE deve contemplar.

Provavelmente, tendo em conta todos estes modelos, Chabot (2000) refere que segundo a *International Society of Applied Emotional Intelligence* (ISAEI), a IE apresenta 10 características:

- ▶ O controlo emocional: compreender e controlar os seus sentimentos e gerir o seu humor;
- ▶ A auto-estima: ter bons sentimentos a seu próprio respeito, independentemente das situações exteriores;
- ▶ A gestão do stresse: controlar o stresse e criar mudanças;
- ▶ As aptidões sociais: ser capaz de se relacionar com os outros e ser empático;
- ▶ O controlo da impulsividade: controlar a sua impulsividade e aceitar adiar as gratificações;
- ▶ O equilíbrio: manter um equilíbrio entre o trabalho e a casa, as obrigações e o prazer;
- ▶ As aptidões de comunicação: comunicar eficazmente com os outros;
- ▶ A gestão das suas metas e dos seus objectivos: fixar metas realistas em todas as esferas da sua vida;
- ▶ A automotivação: motivar-se a si próprio na prossecução das suas metas;
- ▶ A atitude positiva: manter uma atitude positiva realista mesmo nos momentos difíceis.

Como consequência de todos estes modelos e investigações deles decorrentes, a IE tem vindo a assumir-se como um verdadeiro e importante construto psicológico, com uma relação muito próxima com fenómenos psicológicos como a liderança, o desempenho individual e em grupo e até mesmo com as relações interpessoais e sociais (Madeira, 2007). Face a esta importância, revela-se pertinente proceder à sua avaliação para que possa adquirir um estatuto válido em termos científicos.

Assim, abordamos seguidamente a avaliação da IE, tendo em atenção que, segundo Caruso (1999, p.3) “... *every measure of emotional intelligence is tied to a certain definition of emotional intelligence*”.

2.3 Avaliação da Inteligência Emocional

Na perspectiva de diversos autores (Franco, 2003), de facto, um dos problemas mais evidentes relacionado com a IE é o de sua avaliação, uma vez que um dos requisitos para a introdução de um novo construto é a existência de um instrumento de medida que permita recolher dados empíricos que constituam prova da sua existência. Segundo Bueno e Primi (2003), desde a proposição da inteligência social, por Thorndike, em 1920, que não se consegue desenvolver um instrumento fiável para a medir. E sem esse recurso não é possível conhecer objectivamente as suas características funcionais (e estruturais) na mente humana, argumentam os autores, concluindo que a principal discussão remete para os tipos de instrumentos utilizados para esta avaliação que têm sido propostos ao longo da história.

De acordo com Roberts et al. (2002), os instrumentos criados para medir as diferenças individuais neste construto falharam em alcançar uma medida satisfatória, pela dificuldade em encontrar julgamentos sociais precisos (por exemplo, é socialmente correcto responder agressivamente a uma forte ofensa?), assim como definir critérios externos para realizar estudos de validade (por exemplo, o que é ser “bem sucedido”?). Todavia, existem diversas medidas de IE e a maioria delas já se encontra disponível no mercado editorial, embora algumas ofereçam informação insuficiente sobre as suas investigações, base de dados e propriedades psicométricas, o que é criticável segundo as normas do método científico (Landy, 2005).

Acontece que o critério psicométrico é fundamental para estabelecer se a IE é um construto empiricamente útil e conceitualmente justificável. Nesse sentido, a IE deverá apresentar, em primeiro lugar, um coeficiente de correlação com a inteligência psicométrica que não seja nem muito pequeno (o que tornaria a IE independente do construto de inteligência), nem muito alto (o que tornaria a IE similar à inteligência psicométrica) e, em segundo lugar, a IE deverá ser psicometricamente distinta da personalidade (Roberts et al., 2002).

Um dos problemas, segundo Conte (2005), é que os investigadores das medidas de IE têm utilizado diferentes definições do construto, o que resultou em diferentes tipos e número de dimensões para as várias medidas. Talvez ainda de maior importância para a validação deste construto é que as várias medidas utilizam formatos de resposta diferentes, incluindo os inventários de auto-avaliação, os testes de habilidade ou desempenho e os testes de 360 graus.

De facto, Mayer, Caruso e Salovey (2000, in Franco, 2003) propõem uma grelha de leitura que divide os testes de IE existentes em três categorias, com base no tipo de medidas utilizadas: habilidades, auto-avaliação e testes de 360 graus. A autora refere que “os testes de habilidade colocam os sujeitos perante tarefas que têm que resolver. Os inventários de auto-avaliação (...) recorrem ao sujeito como avaliador das suas competências ou capacidades (...). Por sua vez, os testes de 360 graus recorrem a um avaliador externo ao sujeito, alguém que lide de perto com o sujeito e que possa avaliar o traço de personalidade que se pretende medir” (Franco, 2003, p.110). Porém, genericamente, para Roberts et al. (2002), as medidas agrupam-se nas duas primeiras categorias mencionadas, as medidas baseadas no desempenho – testes de habilidades, e as medidas baseadas na auto-avaliação – testes de auto-avaliação.

De acordo com Ashkanasy (2006), existem autores que fazem uma distinção entre comportamento típico e máximo, observando que o comportamento típico é avaliado através dos testes de auto-avaliação, enquanto que o comportamento máximo é medido pelas testes de habilidades.

Para Freitas e Noronha (2006), os testes de habilidades avaliam a IE, enquanto os testes de auto-avaliação aquilatam a percepção da IE, consumindo menos tempo do que os testes de habilidades. A maior dificuldade nos testes de auto-avaliação é que as pessoas podem distorcer as respostas para parecerem melhores do que realmente são, desvirtuando a sua avaliação, na tentativa de criar uma impressão favorável a seu respeito. Outro problema apontado é que, apesar de reunir resultados válidos no que diz respeito à avaliação dos traços de personalidade, este tipo de medida parece não ser o mais adequado quando aplicado à inteligência. Isto, porque tendo a inteligência uma componente cognitiva, esta deva ser

medida através do desempenho do sujeito em tarefas nas quais demonstre possuir tal capacidade, defendem Bueno e Primi (2003). Similarmente, para Dasborough (2007), alguns autores defendem que as críticas em relação à IE são realmente dirigidas ao modelo misto de IE, por utilizarem medidas de auto-avaliação, que serão prejudiciais para o construto e criam uma "audiência hostil", pelo que o autor apoia a alegação de que estas medidas são, de facto, medidas de "auto-eficácia emocional", em vez de IE.

Apesar dos factos apontados, Roberts et al. (2002) referem que a maioria das escalas aplicadas na avaliação da IE são elaboradas em torno da auto-avaliação, como por exemplo, o já mencionado EQ-i de Bar-On.

Concisamente, as várias diferenças apontadas entre ambas as formas de medição de IE podem ser observadas no quadro que se segue:

Quadro 2: Diferenças entre os tipos de medidas de inteligência emocional (adaptado de Roberts et al., 2002, p.6).

| Medidas de Desempenho | Medidas de Auto-Avaliação |
|--|---|
| Desempenho máximo | Desempenho típico |
| Avaliação externa do desempenho | Avaliação interna de desempenho |
| Possibilidade mínima (ou inexistente) de respostas enviesadas | Maior possibilidade de respostas enviesadas |
| Testagem complicada e maior dispêndio de tempo para administração do instrumento | Testagem fácil e menor dispêndio de tempo para administração do instrumento |
| Crítérios de construção próximos aos dos testes de capacidade | Crítérios de construção semelhantes aos dos testes de personalidade |

Na perspectiva de Madeira (2007), compreensivelmente, os instrumentos de medição e avaliação de um construto têm subjacente um conjunto de directrizes teóricas que caracterizam o modelo defendido por cada autor e caracterizam as particularidades dos próprios instrumentos.

Passemos então a abordar brevemente os três grupos de medidas mencionados.

2.3.1 Testes de habilidades

As escalas de habilidades procuram obter as respostas correctas em provas direccionadas para a inteligência emocional e para as suas ramificações, em que os sujeitos devem realizar com sucesso as tarefas solicitadas. Estas abordam as emoções, o seu conceito, a sua gestão e a sua aplicabilidade na resolução de problemas (Ferreira, 2006).

Neste contexto, destacam-se alguns testes que apenas avaliam o desempenho dos

sujeitos em determinados aspectos mais relacionados com a percepção emocional, como o *Affect Sensitivity Test*, da autoria de Campbell, Kagan e Krathwohl, e o *Profile of Nonverbal Sensitivity*, ambos desenvolvidos na década de 70 (Madeira, 2007) e os testes desenvolvidos por Mayer, Salovey e Caruso, que procuram avaliar a própria IE, tendo em conta o modelo das habilidades cognitivas de IE.

Assumindo a IE como capacidade mental, uma vez que reconhecem neste construto “...a capacidade em reconhecer o significado das relações emocionais, assim como raciocinar e resolver problemas com base nesse conhecimento” (Ferreira, 2006, p. 33), Mayer e Salovey desenvolvem a *Multifactorial Emotional Intelligence Scale* (MEIS), na década de 90, nos Estados Unidos da América do Norte. A MEIS destaca-se como o primeiro instrumento construído para a avaliação de desempenho, pelo que é constituída por uma série de tarefas, com necessidade de resolução.

Segundo Franco (2003), é constituída por doze testes agrupados em quatro áreas: Percepção das emoções, que procura avaliar a capacidade de identificar o conteúdo emocional dos diferentes estímulos, perante a realização de quatro testes: Caras, Desenhos, Música e Histórias; Uso das emoções para facilitar o pensamento, que mede a capacidade dos sujeitos utilizarem as emoções para influenciar os processos perceptivos e cognitivos, através da aplicação de dois testes: Sinestésias e Tendência das emoções; Compreensão das emoções, que avalia a capacidade de raciocinar sobre as emoções e de compreender a complexidade das emoções, pelo recurso ao teste da Composição, da Progressão, da Transcrição e da Relatividade; Gestão das emoções, que determina a habilidade dos sujeitos em gerir as emoções, através do teste Gestão de si e Gestão dos outros.

De acordo com Roberts et al. (2002), um problema inicial do MEIS é o seu sistema de pontuação, uma vez que no caso de testes de inteligência, a pontuação depende do indivíduo responder correctamente aos itens. A resposta esperada é aquela previamente determinada pelo construtor do teste, baseado sempre em conhecimentos e julgamentos cientificamente aceites, o que no caso de itens envolvendo conteúdo emocional se revela uma exigência difícil de cumprir.

Contudo, vários autores trabalham no sentido de atribuir a este instrumento de medida uma fidedignidade lógica. Para tal, reuniram um conjunto de critérios já utilizados noutras pesquisas (Bueno & Primi, 2003). Um dos critérios é baseado no consenso de respostas proferidas pelos inquiridos, designando-se por resposta consensual. Esta corresponde à capacidade de “...perceber as emoções que são consensualmente definidas como presentes e igualmente concordar quando a emoção não estiver presente” (Salovey & Mayer, 1990, in

Madeira, 2007). Outro critério é a concordância com a pessoa-alvo, em que o sujeito recebe pontuação sempre que a sua resposta coincidir com a da pessoa que produziu o estímulo e a qual também terá sido submetida às mesmas questões, pelo que é considerado um referencial. A concordância com especialistas é outro tipo de critério, semelhante ao anterior, em que as respostas de referência provêm de uma avaliação realizada por profissionais, assente em pesquisas e teorias. A intensidade e a amplitude das emoções correspondem também a possíveis critérios utilizados para a avaliação da IE. A intensidade corresponde à média, enquanto a amplitude diz respeito ao desvio-padrão das respostas proferidas pelos participantes, ao longo de todas os aspectos da escala aplicada (Bueno & Primi, 2003).

Uma segunda questão avançada por Roberts et al. (2002) corresponde à persistência de uma consistência interna reduzida, o que representa que algumas variações detectadas estão relacionadas com erros de medida e não propriamente com as habilidades em estudo.

Assim, Mayer, Salovey e a sua equipa têm continuado a desenvolver estudos bastante rigorosos que visam uma análise sobre os critérios que a IE deve reunir para ser legitimada como uma verdadeira inteligência. Estes estudos conduziram a um refinamento da MEIS, surgindo assim o *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test - Research Version* (MSCEIT V1.1) e, mais recentemente, o MSCEIT V2.0, sendo cada um deles uma versão melhorada do anterior, com uma redução significativa do número de itens (Madeira, 2007). Constataram que a IE pode ser operacionalizada num conjunto de habilidades, que foram apresentadas como tarefas para serem realizadas pelos indivíduos, através da aplicação do “MSCEIT V2.0”.

A versão 2.0 desta escala é composta por 8 testes, 2 por cada um dos ramos que compõem a definição de IE destes autores: para o ramo da percepção, os testes das Caras e dos Quadros; para o ramo do uso das emoções para facilitar o pensamento, os testes da Facilitação e das Sensações; para o ramo da compreensão, os testes das Mudanças e das Composições; para o ramo da gestão das emoções, os testes da Gestão emocional e do Relacionamento emocional (Franco, 2003). Estas tarefas dão origem a respostas que podem ser inseridas em dois pólos de resultados: os melhores e os piores, tendo em conta a convergência dos métodos aplicados: de consenso, concordância com especialistas e com a pessoa-alvo (Mayer et al., 2001). Apesar deste facto, e, ainda, segundo os autores, todas as tarefas apresentaram correlações entre si e, em vez de utilizarem apenas dois autores no grupo de especialistas, como acontecia no MEIS, utilizaram vinte e um membros da *International Society of Research in Emotion* para responder às questões da MSCEIT V2.0.

Todos os testes mostraram ter uma boa consistência interna ($r= 0,63$), assim como a escala na sua globalidade ($r=0,91$). Os resultados das análises factoriais confirmatórias e dos factores comuns mostram que modelos de 1, 2 e 4 factores são representações válidas de IE (Franco, 2003).

Por outro lado, puderam verificar que a IE se relaciona moderadamente com outras formas de inteligência (validade convergente), nomeadamente com a inteligência verbal, embora também apresente alguma variância única (validade discriminante). Mayer et al. (2001) destacam ainda o carácter preditivo de outras qualidades, como a empatia, capacidade de escuta, flexibilidade, entre outras, perante a existência da IE e o facto de os adultos terem um desempenho superior ao dos adolescentes, o que nos leva a concluir que o factor idade, assim como as experiências de vida subjacentes, exercem alguma influência na formação desta inteligência.

Roberts et al. (2002) incluem, ainda, como exemplo de medida de desempenho, a Escala de Níveis de Consciência Emocional – LEAS (*Levels of Emotional Awareness Scale*). Os autores referem que prediz com certa precisão a capacidade do indivíduo em reconhecer as emoções e de responder a estados de humor aversivos; o LEAS não se correlaciona de maneira significativa com traços de personalidade, mas sim com medidas de inteligência cristalizada (Ciarrochi, Chan & Caputi, 2000, in Roberts et al., 2002).

2.3.2 Testes de auto-avaliação

Os inventários/testes de auto-avaliação baseiam-se em escalas de auto-relato, através das quais os sujeitos opinam acerca de si mesmos e “... referem-se à forma como cada um se percebe quanto às capacidades emocionais percebidas” (Ferreira, 2006, p. 41).

Um exemplo deste tipo de instrumento é o *Emotional Quotient Map* (EQ-Map), desenvolvido por Cooper em 1997, com o objectivo de estender o conceito da IE ao mundo das organizações empresariais. Trata-se de instrumento constituído por um questionário de auto-avaliação, com a presença da respectiva grelha de correcção e por um questionário com 280 itens, pertencentes a 21 testes agrupados em 5 secções: ambiente actual; literacia emocional; Competências de EQ; valores e atitudes EQ e manifestações de EQ. O resultado traduzido através de uma escala tipo Likert incluirá o indivíduo num perfil óptimo, proficiente, vulnerável e prudente (Franco, 2003).

Outro exemplo de inventário de auto-avaliação é o conhecido *Emotional Quotient-inventory* (EQ-i), desenvolvido por Bar-On (1997) nos EUA, e que tem sido alvo de vários

estudos em diferentes países (Alemanha, Argentina, África do Sul, Canadá, Holanda, Filipinas, Índia, Israel, Nigéria, etc.), sendo o que mais evidências empíricas tem reunido. Este instrumento foi construído em 1983, com a finalidade exploratória de “*examine various factors thought to be the key components of effective emotional and social functioning that lead to psychological well-being*” (Bar-On, 2000, p. 364 Franco, 2003). O psicólogo Reuven Bar-On apresentou-o comercialmente em 1997, e é o reflexo de décadas de pesquisa por parte do seu autor em torno do desenvolvimento do seu modelo de ISE. O EQ-i “...*was the first measure of its kind to be published by a psychological test publisher, (...) and the most widely used measure of emotional-social intelligence to date*” (Bar-On, 2006, p.16).

Figueira e Almeida (2006) referem que o EQ-i (versão para adultos) é constituído por 133 itens, em que se solicita ao sujeito que indique se o conjunto de afirmações (feitas na primeira pessoa do singular) descreve o seu comportamento habitual, distribuídas por 15 sub-escalas (tipo Likert de 5 pontos que vai, por exemplo, do “muito raramente” ou “não é verdade para mim” até “frequentemente verdade para mim” ou “verdade para mim”), pertencentes a 5 áreas maiores (escalas compósitas): A) Capacidade interpessoal; B) Capacidade intrapessoal; C) Gestão do stresse; D) Adaptabilidade, e E) Humor geral. Assim, temos:

Na área A) Capacidade interpessoal, três (3) sub-escalas: 1. empatia; 2. responsabilidade social e 3. relações interpessoais;

Na área B) Capacidade intrapessoal, cinco (5) sub-escalas: 1. auto-observação; 2. autoconhecimento emocional; 3. assertividade; 4. independência, e 5. auto-actualização;

A área C) Gestão do stresse aglutina duas (2) sub-escalas: 1. tolerância ao stresse, e 2. controlo dos impulsos;

A área D) Adaptabilidade inscreve três (3) sub-escalas: 1. teste da realidade; 2. flexibilidade, e 3. resolução de problemas;

Por fim, a área E) Humor geral comporta as sub-escalas: 1. optimismo e 2. felicidade.

Porém, existem duas outras versões, mais reduzidas: o Bar-On EQ-i: *Youth Version* (YV) e o Bar-On EQ-i: YV (S), com 60 e 30 itens, respectivamente, igualmente num formato tipo Likert de 4 pontos e ainda a EQ-360 (*Bar-On Emotional Quotient – 360*).

Bar-On apresenta-nos, ainda, em 2003, a *Emotional Quotient Interview*, como uma entrevista semi-estruturada, pensada como meio auxiliar, ou complementar, do Bar-On EQ-i, a utilizar após a administração do inventário e nele baseada (Figueira & Almeida, 2006). A entrevista é constituída por 15 sub-escalas ou competências de IE, enquadradas em 5 áreas,

correspondentes às competências mais gerais: as intrapessoais, as interpessoais, a gestão de stresse, a adaptação e o humor. De acordo com o autor, é recomendado que seja aplicada em conjunto com outros instrumentos de avaliação, construindo assim um processo de avaliação mais abrangente e fiável da pessoa que está sob avaliação. De carácter fortemente qualitativo, cada uma das 15 secções está concebida de forma a fornecer informação suficiente que permita situar o sujeito num determinado nível, na competência em destaque no momento (Madeira, 2007). Esta autora refere ainda, que inúmeros investigadores têm focalizado os seus estudos nas características psicométricas do EQ-i.

Para Roberts et al. (2002), existem diversas evidências de que, à semelhança com o que ocorre com outras medidas de auto-avaliação, o EQ-i está mais relacionado com aspectos da personalidade ou da sociabilidade do que com a inteligência psicométrica, pois embora útil para prever o sucesso académico e a capacidade para lidar com stresse, também prediz aspectos da personalidade como ansiedade, depressão e instabilidade emocional. Todavia, Conte (2005) menciona um estudo de Brackett e Mayer, realizado em 2003, em que estes constataram que tanto o MSCEIT V.2.0 como o EQ-i, ainda que demonstrem algumas evidências de validade para prever desvios sociais e abuso de álcool, respectivamente, não parecem apresentar validade na predição do desempenho académico.

Além das medidas já mencionadas existem muitas outras, no âmbito da auto-avaliação. Por exemplo, Roberts et al. (2002) mencionam algumas, como, por exemplo:

- A Escala Toronto de Alexitimia⁷ – TAS-20 (*The Toronto Alexithymia Scale*). Os resultados apontaram uma forte relação (-0,94) entre a variável latente de alexitimia e a inteligência emocional; para os autores, estes resultados indicam que é possível prever alexitimia a partir da IE e vice-versa.
- A Escala de Traço do Meta-Humor – TMMS (*The Trait Meta-Mood Scale*). O instrumento está baseado nos primeiros conceitos de IE de Mayer e colaboradores e os coeficientes de precisão dos três aspectos da IE medidos pelo TMMS são razoáveis, referem Roberts et al. (2002).
- O Inventário Schutte de Auto-Relato – SSRI (*The Schutte Self-Report Inventory*). Baseado nos postulados de Mayer e colaboradores, a estrutura factorial da IE, medida pelo SSRI, ainda

⁷ O termo alexitimia é um construto de personalidade que se refere à dificuldade de um indivíduo em identificar e descrever sentimentos e emoções, assim como à capacidade reduzida de imaginação, parecendo estar subjacente a diversos transtornos mentais, como o neuroticismo, principalmente (Roberts et al., 2002). A sua relação com a inteligência emocional parece óbvia dado que um indivíduo com uma pontuação elevada em alexitimia provavelmente apresenta, de maneira inversa, um pontuação baixa em inteligência emocional. Diversos estudos comprovaram a estreita relação entre esses construtos (Bar-On, 2001; Parker, Taylor & Bagby, 2001, in Roberts et al., 2002).

é confusa, referem Roberts et al. (2002).

2.3.3 Testes de 360 graus

Este tipo de instrumento de avaliação da IE consiste na aplicação de escalas de auto-relato não só aos indivíduos que estão a ser avaliados, mas também a pessoas com quem estes se relacionam. A riqueza dos dados obtidos provém da avaliação feita pelo próprio e pelos seus pares o que “...permite trabalhar com aspectos emocionais do comportamento assim como analisar o estatuto social dos participantes na dinâmica dos grupos”, uma vez que “...produz informação não só acerca da percepção que os próprios sujeitos têm das suas capacidades emocionais, como também da percepção dos outros sobre a mesma informação” (Ferreira, 2006, p. 42).

O *Emotional Competency Inventory 360* (ECI), desenvolvido por Richard Boyatzis e Daniel Goleman, apresentado em 1999, é um exemplo de uma escala de 360°, que surge “...da necessidade urgente de responder ao impacto crescente que o modelo de Goleman teve junto das organizações, ...” (Franco, 2003, p.113) e junto do público em geral, um pouco por todo o mundo. O ECI surge a partir de um outro instrumento de avaliação já existente, o *Self Assessment Questionnaire*, desenvolvido pelos mesmos autores em associação com uma equipa de um grupo de empresas Hay/McBer (Madeira, 2007). Os seus criadores propuseram inicialmente uma bateria de cinco escalas de avaliação da inteligência emocional: autoconsciência, auto-regulação, motivação, empatia e habilidades sociais. Contudo, a sua última revisão (Boyatzis, Goleman & Rhee, 2000, in Roberts et al., 2002) prevê quatro escalas: autoconsciência, auto-gestão, consciência social e gestão do relacionamento.

O objectivo do ECI é avaliar as competências emocionais enunciadas no modelo de Goleman (cf. ponto 2.2.2), através da aplicação de um Questionário de Auto-Avaliação (preenchido pelo próprio) e um Questionário de Avaliação Externa (preenchido pelos colegas, amigos ou familiares do sujeito).

Temos no entanto que ressaltar que a lista de testes e questionários aqui mencionados não é de todo exaustiva, devido às limitações temporais que se impuseram para a concretização deste estudo, existindo, sem dúvida, muitos mais do que aqueles aqui mencionados. Ressalvamos ainda que esta classificação qualitativa e quantitativa das medidas não é unânime em toda a literatura. Franco (2007), por exemplo, agrupa os instrumentos de medida, não em três mas em quatro categorias, incluindo o ECI não nos testes de 360 graus

mas nas escalas de auto-avaliação dos modelos mistos de IE e insere a TAS-20 num conjunto de testes que, segundo a autora, medem construtos colaterais à IE ainda que possam ser importantes para este construto.

Em suma, apesar do muito que já foi feito para se compreender melhor o que é a IE, ainda muito mais há para fazer. Infelizmente, de acordo com Franco (2007), a forma como muitos estudos têm sido efectuados não tem contribuído para a celeridade e eficácia desta evolução. Para a autora, duas falhas importantes talvez sejam o uso indiscriminado de muitos instrumentos (grande parte deles pouco estudados) e a segmentação em pequenos estudos que não permitem a comparação de resultados, de molde a apontar uma explicação mais holística dos fenómenos e importância da IE.

Também Conte (2005) elabora um artigo onde analisa a avaliação e as propriedades psicométricas de “quatro das principais medidas de IE”. Nomeadamente: o Inventário de Competência Emocional – ECI (*Emotional Competence Inventory*); a Escala Multifactorial de Inteligência Emocional - MEIS (*The Multifactor Emotional Intelligence Scale*); o Teste de Inteligência Emocional Mayer–Salovey–Caruso V2.0 - MSCEIT V2.0 (*Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test V2.0*) e o Inventário de Quociente Emocional - EQ-i (*Bar-On Emotional Quotient Inventory*).

Além da avaliação individual destas quatro medidas, Conte (2005) também as compara entre si, concluindo que, em geral, as medidas de IE têm demonstrado uma consistência interna e fiabilidade adequadas. As medidas de auto-relato têm uma aceitável consistência interna assim como a maioria das escalas das medidas de desempenho, mas adverte que estes dados por si só não dão qualquer indicação sobre se as medidas de IE não estão simplesmente a avaliar construtos já estabelecidos (por exemplo, as dimensões de personalidade avaliadas pelo *Big Five*) e, além disso, algumas das subescalas das medidas de desempenho apresentam uma consistência interna e uma fiabilidade teste-reteste apenas marginalmente aceitáveis. Como conclusão, o autor refere manter sérias preocupações em relação a todas as medidas de IE, que vão desde as críticas sobre a pontuação nas medidas de desempenho até às dúvidas em torno da validade discriminante, relativamente às medidas de auto-avaliação, mas aguarda com expectativa a possibilidade de investigações científicas suplementares melhorarem a validade das medidas de IE.

Mas, para Franco (2007), existem aspectos muito positivos, como a construção de instrumentos de avaliação que demonstrem que é possível medir este construto com relativa independência face a outros construtos, uma vez que este será um dos primeiros e mais importantes passos para demonstrar a existência da IE.

Apoiando-nos nesta autora, podemos referir que em Portugal, já existem alguns instrumentos criados ou adaptados para medir a IE ou construtos colaterais, tais como:

- O Questionário de Competências Emocionais – (Branco, 1999);
- O *Trait Meta Mood Scale-24* – (Queirós et al., 2005);
- O *Emotional Skills and Competence Questionnaire* – (Faria, 2005);
- A *Multi-factor Emotional Intelligence Scale* – (Franco, 2003);
- A *Toronto Alexithymia Scale* – (Prazeres, 1996).

Além disso, os estudos têm demonstrado que a IE deverá ser mais um aspecto a ter em linha de conta na explicação da teia complexa que são os comportamentos humanos (Franco, 2007), dado que apesar da teoria da IE ser muito recente e algo controversa, ela já encontrou expressão em muitas áreas onde a psicologia tem aplicação, nomeadamente as organizações, a saúde e a educação (Madeira, 2007).

Uma consideração comum na abordagem da IE nestes diferentes contextos tem a ver com o desenvolvimento das competências emocionais, ou seja do desenvolvimento das capacidades ou domínios que envolvem o próprio conceito, afim de garantir aos seus intervenientes um desenvolvimento harmonioso e uma maturação pessoal e profissional, perspectivando sempre a excelência (Roda, 2002). Tal realidade, considera Madeira (2007), evidencia-se claramente no sector da saúde, onde os múltiplos papéis a desempenhar pelos profissionais de saúde os obriga ao desenvolvimento destas competências, garantindo relações terapêuticas promissoras e eficazes.

2.4 Competências Emocionais e Sócio-Emocionais

Para Candeias e Nunes (2007), a compreensão da competência humana é um desafio que sempre se tem colocado ao longo da história da Psicologia. De acordo com estes autores, o tema competência começa a ser pesquisado na década de 1970 por psicólogos e educadores, ganhando impulso para entrar no quadro das discussões académicas e empresariais, sendo associado a diferentes compreensões: no que diz respeito à pessoa (competências do indivíduo), às organizações (*core competence*) e aos países (sistemas educacionais e formação de competências).

Madeira (2007) sublinha que nos encontramos actualmente num período em que se

exige uma multiplicidade de competências ao indivíduo e uma tendência para a perfeição no seu desempenho e na sua forma de estar. Porém, apesar da importância crescente do conceito de competência, a sua definição e dimensões ainda não se encontram estabilizadas. Alvo de sucessivas interpretações, são inúmeras as abordagens e contributos para a sua definição e/ou redefinição, sendo nos novos contextos da organização do trabalho a par dos novos contextos teóricos e empíricos que o conceito de competência alarga o seu significado e importância (Candeias & Nunes, 2007).

Mesmo a nível da educação superior, Faculdades e Universidades estão cada vez mais preocupados com as lacunas, em termos de competências, dos alunos que estão à procura de emprego após a graduação (Liptak, 2005). Para verificar essa noção, a *National Association of Colleges and Employers* (NACE), nos EUA, inquiriu 640 recrutadores, seleccionados aleatoriamente, para identificarem as dimensões mais importantes que actualmente estão a ser procuradas pelos potenciais empregadores. Os empresários inquiridos classificaram as competências interpessoais como as mais importantes entre as competências desejadas nos recém-diplomados, seguidas pela ética e integridade, liderança, perseverança e conhecimentos técnicos (Shivpuri & Kim, 2004, in Liptak, 2005). No entanto, o desenvolvimento de competências nos estudantes universitários concentra-se principalmente na gestão de carreira e na procura de emprego, negligenciando o desenvolvimento de competências emocionais.

Neste sentido, para Liptak (2005), o construto IE parece então ser um excelente enquadramento no sentido de ajudar os estudantes universitários a encontrar um emprego e ajudá-los a serem mais bem sucedidos no local de trabalho após a graduação.

Porém, tanto Goleman (2000), como Mayer, Salovey e Caruso (1998, in Rocha et al., 2007) defendem que a IE, por si só, não é um forte preditor do desempenho no trabalho. De facto, a IE funciona como um fundamento para as competências responsáveis por tal. Para fundamentar este argumento, e, segundo Rocha et al. (2007), Goleman socorre-se da distinção entre inteligência emocional e competência emocional. Esta última refere-se a competências pessoais e sociais que podem conduzir a desempenho superior no trabalho, estando ligadas e baseadas na IE. Neste sentido, é necessário determinado nível de IE para a aprendizagem e manifestação das competências emocionais e é com base nestas competências (sociais e emocionais) que devem ser identificadas e avaliadas, que se pode prever o desempenho.

No mesmo sentido, Roda (2002) refere que qualquer consideração sobre IE levanta a questão da existência de realização emocional e de competência emocional, tal como quando comparamos a inteligência académica com o grau de realização académica e de competência académica (Anastasi, 1988; Cherniss & Goleman, 2001, in Roda, 2002). Na esfera da

inteligência acadêmica, inteligência é a aptidão; realização representa o que o indivíduo executou e competência indica que essa realização atingiu um determinado padrão. De maneira semelhante, a IE representa a aptidão ou a capacidade central de raciocinar com emoções; a realização emocional representa o que uma pessoa aprende sobre emoção ou informação relacionada com a emoção, e a competência sócio-emocional existe quando alguém atinge um nível desejado de realização (Roda, 2002). É por este motivo que muitos psicólogos educacionais preferem falar em competência, não em IE (Saarni, 1988).

Segundo Goleman (2001, in Rocha et al., 2007), as competências emocionais são capacidades aprendidas. Assim, embora a inteligência emocional determine o potencial para aprender *skills* subjacentes aos *clusters* de IE, a competência emocional mostra quanto desse potencial é concretizado pela aprendizagem e domínio de competências e de transferência para competências de trabalho. Ou seja, para Goleman “(...) a nossa IE determina o nosso potencial para aprender as aptidões práticas, que se baseiam em cinco elementos: autoconsciência, automotivação, autodomínio, empatia e, talento nas relações. A nossa competência emocional mostra até que ponto traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais” (Branco, 2007, p. 364).

Já na concepção de Saarni, a competência emocional é definida como a “demonstração da eficácia pessoal nos relacionamentos sociais que evocam emoções” (1999, p.57, in Branco, 2007). Esta definição leva-nos a ter em conta dois aspectos: por um lado, o contexto social que reveste as reacções emocionais e por outro a aplicação da eficácia aos relacionamentos sociais, através da qual o indivíduo reage emocionalmente e, simultaneamente, pratica os seus conhecimentos sobre essas emoções. Saarni acrescenta ainda que o conceito de competência emocional aparece ligado a outros conceitos, como autocontrolo, justiça, reciprocidade, mas também senso moral, pelo que a competência emocional pressupõe sempre um desenvolvimento emocional que surge em paralelo com o desenvolvimento cognitivo e moral (Vale, 2003).

Perante estas posições, de acordo com Madeira (2007), é sem dúvida fundamental que a sociedade em geral e os profissionais de saúde, em particular, procurem uma “educação emocional” capaz de os fortalecer em todos os seus contextos de intervenção. Uma formação contínua que vai aperfeiçoando a forma com que os indivíduos lidam com as emoções, revestindo-as de um carácter tendencialmente inteligente.

Compreensivelmente, em profissões que primam pela relação e que se desenvolvem em torno da interacção humana, como a Fisioterapia, as competências emocionais são projectadas para a liderança das exigências aos seus profissionais, pois “(...) é precisamente o ser humano

em toda a sua força, vulnerabilidade e unicidade que constitui objecto da sua competência” (Ferreira, 2006, p. 10).

Neste sentido, se é importante que a pessoa consiga vivenciar a experiência da doença com todos os alicerces necessários para ultrapassar esta fase da melhor forma possível, com a mesma importância, os profissionais de saúde devem ter presentes estas competências, facilitadoras de todo o processo terapêutico, pois só assim conseguem cuidar dos outros:

“...the emotionally intelligent person is often a pleasure to be around and leaves others feeling better. (...) involves self-regulation appreciative of the fact that temporarily hurt feelings or emotional restraint is often necessary in the service of a greater objective. Helping others, which may make one feel better in the long run, may require sacrifice and emotional toughness” (Mayer & Salovey, 1990, in Madeira, 2007, p. 56).

Esta dimensão emocional do cuidar poderá não ter sentido para muitos, mas poderá ter *insight* para outros. Existe sempre a possibilidade de uma área de estudo fazer pouco sentido quando observada do exterior e com distanciamento. No entanto, desde há muito, durante a nossa actividade de fisioterapeuta na prática que as questões sobre emoções e sentimentos da experiência interaccional do cuidar surge como motivo de reflexão e de inquietação.

Parte II

Estudo Empírico

Capítulo 3

Método

3.1 Questão em Análise

3.1.1 Objectivo Geral

3.1.2 Objectivos Específicos

3.2 Tipo de Investigação

3.3 Participantes

3.4 Instrumento

3.4.1 Recolha dos dados – Narrativa escrita com guião

3.5 Técnicas

3.5.1 Metodologia da Análise de Dados

3.5.1.1 Análise de conteúdo

3.5.1.2 Procedimento HOMALS

3.6 Procedimento geral

3.1 Questão em Análise

3.1.1 Objectivo Geral

De acordo com Vieira et al. (2007), as perspectivas contemporâneas enfatizam que, para lidar com a complexidade dos fenómenos da saúde/doença, prevenção/tratamento, comunicação e do contexto em que tudo isso acontece, parece pouco apropriado supor que se tratam de variáveis independentes, ou seja, de simples relações de causa e efeito definidas pelo conhecimento científico. Quando se trata de pessoas, com as suas subjectividades e contextos de vida, a lógica linear definida pela ciência clássica é insuficiente. É preciso considerar que as variáveis que influenciam o processo saúde/doença se entrecruzam e se inter-influenciam de forma constante e dinâmica.

Neste contexto, o utente é percebido como um ser singular nas suas necessidades e associado a um determinado contexto que é necessário conhecer e reconhecer para que seja possível atingir o equilíbrio e o bem-estar global, elementos caracterizadores do estado de saúde (Madeira, 2007), sendo para tal necessário que, no que diz respeito à profissão de fisioterapeuta, que este estabeleça relações interpessoais com diversos e diferentes elementos envolvidos (utentes, familiares, equipa multidisciplinar). Deverá também ser capaz de desenvolver capacidades emocionais que lhe permitam manter o bem-estar intrapessoal e realizar as suas funções de forma eficaz, prestando cuidados de fisioterapia com qualidade, em harmoniosa relação com os demais elementos (Ferreira, 2006).

É então necessário que o profissional, em situação de decisão, seja capaz de dirigir a atenção apenas para a informação relevante e que esteja consciente de que, como referem Mayer e Salovey (1997), as emoções e os estados de humor alteram a percepção e a perspectiva do mundo que os rodeia. É importante, assim, que o fisioterapeuta, seja capaz de perceber as suas emoções à medida que elas vão aparecendo e desaparecendo, com a finalidade de otimizar o seu raciocínio, a eficácia das suas opções e a pertinência das suas atitudes face aos outros (profissionais ou utentes) e face às situações clínicas, pelo que as competências que lhe são exigidas vão além das científicas e das técnicas, abarcando também as próprias competências emocionais. Já em 1997, segundo Ferreira (2006), Haviland-Jones, Gebelt e Stapley tinham afirmado que as competências emocionais estão relacionadas com o sucesso em qualquer profissão que exija interação humana.

Deste modo, a motivação para o estudo que propomos desenvolver advém da noção adquirida, após 12 anos de prática profissional, da proximidade evidente entre a Fisioterapia e a própria IE, isto é, a importância que o fisioterapeuta tem enquanto interveniente no processo de cuidar do utente é uma realidade, pelo que as emoções que emanam das relações que se

estabelecem para a aquisição de uma relação terapêutica promissora suscitam um interesse acrescido. No entanto, decorrendo da minha experiência pessoal e profissional como orientadora de estágios, continuam a aparecer nos locais de estágio muitos alunos de fisioterapia aparentemente indiferentes aos aspectos relacionais e emocionais dos utentes. Estes manifestam uma acuidade aparentemente deficitária no que diz respeito especialmente à percepção e avaliação das suas próprias capacidades emocionais e competências relacionais, assim como à percepção das emoções nos seus utentes através das suas subtis pistas não-verbais.

Assim, o principal objectivo inerente à realização deste estudo é o fomentar uma reflexão em torno da importância do desenvolvimento das capacidades inerentes à IE, que, como já referimos, em contexto laboral se assumem como competências emocionais, como umas das determinantes do comportamento individual e profissional dos alunos e futuros fisioterapeutas.

3.1.2 Objectivos Específicos

Surpreendentemente, pelo menos para nós, ao contrário de outras áreas de saúde, a aplicabilidade da IE e das habilidades emocionais à área de Fisioterapia parecem ainda não ter constituído fundamento de outras investigações em Portugal, nem ao nível dos profissionais nem ao nível dos alunos.

A escolha de uma amostra constituída por alunos advém do facto de, como explanámos anteriormente, o exercício profissional ser, em grande parte, influenciado pelo conhecimento desenvolvido durante o curso de formação inicial ou base, pelo que nos parece oportuno e relevante pesquisar lacunas, no decorrer desta mesma formação, que impeçam ou dificultem que os alunos adquiram competências que lhes possibilitem desenvolver e/ou gradativamente ampliar o grau de percepção da complexidade dos fenómenos e situações com os quais irão defrontar-se no futuro exercício da profissão.

Neste mesmo sentido, um estudo desenvolvido por Mercadier (2004), que incidiu sobre o trabalho emocional dos prestadores de cuidados, revelou não só a extrema importância como a obrigação implícita da gestão das emoções, interiorizadas precocemente com o processo de socialização profissional que se inicia com a formação inicial.

Parte herdada geneticamente, parte modificada pelo meio familiar, social, educacional, cultural ou situacional, Mayer, Salovey e Caruso (2002, in Freitas & Noronha, 2006) consideram que a IE e suas componentes são susceptíveis de modificação e aperfeiçoamento. E é aqui que reside o desafio, uma vez que as competências relacionais e emocionais, assim como a capacidade de pensamento reflexivo, que se desenvolvem mais lentamente (King &

Kichener, 2004; Saarni, 1997, in Ferreira, 2006), são alicerçadas na educação e experiências prévias e exigem esforços de investimento formativo, o que reforça, na nossa perspectiva, a importância do ensino e formação em fisioterapia, no desenvolvimento destas capacidades e competências.

Neste âmbito, decidimos direccionar os nossos esforços para um contributo, ainda que singelo, no sentido de conhecer as concepções dos alunos do 4º ano de Fisioterapia (de uma das Escolas Superiores de Tecnologias da Saúde do país) sobre as competências emocionais, em geral e, na sua formação profissional de base, em particular, passando pelo reconhecimento das percepções que têm de si mesmos relativamente às suas competências emocionais.

É, então, sobre a influência destas proposições que pretendemos desenvolver de uma forma muito construtiva este trabalho. Apesar do presente estudo não partir de hipóteses já estabelecidas, como pretendemos reiterar a importância das competências emocionais no seio da Fisioterapia, decorrem alguns objectivos mais específicos inerentes a esta investigação:

- Identificar as competências referidas pelos alunos para o exercício da profissão de fisioterapeuta;
- Identificar e caracterizar as concepções dos alunos sobre as competências emocionais;
- Analisar a percepção dos alunos sobre o grau de importância atribuído às competências emocionais para o exercício da profissão de fisioterapeuta;
- Analisar e caracterizar a percepção dos alunos sobre a formação, que é providenciada pela escola de formação base, no âmbito das competências emocionais.

Assumimos a complexidade do estudo e da problemática em análise, uma vez que temos presente a própria especificidade das concepções e percepções. Contudo, a importância atribuída aos auto-processos justifica-se no facto de “(...) o funcionamento intelectual requerer muito mais do que a compreensão do conhecimento factual ou operações para realizar determinadas actividades” (Bandura, 1993, in Lourenço, 1996, p.85). Concretamente, estamos a falar de elementos cruciais como a forma como o indivíduo percebe, entende, se relaciona com os outros e as interpretações que faz das suas vivências (Mischel, 2004), os quais influenciam directamente os seus comportamentos e a sua interacção com mundo, pelo que é fundamental uma reflexão constante em torno de si mesmo. Apesar de se tratar de uma realidade pouco debatida e pouco ou nada analisada entre os fisioterapeutas, pelo menos de um modo tão intencional, ela existe e está tão presente como a sua subjectividade, pelo simples facto, mas ao mesmo tempo complexo, de o fisioterapeuta ser uma pessoa com sentimentos e emoções (Diogo, 2006).

3. 2 Tipo de Investigação

“...nenhum método está isento de críticas, embora uns possam apresentar menos limitações que outros”
(Figueira, 2001, p. 364).

O presente trabalho é assumido como um estudo empírico, basicamente descritivo, analítico e interpretativo, através de uma abordagem autobiográfica das concepções e percepções pessoais, sistematizada pela análise semântica dos conteúdos das narrativas dos alunos, categorizadas num sistema misto – *a priori* e *a posteriori*.

Insere-se numa investigação de natureza qualitativa, já que o seu desenho “(...) consiste no estabelecimento de algumas questões provisórias a investigar, na recolha de dados, na sua categorização, na análise e redacção dos resultados” (Pressley & McCormick, 1995, in Madeira, 2007, p. 85), privilegiando momentos de reflexão fundamentais para o seu próprio desenvolvimento. Tratando-se, pois, de um estudo basicamente qualitativo, de caracterização, descritivo e analítico, «(...) o investigador qualitativo evita iniciar um estudo com hipóteses previamente formuladas para testar ou questões específicas para responder, defendendo que a formulação das questões deve ser resultante da recolha de dados e não efectuada *a priori*. É o próprio estudo que estrutura a investigação, não ideias preconcebidas ou um plano prévio detalhado.» (Bogdan & Biklen, 1994, in Figueira, 2001, p.361). São, por isso, “consideradas *hipóteses emergentes*. (...) o investigador chega, habitualmente, à formulação deste tipo de hipóteses “por um processo de descoberta”, na sua análise e interpretação da informação recolhida.» (Vieira, 1995, in Figueira, 2001, p.362).

Este pendor qualitativo prima por encarar os sujeitos do estudo como parte de um todo, no seu contexto natural e habitual, e não reduzi-los a variáveis isoladas ou a meras hipóteses (Madeira, 2007), assumindo “(...) os investigadores de cariz qualitativo (...) uma postura diferente na sua tentativa de estudar cientificamente, não *a* realidade, mas *as* percepções que, quer eles, quer os outros (os indivíduos “comuns”), têm da mesma, (...) o que enfatiza a análise indutiva, as descrições aprofundadas dos fenómenos e o estudo das percepções individuais” (Vieira, 1995, in Figueira, 2001, p.344).

Neste desenho qualitativo exhibe-se um maior interesse pelo processo de investigação em si, do que apenas pelos resultados extraídos, pelo que o próprio plano da investigação é predominantemente adaptável, o que permite uma grande flexibilidade nas técnicas e estratégias a utilizar (Madeira, 2007), ou seja, apresenta um *design* de tipo construtivista, *um estudo para ver*, e não tanto para comprovar hipóteses que se colocam e para as quais já existem respostas à partida (Lourenço, 1990, in Figueira, 2001, p. 343).

Atendendo à especificidade do estudo no que concerne à própria questão e à amostra em análise (grupo de alunos do 4º ano de Fisioterapia, voluntários), podemos assumir esta pesquisa como exploratória, privilegiando determinados aspectos no decorrer da sua realização, como a adequação do estudo, a sua clareza, a sua credibilidade, o seu significado e o carácter completo.

Através destas linhas orientadoras, pretendemos a isenção de alguns riscos, como a falta de objectividade e manipulação inconsciente dos dados, por parte do investigador, assim como o ultrapassar dos limites entre o individual e o colectivo, pela ausência de confidencialidade dos dados e anonimato dos sujeitos (Temido, 2005). Mais uma vez se destaca o papel principal do investigador, ao qual são exigidas uma multiplicidade de competências que lhe permitem ultrapassar estas limitações.

Consideramos, em jeito de síntese, que abordar a questão em análise, através destas linhas metodológicas, permitirá alcançar as características de uma boa pesquisa: “(...) ser relevante, completo, considerar perspectivas alternativas de explicação, evidenciar uma recolha de dados adequada e suficiente e ser apresentado de uma forma que motive o leitor” (Carmo & Ferreira, 1998, p. 218).

3.3 Participantes

A definição dos participantes ou amostra de um estudo exige uma prévia reflexão, na qual são tidas em linha de conta não só a problemática em análise, mas os próprios objectivos e finalidades da investigação. Tais elementos contribuem igualmente na selecção do tipo de amostra e respectiva técnica de amostragem.

No caso da investigação qualitativa, esta preconiza a intencionalidade da amostra, em ruptura com a noção de amostra estatisticamente representativa (Diogo, 2006), uma vez que, “a selecção dos participantes nos estudos qualitativos não tem como objectivo primordial garantir a sua representatividade, para possibilitar, posteriormente, a generalização das conclusões. Por este facto, em vez de utilizar prioritariamente técnicas de amostragem aleatória, para seleccionar amostras algumas vezes de grande dimensão, o investigador qualitativo estuda, frequentemente, amostras intencionais (não probabilísticas), habitualmente de menor tamanho” (Vieira, 1995, in Figueira, 2001, p. 344).

Por esta razão, os participantes foram seleccionados em função da qualidade de informação relativa à problemática em estudo. A amostragem teórica abandona o critério externo de representatividade e constitui-se segundo o critério de oportunidade do

conhecimento que cada participante representa em si mesmo (Diogo, 2006).

Este método “assegura a inclusão de vários tipos de indivíduos, mas não lhe diz quantos ou em que proporção esses tipos aparecem na população. (...) Decide-se pela inclusão de indivíduos particulares porque se pensa que estes facilitam a expansão da teoria em formação. Não se trata aqui de amostragem aleatória, isto é, destinada a assegurar que as características dos indivíduos no nosso estudo apareçam na mesma proporção que na população geral” (Bogdan & Biklen, 1994, in Figueira, 2001, p. 356), mas sim de “(...) obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas e reserva (Carmo & Ferreira, 1998, p. 197). Trata-se, pois, de um sistema de amostragem não probabilístico.

Outro critério igualmente importante foi o critério acessibilidade, pela anuência e disponibilidade dos elementos contactados.

O presente estudo tem como contexto geral de intervenção a área de Fisioterapia e como universo da intervenção a totalidade dos alunos do 4º ano de uma Escola Superior de Tecnologias da Saúde do país. A amostra é, então, constituída por um grupo de 26 alunos voluntários e disponíveis para participarem no presente estudo. A escolha deste universo prendeu-se com as próprias especificidades do estudo, uma vez que se pretendia uma amostra que cumprisse vários requisitos:

- a) já tivesse cumprido a totalidade ou grande parte do seu percurso formativo;
- b) já tivesse experienciado situações de exercício profissional, através do estágio clínico (o que acontece, durante o 2º e, principalmente durante o 3º ano deste curso); Wong e Wong (2002, in Ferreira, 2006, p. 54) reconhecem o ensino clínico como uma componente essencial da educação profissional, cujos objectivos são “preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, nos cuidados a prestar aos utentes; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional”.

Neste contexto, de modo a cumprir estes requisitos, teriam que ser os alunos do 4º ano a serem constituídos como amostra⁸.

Pela recolha e análise dos dados pode avançar-se que a amostra em estudo é constituída por 20 elementos do sexo feminino, correspondente a cerca de 76% da totalidade da amostra e por 6 elementos do sexo masculino (24%) (cf. Quadro 3 e Gráfico 1).

Quadro 3: Distribuição da amostra por género.

⁸ Idealmente, este estudo seria realizado não no princípio, mas no final deste ano lectivo, o que não foi possível de concretizar devido às limitações temporais impostas para a entrega deste trabalho.

| Sexo | N | % |
|------------------|----|-----|
| <i>Feminino</i> | 20 | 77 |
| <i>Masculino</i> | 6 | 23 |
| Total | 26 | 100 |

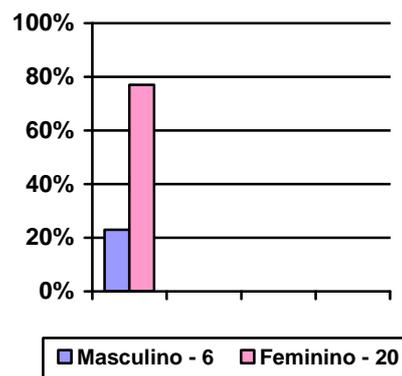


Gráfico 1: Distribuição da amostra por gênero.

Relativamente à caracterização da amostra, no que diz respeito à idade, encontramos uma predominância de alunos com 21 anos, correspondente a 14 sujeitos, ou seja, 54% da amostra. Em seguida destacam-se os 20 e os 22 anos, nos quais se enquadram, respectivamente, em cada escalão etário, 5 alunos (19%). Os restantes 2 sujeitos distribuem-se, também, de uma forma equitativa, pelos 23 e 32 anos, correspondendo, cada um, a 4% da amostra, conforme o Quadro 4 e o Gráfico 2:

Quadro 4: Distribuição da amostra por idade.

| Idade | N | % |
|--------------|----|-----|
| 20 | 5 | 19 |
| 21 | 14 | 54 |
| 22 | 5 | 19 |
| 23 | 1 | 4 |
| 32 | 1 | 4 |
| Total | 26 | 100 |

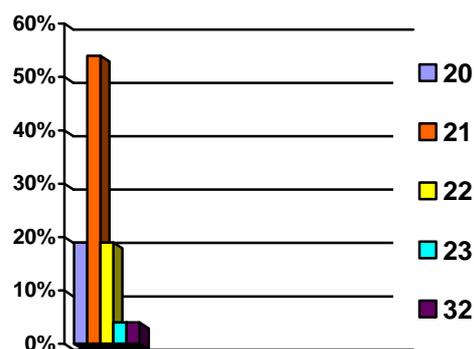


Gráfico 2: Distribuição da amostra por idade.

3.4 Instrumento

“Fazer perguntas e conseguir respostas é uma tarefa muito mais difícil do que parece à primeira vista”

Fontana e Frey (1994, in Madeira, 2007, p. 96).

3.4.1 Recolha dos dados – Narrativa escrita com guião

Genericamente, podemos considerar duas grandes categorias de métodos de estudo/avaliação dos processos cognitivos e metacognitivos (processos mentais ou de pensamento): os métodos concorrentes/concomitantes e os métodos independentes/retrospectivos/consecutivos, verbais e não verbais, distinguindo-se em função da presença ou ausência de actividade simultânea, a partir das verbalizações/introspecções ou desempenhos do sujeito (Figueira, 2001). Apoiando-nos nesta autora, podemos referir que:

Os métodos concorrentes, verbais ou não verbais, caracterizam-se pela análise ou avaliação que ocorre durante ou no contexto de realização da tarefa, ou seja, utilizam-se simultaneamente ao desempenho da tarefa. Como exemplos de métodos concorrentes verbais, temos o *thinking aloud*, as técnicas de monitorização ou o ensino tutorial de pares. Nos não verbais, podemos referir os tempos de reacção e a observação directa das realizações.

Por seu turno, os métodos independentes, verbais ou não verbais, podem ser definidos como aqueles que não se aplicam ou utilizam em simultaneidade à execução da actividade, incidindo, antes, sobre tarefas ou situações hipotéticas ou experiências passadas. Como verbais são apontados os questionários, as entrevistas, os inventários, as escalas, os auto-registos (as narrativas, os diários) e a recordação estimulada. Como métodos independentes e não verbais são referidas as técnicas pictóricas.

Dado ser assumido, segundo Branco (2007), que há uma sequência de fenómenos emocionais, de natureza subjectiva, respeitantes ao sistema psíquico humano, que são importantes em contextos relacionais, a abordagem para o objecto deste estudo – que consiste em avaliar alguns desses aspectos da subjectividade do sujeito – será, como mencionámos antes, uma metodologia qualitativa, cuja natureza é defendida por Damásio (1995, 2003) para estudar esta temática. Como o autor esclarece, só há uma forma de saber como um sujeito constrói na mente consciente, uma experiência subjectiva (cognitiva ou emocional): é se ele nos disser.

Assim, o instrumento de pesquisa utilizado no presente estudo foi a narrativa escrita de acordo com um guião semi-estruturado, um método independente verbal de auto-registo, que, pensamos nós, privilegiou a expressão dos pensamentos, emoções e percepções dos elementos da amostra, proporcionando um ambiente de maior abertura e confiança. Neste sentido, foi

solicitado aos elementos da amostra que procurassem expressar as suas significações em torno das questões propostas e partilhassem as suas experiências, elucidativas das suas concepções e percepções. Para captar objectivamente as configurações do objecto de estudo, em torno das competências emocionais, parte-se do princípio que o conteúdo dessas afirmações, bem como os comportamentos e atitudes que expressam, traduzem de alguma forma o que os sujeitos sentem. Resumindo, “as pessoas podem ser excelentes fontes de informação sobre si mesmas” (Mischel, 1981, p. 482, in Roda, 2002).

Pese embora existir uma grande variedade de métodos, a identificação/avaliação dos processos cognitivos e do conhecimento que o sujeito tem sobre eles continua a ser polémica (Figueira, 2001). A questão é que todos os métodos são alvo de críticas, inclusive os auto-registos, apresentando limitações que se repercutem na acessibilidade, veracidade e fidelidade dos dados, podendo interferir, por exemplo, a desejabilidade social. Esta pode ser definida como a necessidade dos sujeitos em obter aprovação, respondendo de uma forma culturalmente apropriada e aceitável (Crowne & Marlowe, 1960, in Figueira, 2001).

O tipo de respostas aos métodos verbais depende, também, do grau de facilidade de expressão dos indivíduos. Nem sempre os sujeitos referem o que sabem, conhecem ou fazem, ou seja, por vezes, sabem ou fazem mais do que conseguem dizer. Este aspecto é tanto mais problemático quando se trata de investigações com crianças ou com adultos com dificuldades de verbalização (Figueira, 2001).

Todavia, segundo Roda (2002), estes métodos permitem avaliar uma grande quantidade de indivíduos num intervalo de tempo relativamente curto, com importante economia de tempo e de energia, o que foi um dos factores determinantes para a nossa escolha por esta opção. Permitem ainda explorar um amplo leque de condutas, muitas delas dificilmente acessíveis a uma observação directa e como meio para chegarmos a uma descrição objectiva da subjectividade do indivíduo.

Comportando alguns riscos e limites (como qualquer outra opção metodológica), a opção por esta estratégia residiu não só na possibilidade de recolher um maior número de dados, mas também na possibilidade de permitir a cada um dos elementos da amostra uma reflexão pessoal e até mesmo uma tomada de consciência sobre si próprio, da forma como constroem a relação terapêutica e das emoções nela implícitas.

Neste sentido, o guião semi-estruturado da narrativa utilizada (cf. Anexo 2) é constituído por questões, inseridas em dois grupos maiores:

Elementos de identificação: integra os elementos caracterizadores da amostra em estudo, tais como idade, género, ano lectivo da 1ª inscrição no curso, e

Guião da narrativa: contém as questões que justificam o próprio estudo, uma vez que abordam

as bases teóricas da investigação, onde se pretende conhecer algumas concepções e percepções, por parte dos elementos da amostra, no que diz respeito a:

1. Fisioterapia

Questão a) O que é para si a Fisioterapia? Foi o curso que colocou como sua primeira escolha?

Nesta dimensão pretende obter-se as definições dos alunos sobre a profissão que irão exercer – a Fisioterapia, assim como saber da sua opção prioritária por esta mesma profissão, a partir de duas valências: a definição de Fisioterapia e confirmação ou negação da escolha deste curso como primeira opção.

2. Competências do fisioterapeuta

Questão b) Ser Fisioterapeuta implica ter competências? Explícite o tipo de competências. Quais é que acha mais importantes? Porquê?

Esta dimensão remete para as competências mencionadas como necessárias para o desempenho como fisioterapeutas, assim como para a análise da importância que os alunos reconhecem a essas competências para o exercício das suas futuras funções. Sugerem-se duas vertentes: enumeração das competências e atribuição do grau de importância.

3. Competências emocionais

Questão c) O que entende por competências emocionais? Qual será a importância dessas competências emocionais no desempenho das suas funções como Fisioterapeuta?

Questão d) Que grau de competência emocional considera ter? Dê exemplos de competências emocionais que possui e de competências emocionais que gostaria de possuir.

Através da análise desta dimensão, pretende-se conhecer qual a concepção que os alunos têm sobre as competências emocionais, qual a importância que lhe atribuem na perspectiva de profissional e ainda a sua percepção sobre o seu grau de competência emocional em geral e, propriedade presente ou futura de competências emocionais, em particular, de modo a tentar obter um perfil auto-perceptivo. Resultaram cinco vectores: definição do conceito de competências emocionais, atribuição do grau de importância destas competências para o exercício profissional, especificação do grau de competência emocional que consideram ter, enumeração de competências emocionais que já possuam e, de competências emocionais que desejam possuir. Estes dados correspondem às competências emocionais propriamente ditas, de acordo com o primeiro modelo de Bar-On (modelo de Inteligência Emocional e Social – cf. Cap. 2).

4. Formação em competências emocionais

Questão e) Acha que a sua escola promove algum tipo de formação no campo das competências emocionais? Se *sim*, em que ano e em que disciplina a recebeu? Como é que foi

abordado o assunto? Quantas aulas é que lhe foram dedicadas e que temas foram apresentados? E como experienciou essa formação?

Questão f) Considera importante a aquisição de conhecimentos formais (numa disciplina, unidade, etc.) nesta área?

Questão g) Tem alguma formação, fora da escola, na área das competências emocionais? Se *sim*, quando e onde a recebeu? Como experienciou essa formação?

Nesta dimensão procura fazer-se o levantamento segundo a concepção dos alunos, da existência ou não de conteúdos educativos na área das competências emocionais, durante a frequência do curso de formação base, assim como a sua percepção qualitativa e quantitativa desses mesmos conteúdos, em caso afirmativo; procura-se também conhecer o grau de importância atribuído à aquisição desses conteúdos educativos, durante a frequência do curso de formação base; através da análise desta dimensão pretende-se ainda fazer o levantamento da existência ou não de formação por parte dos alunos, na área das competências emocionais, fora das suas actividades curriculares, e a sua percepção qualitativa em caso afirmativo. Os dados a obter podem ser em número de quatro: afirmação ou negação da existência de formação, no contexto curricular do curso de formação base, no âmbito das competências emocionais e, em caso afirmativo, levantamento das abordagens utilizadas (ano, disciplina, carga horária, temas) e das percepções suscitadas acerca dessa abordagem; atribuição do grau de importância das aquisições formais de conhecimentos acerca destas competências para o exercício profissional, durante o curso de formação base; afirmação ou negação da procura e conhecimentos formais no âmbito das competências emocionais, fora do contexto escolar.

5. Actualização/treino das competências emocionais

Questão h) Considera que, nos estágios, os orientadores transmitem e/ou aplicam esse tipo de competência no seu relacionamento com os utentes e pares? Em que moldes o fazem?

Questão i) Considera que na sua avaliação curricular (teórica e prática) são consideradas e/ou exigidas competências emocionais? Explícite.

Através da análise desta dimensão pretende-se recolher as verbalizações relativas às práticas e metodologias de acção dos orientadores de estágio clínico, no âmbito das competências emocionais e, ainda, recolher as percepções dos alunos sobre a atitude avaliativa dos professores e orientadores de estágio em relação às competências emocionais. Surgiram duas categoriais maiores: levantamento das acções/comportamentos dos orientadores, durante o período de estágio, em relação às competências emocionais e, igualmente, das acções/comportamentos de todo o corpo docente, no momento de avaliação curricular, no âmbito das competências emocionais.

A predominância de perguntas abertas e semi-abertas favorece a resposta singular de cada elemento da amostra, o que permite abordar todos os aspectos relevantes para uma melhor descrição e compreensão dos dados em análise e permitir proporcionar momentos de reflexão valiosos para o decurso da investigação, mas também para o próprio desenvolvimento pessoal dos sujeitos (Madeira, 2007).

É de salientar que, na pretensão de validar a acessibilidade da linguagem e a compreensão das questões, se procedeu à aplicação do instrumento a duas pessoas, assim como à submissão da aprovação da orientadora deste estudo.

Através do *feedback* obtido, e indo ao encontro das considerações feitas, considerou-se relevante dotar o guião de uma maior directividade, mas privilegiando sempre as questões abertas decorrentes do quadro de referência, até porque o sujeito “...deve-se situar relativamente a este quadro, entrar nele a fim de poder responder de forma correcta, de um modo rigoroso e de acordo com o que ele pensa” (Madeira, 2007, p. 99).

Em suma, apesar de algumas limitações, “A função de escrever não é só uma forma de expressão, mas, igualmente, a consciencialização, a reflexão, no fundo, uma forma efectiva de aprender.” (Villar Ângulo, 1988, in Figueira, 2001 p. 201). A sua análise, refere esta autora, realiza-se através de análise de conteúdo, por via de um sistema de categorização, procedimento que foi por nós efectuado.

3.5 Metodologia da análise dos dados

3.5.1 Análise de conteúdo

De facto, embora a análise dos dados das investigações qualitativas seja, essencialmente, de carácter descritivo e interpretativo, nada obsta a utilização de técnicas quantitativas de análise e interpretação, nomeadamente a análise de conteúdo, que permite a categorização/padronização, a organização das respostas (Figueira, 2001).

A análise de conteúdo é, hoje, uma das técnicas mais comuns na investigação empírica, realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais (Vala, 1986, in Figueira, 2001). No presente estudo, recorreu-se a esta técnica para o tratamento das informações obtidas pela recolha das narrativas escritas.

A análise de conteúdo pode ser considerada como um método empírico que depende dos objectivos, do instrumento utilizado e da interpretação realizada e refere-se a “(...) um conjunto de metodologias cada vez mais subtis, em constante aperfeiçoamento, que se aplicam

a diferentes discursos” (Bardin, 1995, in Tiago, 2006, p. 58).

Stemler (2001, in Madeira, 2007, p.107) destaca esta técnica como “(...) uma técnica sistemática e replicável para comprimir muitas palavras de texto em poucas categorias de conteúdo, baseadas em regras explícitas de codificação”. Por sua vez, Vala defende que se trata de uma “(...) desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação (...) é uma técnica de tratamento de informação, não é um método” (1986, in Figueira, 2001, p. 344). Trata-se, pois, “de um trabalho de economia, de redução de informação, segundo determinadas regras, ao serviço da sua compreensão para lá do que a apreensão de superfície das comunicações permitiria alcançar” (Madeira, 2007, p. 107).

Toda a análise de conteúdo decorre de uma questão ou de várias questões, resultantes das inquietudes do investigador. Certamente que diferentes formas de abordar o objecto da pesquisa e diferentes níveis de conhecimento prévio do objecto irão originar diferentes interpretações e diferentes formas de tratamento dos dados. Sendo assim, é importante estar desperto para a validação interna do próprio trabalho, para a crítica e contestação dos resultados obtidos (se for caso disso) e estar motivado para um aperfeiçoamento. A partir do momento em que os alicerces da investigação estão definidos e que os argumentos estão explicitamente justificados, “a objectividade e a sistematicidade de um trabalho de análise de conteúdo podem e devem ser testadas e, se necessário, melhoradas, desde logo por quem o fez” (Madeira, 2007, p. 109).

A prática da análise de conteúdo é defendida como um processo sequencial, uma vez que há que realizar diversas operações que devem constar na análise de conteúdo (cf. Vala, 1986, in Figueira, 2001, p. 345):

- ✓ Delimitação dos objectivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa; este aspecto, no presente trabalho, fica operacionalizado no Capítulo 1 e 2, bem como no ponto 1 do Capítulo 3.
- ✓ Constituição de um *corpus*, que constitui todo o material de análise, neste caso, constituído pelas narrativas escritas dos alunos. Este *corpus* documental deve por si só ser detentor das características que o validam, como a representatividade, a exaustividade, a homogeneidade e a pertinência, pois garantem a congruência do material para o estudo em causa (Madeira, 2007).
- ✓ Definição de unidades de análise. Para isso e, de acordo com Bardin (1995, in Tiago, 2006), o investigador deve delimitar:
 - as unidades de registo que correspondem ao segmento mínimo do conteúdo, colocando-o numa categoria e é traduzida por palavras ou temas. Distinguem-

se habitualmente, segundo Vala (1986, in Figueira, 2001, p. 351), dois tipos de unidades: formais (a palavra, a frase, uma personagem, a intervenção de um locutor numa discussão, uma interacção ou ainda um item) e semânticas (a unidade mais comum é o tema ou a unidade de informação);

- as unidades de contexto/indicadores que são segmentos mais longos do conteúdo manifesto, como as frases registadas e
- as unidades de enumeração que permitem a quantificação e se traduzem, por exemplo, em elementos como tempo, espaço, linhas ou minutos de registo (Carmo & Ferreira, 1998), podendo ser geométricas e aritméticas (Vala, 1986, in Figueira, 2001, p.351).

No caso presente, procedemos à classificação nominal do conteúdo semântico dos indicadores ou unidades significativas (palavras ou frases salientes), retidas das respostas dos elementos da amostra às questões, por nós, colocadas.

- ✓ A quantificação⁹, apesar de “(...) uma análise de conteúdo não implicar, necessariamente, quantificação. (...). Mas o desenvolvimento recente de novas técnicas de análise de dados e as possibilidades abertas à sua utilização pelos computadores e pelos *packages* estatísticos deram um novo impulso à quantificação nos métodos das ciências sociais em geral, e especificamente à quantificação na análise de conteúdo (Vala, 1986, in Figueira, 2001, p.351). De resto, foi esta díade procedimental, por nós adoptada: a análise qualitativa dos dados, essencialmente, de carácter descritivo e interpretativo e de categorização, é complementada pela análise de correspondência múltipla – procedimento HOMALS, que abordaremos adiante.
- ✓ Definição de categorias, ou seja, “(...) as rubricas significativas em função das quais o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado” (Carmo & Ferreira, 1998, p.255). A este respeito, considera-se, ainda, que “A prática da análise de conteúdo baseia-se nesta elementar operação do nosso quotidiano [classificar] e, tal como ela, visa simplificar para potenciar a apreensão e se possível a explicação (...)”. Hogenraad (1984, in Figueira, 2001, p.345) define uma categoria como um certo número de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista (...) uma categoria é

⁹ «Em termos esquemáticos podemos dizer que uma análise de conteúdo quantitativa pode tomar três direcções (...) análise de ocorrências (tratamento mais simples - visa determinar o interesse da fonte por diferentes objectos ou conteúdos. A hipótese implícita é a de que quanto maior for o interesse do emissor por um dado objecto maior será a frequência de ocorrência, no discurso, dos indicadores relativos a esse objecto), análise avaliativa (remete para o estudo das atitudes da fonte relativamente a determinados objectos) e a análise estrutural (visa permitir inferências sobre a organização do sistema de pensamento da fonte implicado no discurso que se pretende estudar) (...) (Vala, 1986, in Figueira, 2001, p. 352).

habitualmente composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito. (...) a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria. O que importa ao analista são os conceitos, e a passagem dos indicadores aos conceitos é portanto uma operação de atribuição de sentido, cuja validade importa controlar (Figueira, 2001).

É fundamental ter em conta alguns aspectos que traduzem a própria validade desta técnica e que tornaram os dados passíveis de serem pertinentemente categorizados, tendo presente que “(...) não há questões de validade específicas da análise de conteúdo. Como em qualquer procedimento de investigação, também neste o investigador deve assegurar-se e assegurar os seus leitores que mediu o que pretendia medir” (Vala, 1986, in Madeira, 2007, p. 123). Desta forma, destacamos:

- Exclusão mútua, que exige que o conteúdo definido para cada uma das categorias não se sobreponha para nenhuma das outras;
- Homogeneidade, que apela a um único princípio de classificação, simplificando a categorização global;
- Exaustividade, que permite que todas as unidades de registo sejam acolhidas e efectivamente codificadas;
- Pertinência, que exige que o sistema de categorias seja reflexo de um quadro conceptual e que faça sentido perante a própria questão em análise;
- Objectividade, que implica que uma unidade de registo só pode corresponder a uma determinada categoria;
- Produtividade, na medida que se trata de um conjunto de categorias capaz de gerar dados exactos, hipóteses e inferências e, até mesmo, outras questões de investigação (Madeira, 2007).

O processo de categorização constitui-se como um dos momentos mais importantes da investigação, pois permite transformar os dados brutos do texto sistematicamente agrupados em unidades, que permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo (Madeira, 2007). Na perspectiva de Vala (1986, in Figueira, 2001), a construção de um sistema de categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*, ou ainda através da combinação destes dois processos. Assumimos a definição do sistema de categorias *a priori* e *a posteriori*, na medida em que foi da combinação destes procedimentos que resultou a categorização final, uma vez que “(...) os novos fragmentos estudados servem para confirmar as categorias

existentes ou como fonte de criação de outras novas” (Vala, 1986, in Janela, 2003, p.116). Em suma, o processo de categorização permite simplificar as unidades a um determinado conceito que as representa e potenciar uma maior compreensão da questão em análise. Neste sentido, é fundamental assegurar a qualidade das categorias pelas características implícitas à própria técnica (acima referidas), como a sua exclusividade, homogeneidade, pertinência, objectividade e produtividade (Janela, 2003).

Ainda, em torno do processo de categorização, há necessidade de proceder ao teste de validade interna e às questões de fidelidade. De facto, relativamente aos estudos qualitativos, eles têm sido alvos de críticas, relativamente à ausência de critérios de validade, fundamentadas na falta de objectividade das conclusões obtidas, e de fidelidade, ainda que alguns autores mais identificados com o paradigma qualitativo, proponham que seja substituída, pelos conceitos de *credibilidade* (correspondente à validade interna dos estudos quantitativos) e de *transferibilidade* (correspondente à validade externa dos estudos quantitativos) (Pressley & McCormick, 1995; Vieira, 1995, in Figueira, 2001).

É de realçar que a própria validade interna da análise é alcançada pelo cumprimento destas características, uma vez que “(...) não é algo que pode ser simplesmente conseguido utilizando determinadas técnicas ou métodos de recolha de dados, mas está directamente relacionada com os relatos efectuados pelo próprio investigador” (Vieira, 1995, in Figueira, 2001), o que sugere a exaustividade e a exclusividade das categorias, ou seja, todas as unidades de registo encontradas devem corresponder a uma das categorias, sendo que a mesma unidade de registo só possa ser colocada numa categoria específica (Janela, 2003).

Quanto à fidelidade dos estudos qualitativos, “Em termos gerais, pode afirmar-se que a fidelidade de um estudo está relacionada com a *replicabilidade* das suas conclusões científicas, ou seja, com a possibilidade de diferentes investigadores, utilizando os mesmos procedimentos, poderem chegar a resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno” (Vieira, 1995, in Figueira, 2001, p.348). No entanto, esta categorização reveste-se de algumas dificuldades particulares no caso da análise de conteúdo. Qualquer conteúdo é susceptível de interpretações diversas. É por isso de prever que dois codificadores, ao analisarem um mesmo material, cheguem a resultados diferentes (fidelidade intercodificadores). Da mesma forma, um mesmo codificador ao longo do trabalho de análise de conteúdo pode não aplicar de forma idêntica os mesmos critérios de codificação (fidelidade intracodificador) (Figueira, 2001).

Assim, “Na investigação qualitativa, a fidelidade (...) tem a ver, não com os instrumentos, *per se*, mas sim com a consistência do estilo interactivo do investigador, do tipo de registo e análise dos dados e da interpretação que este faz dos significados individuais (...). (...) o próprio investigador passa a ser o principal "instrumento" de recolha de informações.”

(Vieira, 1995, in Figueira, 2001, p. 349), e a principal fonte de enviesamentos dos resultados (subjectividade na selecção e análise dos dados). Neste sentido, declara Madeira (2007), o registo integral das respostas dos sujeitos da amostra e a descrição de todo o processo metodológico no presente estudo procuraram assegurar a questão da fiabilidade, ou seja, traduzir a correspondência exacta entre os resultados e a realidade estudada.

Assim, e dado julgarmos cumpridas estas presunções, quer pelo confronto da análise dos dados à crítica dos observados e de juízes supostamente, peritos nestas matérias, quer pela apresentação integral e detalhada de todo o processo de investigação, esperamos que restem assegurados estes critérios.

Para o processo de categorização e, após a leitura das narrativas escritas pelos alunos, emergiu a necessidade de organizar o material recolhido de uma forma mais sistemática, permitindo um acesso mais fácil às informações. Assim, e aproveitando a própria estrutura do guião da entrevista, as respostas foram transcritas e agrupadas em grelhas correspondente a cada item.

Neste sentido, a definição dos critérios subjacentes às questões, e, conseqüentemente, às categorias, revelou-se importante na medida que facilitava a posterior operacionalização. Assim, as respostas dos alunos às questões referentes aos elementos do guião da narrativa podem ser enquadradas em critérios descritivos, um vez que os sujeitos narram em torno de conceitos, em critérios de afirmação ou negação e em critérios de centração, uma vez que as narrativas dos sujeitos eram em torno de si próprio, da sua auto-análise e auto-percepções (cf. Quadro 5).

Quadro 5: Critérios e questões correspondentes do guião da narrativa.

| Critério | Questões |
|--------------------|------------------------|
| Descritivo | a, b, c, d, e, g, h, i |
| Afirmação /Negação | a, b, e, f, g, h, i |
| Centração | d |

O desenvolvimento do processo de categorização permitiu a operacionalização das categorias definidas, assim como a definição dos níveis, facilitando o posterior tratamento e codificação dos dados. Neste sentido, apresentamos a seguinte matriz de codificação dos dados (cf. Quadro 6):

Quadro 6: Categorias, suas operacionalizações e níveis das respostas dos elementos do guião da narrativa.

| <i>Categorias</i> | <i>Operacionalização</i> | <i>Níveis</i> |
|---|--|---|
| 1. Fisioterapia | - definição de fisioterapia (a) | 1a ₁ – concepção técnica |
| | | 1a ₂ – concepção social |
| | | 1a ₃ – neutra |
| | - escolha do curso (b) | 1b ₁ – sim |
| | | 1b ₂ – não |
| 2. Competências do fisioterapeuta | - competências referidas (a) | 2a ₁ – científicas |
| | | 2a ₂ – técnicas |
| | | 2a ₃ – emocionais e relacionais |
| | | 2a ₄ – mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) |
| | | 2a ₅ – mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) |
| | | 2a ₆ – mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) |
| | - competências destacadas (b) | 2b ₁ – científicas |
| | | 2b ₂ – técnicas |
| | | 2b ₃ – emocionais e relacionais |
| | | 2b ₄ – mista 1 (científicas e técnicas) |
| | | 2b ₅ – mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) |
| | | 2b ₆ – mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) |
| | | 2b ₇ – mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) |
| | | |
| 3. Competências emocionais | - definição de competências emocionais (a) | 3a ₁ – capacidade intrapessoal |
| | | 3a ₂ – capacidade interpessoal |
| | | 3a ₃ – gestão de stress |
| | | 3a ₄ – adaptabilidade |
| | | 3a ₅ – humor geral |
| | | 3a ₆ – neutra |
| | - importância (b) | 3b ₁ – muito importantes |
| | | 3b ₂ – importantes |
| | | 3b ₃ – não responde/neutra |
| | - nível de auto-percepção (c) | 3c ₁ – baixo |
| | | 3c ₂ – médio |
| | | 3c ₃ – bom |
| | | 3c ₄ – elevado |
| | | 3c ₅ – neutro |
| | - auto-percepção de tipos de competências emocionais já adquiridas (d) | 3d ₁ – empatia |
| | | 3d ₂ – optimismo |
| | | 3d ₃ – resolução problemas |
| | | 3d ₄ – independência |
| 3d ₅ – flexibilidade | | |
| 3d ₆ – mista 1 (tolerância ao stress; auto-actualização) | | |
| 3d ₇ – mista 2 (independência; optimismo) | | |
| 3d ₈ – mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas) | | |
| 3d ₉ – mista 4 (relação interpessoal; auto-consciência emocional; empatia) | | |
| 3d ₁₀ – não responde/neutra | | |
| - auto-percepção de tipos de competências emocionais a adquirir futuramente (e) | 3e ₁ – auto-estima | |
| | 3e ₂ – independência | |
| | 3e ₃ – controlo de impulsividade | |
| | 3e ₄ – tolerância ao stress | |
| | 3e ₅ – auto-consciência emocional | |
| | 3e ₆ – mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) | |
| | 3e ₇ – mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima) | |

| | | |
|---|---|--|
| | | 3e₈ – não responde/neutra |
| 4. Formação em competências emocionais | - formação em competências emocionais durante o curso (a) | 4a₁ - não |
| | | 4a₂ – sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências) |
| | | 4a₃ – sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão) |
| | | 4a₄ – sim, 2º e 3º ano (estágio) |
| | - vivência/opinião acerca dessa formação (b) | 4b₁ – relevante |
| | | 4b₂ – pouco relevante |
| | | 4b₃ – informação escassa |
| | | 4b₄ – não respondeu |
| | - importância da aprendizagem em competências emocionais durante o curso (c) | 4c₁ - muito importante |
| | | 4c₂ – importante |
| | | 4c₃ – pouco ou nada importante |
| | | 4c₄ – não se pode aprender |
| - aquisição de formação em competências emocionais fora do curso (d) | 4d₁ – não | |
| | 4d₂ – sim, informal | |
| | 4d₃ – sim | |
| 5. Actualização/treino das competências emocionais | - durante os estágios clínicos (a) | 5a₁ – sim, transmitem e/ou aplicam |
| | | 5a₂ – em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam |
| | | 5a₃ – não |
| | | 5a₄ – neutra |
| | - na avaliação curricular (b) | 5b₁ – sim |
| | | 5b₂ – sim, nas cadeiras práticas |
| | | 5b₃ – sim, nos estágios |
| | | 5b₄ – não |

Desta forma, na operacionalização da categoria Fisioterapia, surgem-nos como níveis:

- Concepção técnica, a partir do momento que se fundamenta num corpo de conhecimentos na área da saúde, perante respostas como “área de saúde”, “área de conhecimentos ligada à saúde”, “área científica na saúde” ou “área dos cuidados de saúde”;
- Concepção social, enquanto actividade que, para os sujeitos, se exerce com criatividade, tendo em vista cuidar do outro, privilegiando o convívio, o toque, o tacto, a proximidade, reproduzida através de respostas que contenham as palavras “ajudar”, “ajudar o próximo”, “ajudar o outro”, “auxiliar”, “fazer algo útil para a sociedade”, “contacto”, “contacto humano” ou “trabalho com pessoas ou grupo de pessoas”;
- Neutra, perante uma definição que aglutina respostas vagas ou sem enquadramento, como “é útil”, “é um curso que me satisfaz”, “não conhecia o curso”, etc.

Na operacionalização das Competências do fisioterapeuta, atendeu-se à trilogia dos saberes, surgindo como níveis de resposta, nas competências referidas:

- Científicas, no âmbito do saber e dos conhecimentos científicos, integrando respostas com expressões como “competências profissionais”, “competências teóricas”, “competências de avaliação”, “raciocínio clínico”, e todas as disciplinas curriculares como “anatomia”,

fisiologia”, “biomecânica”, etc.;

- Técnicas, enquadradas no saber fazer e nas capacidades de destreza manual, integrando respostas com expressões como “competências técnicas”, “competências de execução”, “competências manuais”, “saber tocar”, “saber tratar” ou “conhecimentos práticos”;
- Relacionais e emocionais, como implementação do saber ser, privilegiando a relação e a gestão eficiente das emoções, integrando respostas com expressões como “competências humanas”, “competências emocionais”, “competências relacionais”, “competências sociais”, “lidar com as pessoas”, “gosto de trabalhar com os indivíduos”, “interacção com o utente”, “capacidade de relacionamento” ou “capacidade de comunicação”;
- Mista 1, perante a possibilidade de aglutinar as competências científicas, as relacionais e as emocionais;
- Mista 2, perante a possibilidade de aglutinar as competências técnicas, as relacionais e as emocionais;
- Mista 3, no caso das respostas que destacam as competências científicas, as técnicas, as relacionais e as emocionais.

E no caso das competências destacadas:

- Científicas, no âmbito do saber e dos conhecimentos científicos; perante respostas com expressões como “competências profissionais”, “competências teóricas”, “competências de avaliação”, “raciocínio clínico”, e todas as disciplinas curriculares como “anatomia”, fisiologia”, “biomecânica”, etc;
- Técnicas, enquadradas no saber fazer e nas capacidades de destreza manual; perante respostas com expressões como “competências técnicas”, “competências de execução”, “competências manuais”, “saber tocar”, “saber tratar” ou “conhecimentos práticos”;
- Relacionais e emocionais, como implementação do saber ser, privilegiando a relação e a gestão eficiente das emoções; integrando respostas com expressões como “competências humanas”, “competências emocionais”, “competências relacionais”, “competências sociais”, “lidar com as pessoas”, “gosto de trabalhar com os indivíduos”, “interacção com o utente”, “capacidade de relacionamento” ou “capacidade de comunicação”;
- Mista 1, no caso das respostas que destacam as competências científicas e as técnicas;
- Mista 2, no caso das respostas que destacam as competências científicas, as relacionais e as emocionais;
- Mista 3, no caso das respostas que destacam as competências técnicas, as relacionais e as emocionais;
- Mista 4, no caso das respostas que destacam as competências científicas, as técnicas, as relacionais e as emocionais.

Relativamente ao conceito de competências emocionais, as respostas definiram-se a partir das bases de referência bibliográfica, enquadradas com base na tipologia proposta pelos meta-factores do modelo conceitual de ISE de Reuven Bar-On (cf. Capítulo 2), com a operacionalização e níveis de resposta definidos *à priori*. Assim, para a definição de competências emocionais, surgem os seguintes níveis:

- Capacidade Intrapessoal, quando as respostas se encontram directamente relacionadas com as competências emocionais pessoais, que permitem ao sujeito reconhecer e compreender as suas emoções, bem como aceitar e respeitar-se a si próprio, como por exemplo: “são os sentimentos que nos surgem e a maneira com que lidamos com eles”, “emoções e sentimentos que o fisioterapeuta desenvolve”, “são algumas características da própria pessoa ” ou “dizem respeito aos sentimentos, às atitudes”;

- Capacidade Interpessoal, no caso das respostas que contêm as competências que permitem a criação e manutenção satisfatória das relações sociais, nomeadamente pelo reconhecimento dos sentimentos dos outros, como por exemplo: “conjunto de conhecimentos que o fisioterapeuta possui no sentido de perceber, ...o conjunto de sentimentos que o utente possui num determinado momento”, “capacidade de criar relações de empatia e comunicação com o utente” , “quando o fisioterapeuta sabe ouvir o utente e compreender a sua situação ou história de vida” ou “ competências ao nível do relacionamento interpessoal”;

- Gestão do stresse, quando as respostas destacam um contexto fortemente gerador de situações ricas em emoções, que são necessárias reconhecer, compreender e controlar, activando mecanismos activos e positivos de lidar com o stresse, como por exemplo: “não se pode deixar envolver”, “tem que manter a distância” ou “não pode deixar ser afectado pela história que o doente conta nem pelas próprias emoções do doente”;

- Adaptabilidade, no caso de respostas que apontam a possibilidade do sujeito ser flexível perante as constantes mudanças, bem como resolver conflitos e problemas pessoais e sociais, como por exemplo: “capacidade de lidar com os sentimentos e estados de espírito das pessoas”, “competências do foro psicológico que nos permite adequar o nosso comportamento e comunicação ao indivíduo que se nos depara”, “sendo capaz de lidar e de se adequar a cada situação com cada pessoa”, “capacidade de lidar com os outros, neste caso os utentes, e a capacidade de lidar com a sua situação/condição de saúde”, “capacidade de gerir a forma de actuar perante as emoções dos outros”, “capacidade emocional do fisioterapeuta lidar com a situação”, “fisioterapeuta terá que saber adaptar o seu comportamento a cada situação” ou “sentir e identificar sentimentos nos outros, sabendo reagir de acordo com os mesmos”;

- Humor geral, quando as respostas pressupõem o desenvolvimento das competências

positivas, as quais permitem ao sujeito estar satisfeito consigo mesmo e com a vida e aproveitar esta de uma forma saudável e agradável, como por exemplo: “conjunto de *skills* que permitem à pessoa lidar de uma forma positiva com as suas emoções e sentimentos” ou “capacidade de motivar o utente, encorajá-lo”;

- Neutra, se as respostas obtidas surgiram vagas, sem enquadramento, como “aquelas não relacionadas como o contacto físico” ou “equilíbrio emocional de cada um”.

No sentido de clarificar a importância atribuída pelos sujeitos às competências emocionais, operacionalizaram-se em três níveis as respostas:

- Muito importantes, perante “considero muito importante”, “de especial relevância”, “de grande importância” e até mesmo “considero fundamental”;

- Importantes, perante “considero importante” ou “uma mais valia”;

- Não responde/Neutra, na ausência de resposta ou perante respostas vagas como “não sei” ou “talvez”.

De modo a esclarecer que nível de competência emocional os sujeitos percepcionavam ter, surgiram os seguintes níveis de respostas:

- Baixo, perante “pequena”, “baixa”, “pouca” ou “não aceitável”;

- Médio, perante “aceitável”, “razoável”, “médio”, “normal” ou “alguma(s)”;

- Bom, perante “ bom” ou “boa”;

- Elevado, perante “alto”, “elevado” ou “muito bom”;

- Neutro, perante “não sei”, “ainda tenho que ganhar mais experiência”, etc.

Por sua vez, a operacionalização e níveis de resposta definidos *à priori* para as categorias referentes aos tipos de competências emocionais referidos pelos sujeitos, tiveram subjacentes as definições contidas no instrumento de avaliação do modelo de Bar-On, a *Bar-On Emotional Quotient Interview*. Assim, para as competências que os sujeitos expressam ter, temos os seguintes níveis:

- Empatia, no caso das respostas definidas pela capacidade de compreender e ter em conta os sentimentos e as necessidades dos outros e de conseguir compreender as emoções dos outros, como por exemplo: “pessoa muito receptiva àquilo que o doente diz e a todas as expressões que possa transmitir”, “capacidade para criar relações de empatia e comunicação com o utente”, “perante os indivíduos gosto de os ouvir, tento perceber como eles se sentem, tento pôr no lugar deles para saber como agiria se fosse eu que estivesse no lugar deles” ou “tentativa de nunca tratar ninguém com indiferença, procurando compreender os seus problemas”;

- Optimismo, no caso das respostas que se baseiam na capacidade de manter uma atitude positiva, mesmo em presença de situações adversas, favorecendo a auto-motivação e a

persistência perante as dificuldades, como: “consigo transmitir força e confiança aos utentes, demonstrando sempre positivismo”;

- Resolução de problemas, no caso das respostas que assentam na capacidade de identificar e definir os problemas, bem como propor e implementar soluções concretas para os problemas de natureza pessoal e social, tais como: “consigo resolver questões de forma racional e acertada” ou “sei controlar as emoções e pôr de parte, no momento que interajo com o utente, as suas incapacidades e focar-me naquilo que quero atingir, nos objectivos do tratamento”;

- Independência, no caso das respostas que assentam na capacidade de confiar em si próprio e nas suas capacidades, sendo autónomo nos seus pensamentos e acções, sendo isento de dependência emocional, como por exemplo: “consigo lidar com utentes percebendo e compreendendo a sua condição mas sem me envolver demasiado” ou “consigo deixar de parte sentimentos que sei que podem prejudicar ao lidar com os pacientes”;

- Flexibilidade, no caso das respostas que dizem respeito à capacidade de adaptação às constantes mudanças no dia-a-dia, adequando as emoções, pensamentos e comportamentos a essas mesmas mudanças, como: “normalmente consigo relacionar-me bem com os indivíduos, adaptando-me à sua situação social e à sua personalidade”;

- Mista 1, no caso das respostas que aglutinam a tolerância ao stress (baseia-se na capacidade de gerir as emoções e de confrontar as situações difíceis, geradoras de stress, de forma efectiva e construtiva) e a auto-actualização (reporta-se à capacidade de definir os objectivos e o percurso para os alcançar, tendo em vista a actualização do seu potencial), como: “sensibilidade e paciência para lidar com a dor e sofrimento físico/emocional do próximo; vocação, ou pelo menos vontade de trabalhar como fisioterapeuta”;

- Mista 2, no caso das respostas que aglutinam a independência e o optimismo;

- Mista 3, no caso das respostas que aglutinam o optimismo, a empatia e a resolução de problemas;

- Mista 4, no caso das respostas que aglutinam a relação interpessoal (caracteriza-se pela capacidade de estabelecer e manter relacionamentos reciprocamente satisfatórios, marcados pela capacidade de dar e receber afectos), a auto-consciência emocional (corresponde à capacidade de identificar e compreender as emoções, bem como de saber em que medida elas nos afectam e aos outros) e a empatia, como: “capacidade de partilhar sentimentos, capacidade de olhar para mim, capacidade de me colocar no lugar do outro”;

- Não responde/Neutra, na falta de resposta ou se as respostas obtidas surgiram vagas, sem enquadramento, como por exemplo: “devia aprender algumas” ou “há ainda muito a desenvolver a esse nível”, etc.

As mesmas definições estiveram subjacentes no caso das competências emocionais

que os sujeitos gostariam ter, ou vir a adquirir futuramente, surgindo os seguintes níveis:

- Auto-estima, no caso das respostas que se desenvolvem a partir do conhecimento e da aceitação de si próprio, podendo definir-se como sendo a capacidade de perceber porque se sente, pensa e age de determinada forma, como por exemplo: “Sei que não se devem mostrar sentimentos como falta de confiança perante um utente, e é isso que vou tentar fazer” ou “gostaria de ser um pouco mais confiante relativamente à minha intervenção e ao tratamento que estou a efectuar”;
- Independência, no caso das respostas que assentam na capacidade de confiar em si próprio e nas suas capacidades, sendo autónomo nos seus pensamentos e acções, sendo isento de dependência emocional, tais como: “Tenho alguma dificuldade em manter a “distância” necessária relativamente ao indivíduo/situação, ficando por vezes demasiado envolvida no caso”, “considero que por vezes me envolvo em demasia emocionalmente com alguns utentes” ou “gostaria, ou com certeza seria melhor, o nosso envolvimento com os utentes não ser tão “profundo” “;
- Controlo da impulsividade, no caso das respostas se basearem na capacidade que permite controlar de forma construtiva as emoções, retardando o próprio impulso, como: “Uma competência que gostava de melhorar em termos emocionais prende-se com o facto da ansiedade em alcançar objectivos” ou “Gostaria, por vezes, de ser mais paciente”;
- Tolerância ao stresse, no caso das respostas que se baseiam na capacidade de gerir as emoções e de confrontar as situações difíceis, geradoras de stress, de forma efectiva e construtiva, como por exemplo: “perante casos mais traumáticos, ainda assim gostava de conseguir distanciar-me mais” ou “ter algumas dificuldades em abordar assuntos como a morte ou a incapacidade profunda com alguns grupos específicos de utentes”;
- Autoconsciência emocional, no caso das respostas que correspondem à capacidade de identificar e compreender as emoções, bem como de saber em que medida elas nos afectam e aos outros, como por exemplo: “Acho que gostaria, por vezes, de saber a melhor forma de lidar com cada um” ou “talvez, conseguir lidar melhor com o meu próprio sistema nervoso, deixando muitas vezes transparecer o que não é necessário”;
- Mista 1, no caso das respostas que aglutinam o controlo da impulsividade e a flexibilidade (capacidade de adaptação às constantes mudanças no dia-a-dia, adequando as emoções, pensamentos e comportamentos a essas mesmas mudanças), como: “Gostaria de adquirir mais tolerância relativa a “certos” utentes mais difíceis...Gostaria também de melhorar o controlo sobre a frustração que sinto na ausência de resultados”;
- Mista 2, no caso das respostas que aglutinam o controlo da impulsividade, a flexibilidade e a auto-estima;

- Não responde/Neutra, na falta de resposta ou se as respostas obtidas surgiram vagas, sem enquadramento, como “devia aprender algumas”.

Na operacionalização da Formação em competências emocionais, distinguiram-se os diferentes níveis de resposta, incidentes na aquisição dessa formação, primeiramente durante o curso base:

- Não, perante a inexistência de qualquer formação durante o curso base, com respostas como: “penso que as competências emocionais não podem ser aprendidas”, “acho que a escola não promove formação neste campo” ou “Não”;

- Sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências), perante a inexistência de uma disciplina formal no curso base, mas perante referências por parte dos professores, que os sujeitos identificam como sendo às competências emocionais, de forma ocasional durante as aulas, a título de exemplo ou de partilha de experiência profissional, como por exemplo: “As referências a essas competências são normalmente feitas ocasionalmente, a título de exemplo ou na partilha de uma experiência”, “muitas vezes remetem as aulas para as experiências profissionais com que se deparam”, “a escola promove alguma formação de competências emocionais, mas não numa disciplina, ano ou tempo específico, apenas em algumas situações que podem surgir ao longo das aulas”, “Sim, alguma...podem ser situações pontuais numa aula”, “Apenas esporadicamente em várias aulas ou em estágio” ou “Muitas vezes o aprendido nesta área era retirado dos exemplos referidos oralmente pelos professores”;

- Sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, Psicologia da saúde, Comunicação e ensino, MEIF, Introdução à profissão), no caso em que os sujeitos referem ter recebido formação na área das competências emocionais durante o curso base, na(s) disciplina(s) de Ciências do Desenvolvimento e Comportamento Humano, na de Psicologia da Saúde, na de Comunicação e Ensino, na de Métodos e Estratégias de Intervenção em Fisioterapia e na de Introdução à Profissão, no 1º e/ou 2º ano, com respostas tais como: “No 1º ano. CDCH, Comunicação e Ensino. Temas de assertividade, emoções, sentimentos mas de uma forma muito superficial, quase só a informar que isso existe”, “Apesar de não ter nenhuma cadeira específica, as competências emocionais são focadas em outras cadeiras tais como CDCH I e CDCH II”, “O assunto foi abordado, integrado noutras matérias, no caso de Comunicação e Ensino”, “Sim. A nível do estudo de aspectos ligados à psicologia no 1º e 2º anos...Os temas abordados prendem-se com o estudo da personalidade, das emoções, da motivação” ou “...tivemos aulas no 1º e 2º ano no âmbito da Psicologia que abordavam assuntos acerca da comunicação com os outros”;

- Sim, 2º e 3º ano (estágio), no caso em que os sujeitos referem ter recebido formação na área

das competências emocionais durante o curso base, no decorrer dos seus estágios clínicos, como nas seguintes respostas: “Nós acabamos por aprender por nós nos estágios de 2º e 3º ano” ou “As competências foram adquiridas majoritariamente no 3º ano, durante o estágio”.

Também foi pedido aos sujeitos que nos confiassem a sua opinião em relação à forma como vivenciaram esta formação do decorrer do curso base, criando quatro níveis de resposta:

- Relevante, perante respostas como “útil”, “pertinente”, “importante” ou “enriquecedor”;
- Pouco relevante, perante respostas como “de forma superficial”, “irrelevante” ou “não fulcral”;
- Informação escassa, no caso de respostas como “não a necessária”, “não foram devidamente abordadas”, “abordagem escassa” ou “deveria ter sido mais aprofundada”.

Ainda nesta categoria, considerou-se relevante avaliar em que medida os sujeitos consideram importante a formação em competências emocionais durante o curso base, resultando os seguintes níveis:

- Muito importante, perante a manifestação de grande interesse em adquirir formação, com respostas que contenham termos como: “de extrema importância”, “muito importante”, “fundamental” ou “bastante importante”;
- Importante, reconhecendo alguma importância, como por exemplo nas seguintes respostas: “Era interessante e só vinha enriquecer o curso”, “Sem dúvida...deveria existir uma cadeira específica nesse sentido”, “Considero que sim”, “Considero importante”, “Sim, considero importante”, “Acho que seria benéfico” ou “Sim”;
- Pouco ou nada importante, perante a desvalorização total ou parcial dessa aprendizagem, em respostas como: “Não creio ser necessária uma disciplina que aborde apenas este assunto” ou “Penso que já temos o suficiente para a nossa prática clínica”;
- Não se pode aprender, quando os sujeitos exprimem a incapacidade do ser humano realizar este tipo de aprendizagem de forma teórica, como nas seguintes respostas: “penso que as competências emocionais não podem ser aprendidas, são intrínsecas a cada ser humano e evoluem com o seu crescimento” ou “depende da forma de ser de cada um e há coisas que só se ganham com a experiência”;

Para finalizar a operacionalização da formação em competências emocionais, distinguiram-se também os diferentes níveis de resposta, incidentes na aquisição dessa formação fora da instituição em que estão a frequentar o curso base:

- Não, no caso da inexistência de qualquer tipo de formação, perante respostas como: “Não” ou “Não possuo formação”;
- Sim, informal, perante a participação em actividades extra curriculares que requerem uma maior componente emocional, como nas seguintes respostas: “...enquanto voluntário na Cruz

Vermelha, participando em diversas actividades e principalmente realizando serviços de emergência médica, esta experiência é bastante enriquecedora nesta área” ou “Apesar de não ter recebido nenhuma formação em termos teóricos, o facto de ser bombeira e de lidar com situações de emergência, leva-me a adquirir competências emocionais adicionais”;

- Sim, no caso de uma aprendizagem formal, fora do contexto do curso base, como: “Participei em dois cursos, levados a cabo pela Universidade de Coimbra”.

A última categoria, Actualização/treino das competências emocionais, foi operacionalizada em duas partes. Na primeira, os sujeitos foram questionados sobre a transmissão e/ou aplicação destas competências no âmbito do estágio clínico, surgindo quatro níveis:

- Sim, transmitem e/ou aplicam, no caso dos sujeitos confirmarem a comunicação verbal por parte do orientador e/ou a aprendizagem por observação da acção do orientador, da utilização de competências emocionais com utentes e pares, no decorrer dos estágios. Como exemplo de respostas: “Sim, dialogando connosco”, “Em parte transmitem, mas não intencionalmente, ou seja, o estagiário aprende observando a acção do orientador”, “Os orientadores, no estágio transmitem esse tipo de competências mas nem sempre a aplicam” ou “Sim. Transmitem aos estagiários, quer pessoalmente (falam directamente), quer através da observação, em que o estagiário observa o tratamento e também o modo de comunicação entre terapeuta/utente”;

- Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam, no caso dos sujeitos confirmarem a comunicação verbal por parte do orientador e/ou a aprendizagem por observação da acção do orientador, da utilização de competências emocionais com utentes e pares, somente em alguns dos estágios, em respostas como: “Sim, alguns orientadores tentam indicar o caminho”, “Em certos locais de estágio”, “...contactei com orientadores que me transmitiam esse tipo de competências e que as aplicavam”, “Conforme os orientadores...”, “Sim, em alguns locais de estágio tentam transmitir-nos essas competências”, “Depende dos locais e dos orientadores...” ou “Por vezes os orientadores falam connosco...”;

- Não, quando os sujeitos negam receber qualquer tipo de orientação nos locais de estágio no âmbito das competências emocionais, em respostas como: “Normalmente nos estágios não nos é transmitido esse tipo de competência”;

- Neutra, no caso das respostas surgirem vagas ou sem enquadramento, como “apenas no estágio senti a grande dificuldade em perceber essa competência”.

Na segunda parte, os sujeitos foram inquiridos sobre se as competências emocionais eram consideradas e/ou exigidas aquando da avaliação curricular, apresentando igualmente quatro níveis:

- Sim, perante a confirmação dos sujeitos que as competências emocionais são ponderadas ou mesmo reivindicadas no acto da avaliação curricular, como perante a resposta: “Sim”;
- Sim, nas cadeiras práticas, perante a confirmação dos sujeitos que as competências emocionais são ponderadas ou até mesmo reivindicadas no acto da avaliação curricular, mas só no caso das disciplinas com componente de avaliação prática, como em respostas: “Tal é feito em situação de avaliação curricular das cadeiras mais práticas”, “Sim, principalmente em avaliações práticas em que temos de manter uma postura profissional” ou “Sim, maioritariamente na prática”;
- Sim, nos estágios, perante a confirmação dos sujeitos que as competências emocionais são ponderadas ou até mesmo reivindicadas no acto da avaliação mas somente nos estágios clínicos, com respostas como: “Dentro dos parâmetros da avaliação dos vários Ensinos Clínicos estão inseridos alguns sobre as competências emocionais” “ durante o estágio é óbvio que sim”, “Penso que na avaliação prática do estágio são também avaliadas as competências emocionais” ou “Sim, principalmente em situações de estágio”;
- Não, no caso dos sujeitos negarem serem submetidos a qualquer tipo de avaliação na área das competências emocionais, como: “Não” ou “Penso que não”.

Concluída a análise de conteúdo, abordaremos agora a análise de índole quantitativa a que foram submetidos os dados em análise.

3.5.2 Procedimento HOMALS

O crescente desenvolvimento em torno das técnicas de análise de dados, subjacente ao exponencial interesse pela área de investigação, dotaram as Ciências Sociais de instrumentos de análise que permitem ao investigador qualitativo uma abordagem quantitativa dos dados obtidos. Neste sentido, o presente estudo insere-se na tipologia de análise dimensional, uma vez que permite “(...) subsumir um conjunto vasto de atributos ou variáveis num pequeno número de factores, eixos ou dimensões a que o analista faz corresponder conceitos incluídos no seu modelo” (Temido, 2005, p.89), através de diferentes técnicas. Uma vez que pretendíamos analisar quais as tendências dos elementos da amostra em relação a determinadas categorias ou dados em estudo e tratando-se de dados nominais, optou-se pelo recurso às técnicas *Optimal Scaling*¹⁰, pois permitem a relação ou a associação de dimensões, tendo em

³ As técnicas *Optimal Scaling* recorrem a diferentes procedimentos de acordo com as possibilidades de associação, sendo estes a ANACOR, a HOMALS, a PRINCALS e a OVERALS”, tendo em comum “...a análise da homogeneidade dos dados, tendo subjacente como pressuposto a redução de dimensões (análise multivariada)” (SPSS, 1990, in Figueira, 2001, p. 244).

conta os seus níveis de complexidade de análise (Figueira, 2001).

Tendo em conta o presente estudo e o propósito de analisar as possíveis correspondências, na presença de mais do que duas variáveis, com diferentes níveis, o procedimento *HOMALS* (*Homogeneity Analysis via Alternig Least Squares*) foi adoptado para a análise estatística dos dados.

Podemos ler em Figueira (2001) que o *input* desta análise, também conhecida por análise de correspondência múltipla, é a vulgar matriz de dados rectangular, cujas linhas representam os sujeitos ou, mais genericamente, os objectos, e as colunas representam as variáveis, podendo existir duas ou mais variáveis em análise. Todas as variáveis sujeitas a este tipo de análise são, apenas, do tipo categorial.

Considera-se então que a HOMALS “...é uma técnica de redução dos dados, que permite representar a relação entre três ou mais variáveis nominais em poucas dimensões (...) e considera-se uma análise das componentes principais para dados nominais, procedendo a uma partição dos objectos ou casos em grupos homogéneos” (Pestana & Gageiro, 1998, in Janela, 2003, p. 132). Deste modo, as variáveis são consideradas homogéneas quando classificam os objectos nos mesmos subgrupos. Em suma, o grande objectivo deste procedimento é permitir a análise quantificada da distância entre variáveis, ou seja, a medida em que as categorias, e os objectos que lhes pertencem, estão próximas ou distantes umas das outras (Figueira, 2001).

3.6. Procedimento geral

Fases da investigação

✓ 1ª Fase

Nesta fase inicial procedemos ao pedido de autorização junto da docente responsável pela área de Fisioterapia da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de forma directa e a título pessoal. Procedemos à elaboração do guião da narrativa, ao validamento da acessibilidade da linguagem e compreensão das questões bem como a sua correspondência à realidade, testando igualmente tempos de resposta parciais e totais e eventual remodelação do guião da narrativa.

De Julho de 2008 a -----» Setembro de 2008

✓ 2ª Fase

Encetámos a divulgação e apresentação do estudo e os seus objectivos, bem como do guião da narrativa, junto dos alunos, enquanto instrumento de recolha. A recolha de dados respeitou a ética e a deontologia associadas à investigação, tendo sido pedida autorização à Escola Superior de Tecnologias da Saúde em causa para a recolha dos dados junto dos seus alunos, apesar de estes participarem de uma forma voluntária. Por outro lado, a recolha dos dados foi realizada tendo por base o pressuposto da confidencialidade e anonimato da informação, tendo sido pedido aos alunos a leitura e assinatura do consentimento informado, após esclarecimento oral dos objectivos do estudo. Os alunos cumpriram a escrita da narrativa sempre na presença da autora da presente investigação, tendo sido fornecidas orientações inicialmente e sempre que solicitadas. Estes procedimentos decorreram nas instalações da Escola e os alunos demoraram entre 20 a 45 minutos a escrever a narrativa.

De Outubro de 2008 a -----» Novembro de 2008

✓ 3ª Fase

Deu-se início à categorização dos dados obtidos pela narrativa, através da técnica de Análise de Conteúdo. Escolhidas as unidades de contexto e de registo, efectuámos a categorização, que foi analisada e avaliada por mais dois juízes (orientadora deste trabalho e a docente contactada na Escola, também ela, orientadora de teses), discutida, sendo o resultado final o considerado consensual. Subsequentemente à análise de conteúdo, à categorização, realizámos o tratamento estatístico dos dados obtidos: análises descritivas, tendo como critério a moda, ou seja, o tipo de resposta ou categoria mais frequente, e análises HOMALS, após a construção da base de dados.

De Dezembro de 2008 a -----» Abril de 2009

✓ 4ª Fase

Procedemos à análise e a discussão dos resultados, procurando estabelecer a correspondência com os objectivos do estudo e com a própria questão em análise.

De Maio de 2009 a -----» Julho de 2009

Capítulo 4

Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

4.1 Apresentação e Análise dos Resultados

4.1.1 Análise Descritiva

4.1.2 Análise Inferencial

4.2 Síntese e Discussão dos Resultados

4.1 Apresentação e Análise dos Resultados

A análise dos resultados sequenciou-se, em primeiro lugar, pela análise descritiva e, em seguida, pela análise inferencial.

4.1.1 Análise Descritiva

Os dados obtidos a partir das questões do guião da narrativa pretendem apresentar as principais noções que os elementos da amostra possuem, sobre as concepções e percepções que envolvem o próprio estudo.

Neste sentido, em relação à definição de Fisioterapia, temos que, os alunos que constituem a amostra apontam para uma definição que evidencia a Fisioterapia como uma profissão de “concepção técnica” (13 sujeitos, que correspondem a 50% da amostra), seguida da Fisioterapia como profissão de “concepção social” (8 sujeitos, ou seja, 31% da amostra). Os restantes 5 alunos (19% da amostra) não apresentaram uma definição compatível com qualquer tipo de enquadramento a esta questão (cf. Quadro 7).

Quadro 7: Definição de Fisioterapia, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|-------------------|-----------|------------|
| Concepção técnica | 13 | 50 |
| Concepção social | 8 | 31 |
| Neutra | 5 | 19 |
| Total | 26 | 100 |

Se analisarmos a definição de Fisioterapia, atendendo às características da amostra, identificamos que a resposta mais frequente, tanto por parte dos elementos da amostra do sexo feminino como do sexo masculino, considera a Fisioterapia como uma profissão de “concepção técnica”, representando 50% da amostra (10 elementos do sexo feminino e 3 do sexo masculino); no entanto 35% (7 elementos) dos sujeitos do sexo feminino apresenta a Fisioterapia com um carácter de “concepção social”, enquanto apenas 17% (1 elemento) dos sujeitos do sexo masculino que constituem a amostra referem tal concepção (cf. Quadro 8).

Quadro 8: Definição de Fisioterapia, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|-------------------|------------------------|----------|------------------------|----------|
| Concepção técnica | 10 | 50 | 3 | 50 |
| Concepção social | 7 | 35 | 1 | 17 |
| Neutra | 3 | 15 | 2 | 33 |

Se tivermos em conta uma análise parcelar dos resultados, atendendo à idade dos participantes, conseguimos perceber que a Fisioterapia é definida como “concepção social” apenas pelos alunos que se situam na faixa etária situada entre os 21 e os 22 anos (cf. Quadro 9).

Quadro 9: Definição de Fisioterapia, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|-------------------|----|----|----|----|----|
| Concepção técnica | 3 | 7 | 2 | 1 | - |
| Concepção social | - | 5 | 3 | - | - |
| Neutra | 2 | 2 | - | - | 1 |

Um outro aspecto considerado relevante foi saber se a escolha por este curso por parte dos elementos da amostra foi prioritária ou não. Assim, 11 alunos (42%) assumiram este curso como primeira opção, de modo a poderem exercer a profissão de fisioterapeuta. Todavia, 58% da amostra, o que corresponde a 15 alunos, tinha como sua primeira opção outro curso de habilitação académica (cf. Quadro 10).

Quadro 10: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Sim | 11 | 42 |
| Não | 15 | 58 |
| Total | 26 | 100 |

Relativamente à análise deste parâmetro, tendo em conta o género dos alunos, verificamos que os elementos do sexo feminino se dividem entre as duas respostas (com 50% cada), enquanto que os elementos do sexo masculino escolhem maioritariamente a opção “não” (com 83% das respostas), como se pode constatar no Quadro 11:

Quadro 11: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|-----|-----------------|----|-----------------|----|
| Sim | 10 | 50 | 1 | 17 |
| Não | 10 | 50 | 5 | 83 |

Quadro 12: Escolha do Curso de Fisioterapia, como 1ª opção, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|-----|----|----|----|----|----|
| Sim | 2 | 4 | 4 | - | 1 |
| Não | 3 | 10 | 1 | 1 | - |

No sentido de exemplificar melhor estes resultados, apresentamos algumas respostas dos sujeitos:

| 1. Fisioterapia | Exemplos de respostas |
|---|--|
| Definição de fisioterapia (a) ----- 1a1 – Conceção técnica | -“A Fisioterapia é uma área de conhecimento ligada à saúde...” (n2) -“ A fisioterapia está integrada no âmbito das tecnologias da saúde...” (n3) - “A Fisioterapia é uma área científica referente á promoção da saúde e à reabilitação...” (n6) -“...a Fisioterapia é uma área de saúde que visa...” (n7) -“ A Fisioterapia é um ramo da área dos cuidados de saúde...” (n10) |
| 1a2 – Conceção social | -“...é uma profissão de inerente contacto contínuo...acima de tudo humana e altruísta...uma vontade maior de auxiliar, ensinar e cuidar...para o aumento de saúde e bem-estar da população em geral.” (n4) - “A Fisioterapia é um curso que visa ajudar a melhorar as condições patológicas...” (n12) - “A Fisioterapia é uma das profissões em que o contacto humano é muito importante e fundamental...” (n13) - “A Fisioterapia...é uma maneira de ajudar estes indivíduos a uma melhor qualidade de vida.” (n14) - “A Fisioterapia é um meio para ajudar os outros...” (n17) - “A Fisioterapia é uma área...em que se trabalha com determinada pessoa ou grupo de pessoas, em diferentes locais e ambientes...” (n18) - “Para mim a Fisioterapia é ter nas mãos o poder de ajudar o próximo e ter na boca palavras de consolo, esperança e incentivo.” (n21) - “A Fisioterapia...oportunidade de seguir uma carreira fazendo algo de útil para a sociedade.” (n25) -“Para mim a Fisioterapia é poder ajudar os outros, tornar a vida deles melhor, ensinar, curar e dar uma maior qualidade de vida a quem necessita.” (n26) |
| 1a3 - Neutra | -“A Fisioterapia para mim...é útil, agradável e muito interessante.” (n1) -“...não conhecia de todo o curso nem o que me esperava. Mas cá estou eu naquele que agora acho o melhor curso de todos!” (n5) -“Para mim, a Fisioterapia é um curso que me satisfaz bastante por abordar muitas áreas.” (n9) - “Na altura em que entrei para o curso ainda não conhecia bem o que fazia o Fisioterapeuta...Pareceu-me um curso do qual iria gostar pois sabia que poderia actuar em diversos meios...” (n11) -“para mim a Fisioterapia é um curso de extrema importância e com um papel que deveria ser mais valorizado...” (n23) |

No que diz respeito às Competências do fisioterapeuta, podemos constatar que as competências mais destacadas pelos alunos enquadram-se no nível Mista 3 (competências científicas, técnicas, emocionais e relacionais), sendo apresentada por 12 alunos (46% da totalidade da amostra), seguida pela associação das competências técnicas, emocionais e relacionais (designada por Mista 2), referida por 6 alunos (23% da amostra) e da associação das competências científicas, emocionais e relacionais (designada por Mista 1), apresentada por 3 alunos (11% da amostra). As respostas que referem apenas uma área de competência são as menos frequentes, tendo as competências científicas e as emocionais e relacionais, o mesmo número de sujeitos, ou seja, 2 alunos, respectivamente, correspondente a 8% da amostra. A opção pelas competências técnicas verificou-se apenas por 1 elemento, representando 4% do total da amostra (cf. Quadro 13).

Quadro 13: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|---|-----------|------------|
| Científicas | 2 | 8 |
| Técnicas | 1 | 4 |
| Emocionais e relacionais | 2 | 8 |
| Mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) | 3 | 11 |
| Mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) | 6 | 23 |
| Mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | 12 | 46 |
| Total | 26 | 100 |

Se tivermos em conta uma análise parcelar dos resultados, atendendo ao sexo dos alunos que constituem a amostra, concluímos que 95% dos sujeitos do sexo feminino (19 elementos) apontam as competências emocionais e relacionais, de modo compósito ou isolado, como sendo necessárias para o exercício da Fisioterapia, enquanto que nos sujeitos do sexo masculino, a percentagem desce para 66% da amostra, ou seja, um total de 4 elementos (cf. Quadro 14).

Quadro 14: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|---|-----------------|----|-----------------|----|
| Científicas | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Técnicas | - | - | 1 | 17 |
| Emocionais e relacionais | 2 | 10 | - | - |
| Mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) | 3 | 15 | - | - |
| Mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) | 4 | 20 | 2 | 33 |
| Mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | 10 | 50 | 2 | 33 |

Quadro 15: Competências referidas como necessárias para ser fisioterapeuta, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|---|----|----|----|----|----|
| Científicas | 1 | - | 1 | - | - |
| Técnicas | - | 1 | - | - | - |
| Emocionais e relacionais | - | 1 | 1 | - | - |
| Mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) | 1 | - | 2 | - | - |
| Mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) | 2 | 3 | - | - | 1 |
| Mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | 1 | 9 | 1 | 1 | - |

No que diz respeito às competências destacadas, como sendo as mais importantes para o desempenho das suas funções como fisioterapeutas, constatou-se que a resposta mais dada, por 23% dos sujeitos, correspondentes a 6 alunos, foi aquela que aglomerou as competências técnicas e as emocionais e relacionais (Mista 3), logo seguida da resposta que uniu as três áreas de competências referidas – científicas, técnicas e, emocionais e relacionais – nível designado por Mista 4 e da resposta que aponta apenas as competências emocionais e relacionais, ambas aludidas por 5 alunos, ou seja, 19% em cada nível. De seguida, temos a associação das competências científicas com as emocionais e relacionais, que apresentam o mesmo número de sujeitos que a referência às competências técnicas, ou seja, 3 alunos, número esse que corresponde a 11,5% da amostra. Por último, temos as competências científicas e o nível Mista 1 (competências científicas e técnicas), com 8% cada um, representando, respectivamente, 2 alunos (cf. Quadro 16).

Quadro 16: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|---|-----------|------------|
| Científicas | 2 | 8 |
| Técnicas | 3 | 11,5 |
| Emocionais e relacionais | 5 | 19 |
| Mista 1 (científicas e técnicas) | 2 | 8 |
| Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) | 3 | 11,5 |
| Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) | 6 | 23 |
| Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | 5 | 19 |
| Total | 26 | 100 |

Se tivermos em consideração o género da amostra, constatamos que todas as respostas que referem as competências emocionais e relacionais se destacam no sexo feminino, com 4 sujeitos no nível constituído por estas competências – emocionais e relacionais e nos níveis compostos Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) e Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e

relacionais), logo seguido do nível Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais), referido por 3 sujeitos, o que representa, na sua totalidade, 15 sujeitos, portanto 75% da amostra. Os restantes 5 elementos do sexo feminino dividem-se entre as competências técnicas e o nível Mista 1 (científicas e técnicas), com 2 sujeitos cada, e as competências científicas, com apenas 1 sujeito. No sexo masculino, a única resposta que se destaca, com 2 sujeitos, corresponde ao nível Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais), dividindo-se os restantes 4 alunos pelas competências científicas, as competências técnicas, as competências emocionais e relacionais e a aglomeração das três (Mista 4), com 1 sujeito por cada resposta. Se, tal como fizemos para o sexo feminino, associarmos as respostas que incorporam as competências emocionais e relacionais, teremos um total de 4 sujeitos, o que representa cerca de 67% da amostra (cf. Quadro 17).

Quadro 17: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|---|-----------------|----|-----------------|----|
| Científicas | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Técnicas | 2 | 10 | 1 | 17 |
| Emocionais e relacionais | 4 | 20 | 1 | 17 |
| Mista 1 (científicas e técnicas) | 2 | 10 | - | - |
| Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) | 3 | 15 | - | - |
| Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) | 4 | 20 | 2 | 33 |
| Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | 4 | 20 | 1 | 17 |

Quadro 18: Competências destacadas como as mais importantes para ser fisioterapeuta, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|---|----|----|----|----|----|
| Científicas | 1 | - | 1 | - | - |
| Técnicas | - | 3 | - | - | - |
| Emocionais e relacionais | - | 4 | 1 | - | - |
| Mista 1 (científicas e técnicas) | 1 | - | - | 1 | - |
| Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) | 1 | - | 2 | - | - |
| Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) | 2 | 3 | - | - | 1 |
| Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | - | 4 | 1 | - | - |

No sentido de exemplificar melhor estes resultados, apresentamos algumas respostas dos sujeitos:

| Competências do fisioterapeuta | Exemplos de respostas |
|--|--|
| Competências referidas (a) | |
| ----- 2a1 – Científicas | -“É importante que tenhamos noções de anatomia, biomecânica...que com a nossa avaliação consigamos ter um raciocínio clínico de forma a perceber a causa do problema...” (n13) |
| 2a2 – Técnicas | - “Ser fisioterapeuta implica competências específicas técnicas adequadas a cada utente.” (n5) |
| 2a3 – Emocionais e relacionais | -“Para ser Fisioterapeuta é preciso lidar muito bem com as pessoas, fazê-las confiar em si e compreender bem quais os principais problemas...” (n11) -“Penso que a principal competência será o gosto de trabalhar com indivíduos..., ter a capacidade de trabalhar com eles e ajudá-los, sentindo que é para o bem da pessoa mas também, de certa forma tirarmos prazer disso.” (n14) |
| 2a4 – Mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) | -“...implica obviamente a aquisição de competências de diversas áreas, sejam elas de anatomia, fisiologia, biomecânica como também na área do relacionamento interpessoal.” (n24) -“...deve ter competências académicas que permitam analisar, reconhecer patologias, identificá-las e planejar mentalmente o plano de tratamento. Deve ter também capacidade para se adaptar e relacionar com os utentes...” (n26) |
| 2a5 – Mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) | -“...devem ser competências técnicas, ...e competências emocionais.” (n1) -“...ser fisioterapeuta...implica ter competências técnicas de execução mas também de interacção com o utente.” (n7) -“...implica ter muitas competências não só técnicas mas também humanas, já que estamos a lidar com a saúde dos outros.” (n16) |
| 2a6 – Mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | - “Ao fisioterapeuta compete um conjunto de competências tanto ao nível pessoal, relacional assim como conhecimentos teórico-práticos.” (n3) - “...para além do vasto saber de anatomia e fisiologia, das competências no saber tratar, discernir quando aplicar determinada técnica e avaliar os resultados obtidos, é necessário possuir um recurso de competências na lide com outros indivíduos, nomeadamente boa comunicação, compreensão e dedicação total ao indivíduo...” (n4) - “...ser fisioterapeuta implica ter competências a nível dos conhecimentos teórico-práticos das condições de saúde e dos procedimentos utilizados, competências de ordem emocional, capacidade de relacionamento.” (n10) -“...implica o desenvolvimento de várias competências/skills específicos, nomeadamente competências teóricas, práticas (na área da fisioterapia) mas também competências ao nível do relacionamento com as pessoas, competências emocionais de modo a poder ver o indivíduo como um ser biopsicosocial.” (n20) |
| Competências destacadas (b) | |
| ----- 2b1 – Científicas | -“É importante que...com a nossa avaliação consigamos ter um raciocínio clínico de forma a perceber a causa do problema...quais as estruturas afectadas para “tratarmos” o sítio certo.” (n13) |
| 2b2 – Técnicas | -“Considero a mais importante ao nível dos conhecimentos práticos...” (n12) - “Todas as competências são fundamentais, no entanto considero as |

| | |
|---|--|
| | competências práticas bastante importantes.” (n21) |
| 2b₃ – Emocionais e relacionais | <p>-“Considero a competência relacional...uma das mais importantes para uma boa prática da fisioterapia. Sabendo o fisioterapeuta que é um profissional que em muito “invade” o íntimo dos utentes interessa que estes se sintam à vontade o suficiente para que o tratamento seja eficaz.” (n3)</p> <p>- “É muito importante saber comunicar com os pacientes para que o tratamento obtenha os melhores resultados.” (n11)</p> <p>-“Penso que a principal competência será o gosto de trabalhar com indivíduos..., ter a capacidade de trabalhar com eles e ajudá-los, sentido que é para o bem da pessoa mas também, de certa forma tirarmos prazer disso.” (n14)</p> <p>-“...uma competência fundamental será a capacidade de comunicação simples e fluente, bem-estar e à vontade perante o doente e a situação clínica.” (n15)</p> <p>-“Para mim, talvez seja mais importante o “lado humano”..., o saber lidar com os utentes porque esse factor aumenta a confiança da pessoa e facilita o tratamento...” (n18)</p> |
| 2b₄ – Mista 1 (científicas e técnicas) | <p>-“...as mais importantes são as técnicas e profissionais...” (n8)</p> <p>- “...as competências mais importantes são as competências teórico-práticas...” (n10)</p> |
| 2b₅ – Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) | -“...a aquisição de competências..., sejam elas de anatomia, fisiologia, biomecânica como também na área de relacionamento interpessoal. Não penso que exista algum tipo de competência mais importante do que outro...” (n24) |
| 2b₆ – Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais) | <p>-“...imperativo que o fisioterapeuta possua competências a todos os níveis: técnicas, humanas, de adaptabilidade, de compreensão, entre outras. Não posso distinguir nenhuma destas competências...” (n6)</p> <p>-“Além da qualidade do tratamento efectuado, a abordagem emocional...é também muito importante para o sucesso do tratamento.” (n7)</p> <p>-“...embora as competências técnicas...sejam importantes, as competências humanas e éticas são também imprescindíveis, assumindo o mesmo grau de importância.” (n16)</p> <p>-“É necessário ter competências humanas e técnicas, sendo ambas importantes, pois um fisioterapeuta até pode saber muita teoria e transpô-la para a prática clínica mas não saber lidar emocionalmente com o doente...” (n17)</p> |
| 2b₇ – Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais) | <p>- “...para além do vasto saber de anatomia e fisiologia, das competências no saber tratar, discernir quando aplicar determinada técnica e avaliar os resultados obtidos, é necessário possuir um recurso de competências na lide com outros indivíduos, nomeadamente boa comunicação, compreensão e dedicação total ao indivíduo...Penso que todas são de igual importância...” (n4)</p> <p>-“Há que ser competente em vários aspectos, como o dito “científico”...; as competências “emocionais”...; competências “manuais”...; competências “sociais”...Penso que todas elas são muito importantes...” (n19)</p> <p>-“...competências teóricas, práticas mas também competências ao nível do relacionamento com as pessoas, competências emocionais...Tanto quanto eu acho as competências são todas importantes e estão/devem estar interligadas...” (n20)</p> |

No que diz respeito ao conceito de competências emocionais, e atendendo à definição apresentada pelos elementos da amostra, segundo a designação dos factores ou capacidades gerais de Bar-On (1997), a maior parte dos alunos concebe estas competências enquadradas no nível “adaptabilidade”, correspondendo a 35% da amostra, ou seja, 9 sujeitos. Registam-se 5

sujeitos (19%), que apresentam a definição de “capacidade interpessoal” e outros 5 que apresentam respostas neutras. Quatro alunos (15%) apresentaram respostas indicativas de “capacidade intrapessoal” e os restantes 3 sujeitos apresentam o “humor geral” e a “gestão de stress”, com, respectivamente, 8% (2 alunos) e 4 % (1 aluno), conforme o Quadro 19.

Quadro 19: Definição de competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|-------------------------|-----------|------------|
| Capacidade intrapessoal | 4 | 15 |
| Capacidade interpessoal | 5 | 19 |
| Gestão do stress | 1 | 4 |
| Adaptabilidade | 9 | 35 |
| Humor geral | 2 | 8 |
| Neutra | 5 | 19 |
| Total | 26 | 100 |

Se analisarmos os resultados à luz do género, pode observar-se que tanto no sexo masculino (50%) como no feminino (30%) se destaca o nível “adaptabilidade”, com, respectivamente, 3 e 6 dos elementos. Há ainda a salientar que os elementos masculinos da amostra não apresentaram nenhuma resposta “neutra”, enquanto que nos do sexo feminino, tal aconteceu com 5 sujeitos, representando 25% do total deste género (cf. Quadro 20).

Quadro 20: Definição de competências emocionais, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|-------------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Capacidade intrapessoal | 4 | 20 | - | - |
| Capacidade interpessoal | 3 | 15 | 2 | 33 |
| Gestão do stress | 1 | 5 | - | - |
| Adaptabilidade | 6 | 30 | 3 | 50 |
| Humor geral | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Neutra | 5 | 25 | - | - |

Quadro 21: Definição de competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|-------------------------|----|----|----|----|----|
| Capacidade intrapessoal | - | 3 | 1 | - | - |
| Capacidade interpessoal | - | 5 | - | - | - |
| Gestão do stress | - | - | 1 | - | - |
| Adaptabilidade | 4 | 4 | - | 1 | - |
| Humor geral | 1 | - | - | - | 1 |
| Neutra | - | 2 | 3 | - | - |

Relativamente à importância que os elementos da amostra atribuem às competências emocionais no desempenho das suas funções como alunos e futuros profissionais de Fisioterapia, 9 sujeitos (35%) consideram-nas “muito importantes” e 6 sujeitos (23%) “importantes”, ou seja, um total de 15 alunos, o que representa a maioria da amostra, com 58%. Regista-se ainda 11 elementos (42%) que ou não responderam a esta questão ou apresentaram uma resposta neutra (cf. Quadro 22).

Quadro 22: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Muito importantes | 9 | 35 |
| Importantes | 6 | 23 |
| Não responde/neutra | 11 | 42 |
| Total | 26 | 100 |

Quanto à análise parcelar, tendo em conta o género dos alunos da amostra em estudo, podemos referir que tal como na questão anterior, os elementos do sexo feminino continuam a apresentar uma grande percentagem no nível “não responde/neutra”, com 45%, ou seja 9 sujeitos, ainda que a maioria, 11 elementos (55%), coloque as competências emocionais nos níveis “muito importantes” e “importantes”. O sexo masculino optou ou por classificar estas competências como “muito importantes” ou por não as classificar (cf. Quadro 23).

Quadro 23: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|---------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Muito importantes | 5 | 25 | 4 | 67 |
| Importantes | 6 | 30 | - | - |
| Não responde/neutra | 9 | 45 | 2 | 33 |

Se atendermos à idade, podemos notar que os alunos dos escalões etários mais altos, com 23 e 32 anos, ainda que só sendo constituídos por um elemento cada um, posicionaram as competências emocionais como “importantes” e “muito importantes”, respectivamente (cf. Quadro 24).

Quadro 24: Importância atribuída às competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|---------------------|----|----|----|----|----|
| Muito importantes | 3 | 3 | 2 | - | 1 |
| Importantes | - | 4 | 1 | 1 | - |
| Não responde/neutra | 2 | 7 | 2 | - | - |

No que diz respeito à percepção que os alunos têm, relativamente ao seu grau de competência emocional, grande parte deles, ou seja, 11 sujeitos (42%) colocam-se num nível “médio”. Temos 9 sujeitos (35%) que apresentam uma resposta “neutra”. Dos restantes 6 elementos da amostra, 3 (11%) apontam para o nível “bom”, 2 (8%) para o nível “baixo” e 1 elemento (4%) para o nível “elevado” (cf. Quadro 25).

Quadro 25: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--------------|-----------|------------|
| Baixo | 2 | 8 |
| Médio | 11 | 42 |
| Bom | 3 | 11 |
| Elevado | 1 | 4 |
| Neutra | 9 | 35 |
| Total | 26 | 100 |

Se atendermos ao género dos elementos da amostra, conseguimos concluir que só o sexo masculino se coloca no nível “baixo”, com 2 alunos (33%) e no nível “elevado”, com 1 aluno (17%), enquanto que a grande maioria das respostas do sexo feminino se posiciona no nível “médio” ou “neutro”, com 50% e 35%, respectivamente. Apenas os restantes 15%, que representam 3 elementos, se colocam no nível “bom” (cf. Quadro 26).

Quadro 26: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|---------|-----------------|----|-----------------|----|
| Baixo | - | - | 2 | 33 |
| Médio | 10 | 50 | 1 | 17 |
| Bom | 3 | 15 | - | - |
| Elevado | - | - | 1 | 17 |
| Neutra | 7 | 35 | 2 | 33 |

Quadro 27: Grau de auto-percepção relativamente às competências emocionais, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|---------|----|----|----|----|----|
| Baixo | 1 | - | - | - | 1 |
| Médio | 1 | 7 | 2 | 1 | - |
| Bom | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Elevado | - | 1 | - | - | - |
| Neutra | 2 | 5 | 2 | - | - |

Ao pedirmos aos elementos da amostra quais as competências emocionais que eles percebem ter, a resposta que mais se destaca é a “empatia”, correspondendo a 8 alunos, ou seja, 31% da amostra. De seguida, observamos que 6 alunos, portanto 23% da amostra, não responderam ou deram uma resposta neutra. Posteriormente, surge a “independência”, com 4 respostas, ou seja, 15% do total da amostra. Por fim, temos 2 alunos (7%) que apontam para a “resolução de problemas” como competência emocional adquirida e de seguida temos 6 níveis de competências (simples ou compósitas) apontadas apenas por 1 elemento (4%), que são: “optimismo”, “flexibilidade”, “Mista 1 (tolerância ao stresse; auto-actualização)”, “Mista 2 (independência; optimismo)”, “Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas)” e “Mista 4 (relação interpessoal; autoconsciência emocional; empatia)” (cf. Quadro 28).

Quadro 28: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--|-----------|------------|
| Empatia | 8 | 31 |
| Optimismo | 1 | 4 |
| Resolução de problemas | 2 | 7 |
| Independência | 4 | 15 |
| Flexibilidade | 1 | 4 |
| Mista 1 (tolerância ao stresse; auto-actualização) | 1 | 4 |
| Mista 2 (independência; optimismo) | 1 | 4 |
| Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas) | 1 | 4 |
| Mista 4 (relação interpessoal; autoconsciência emocional; empatia) | 1 | 4 |
| Não responde /neutra | 6 | 23 |
| Total | 26 | 100 |

Tendo em conta o género dos elementos da amostra, podemos verificar que, tanto no sexo masculino como no feminino, a “empatia” é a resposta mais referida, com 2 (33%) e 6 sujeitos (30%), respectivamente. Seguem-se, no sexo masculino, 4 níveis de resposta dadas apenas por 1 sujeito – “optimismo”, “Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas)”, “Mista 4 (relação interpessoal; autoconsciência emocional; empatia)” e “Não responde /neutra”, sendo este último nível o único partilhado com o sexo feminino, que apresenta como respostas a “independência”, a “resolução de problemas”, a “flexibilidade” e os níveis compósitos “Mista 1 (tolerância ao stresse; auto-actualização)” e “Mista 2 (independência; optimismo)”, conforme o quadro que se segue.

Quadro 29: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| Empatia | 6 | 30 | 2 | 33 |
| Optimismo | - | - | 1 | 17 |
| Resolução de problemas | 2 | 10 | - | - |
| Independência | 4 | 20 | - | - |
| Flexibilidade | 1 | 5 | - | - |
| Mista 1 (tolerância ao stress; auto-actualização) | 1 | 5 | - | - |
| Mista 2 (independência; optimismo) | 1 | 5 | - | - |
| Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas) | - | - | 1 | 17 |
| Mista 4 (relação interpessoal; autoconsciência emocional; empatia) | - | - | 1 | 17 |
| Não responde /neutra | 5 | 25 | 1 | 17 |

Nesta análise parcelar, referente à idade dos alunos que constituem a amostra, temos a salientar que 7 das 8 respostas que se encaixam no nível mais frequente –“empatia” foram dadas por elementos com 21 anos (cf. Quadro 30).

Quadro 30: Auto-percepção das competências emocionais já adquiridas, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Empatia | 1 | 7 | - | - | - |
| Optimismo | - | 1 | - | - | - |
| Resolução de problemas | 1 | - | 1 | - | - |
| Independência | - | 2 | 1 | 1 | - |
| Flexibilidade | 1 | - | - | - | - |
| Mista 1 (tolerância ao stress; auto-actualização) | - | 1 | - | - | - |
| Mista 2 (independência; optimismo) | - | - | 1 | - | - |
| Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas) | - | 1 | - | - | - |
| Mista 4 (relação interpessoal; autoconsciência emocional; empatia) | - | - | - | - | 1 |
| Não responde /neutra | 2 | 2 | 2 | - | - |

No que diz respeito às competências emocionais que os alunos percebem como sendo desejável vir a adquirir, a maior parte dos sujeitos não responde ou tem uma resposta vaga, portanto neutra, correspondendo a 31% da amostra, ou seja, 8 alunos. Igualmente, registam-se 4 sujeitos (15%) que apontam para a “auto-estima” e, outros 4 sujeitos (15%) para a “independência”. Também com o mesmo número de sujeitos, 3 (11,5%), temos a “tolerância ao stress” e a “autoconsciência emocional”, logo seguida do “controlo de impulsividade”, com 2 sujeitos (8%). Os restantes 2 elementos dividem-se entre o nível Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) e o nível Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima), com 1 elemento em cada, representando 4% da amostra (cf. Quadro

31).

Quadro 31: Auto-percepção das competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--|-----------|------------|
| Auto-estima | 4 | 15 |
| Independência | 4 | 15 |
| Controlo de impulsividade | 2 | 8 |
| Tolerância ao stress | 3 | 11,5 |
| Autoconsciência emocional | 3 | 11,5 |
| Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) | 1 | 4 |
| Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima) | 1 | 4 |
| Não responde/neutra | 8 | 31 |
| Total | 26 | 100 |

A análise parcelar dos resultados atendendo ao género revela-nos que, no sexo feminino, o maior número de sujeitos não responde ou apresenta uma resposta neutra, correspondendo a 6 sujeitos (30%). Depois, ainda o sexo feminino, temos duas competências emocionais com 4 respostas (20%), “auto-estima” e “independência” e, outras duas competências emocionais, com 3 respostas (15%), que são a “tolerância ao stress” e a “autoconsciência emocional”. Quanto ao sexo masculino, surgem 2 alunos (33%) que não respondem ou respondem de forma neutra e outros 2 alunos que referem o “controlo de impulsividade”. Os restantes 2 sujeitos dividem entre o nível Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) e o nível Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima), com 1 elemento em cada (17%) (cf. Quadro 32).

Quadro 32: Auto-percepção das competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--|-----------------|----|-----------------|----|
| Auto-estima | 4 | 20 | - | - |
| Independência | 4 | 20 | - | - |
| Controlo de impulsividade | - | - | 2 | 33 |
| Tolerância ao stress | 3 | 15 | - | - |
| Autoconsciência emocional | 3 | 15 | - | - |
| Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) | - | - | 1 | 17 |
| Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima) | - | - | 1 | 17 |
| Não responde/neutra | 6 | 30 | 2 | 33 |

Quadro 33: Auto-percepção de competências emocionais a adquirir futuramente, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--|----|----|----|----|----|
| Auto-estima | - | 1 | 2 | - | - |
| Independência | 2 | 1 | 1 | - | - |
| Controlo de impulsividade | - | 2 | - | - | - |
| Tolerância ao stress | 1 | 1 | 1 | - | - |
| Autoconsciência emocional | - | 3 | - | - | - |
| Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) | - | 1 | - | - | - |
| Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima) | - | - | - | - | 1 |
| Não responde/neutra | 2 | 5 | 1 | 1 | - |

No sentido de exemplificar melhor estes resultados, apresentamos algumas respostas dos sujeitos:

| 3. Conceito de competências emocionais | Exemplos de respostas |
|--|--|
| <p>Definição de competências emocionais (a)</p> <p>-----</p> <p>3a1 – Capacidade Intrapessoal (inclui auto-estima, autoconsciência emocional, assertividade, independência e auto-actualização)</p> | <p>-“...são os sentimentos que nos surgem e a maneira com que lidamos com eles.” (n11)</p> <p>-“...emoções e sentimentos que o fisioterapeuta desenvolve durante o contacto/tratamento com um indivíduo.” (n12)</p> <p>-“...são algumas características da própria pessoa que podem influenciar a sua actuação profissional.” (n13)</p> <p>-“...dizem respeito aos sentimentos, às atitudes, à forma como devemos ou conseguimos estar perante determinada pessoa ou situação.” (n18)</p> |
| <p>3a2 – Capacidade Interpessoal (inclui empatia; responsabilidade social; relações interpessoais)</p> | <p>- “As competências emocionais dizem respeito ao conjunto de conhecimentos que o fisioterapeuta possui no sentido de perceber de que forma o estado emocional, ou seja, o conjunto de sentimentos que o utente possui num determinado momento...” (n3)</p> <p>-“...está relacionado com a capacidade de criar relações de empatia e comunicação com o utente.” (n5)</p> <p>-“...quando o fisioterapeuta sabe ouvir o utente e compreender a sua situação ou história de vida.” (n7)</p> <p>-“...possuir a habilidade de lidar com o doente no seu psicológico...” (n17)</p> <p>-“...dizem respeito às competências ao nível do relacionamento interpessoal.” (n20)</p> |
| <p>3a3 – Gestão do stress (inclui tolerância ao stress e o controlo dos impulsos)</p> | <p>-“...capacidade que o fisioterapeuta tem de lidar com os sentimentos e emoções em situação de trabalho...não pode deixar ser afectado pela história que o doente conta nem pelas próprias emoções do doente.” (n26)</p> |
| <p>3a4 – Adaptabilidade (inclui sentido da realidade, flexibilidade e resolução de problemas)</p> | <p>- “As competências emocionais são a capacidade de lidar com os sentimentos e estados de espírito das pessoas.” (n2)</p> <p>-“ Competências emocionais são as competências do foro psicológico que nos permite adequar o nosso comportamento e comunicação ao indivíduo que se nos depara.” (n4)</p> <p>- “...capacidade que se tem de ouvir e compreender os outros..., sendo capaz de lidar e de se adequar a cada situação com cada pessoa.” (n6)</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>-“...competências emocionais sejam a nossa capacidade de lidar com os outros, neste caso os utentes, e a capacidade de lidar com a sua situação/condição de saúde.” (n8)</p> <p>-“...capacidade de gerir as nossas próprias emoções e...capacidade de gerir a forma de actuar perante as emoções dos outros.” (n9)</p> <p>-“...são a capacidade de o fisioterapeuta interagir com o indivíduo...; prendem-se com a capacidade emocional do fisioterapeuta lidar com a situação.” (n10)</p> <p>-“...capacidade do fisioterapeuta para lidar com os doentes, à sua capacidade de compreensão e de fornecer apoio emocional e motivação ao doente...” (n16)</p> <p>-“...são as competências que levam o fisioterapeuta a agir de determinado modo ou determinada situação...o mesmo fisioterapeuta terá que saber adaptar o seu comportamento a cada situação.” (n22)</p> <p>-“...permitem sentir e identificar sentimentos nos outros, sabendo reagir de acordo com os mesmos.” (n25)</p> |
| 3a5 - Humor geral (inclui optimismo e felicidade) | <p>-“Entendo que competências emocionais é um conjunto de skills que permitem à pessoa lidar de uma forma positiva com as suas emoções e sentimentos.” (n1)</p> <p>-“...consistem na capacidade de motivar o utente, encorajá-lo...” (n23)</p> |
| 3a6 - Neutra | <p>- “...são aquelas não relacionadas com o contacto físico.” (n15)</p> <p>-“...é saber lidar com as situações que poderão surgir em situação profissional...” (n19)</p> <p>-“...passarão pelo equilíbrio emocional que cada um possui...” (n21)</p> |
| <p>Importância (b)</p> <p>-----</p> <p>3b1 – Muito importantes</p> | <p>-“ A importância destas no desempenho como Fisioterapeuta é grande...” (n1)</p> <p>-“ Estas são muito importantes para os fisioterapeutas...” (n2)</p> <p>- “Estas são de especial relevância...” (n4)</p> <p>-“...são fundamentais para o fisioterapeuta...” (n6)</p> <p>-“...essas competências são da maior importância no desempenho das minhas funções...” (n9)</p> <p>-“Estas competências são fundamentais na recuperação do doente...” (n16)</p> <p>-“Estas são fundamentais no desempenho do fisioterapeuta. São essas competências que provavelmente diferenciam alguns bons profissionais, nomeadamente fisioterapeutas, de outros.” (n26)</p> |
| 3b2 – Importantes | <p>-“Considero as competências emocionais importantes no nosso desempenho...” (n8)</p> <p>-“É importante o fisioterapeuta desenvolver tais competências...” (n12)</p> <p>-“...sendo em muitos casos importantes na Fisioterapia.” (n13)</p> <p>-“...é uma mais valia para uma prestação de cuidados em fisioterapia.” (n21)</p> |
| 3b3 – Não responde/neutra | <p>-“...estas competências são as que estão mais direccionadas para a prática clínica.” (n5)</p> <p>-“...ao possuir estas competências poderá vir a obter um maior sucesso do tratamento.” (n23)</p> <p>-“...esta abordagem deve ser incluída no desempenho das nossas funções.” (n24)</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Grau de auto-percepção (c)</p> <p>-----</p> <p>3c1 – Baixo</p> | <p>-“Considero ter um grau de competência emocional médio baixo.” (n1)</p> <p>-“Não considero ter competências emocionais aceitáveis...” (n2)</p> |
| <p>3c2 – Médio</p> | <p>- “...creio ter um aceitável grau de competências emocionais.” (n4)</p> <p>-“Considero ter um grau de competência emocional razoável.” (n8)</p> <p>-“Um grau médio.” (n11)</p> <p>-“ Considero ter uma competência emocional escalonada como normal.” (n12)</p> <p>-“Considero ter algumas das competências emocionais necessárias.” (n21)</p> <p>-“Julgo que possuo alguma competência emocional...” (n25)</p> |
| <p>3c3 – Bom</p> | <p>-“Considero ter um bom grau de competência emocional.” (n9)</p> <p>-“Penso ter um bom grau de competência emocional...” (n13)</p> <p>-“Considero ter uma boa competência emocional...” (n17)</p> |
| <p>3c4 – Elevado</p> | <p>-“Considero ter um grau de competência elevado nesta matéria...” (n6)</p> |
| <p>3c5 – Neutro</p> | <p>-“...estas competências são as que estão mais direccionadas para a prática clínica.” (n5)</p> <p>n10; n11; n14; n17; n20; n22;</p> <p>-“...ao possuir estas competências poderá vir a obter um maior sucesso do tratamento.” (n23)</p> <p>-“...esta abordagem deve ser incluída no desempenho das nossas funções.” (n24)</p> |
| <p>Auto-percepção de tipos de competências emocionais já adquiridas (d)</p> <p>-----</p> <p>3d1– Empatia</p> | <p>-“Considero-me uma pessoa muito receptiva àquilo que o doente diz e a todas as expressões que possa transmitir, ...” (n3)</p> <p>-“...um dos aspectos mais importantes e naquele que me senti muito à vontade está relacionado com a capacidade para criar relações de empatia e comunicação com o utente.” (n5)</p> <p>-“Perante os indivíduos gosto de os ouvir, tento perceber como eles se sentem, tento pôr no lugar deles para saber como agiria se fosse eu que estivesse no lugar deles.” (n12)</p> <p>-“Possuo ainda capacidade de empatia com o utente para que ele consiga perceber que entendo a sua situação.” (n15)</p> <p>-“...passam pela minha tentativa de nunca tratar ninguém com indiferença, procurando compreender os seus problemas.” (n16)</p> <p>-“Possuo a competência emocional de saber ouvir o utente, não só do(s) problema(s) real/objectivo que o leva a recorrer aos serviços de Fisioterapia.” (n17)</p> <p>-“...tenho a capacidade de criar alguma cumplicidade com o utente, tentando transmitir-lhe confiança, olho para ele sempre como pessoa e não apenas como um caso a tratar.” (n18)</p> <p>-“Julgo que compreendo o que os utentes contam...” (n25)</p> |
| <p>3d2 – Optimismo</p> | <p>-“Considero que consigo transmitir força e confiança aos utentes, demonstrando sempre positivismo.” (n4)</p> |
| <p>3d3 – Resolução problemas</p> | <p>-“Penso que consigo resolver questões de forma racional e acertada...” (n19)</p> |

| | |
|--|---|
| | -“...sei controlar as emoções e pôr de parte, no momento que interajo com o utente, as suas incapacidades e focar-me naquilo que quero atingir, nos objectivos do tratamento.” (n23) |
| 3d4 – Independência | -“...consigo envolver-me com os utentes de modo a que eles tenham confiança em mim, mas consigo distinguir as situações e não “levar” a maioria das situações para casa.” (n7) -“Consigo lidar com utentes percebendo e compreendendo a sua condição mas sem me envolver demasiado.” (n8) -“Consigo deixar de parte sentimentos que sei que podem prejudicar ao lidar com os pacientes na maioria das vezes...” (n11) -“...consigo não me envolver demasiado com os casos, mantendo a simpatia e a compreensão, mas também mantendo uma certa distância doente/profissional de saúde.” (n13) |
| 3d5 – Flexibilidade | -“Normalmente consigo relacionar-me bem com os indivíduos, adaptando-me à sua situação social e à sua personalidade.” (n9) |
| 3d6 – Mista 1 (tolerância ao stress; auto-actualização) | -“...destaco: sensibilidade e paciência para lidar com a dor e sofrimento físico/emocional do próximo; vocação, ou pelo menos vontade de trabalhar como fisioterapeuta.” (n21) |
| 3d7 – Mista 2 (independência; optimismo) | -“...posso características emocionais que me levam a conseguir envolver-me no caso, mas também...a encarar isso como simplesmente um tratamento. Penso que posso características emocionais tais como: compreensão e optimismo...” (n14) |
| 3d8 – Mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas) | -“...penso que não insensível aos problemas alheios, sei ouvir e realçar os aspectos positivos, contribuindo também de várias formas para estabilizar ou melhorar a situação.” (n6) |
| 3d9 – Mista 4 (relação interpessoal; auto-consciência emocional; empatia) | -“Acho que as competências emocionais que possuo são: capacidade de partilhar sentimentos, capacidade de olhar para mim, capacidade de me colocar no lugar do outro.” (n1) |
| 3d10 – Não responde/neutra | -“...acho que devia aprender algumas...” (n2) -“Neste momento, penso que há ainda muito a desenvolver a esse nível...” (n10) -“...com o decorrer da experiência profissional, os profissionais vão ganhando mais competências emocionais defensivas...” (n22) |
| Auto-percepção de competências emocionais no futuro (e) ----- 3e1 – Auto-estima | -“...apesar de não transparecer para o utente, por vezes, em casos mais difíceis, fico a pensar muito na situação. Gostaria que isto não acontecesse tanto.” (n8) -“Sei que não se devem mostrar sentimentos como falta de confiança perante um utente, e é isso que vou tentar fazer.” (n11) -“...gostaria de ser um pouco mais confiante relativamente à minha intervenção e ao tratamento que estou a efectuar...” (n13) -“...gostaria de ter uma maior confiança em mim e nas minhas competências técnicas para não vacilar tanto á frente de um doente.” (n26) |
| 3e2 – Independência | -“Tenho, no entanto, alguma dificuldade em manter a “distância” necessária relativamente ao indivíduo/situação, ficando por vezes demasiado envolvida no caso.” (n9) |

| | |
|---|---|
| | <p>-“Apesar de tentar manter a distância entre o indivíduo como utente e o indivíduo como pessoa, torna-se por vezes complicado...” (n10)</p> <p>-“...considero que por vezes me envolvo em demasia emocionalmente com alguns utentes, acabando por sofrer com eles, sendo a hora da despedida de grande tristeza e frustração.” (n17)</p> <p>-“...gostaria, ou com certeza seria melhor, o nosso envolvimento com os utentes não ser tão “profundo”. “ (n19)</p> |
| 3e3 – Controlo de impulsividade | <p>-“Uma competência que gostava de melhorar em termos emocionais prende-se com o facto da ansiedade em alcançar objectivos, ...” (n5)</p> <p>-“Gostaria, por vezes, de ser mais paciente.” (n6)</p> |
| 3e4 – Tolerância ao stress | <p>-“Consigo manter distância e frieza perante casos mais traumáticos, ainda assim gostava de conseguir distanciar-me mais...” (n15)</p> <p>-“...gostaria de...pelo menos aprender a lidar com situações como a toxicodependência, entre outras.” (n16)</p> <p>-“...ter algumas dificuldades em abordar assuntos como a morte ou a incapacidade profunda com alguns grupos específicos de utentes...” (n24)</p> |
| 3e5 – Autoconsciência emocional | <p>-“Acho que gostaria, por vezes, de saber a melhor forma de lidar com cada um.” (n18)</p> <p>-“A que gostaria de ter em pleno seria o equilíbrio de todos os factores emocionais...que influenciaram o meu comportamento.” (n21)</p> <p>-“Uma das minhas lacunas...será, talvez, conseguir lidar melhor com o meu próprio sistema nervoso, deixando muitas vezes transparecer o que não é necessário.” (n25)</p> |
| 3e6 – Mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade) | <p>-“Gostaria ...de adquirir mais tolerância relativa a “certos” utentes mais difíceis...Gostaria também de melhorar o controlo sobre a frustração que sinto na ausência de resultados...” (n4)</p> |
| 3e7 – Mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima) | <p>-“Gostaria de possuir maior tolerância à frustração, maior segurança, melhor capacidade de lidar com os meus sentimentos, ser mais positivo e confiante, ser menos impulsivo, reagir menos em raiva, ter mais mente aberta.” (n1)</p> |
| 3e8 – Não responde/neutra | <p>-“...acho que devia aprender algumas...” (n2)</p> |

Relativamente à aquisição de formação em competências emocionais, no contexto do curso base em Fisioterapia, podemos verificar que a maior parte dos alunos, representando 42% da amostra (11 sujeitos), refere ter recebido formação nesta área durante o 1º e/ou 2º ano em disciplinas como Ciências do Desenvolvimento e Comportamento Humano (CDCH I e II), Psicologia da Saúde, Comunicação e Ensino, Métodos e Estratégias de Intervenção em Fisioterapia (MEIF) ou Introdução à Profissão. Seguidamente, 7 alunos (27%) consideram ter tido alguma formação através de exemplos ou partilhas de experiências por parte dos docentes e, 6 alunos (23%) consideram não ter recebido nenhuma formação no curso base. Os restantes 2 elementos (8%) apontam para a aquisição destas competências apenas durante os estágios clínicos, que decorreram no 2º e 3º ano do curso base (cf. Quadro 34).

Quadro 34: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--|-----------|------------|
| Não | 6 | 23 |
| Sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências) | 7 | 27 |
| Sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão) | 11 | 42 |
| Sim, 2º e 3º ano (estágio) | 2 | 8 |
| Total | 26 | 100 |

Ao analisarmos a amostra, de acordo com o género dos alunos, podemos concluir que, tanto no sexo masculino como no feminino, a resposta mais frequente aponta no sentido de terem recebido formação na área das competências emocionais durante o 1º e/ou 2º ano em disciplinas como Ciências do Desenvolvimento e Comportamento Humano (CDCH I e II), Psicologia da Saúde, Comunicação e Ensino, Métodos e Estratégias de Intervenção em Fisioterapia (MEIF) ou Introdução à Profissão, com 3 sujeitos (50%) no sexo masculino e 8 (40%) no sexo feminino. Registam-se, ainda, no sexo feminino, 5 elementos (25%) que consideram ter tido alguma formação através de exemplos ou partilhas de experiências por parte dos docentes, mas também 5 elementos (25%) que considera não ter recebido nenhuma formação no curso base. Os restantes 2 elementos femininos (10%) apontam para a aquisição destas competências apenas durante os estágios clínicos, que decorreram no 2º e 3º ano do curso base, o que não foi referido por nenhum elemento do sexo masculino. Destes, para além da resposta já mencionada, 2 (33%) consideram ter tido alguma formação através de exemplos ou partilhas de experiências por parte dos docentes e 1 aluno (17%) considera não ter recebido nenhuma formação no curso base (cf. Quadro 35).

Quadro 35: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--|--------------------|----|--------------------|----|
| Não | 5 | 25 | 1 | 17 |
| Sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências) | 5 | 25 | 2 | 33 |
| Sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão) | 8 | 40 | 3 | 50 |
| Sim, 2º e 3º ano (estágio) | 2 | 10 | - | - |

Quadro 36: Aquisição de formação na área de competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--|----|----|----|----|----|
| Não | 1 | 3 | 2 | - | - |
| Sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências) | 2 | 4 | 1 | - | - |
| Sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão) | 2 | 6 | 2 | - | 1 |
| Sim, 2º e 3º ano (estágio) | - | 1 | - | 1 | - |

No que diz respeito à percepção qualitativa dos alunos sobre os conteúdos educativos na área das competências emocionais, durante a frequência do curso de formação base, podemos verificar que a maior parte dos alunos não responde a esta questão, ou seja, 14 sujeitos, que representam 54% da amostra. Em relação aos alunos que respondem, 19% da amostra (5 elementos) considera que a formação que receberam foi “relevante”, 4 elementos (15%) acham que a informação que foi fornecida não foi a suficiente e, 12% (3 elementos) considera que a formação que receberam foi “pouco relevante” (cf. Quadro 37).

Quadro 37: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--------------------|-----------|------------|
| Relevante | 5 | 19 |
| Pouco relevante | 3 | 12 |
| Informação escassa | 4 | 15 |
| Não respondeu | 14 | 54 |
| Total | 26 | 100 |

Ao observarmos estes mesmos dados, analisados segundo o género da amostra, podemos observar que 10 sujeitos (50%) do sexo feminino e 4 sujeitos (66%) do sexo masculino não responderam à questão. Os restantes 2 sujeitos do sexo masculino dividiram-se, com 1 aluno (17%) em cada nível, entre considerarem a formação “relevante” e “pouco relevante”. No sexo feminino, seguem-se dois níveis com o mesmo número de sujeitos, “relevante” e “informação escassa”, ou seja, 4 sujeitos (20%), sendo que os restantes 2 sujeitos (10%) referem ter achado a formação “pouco relevante” (cf. Quadro 38).

Quadro 38: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Relevante | 4 | 20 | 1 | 17 |
| Pouco relevante | 2 | 10 | 1 | 17 |
| Informação escassa | 4 | 20 | - | - |
| Não respondeu | 10 | 50 | 4 | 66 |

Quadro 39: Percepção sobre a formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--------------------|----|----|----|----|----|
| Relevante | - | 3 | 2 | - | - |
| Pouco relevante | 1 | 1 | - | - | 1 |
| Informação escassa | 1 | 3 | - | - | - |
| Não respondeu | 3 | 7 | 3 | 1 | - |

É ainda de realçar que relativamente à importância que os alunos atribuem à aquisição de formação em competências emocionais, durante o curso base, 18 elementos da amostra (69%) a menciona como “importante” e 15 elementos (15%) como “muito importante”. Registam-se ainda 2 sujeitos (8%) que consideram “pouco ou nada importante” este tipo de formação e também 2 elementos (8%) que afirmam que este tipo de competências não pode ser objecto de aprendizagem no formato mencionado (cf. Quadro 40).

Quadro 40: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--------------------------|-----------|------------|
| Muito importante | 4 | 15 |
| Importante | 18 | 69 |
| Pouco ou nada importante | 2 | 8 |
| Não se pode aprender | 2 | 8 |
| Total | 26 | 100 |

Quanto à importância que os alunos atribuem à aquisição de formação em competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género, a grande maioria dos elementos do sexo feminino, ou seja, 15 sujeitos (75%) considera esta aprendizagem “importante” e 3 elementos (15%) consideram-na “muito importante”. Dos restantes, 2 sujeitos femininos, 1 (5%) refere ser “pouco ou nada importante” e 1 (5%) sujeito não considera ser possível a aprendizagem formal destas competências. Em relação ao sexo masculino, 3 alunos (50%) consideram a aprendizagem “importante”, 1 aluno (17%) considera “muito importante”, 1 aluno (17%) “pouco ou nada importante” e o restante aluno

(17%) considera não ser possível a aprendizagem formal destas competências (cf. Quadro 41).

Quadro 41: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências emocionais, durante o curso base, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--------------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Muito importante | 3 | 15 | 1 | 17 |
| Importante | 15 | 75 | 3 | 50 |
| Pouco ou nada importante | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Não se pode aprender | 1 | 5 | 1 | 17 |

Se tivermos em conta uma análise parcelar dos resultados, atendendo à idade dos alunos que constituem a amostra, conseguimos concluir que em todos os escalões etários, com excepção do aluno com 32 anos, a resposta mais frequente é aquela que considera “importante” a aprendizagem na área das competências emocionais durante o curso base, sendo mesmo a única resposta expressa pelos 5 sujeitos com 20 anos. O sujeito com 32 anos considera esta mesma aprendizagem “muito importante” (cf. Quadro 42).

Quadro 42: Percepção sobre a importância da aprendizagem na área das competências emocionais, durante o curso base, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--------------------------|----|----|----|----|----|
| Muito importante | - | 2 | 1 | - | 1 |
| Importante | 5 | 9 | 3 | 1 | - |
| Pouco ou nada importante | - | 2 | - | - | - |
| Não se pode aprender | - | 1 | 1 | - | - |

Um outro aspecto questionado é a aquisição de formação na área das competências emocionais, por parte dos alunos, fora do âmbito do contexto académico do curso base. Constatou-se quase uma homogeneidade de resultados traduzidos na negação de tal aquisição por 23 sujeitos, ou seja, 88% da amostra. Dos 3 elementos que responderam afirmativamente, 2 sujeitos (8%) consideram que recebem tal formação de modo informal, devido à sua colaboração junto de instituições como os bombeiros ou a Cruz Vermelha. O restante elemento da amostra (4%) confirma a participação em dois cursos organizados pela Universidade de Coimbra (cf. Quadro 43).

Quadro 43: Aquisição de formação em competências emocionais, extrínseca à formação académica do curso base, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|---------------|-----------|------------|
| Não | 23 | 88 |
| Sim, informal | 2 | 8 |
| Sim | 1 | 4 |
| Total | 26 | 100 |

Relativamente a esta mesma questão, da aquisição de formação na área das competências emocionais, por parte dos alunos, fora do âmbito do contexto académico do curso base, tendo em conta o género dos alunos, a quase totalidade dos elementos do sexo feminino, ou seja, 19 (95%) negam tal aquisição, sendo que os restantes 5%, correspondentes a 1 sujeito, confirmou a obtenção de competências emocionais, de modo informal, devido à sua colaboração junto dos bombeiros. Quanto aos elementos do sexo masculino, 4 sujeitos (66%) expressam não terem adquirido qualquer formação na área das competências emocionais, fora do âmbito do contexto académico do curso base, 1 sujeito (17%) confirmou a obtenção de competências emocionais, de modo informal, devido à sua colaboração junto da Cruz Vermelha e 1 sujeito (17%) afirma ter participado em dois cursos organizados pela Universidade de Coimbra (cf. Quadro 44).

Quadro 44: Aquisição de formação em competências emocionais, extrínseca à formação académica do curso base, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|---------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Não | 19 | 95 | 4 | 66 |
| Sim, informal | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Sim | - | - | 1 | 17 |

Nesta mesma questão da aquisição de formação na área das competências emocionais, por parte dos alunos, fora do âmbito do contexto académico do curso base, e atendendo à idade dos alunos, constatou-se que apenas sujeitos com 20 e 21 anos confirmam a obtenção, por via formal ou informal, de tais competências (cf. Quadro 45).

Quadro 45: Aquisição de formação em competências emocionais, extrínseca à formação académica do curso base, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|---------------|----|----|----|----|----|
| Não | 4 | 12 | 5 | 1 | 1 |
| Sim, informal | 1 | 1 | - | - | - |
| Sim | - | 1 | - | - | - |

No sentido de exemplificar melhor estes resultados, apresentamos algumas respostas dos sujeitos:

| 4. Formação em competências emocionais | Exemplos de respostas |
|--|---|
| <p>Formação em competências emocionais durante o curso (e)</p> <p>-----</p> <p>4a1- Não</p> | <p>-“...penso que as competências emocionais não podem ser aprendidas, são intrínsecas a cada ser humano e evoluem com o seu crescimento.” (n6)</p> <p>-“Especificamente acho que a escola não promove formação neste campo; penso que as competências emocionais que tenho, são as que fui construindo ao longo da minha vida...” (n7)</p> <p>-“Não.” (n13)</p> |
| <p>4a2 – Sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências)</p> | <p>-“Não houve propriamente uma cadeira específica...mas aquelas nas quais abordámos as competências emocionais foram o MEIF e a Introdução à Profissão. Na Introdução à Profissão foram abordados aspectos relacionados com a ética e o profissionalismo e no MEIF foram dados bastantes exemplos de casos que nos fez reflectir em muitos aspectos emocionais.” (n5)</p> <p>-“...na escola não há uma formação “formal” relativamente às competências emocionais. As referências a essas competências são normalmente feitas ocasionalmente, a título de exemplo ou na partilha de uma experiência.” (n9)</p> <p>-“Creio que não houve nenhuma disciplina directamente focada para a formação das competências emocionais. Contudo e uma vez que o corpo docente é todo com experiência profissional, estes muitas vezes remetem as aulas para as experiências profissionais com que se deparam, mostrando-nos muitas vezes como agir com determinados indivíduos.” (n12)</p> <p>-“...a escola promove alguma formação de competências emocionais, mas não numa disciplina, ano ou tempo específico, apenas em algumas situações que podem surgir ao longo das aulas.” (n18)</p> <p>-“Sim, alguma...podem ser situações pontuais numa aula.” (n22)</p> <p>-“Apenas esporadicamente em várias aulas ou em estágio.” (n23)</p> <p>-“Muitas vezes o aprendido nesta área era retirado dos exemplos referidos oralmente pelos professores.” (n26)</p> |
| <p>4a3 – Sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão)</p> | <p>-“No 1º ano. CDCH, Comunicação e Ensino. Temas de assertividade, emoções, sentimentos mas de uma forma muito superficial, quase só a informar que isso existe.” (n1)</p> <p>-“Apesar de não ter nenhuma cadeira específica, as competências emocionais são focadas em outras cadeiras tais como CDCH I e CDCH II.” (n2)</p> <p>-“O assunto foi abordado, integrado noutras matérias, no caso de Comunicação e Ensino...” (n4)</p> <p>-“Sim. A nível do estudo de aspectos ligados à psicologia no 1º e 2º anos...Os temas abordados prendem-se com o estudo da personalidade, das emoções, da motivação.” (n10)</p> <p>- “...tivemos aulas no 1º e 2º ano no âmbito da Psicologia que abordavam assuntos sobre a comunicação com os outros.” (n11)</p> <p>-“Sim. Na disciplina de Comunicação e Ensino. Foi</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>abordado expondo alguns caos e explicado com deverá ser a relação Fisioterapeuta-doente a nível emocional...” (n14)</p> <p>–“No 1º e 2º ano tivemos algumas cadeiras relacionadas com o comportamento (com CDCH), bem como as relações e o seu estado em grupo e relacionamentos interpessoais (Comunicação e Ensino).” (n15)</p> <p>–“Penso que fornece algum tipo de formação (CDCH, 1º e 2º ano) ...” (n17)</p> <p>–“Tivemos alguma formação na disciplina de CDCH, no 1º ano, em que foi abordada a temática das emoções, no entanto não na forma como se relaciona com a nossa profissão em específico, mas sim como vivemos as emoções no dia-a-dia.” (n20)</p> <p>–“Não posso dizer que o que foi dado foi suficiente no campo das competências emocionais. No entanto a cadeira de CDCH I e II, ...contribui neste campo.” (n21)</p> <p>–“Penso que o plano curricular não engloba adequadamente a formação neste campo, apesar desta existir na cadeira de CDCH I e II...” (n24)</p> |
| 4a4 – Sim, 2º e 3º ano (estágio) | <p>–“Acho que a escola promove pouco ou nada este tipo de competências. Nós acabamos por aprender por nós nos estágios de 2º e 3º ano.” (n8)</p> <p>–“As competências foram adquiridas maioritariamente no 3º ano, durante o estágio.” (n18)</p> |
| <p>Vivência/opinião sobre essa formação (b)</p> <p>-----</p> <p>4b1 – Relevante</p> | <p>–“Experienciei esta formação não apenas como algo teórico, de ensino, mas como algo que tem utilidade deve ser seguido no decorrer do exercício da profissão.” (n4)</p> <p>–“Este tipo de referências é-nos bastante útil, porque nos ajuda a saber lidar com os indivíduos em situações práticas.” (n12)</p> <p>–“Penso que esta formação foi importante para sabermos de certa forma, como nos relacionar emocionalmente com o doente.” (n14)</p> <p>–“...penso que esta formação foi importante no meu desenvolvimento enquanto pessoa.” (n20)</p> <p>–“Apesar de ter sido uma experiência enriquecedora, é importante referir que se tratou apenas de informação teórica e em termos práticos talvez tenha falhado.” (n24)</p> |
| 4b2 – Pouco relevante | <p>–“Experienciei essa formação de uma forma superficial, como obrigação de saber para passar.” (n1)</p> <p>–“Apesar de durante as aulas teóricas achar esta formação irrelevante, vim a verificar que é bastante pertinente para sabermos lidar com diferentes indivíduos.” (n10)</p> <p>–“Foi uma experiência complementar à minha formação, mas não considerei fulcral.” (n15)</p> |
| 4b3 – Informação escassa | <p>–“...embora tenha tido CDCH I e II acho que as competências emocionais não foram devidamente abordadas.” (n16)</p> <p>–“Penso que fornece algum tipo de formação..., no entanto, considero escassa essa abordagem, não nos preparando para a dura realidade que poderemos encontrar em certos locais de estágio/trabalho...O assunto foi abordado por uma professora, que além de Fisioterapeuta é psicóloga, tendo sido disponibilizado pouco tempo, visto não ser parte integrante do currículo dessa disciplina.” (n17)</p> <p>–“Gostei bastante da matéria...No entanto considero que deveria ser mais aprofundada...” (n21)</p> <p>–“Sim, alguma, mas não a necessária...” (n22)</p> |

| | |
|--|--|
| <p>4b4 – Não respondeu</p> | <p>n2; n3; n5; n6; n7; n8; n9, n11; n13; n18; n19; n23; n25; n26</p> |
| <p>Importância da aprendizagem em competências emocionais durante o curso base (c)</p> <p>-----</p> <p>4c1 - Muito importante</p> | <p>-“Sim, de extrema importância para um melhor auto-conhecimento e como tal um maior crescimento emocional.” (n1)</p> <p>-“Considero muito importante que se abordem estes assuntos.” (n17)</p> <p>-“Considero fundamental.” (n21)</p> <p>-“Considero bastante importante a aquisição de competências nesta área, uma vez que complementa um outro tipo de saberes que são adquiridos e essencialmente para se ter uma visão mais alargada sobre o utente e não apenas da sua condição.” (n24)</p> |
| <p>4c2 - Importante</p> | <p>-“Era interessante e só vinha enriquecer o curso.” (n2)</p> <p>-“Sem dúvida. Continuo a dizer que a fisioterapia é uma profissão de muito contacto e de certa forma invasiva e que prolonga por várias sessões; como tal deveria existir uma cadeira específica nesse sentido.” (n3)</p> <p>-“Considero que sim, mas que devia ser feito sobretudo com casos práticos e de forma estimulante e não ser apenas umas daquelas cadeiras “chatas” como aquelas que existem nesse domínio.” (n5)</p> <p>-“Penso que sim, pois o fisioterapeuta lida muito de perto com a situação do utente e com a sua evolução/recuperação, mas a certa altura deve saber diferenciar entre a vida profissional e o seu campo mais pessoal e íntimo.” (n7)</p> <p>-“Considero importante pelo menos referirem estes conhecimentos e falarem-nos um pouco desta área.” (n8)</p> <p>-“Sim, considero importante pois é uma área em que nos devemos sentir à vontade como profissionais de saúde.” (n11)</p> <p>-“Sim, considero importante, no entanto creio que ao depararmos com situações que desenvolvam estas competências nos ajudará mais a crescer nesta área.” (n12)</p> <p>-“Sim, sem dúvida. Porque muitas vezes envolvemo-nos sem querer de tal maneira no caso e no doente que depois é-nos difícil sair.” (n14)</p> <p>-“Sim, pode ser importante a aquisição desse tipo de conhecimentos para nos preparar melhor como pessoas e profissionais.” (n18)</p> <p>-“Sim, porque as competências emocionais influenciam a nossa forma de trabalhar e todo um percurso de carreira. É importante esse tema ser abordado para que o possamos “encarar”, pensar nele e melhorar.” (n19)</p> <p>-“Penso que talvez fosse importante conhecimentos formais nesta área, pois muitas vezes, talvez as competências emocionais dos fisioterapeutas façam a diferença na actuação/intervenção com determinados utentes...” (n20)</p> <p>-“Sim. Principalmente dirigido a utentes de fisioterapia e não apenas de um modo global.” (n23)</p> <p>-“Acho que seria benéfico para alunos e futuros fisioterapeutas ter uma formação académica de base nessa área, tal como se tem para outras.” (n26)</p> |
| <p>4c3 – Pouco ou nada importante</p> | <p>-“Não creio ser necessária uma disciplina que aborde apenas este assunto...” (n4)</p> <p>-“Penso que já temos o suficiente para a nossa prática clínica.” (n15)</p> |

| | |
|--|---|
| 4c4 – Não se pode aprender | -“ ...penso que as competências emocionais não podem ser aprendidas, são intrínsecas a cada ser humano e evoluem com o seu crescimento.” (n6) -“Não, porque depende da forma de ser de cada um e há coisas que só se ganham com a experiência, não com aulas teóricas a dizer como temos que agir.” (n13) |
| Aquisição de formação em competências emocionais fora do curso (d) ----- 4d1 – Não | -“Não.” (n1) -“Não possuo formação na área das competências emocionais, devido ao facto de me sentir satisfeita com as que possuo.” (n12) |
| 4d2 – Sim, informal | – “Não sei se pode ser entendida como formação nesta área, mas enquanto voluntário na Cruz Vermelha, participando em diversas actividades e principalmente realizando serviços de emergência médica, esta experiência é bastante enriquecedora nesta área, deparando-me com todo o tipo de situação e pessoas em contextos extremos.” (n6) -“Apesar de não ter recebido nenhuma formação em termos teóricos, o facto de ser bombeira e de lidar com situações de emergência, leva-me a adquirir competências emocionais adicionais.” (n10) |
| 4d3 – Sim | -“Participei em dois cursos, levados a cabo pela Universidade de Coimbra, de ajuda psicológica aos grupos de pares, onde aprende muito nesta área.” (n5) |

No que diz respeito à transmissão de conhecimentos aos alunos na área das competências emocionais e/ou à aplicação de competências emocionais no contexto laboral, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com a totalidade da amostra, 14 sujeitos (54%) referem que em alguns locais de estágio tal acontece, 9 sujeitos (34%) dizem que acontece na totalidade dos locais de estágio e, 1 sujeito (4%) refere que tais procedimentos não acontecem em nenhum local de estágio. Os restantes 2 alunos (8%) respondem de forma vaga ou neutra (cf. Quadro 46).

Quadro 46: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|--|-----------|------------|
| Sim, transmitem e/ou aplicam | 9 | 34 |
| Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam | 14 | 54 |
| Não | 1 | 4 |
| Neutra | 2 | 8 |
| Total | 26 | 100 |

Estes dados, analisados sob a óptica do género dos alunos, revelam-nos que a maioria dos elementos da amostra do sexo feminino, correspondendo a 13 sujeitos (65%), declara que, em alguns locais de estágio, os orientadores transmitem e/ou aplicam estas competências, 6 sujeitos (30%) referem que em todos os locais de estágio os orientadores transmitem e/ou aplicam estas competências e 1 sujeito (5%) expressa que em nenhum local de estágio os

orientadores transmitem e/ou aplicam estas competências. Nos elementos do sexo masculino, metade (3 sujeitos) refere que em todos os locais de estágio os orientadores transmitem e/ou aplicam estas competências, 1 sujeito (17%) expressa que só em alguns locais de estágio os orientadores transmitem e/ou aplicam estas competências e os restantes 2 sujeitos (33%) apresentam uma resposta vaga ou neutra (cf. Quadro 47).

Quadro 47: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|--|----------------------------|----------|----------------------------|----------|
| Sim, transmitem e/ou aplicam | 6 | 30 | 3 | 50 |
| Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam | 13 | 65 | 1 | 17 |
| Não | 1 | 5 | - | - |
| Neutra | - | - | 2 | 33 |

Quadro 48: Actualização/treino de competências emocionais, por parte dos orientadores de estágio, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Sim, transmitem e/ou aplicam | 3 | 4 | - | 1 | 1 |
| Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam | 2 | 7 | 5 | - | - |
| Não | - | 1 | - | - | - |
| Neutra | - | 2 | - | - | - |

Quando os alunos constituintes da amostra são questionados sobre a apreciação ou exigência de competências emocionais pelos docentes no decorrer da avaliação curricular, 50% dos sujeitos (13 alunos) considera que tal não acontece. Dos restantes 50%, 7 (27%) pensa que as competências emocionais são tidas em linha de conta, mas apenas pelos orientadores dos estágios, 4 alunos (15%) confirmam esta situação apenas nas disciplinas que integram uma componente prática e 2 alunos (8%) referem que as competências emocionais são consideradas e/ou exigidas pelos docentes, no decorrer da avaliação curricular (cf. Quadro 49).

Quadro 49: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com a totalidade da amostra.

| | N | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| Sim | 2 | 8 |
| Sim, nas cadeiras práticas | 4 | 15 |
| Sim, nos estágios | 7 | 27 |
| Não | 13 | 50 |
| Total | 26 | 100 |

A questão da apreciação ou exigência de competências emocionais pelos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com o género dos alunos, mostra-nos que 50% dos elementos do sexo feminino (10 sujeitos) e 50% dos elementos do sexo masculino (3 sujeitos) apontam para a resposta “não”. Dos restantes 3 sujeitos masculinos, 2 (33%) confirmam esta questão apenas em relação aos estágios e 1 aluno (17%) aponta para o “sim”. Registam-se ainda 5 sujeitos (25%) do sexo feminino que confirmam tal situação nas avaliações dos estágios, 4 sujeitos (20%) que confirmam esta questão na avaliação nas cadeiras com componente prática e 1 sujeito (5%) que confirma esta ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, nas avaliações curriculares (cf. Quadro 50).

Quadro 50: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com o género dos alunos.

| | Feminino (N=20) | % | Masculino (N=6) | % |
|----------------------------|-----------------|----|-----------------|----|
| Sim | 1 | 5 | 1 | 17 |
| Sim, nas cadeiras práticas | 4 | 20 | - | - |
| Sim, nos estágios | 5 | 25 | 2 | 33 |
| Não | 10 | 50 | 3 | 50 |

Quadro 51: Ponderação das competências emocionais, por parte dos docentes, no decorrer da avaliação curricular, de acordo com a idade dos alunos.

| | 20 | 21 | 22 | 23 | 32 |
|----------------------------|----|----|----|----|----|
| Sim | - | - | 1 | - | 1 |
| Sim, nas cadeiras práticas | 2 | 1 | 1 | - | - |
| Sim, nos estágios | - | 6 | 1 | - | - |
| Não | 3 | 7 | 2 | 1 | - |

No sentido de exemplificar melhor estes resultados, apresentamos algumas respostas dos sujeitos:

| 5. Actualização/treino de competências emocionais | Exemplo de respostas |
|---|---|
| <p>Durante os estágios clínicos (a)</p> <p>-----</p> <p>5a1 – Sim, transmitem e/ou aplicam</p> | <p>–“Sim, dialogando connosco, explicando a importância da relação utente/terapeuta no processo de tratamento.” (n1)</p> <p>–“Em parte transmitem, mas não intencionalmente, ou seja, o estagiário aprende observando a acção do orientador.” (n2)</p> <p>–“Os orientadores demonstram as melhores formas de lidar com os utentes, não directamente, ou seja fazem-no</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>como costumam diariamente, transmitindo ao orientando que é assim que se obtém o melhor dos utentes.” (n4)</p> <p>–“Os orientadores, no estágio transmitem esse tipo de competências mas nem sempre a aplicam.” (n8)</p> <p>–“Sim, quando notam que procedemos mal, bem ou podemos proceder melhor em qualquer situação, chamaram-me e conversaram comigo de forma a esclarecer determinados aspectos.” (n22)</p> <p>–“Sim. Transmitem aos estagiários quer pessoalmente (falam directamente) quer através da observação, em que o estagiário observa o tratamento e também o modo de comunicação entre terapeuta/utente. (n23)</p> <p>–“Em âmbito de estágio é-nos sempre explicado que devemos ter um bom relacionamento com os utentes e pares, mas não costuma ir muito mais além do que esta informação. (n25)</p> |
| <p>5a2 – Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam</p> | <p>–“Sim, alguns orientadores tentam indicar o caminho..., normalmente através do diálogo com explicações lógicas...” (n6)</p> <p>–“Em certos locais de estágio, nota-se o envolvimento emocional dos terapeutas com os utentes ou seus colegas de profissão mas não é transmitido de forma propositada... e o estagiário capta essas competências de forma intuitiva...” (n7)</p> <p>–“...contactei com orientadores que me transmitiam esse tipo de competências e que as aplicavam no relacionamento que tinham com os utentes, colegas e comigo.” (n9)</p> <p>–“Sim, em muitos casos que vi os orientadores falarem racional e cordialmente com os utentes e familiares no sentido de os ajudarem.” (n19)</p> <p>–“Conforme os orientadores...Houve quem me explicasse como lidar com um paciente antes de o ver, dizendo que cuidados deveria ter ao interagir com ele. Houve outros que não deram atenção a esse aspecto. (n11)</p> <p>–“Sim, em alguns locais de estágio tentam transmitir-nos essas competências.” (n13)</p> <p>–“Em alguns estágios os orientadores “avisam-nos” para a maneira como devemos abordar os doentes.” (n14)</p> <p>–“Depende dos locais e dos orientadores...por vezes tentam dizer qual a melhor forma de encarar e lidar com o caso.” (n18)</p> <p>–“Por vezes os orientadores falam connosco, explicam-nos/alertam-nos para determinados utentes no sentido de “manter uma distância” no relacionamento.” (n20)</p> <p>–“Alguns têm a atenção de nos alertar para determinados casos particulares e orientar-nos no sentido de nós interagirmos com essa pessoa de modo particular.” (n21)</p> <p>–“Depende dos locais...Considero que nos estágios existe essa preocupação de transmitir, na forma de lidar com os utentes, mas penso que nem sempre a preocupação é posta em prática.” (n24)</p> <p>–“Alguns tinham essa preocupação. Depois de uma situação de contacto com o utente sentaram-se comigo e reflectíamos sobre isso. Mas são mais os casos onde isso não acontece.” (n26)</p> |
| <p>5a3 – Não</p> | <p>–“Normalmente nos estágios não nos é transmitido esse tipo de competência...Infelizmente.” (n15)</p> |
| <p>5a4 – Neutra</p> | <p>–“Apenas no estágio senti a grande dificuldade em</p> |

| | |
|--|---|
| | perceber essa competência.” (n3) |
| Durante a avaliação curricular (b) ----- | |
| 5b1 – Sim | -“Sim.” (n13) |
| 5b2 – Sim, nas cadeiras práticas | -“Tal é feito em situação de avaliação curricular das cadeiras mais práticas, em que é simulado um caso clínico.” (n9) -“Sim, principalmente em avaliações práticas em que temos de manter uma postura profissional.” (n10) -“Sim, maioritariamente na prática, em que somos avaliados na forma como abordamos o utente ou o colega ou em que por vezes os professores nos abordam de determinada forma para ver como reagimos perante a situação.” (n18) -“Sim, mais nas avaliações práticas, essencialmente.” (n19) |
| 5b3 – Sim, nos estágios | -“Dentro dos parâmetros da avaliação dos vários Ensinos Clínicos estão inseridos alguns sobre as competências emocionais que o aluno demonstrou/adquiriu durante o estágio, sendo um critério a que os orientadores dão grande relevância...” (n4) -“Em termos de escola não penso que estes aspectos se tenham em conta, mas durante o estágio é óbvio que sim.” (n5) -“Penso que na avaliação prática do estágio são também avaliadas as competências emocionais, visto que lidamos com pessoas e não com máquinas...” (n20) -“Considero que em termos teóricos as competências emocionais não são exigidas. No entanto é ao nível prático, em locais de estágio...” (n21) -“Sim, principalmente em situações de estágio.” (n22) -“Talvez apenas em situação de estágio...ainda que não nos seja “ensinado”, também somos avaliados nesse campo, no relacionamento com o utente, com os pares...” (n25) -“Em contexto de estágio...alguns orientadores têm em conta essas competências na avaliação.” (n26) |
| 5b4 – Não | -“Não, a avaliação curricular exige e considera essencialmente competências técnicas ...” (n2) -“Sinceramente não. As avaliações resumem-se mais a questões de aplicação de técnicas e ao mecanismo anatomo-fisiológico e neurológico a ele associado. Sendo fisioterapeutas e devido à grande importância das questões emocionais, considero esta uma das maiores lacunas do plano de estudos do curso de fisioterapia.” (n3) -“Penso que a avaliação curricular não tem em conta este tipo de competências, cingindo-se bastante à parte técnica e teórica da área científica.” (n6) -“Não. Acho que esta avaliação deveria ser exigida a qualquer profissional de saúde, já que estamos a lidar com o bem mais precioso da humanidade.” (n16) -“Penso que não são exigidas competências emocionais...Considero que a nossa avaliação fica a perder por não serem consideradas este tipo de competências.” (n24) |

No sentido de aprofundar mais a investigação e, em concreto, os resultados obtidos, para além da análise descritiva dos dados, iremos proceder à análise inferencial.

4.1.2 Análise Inferencial

Como já foi referido anteriormente, com o procedimento HOMALS é possível analisar as relações entre todas as variáveis, de forma conjunta e simultânea, a partir de uma configuração simples bidimensional (Manual do SPSS, 1990, in Figueira, 2001, p. 351). Este procedimento quantifica os dados nominais (categoriais), atribuindo valores numéricos aos casos (objectos) e às categorias (níveis da variável). As dimensões obtidas a partir da análise de correspondência múltipla, realizada através do procedimento HOMALS, permite-nos evidenciar a proximidade e a distância entre determinadas categorias (cf. ponto 3.4.2.2.).

Neste sentido, resumindo, o procedimento HOMALS entrará, na sua análise, com todas as variáveis categoriais em estudo, pelo que se apresentam as leituras efectuadas para os elementos de identificação da amostra, com 2 variáveis (idade, género) e para os elementos do guião da narrativa, com 15 variáveis (definição de Fisioterapia, escolha do curso de Fisioterapia como 1ª opção, competências referidas, competências destacadas, definição de competências emocionais, importância das competências emocionais, grau de auto-percepção, auto-percepção de tipos de competências emocionais já adquiridas, auto-percepção de tipos de competências emocionais a adquirir, aquisição de formação em competências emocionais durante o curso base, vivência/opinião sobre essa formação, importância atribuída à aquisição de formação na área de competências emocionais, aquisição de formação em competências emocionais fora do curso base, transmissão e/ou aplicação de competências emocionais pelos orientadores de estágios clínicos e consideração e/ou exigência de competências emocionais durante a avaliação curricular) e 73 níveis [concepção técnica; concepção social; neutra; sim; não; científicas; técnicas; emocionais e relacionais; mista 1 (científicas, emocionais e relacionais); mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais); mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais); científicas; técnicas; emocionais e relacionais; mista 1 (científicas e técnicas); mista 2 (científicas, emocionais e relacionais); mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais), mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais); capacidade intrapessoal; capacidade interpessoal; gestão de stress; adaptabilidade; humor geral; neutra; muito importantes; importantes; não responde/neutra; baixo; médio; bom; elevado; neutro; empatia; optimismo; resolução problemas; independência; flexibilidade; mista 1 (tolerância ao stresse; auto-actualização); mista 2 (independência; optimismo); mista 3 (optimismo; empatia; resolução de problemas); mista 4 (relação interpessoal; auto-consciência emocional; empatia); não responde/neutra; auto-estima; independência; controlo de impulsividade; tolerância ao

stresse; auto-consciência emocional; mista 1 (controlo de impulsividade; flexibilidade); mista 2 (controlo de impulsividade; flexibilidade; optimismo; auto-estima); não responde/neutra; não; sim, ocasionalmente (exemplo ou partilha de experiências); sim, 1º e/ou 2º ano (CDCH I e II, psicologia da saúde, comunicação e ensino, MEIF, introdução à profissão); sim, 2º e 3º ano (estágio); relevante; pouco relevante; informação escassa; não respondeu; muito importante; importante; pouco ou nada importante; não se pode aprender; não; sim, informal; sim; sim, transmitem e/ou aplicam; em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam; não; neutra; sim; sim, nas cadeiras práticas; sim, nos estágios; não].

Deste modo, temos:

A) Elementos de identificação da amostra

* Variável: Género

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|-------------------|------------|------------|------------|
| Masculino | 6 | -1.013 | -.762 |
| Feminino | 20 | .304 | .229 |

* Variável: Idade

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|-------------------|------------|------------|------------|
| 20 | 5 | .046 | -.512 |
| 21 | 14 | -.431 | .375 |
| 22 | 5 | .966 | .179 |
| 23 | 1 | .215 | .578 |
| 32 | 1 | .757 | -4.163 |

B) Elementos do guião da narrativa

* Variável: Definição de Fisioterapia

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|-------------------|------------|------------|------------|
| Concepção técnica | 13 | -.138 | .152 |
| Concepção social | 8 | .403 | .367 |
| Neutra | 5 | -.286 | -.983 |

* Variável: Primeira opção

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|-------------------|------------|------------|------------|
| Sim | 11 | .583 | -.230 |
| Não | 15 | -.427 | .169 |

* Variável: Competências referidas

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Científicas | 2 | .493 | -.737 |
| Técnicas | 1 | -3.158 | .368 |
| Emocionais e relacionais | 2 | .868 | .479 |
| Mista 1 | 3 | .994 | .019 |
| Mista 2 | 6 | -.605 | -1.066 |
| Mista 3 | 12 | .090 | .540 |

* Variável: Competências destacadas

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Científicas | 2 | .493 | -.737 |
| Técnicas | 3 | -.939 | .676 |
| Emocionais e relacionais | 5 | .259 | .535 |
| Mista 1 | 2 | .178 | .169 |
| Mista 2 | 3 | .994 | .019 |
| Mista 3 | 6 | -.605 | -1.066 |
| Mista 4 | 5 | .166 | .554 |

* Variável: Definição de competências emocionais

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Capacidade intrapessoal | 4 | .430 | .217 |
| Capacidade interpessoal | 5 | -1.053 | .306 |
| Gestão do stress | 1 | 1.052 | .215 |
| Adaptabilidade | 9 | -.313 | -.086 |
| Humor geral | 2 | .788 | -2.354 |
| Neutra | 5 | .747 | .57 |

* Variável: Importância das competências emocionais

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Muito importantes | 9 | -.078 | -.611 |
| Importantes | 6 | .358 | .478 |
| Não responde/neutra | 11 | -.132 | .239 |

* Variável: Grau de auto-percepção

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|-------------------|------------|------------|------------|
| Baixo | 2 | .414 | -2.481 |
| Médio | 11 | .304 | .507 |
| Bom | 3 | .023 | -.559 |
| Elevado | 1 | -2.630 | -1.091 |
| Neutra | 9 | .179 | .239 |

* Variável: Auto-percepção de tipos de competências emocionais já adquiridas

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|------------------------|------------|------------|------------|
| Empatia | 8 | -.515 | .395 |
| Optimismo | 1 | .020 | .571 |
| Resolução de problemas | 2 | .736 | -.155 |
| Independência | 4 | .291 | .042 |
| Flexibilidade | 1 | -.487 | -.803 |
| Mista 1 | 1 | .348 | .849 |
| Mista 2 | 1 | 1.098 | .729 |
| Mista 3 | 1 | -2.630 | -1.091 |
| Mista 4 | 1 | .757 | -4.163 |
| Não responde/neutra | 6 | .396 | .149 |

* Variável: Auto-percepção de tipos de competências emocionais a adquirir

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|---------------------------|------------|------------|------------|
| Auto-estima | 4 | .856 | -.194 |
| Independência | 4 | -.013 | -.252 |
| Controlo de impulsividade | 2 | -2.894 | -.361 |
| Tolerância ao stress | 3 | .442 | .296 |
| Autoconsciência emocional | 3 | .226 | .663 |
| Mista 1 | 1 | .020 | .571 |
| Mista 2 | 1 | .757 | -4.163 |
| Não responde/neutra | 8 | -.045 | .402 |

* Variável: Formação em competências emocionais durante o curso

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|----------------------------|------------|------------|------------|
| Não | 6 | -.303 | -.172 |
| Sim, ocasionalmente | 7 | -.416 | .161 |
| Sim, 1º e/ou 2º ano | 11 | .395 | -.107 |
| Sim, 2º e 3º ano - estágio | 2 | .194 | .540 |

* Variável: Vivência/opinião sobre essa formação

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Relevante | 5 | .444 | .656 |
| Pouco relevante | 3 | .474 | -1.244 |
| Informação escassa | 4 | -.079 | .255 |
| Não respondeu | 14 | -.237 | -.041 |

* Variável: Importância da aprendizagem em competências emocionais durante o curso base

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Muito importante | 4 | .465 | -.781 |
| Importante | 18 | -.038 | .203 |
| Pouco ou nada importante | 2 | .272 | .621 |
| Não se pode aprender | 2 | -.858 | -.882 |

* Variável: Aquisição de formação em competências emocionais fora do curso

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Não | 23 | .246 | .042 |
| Sim, informal | 2 | -1.245 | -.665 |
| Sim | 1 | -3.158 | .368 |

* Variável: Actualização/treino de competências emocionais durante os estágios

| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sim, transmitem e/ou aplicam | 9 | .242 | -.290 |
| Em alguns locais de estágio, transmitem e/ou aplicam | 14 | .114 | .073 |
| Não | 1 | .523 | .670 |
| Neutra | 2 | -2.149 | .456 |

* Variável: Consideração e/ou exigência de competências emocionais durante a avaliação curricular

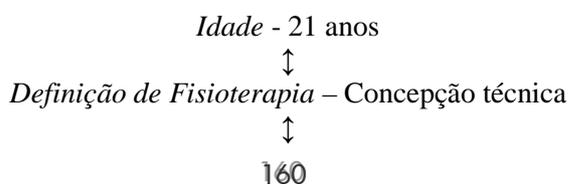
| Nível da variável | Frequência | Dimensão 1 | Dimensão 2 |
|----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Sim | 2 | .836 | -2.418 |
| Sim, nas cadeiras práticas | 4 | .120 | -.076 |
| Sim, nos estágios | 7 | -.226 | .567 |
| Não | 13 | -.044 | .090 |

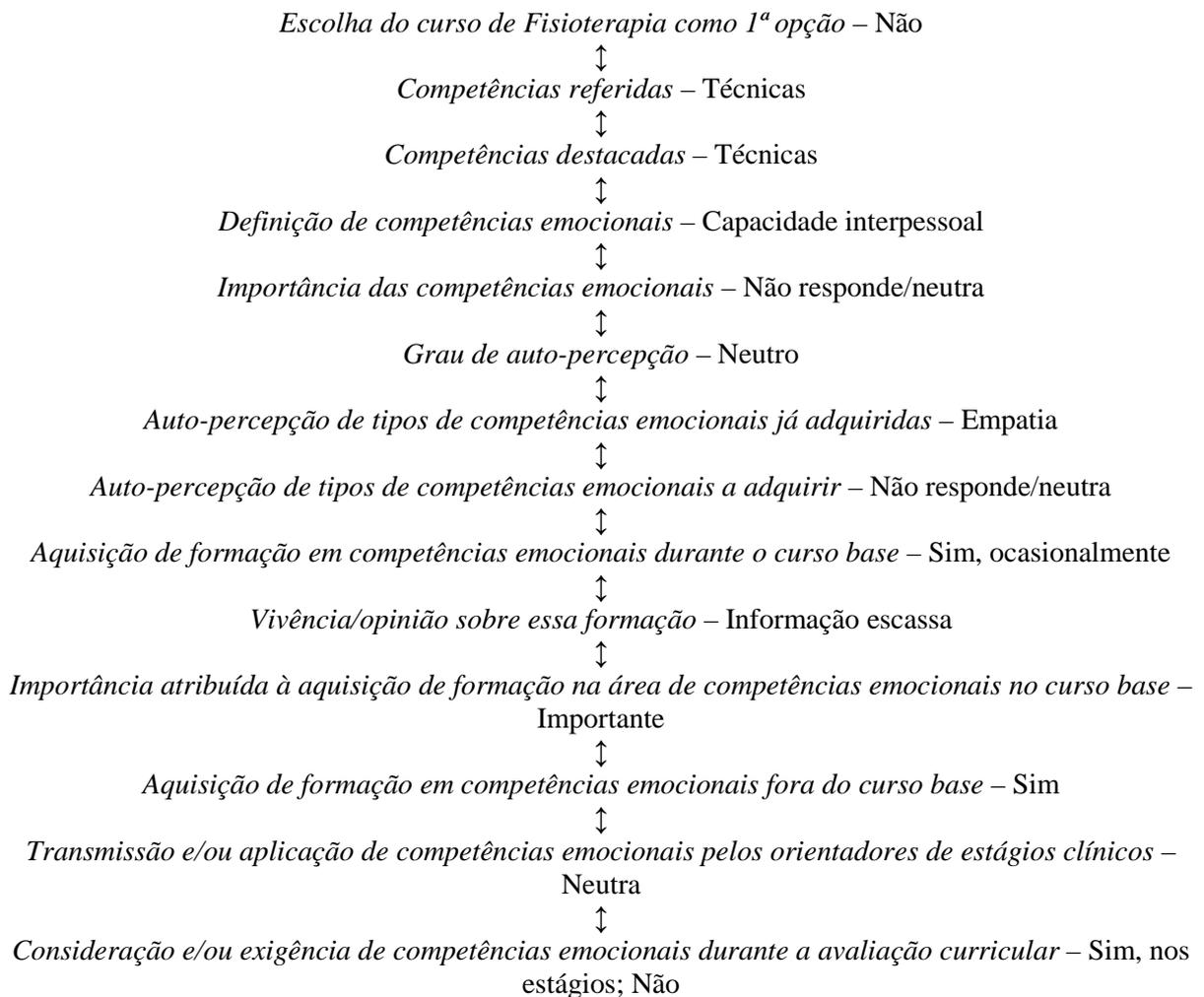
Portanto, após o *input* dos dados para a análise de homogeneidade (análise de correspondência múltipla), através de uma matriz de dados rectangular, cujas linhas representam, genericamente, os objectos, e as colunas representam as variáveis (cf. Manual do SPSS, 1990, in Figueira, 2001, p. 351), pela leitura dos *outputs* obtidos procedemos à partição das diferentes categorias em grupos, a fim de encontrar uma aproximação ou homogeneidade entre as diferentes variáveis e respectivas categorias. Para isso, atendeu-se aos valores obtidos e ao seu sentido (+ ou -), apresentados pelas dimensões 1 e 2.

Neste sentido, após a leitura dos resultados, encontramos, a este nível de associação, 4 subgrupos distintos e diferenciáveis:

Subgrupo 1) Os alunos que se situam maioritariamente no escalão etário dos 21 anos de idade optam por definir a Fisioterapia, preferencialmente, com uma Concepção técnica, não sendo este curso a sua primeira opção para o seu futuro profissional. Este grupo aponta as Competências Técnicas não só como sendo necessárias ao exercício do fisioterapeuta, como considera também que estas mesmas competências serão as mais importantes para esse mesmo exercício. A sua definição de Competências Emocionais aproxima-se tendencialmente do factor Capacidade Interpessoal, embora não respondam ou respondam de forma Neutra quanto à Importância das competências emocionais no desempenho das suas funções como fisioterapeutas. Também a sua auto-percepção sobre o seu grau de competência emocional é tendencialmente Neutra, assim como não respondem ou respondem de forma vaga ou sem enquadramento (Neutra) à nomeação de competências emocionais que gostariam de vir a possuir, ainda que declarem a Empatia como uma competência emocional já obtida. Este grupo considera que a escola promove algum tipo de formação neste campo, ocasionalmente, através de exemplos ou partilha de experiências por parte dos docentes, admitindo que a quantidade de informação é escassa, pois consideram Importante a aquisição de conhecimentos formais nesta área. Quiçá por estas considerações, este grupo de alunos apresenta uma orientação de procura de formação em competências emocionais fora da escola. Posicionam-se de forma Neutra quanto à transmissão ou aplicação destas competências pelos orientadores de estágio clínico, embora considerem que só nos estágios estas competências são consideradas ou exigidas no momento da avaliação ou não o serão de todo na avaliação curricular.

De forma mais esquemática:

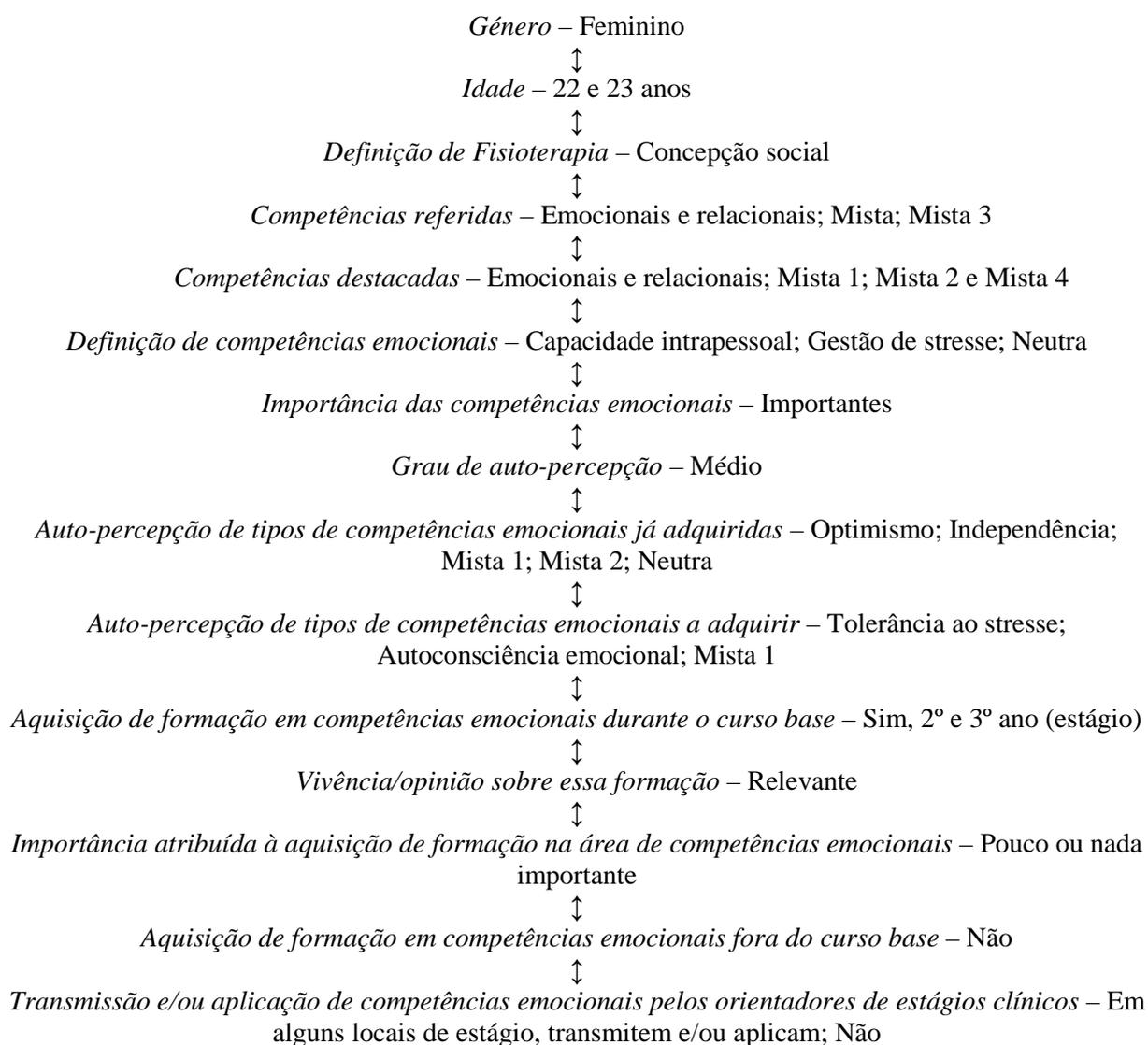




Subgrupo 2) Este grupo é constituído tendencialmente por alunos do Género Feminino, nos escalões etários dos 22 e 23 anos, registando uma propensão por definir a Fisioterapia com uma Concepção social. Como Competências necessárias ao exercício do fisioterapeuta apresentam uma orientação para as Competências emocionais e relacionais, Mista 1 (científicas, emocionais e relacionais) e Mista 3 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais), destacando a importância para o exercício da profissão das Competências emocionais e relacionais, da Mista 1 (científicas e técnicas), Mista 2 (científicas, emocionais e relacionais) e Mista 4 (científicas, técnicas, emocionais e relacionais). Relativamente à definição de Competências Emocionais optam preferencialmente pelos factores Capacidade Intrapessoal e Gestão de stresse mas também por uma perspectiva Neutra, considerando Importantes estas competências no desempenho das suas funções. Colocam-se tendencialmente num grau Médio de competência emocional, apresentando como exemplos de competências já adquiridas o Optimismo, a Independência, a Mista 1 (tolerância ao stresse e auto-actualização) e Mista 2 (independência e optimismo) ou ainda uma orientação Neutra, pela natureza vaga das respostas obtidas. Já como exemplos de competências emocionais que gostariam de vir a adquirir, este grupo dá primazia à Tolerância ao stresse, à Autoconsciência

emocional e à Mista 1 (controle de impulsividade e flexibilidade). Na formação promovida pela escola no âmbito destas competências, este grupo evidencia concordância apenas durante os estágios clínicos, do 2º e 3º ano, expondo-a como Relevante, pelo que consideram Pouco ou nada importante a aquisição de conhecimentos formais (por exemplo, numa disciplina ou unidade curricular) nesta área. Também Não apresentam preocupação na procura de formação em competências emocionais fora da escola. Quanto à transmissão ou aplicação destas competências pelos orientadores de estágio clínico, decidem-se preferencialmente pelo Não ou pela afirmativa mas apenas Em alguns locais de estágio.

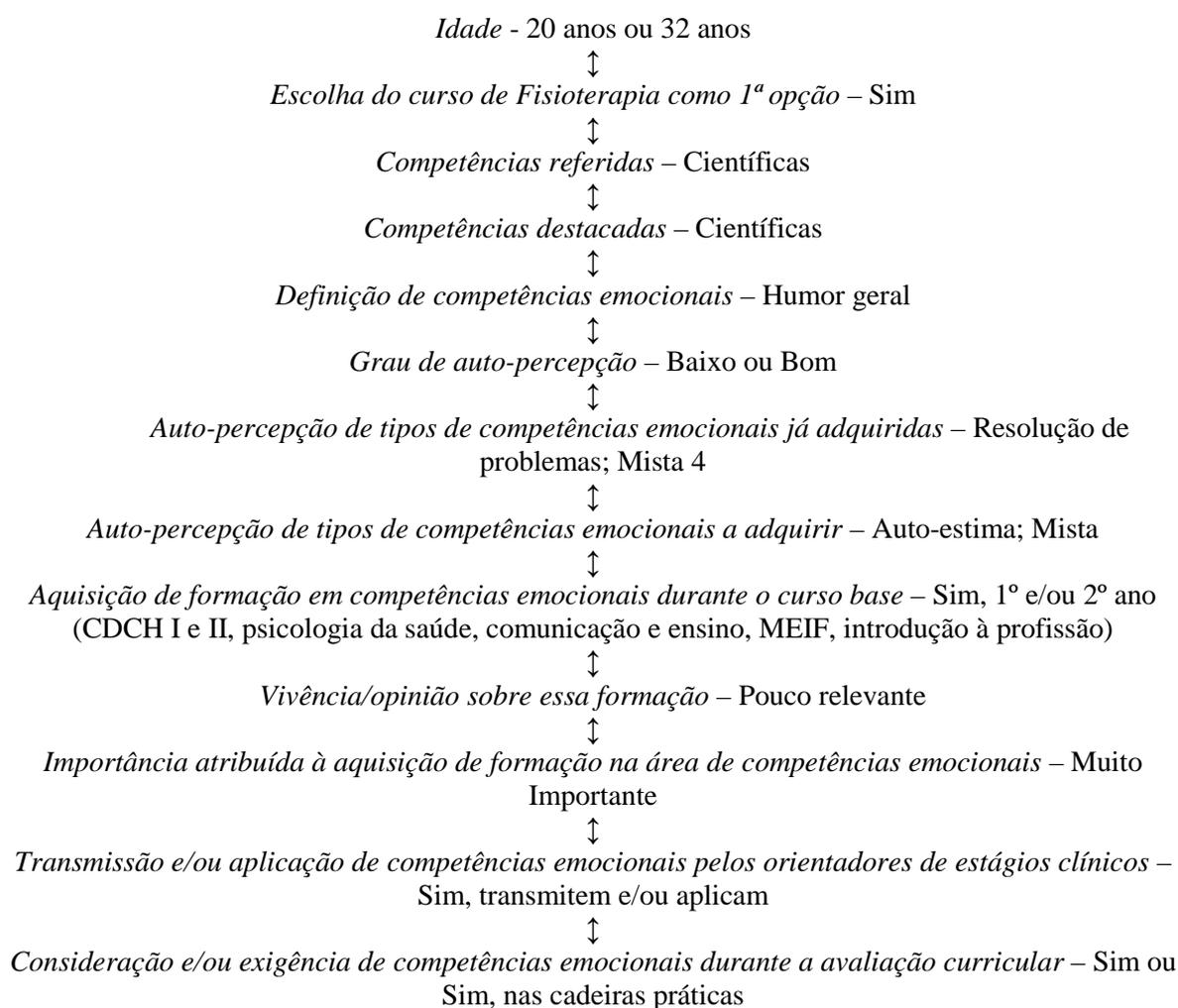
De forma mais esquemática:



Subgrupo 3) Os alunos que formam este grupo situam-se maioritariamente nos escalões etários dos 20 anos e dos 32 anos, e assumem tendencialmente a escolha do curso de Fisioterapia como sua primeira opção. Apontam preferencialmente as Competências Científicas como sendo necessárias ao exercício do fisioterapeuta e também como as mais

importantes para esse mesmo exercício. Apresentam tendencialmente uma definição de Competências Emocionais que aponta para o factor Humor geral, com uma orientação para um grau de auto-percepção Baixo ou Bom de competência emocional. No que diz respeito a competências emocionais que percebem possuir, têm preferência pela Resolução de problemas e Mista 4 (relação interpessoal, autoconsciência emocional e empatia), enquanto que mostram um pendor para a Auto-estima e Mista 2 (controlo de impulsividade, flexibilidade, optimismo e auto-estima) como competências emocionais que gostariam de ter. Este grupo, ainda que considere que a escola promove algum tipo de formação neste campo, no 1º e/ou 2º ano do curso, inserida nalgumas disciplinas como Psicologia da Saúde, Comunicação e Ensino, etc., admite que a formação é Pouco relevante. No entanto, encaram tendencialmente como Muito Importante a aquisição de conhecimentos formais nesta área de competências, considerando que os orientadores dos estágios clínicos transmitem e/ou aplicam estas competências nos seus relacionamentos e que estas mesmas competências são consideradas e/ou exigidas na avaliação curricular das cadeiras com componente prática ou mesmo em todas as avaliações.

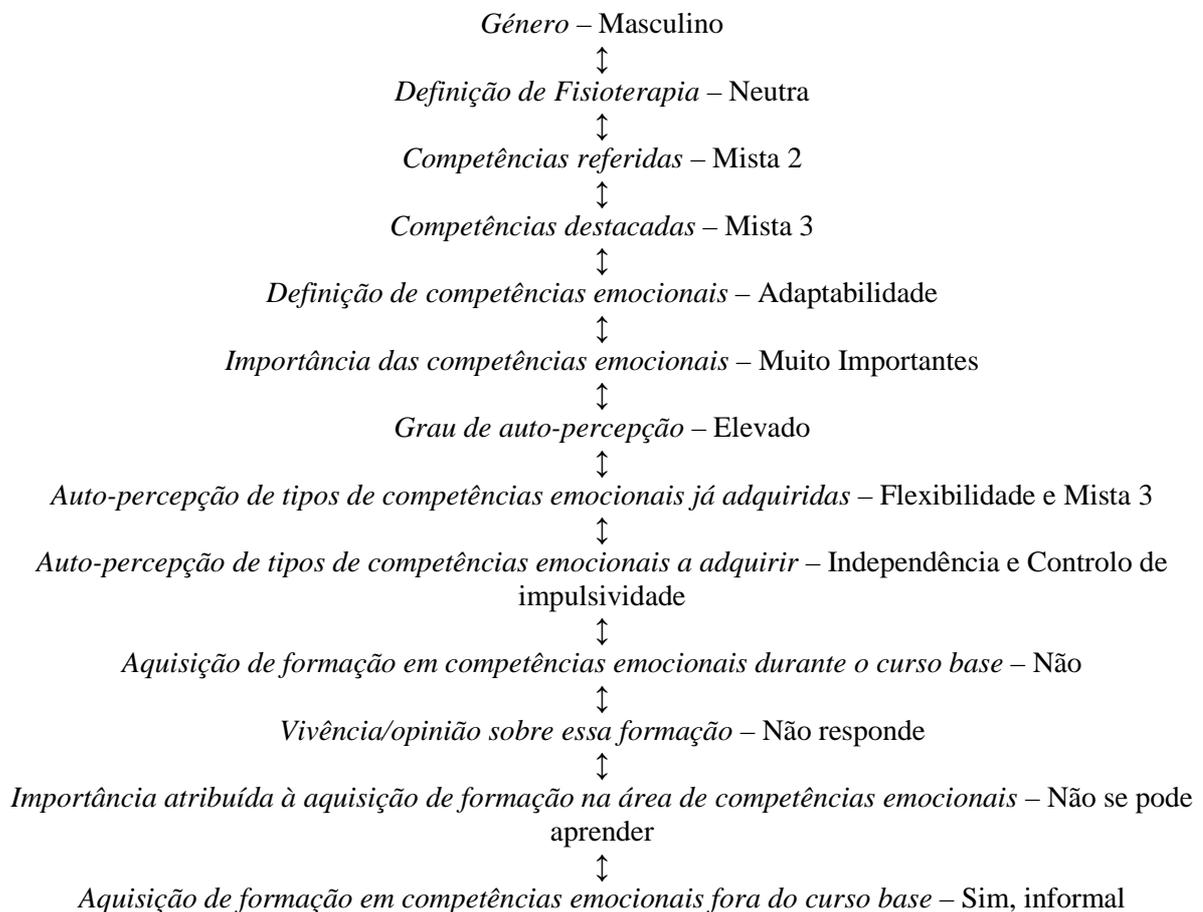
De forma mais esquemática:



Por fim, um quarto subgrupo:

Subgrupo 4) Este grupo é constituído tendencialmente por alunos do Género Masculino, registando uma orientação Neutra na definição de Fisioterapia, com tendência para a Mista 2 (técnicas, emocionais e relacionais) e Mista 3 (técnicas, emocionais e relacionais), como competências referidas e destacadas, respectivamente, para o exercício profissional. Optam preferencialmente pelo factor Adaptabilidade para definirem as competências emocionais, que consideram Muito importantes para o desempenho das suas funções. Atribuem tendencialmente um grau Elevado às suas competências emocionais, apontando a Flexibilidade e a Mista 3 (optimismo, empatia e resolução de problemas) como exemplos de competências já adquiridas e, a Independência e o Controlo de impulsividade como exemplos de competências que ambicionam vir a possuir. Ao abordarem a formação por parte da Escola, orientam-se para o Não, pelo que Não respondem quanto à vivência/opinião sobre esta suposta formação e apresentam uma disposição no sentido de considerarem que estas competências Não se podem aprender numa disciplina, unidade, etc. Confirmam tendencialmente a formação, por via informal, fora da Escola, no âmbito das competências emocionais.

De forma mais esquemática:



Terminada tanto a análise descritiva como a análise inferencial dos dados recolhidos junto da amostra em estudo, procederemos a uma sinopse dos resultados que possibilitará posteriormente uma breve discussão.

4.2 Síntese e Discussão dos Resultados

A análise dos resultados e, em particular, das variabilidades encontradas, permitem dar resposta aos objectivos desta investigação, nomeadamente:

- Identificar as competências referidas pelos alunos para o exercício da profissão de fisioterapeuta;
- Identificar e caracterizar as concepções dos alunos sobre as competências emocionais;
- Analisar a percepção dos alunos sobre o grau de importância atribuída às competências emocionais para o exercício da profissão de fisioterapeuta;
- Analisar e caracterizar a percepção dos alunos sobre a formação, que é providenciada pela escola de formação base, no âmbito das competências emocionais.

Tal como vimos anteriormente, podemos organizar e ler os elementos da amostra em 4 grupos, atendendo às concepções e percepções manifestadas e às proximidades das próprias características da amostra. Ao encontrarmos determinadas congruências e incongruências nos resultados, revela-se imperativo reflectir sobre estes e apontar alguns cruzamentos com o enquadramento conceptual. Para isso, consideramos pertinente fazer uma síntese dos resultados, no sentido de responder aos próprios objectivos do estudo.

Neste sentido, podemos dizer que os alunos do sexo feminino, sobretudo as que se situam nos escalões etários dos 22 e 23 anos de idade, tendem a definir a Fisioterapia como uma profissão de ajuda e/ou contacto o que aponta para uma concepção social, referindo e destacando as competências emocionais e relacionais (tanto de forma isolada como na forma compósita) para o exercício profissional. Segundo Diogo (2006), a abordagem da ajuda tem que passar necessariamente por um envolvimento relacional exigente, para o qual é comum não nos sentirmos profissionalmente (nem humanamente) preparados, dado que o processo interaccional envolve o contacto entre duas ou mais pessoas com personalidades distintas, integradas numa mesma situação e que partilham significações. A personalidade do fisioterapeuta e a personalidade do utente conjugam-se, mas mantém-se ancorada na vivência de cada um, repleta de emoções e sentimentos. Tal indicador traduz assim que são as alunas a

apresentar uma maior proximidade com as questões emocionais e relacionais e com o que se preconiza: “Com efeito, a Fisioterapia é uma área científica em que o envolvimento relacional entre profissional e utente se reveste de uma especial importância (...) de um acompanhamento e apoio ao longo do tempo com uma forte componente humana e educacional” (Guerra, 2008, p. 4).

Mas esta percepção não deveria ser igual, independentemente do género ou idade, na medida que se trata de fundamentos invocados pela APF e pelos próprios Padrões de Prática? Nestes, os fisioterapeutas asseguram a importância absoluta do desenvolvimento e a documentação de padrões acordados para a prática da Fisioterapia, sendo necessários para, entre outros objectivos, reflectir os valores, condições e objectivos necessários ao desenvolvimento permanente da profissão. Assim, o Padrão 1 promove o “Reconhecimento da importância do utente como indivíduo, em todos os aspectos da relação terapêutica” e o Padrão 2 salienta que “Deve ser dada ao utente toda a informação relevante sobre os procedimentos propostos pelo Fisioterapeuta, tendo em consideração a sua idade, estado emocional e capacidade cognitiva, de forma a permitir o consentimento expresso, claro e informado” (APF, 2005, p.3). Talvez possamos justificar com base nas características individuais dos elementos da amostra e avançar que, de acordo com estudos efectuados por Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda e Cabello (2007), sobre as diferenças entre géneros e idades, usando o MSCEIT v.2.0, as mulheres conseguem obter pontuações mais elevadas que os homens em todas as dimensões emocionais. Sugerem que tal aconteça devido à educação infantil e às interações diferenciadas dos pais face às suas filhas, ou ao facto de as mulheres terem mais desenvolvidas que os homens certas áreas cerebrais relacionadas com o processamento emocional. Quanto às diferenças em função da idade, ainda que na nossa amostra as diferenças sejam de muito pouca amplitude, o estudo de Extremera et al. (2007) encontrou relações positivas e significativas entre a idade dos participantes e os seus níveis de IE. Portanto, segundo os autores, estes dados sugerem que as mulheres são mais emocionalmente inteligentes que os homens e que a experiência de vida favorece o desenvolvimento destas habilidades, ressalvando que, apesar de estes resultados corroborarem outras investigações efectuadas, também vão contra outros estudos igualmente realizados neste âmbito.

Relativamente à definição de competências emocionais, este grupo consegue abranger dois dos cinco factores que Bar-On (2007) considera “serem elementos essenciais” na maioria das descrições, definições e conceptualizações de inteligência emocional e social, na medida que alude para a Capacidade Intrapessoal [que, segundo Bar-On (2000) consiste na capacidade de estar atento e de se compreender a si próprio e às suas emoções, além de

expressar os seus sentimentos e as suas ideias] e para a Gestão de Stresse [que, segundo Bar-On (2000) consiste na capacidade para lidar com o stresse e de controlar emoções fortes], o que denuncia o referido interesse em reconhecer, compreender e controlar o stresse, activando os mecanismos activos e positivos para lidar com ele (Bar-On, 1997), ainda que também apresente uma orientação neutra. Se nos debruçarmos sobre as percepções destas competências, vamos encontrar alguns destaques, no sentido em que encontramos com maior frequência as competências que constituem estes factores, como, por exemplo, a auto-estima, a autoconsciência emocional, a independência, a auto-actualização, a tolerância ao stresse e o controlo de impulsividade, nos exemplos dados de competências já adquiridas ou que gostariam de vir a adquirir. O facto deste grupo se atribuir um grau médio de competência emocional pode, eventualmente, ser explicado pela sua constituição maioritária pelo sexo feminino, dado que Extremera et al. (2007) indicam que as mulheres tendem a subvalorizar as suas capacidades emocionais percebidas. Estes resultados apontam assim para um interesse marcante pelas competências emocionais pessoais, as quais permitem ao indivíduo reconhecer e compreender as suas emoções, bem como aceitar e respeitar-se a si próprio (Bar-On, 1997), o que poderá justificar que este grupo considere importantes estas competências, conjugando os dados resultantes do raciocínio com os resultados da emoção (e depois sentimento), para uma orientação do trabalho a efectuar (Mercadier, 2004).

Quanto à percepção dos alunos sobre a formação que é providenciada pela escola de formação base, no âmbito das competências emocionais, este grupo aponta para que esta formação ocorra nos estágios clínicos do 2º e 3º ano do curso, experienciando-a como relevante, o que talvez justifique considerarem a aquisição formal destes conhecimentos numa disciplina, unidade, etc. como pouco ou nada importante. No entanto, quanto à transmissão ou aplicação destas competências pelos orientadores de estágio clínico decidem-se preferencialmente pelo não ou pela afirmativa mas apenas em alguns locais de estágio, parecendo não atribuir aos orientadores de estágio esta aprendizagem.

Neste contexto, segundo Ferreira (2006), as teorias comportamentalistas referem que o comportamento, para ser adquirido e ser automático, necessita ser repetido. Esta concepção é confirmada pela neurociência, que aponta para a repetição ou treino de certas capacidades como exercícios fundamentais do reforço dos circuitos cerebrais, tornando uma futura resposta muito mais rápida e eficaz do que a anterior (Damásio, 2003). Na área das emoções e seu desenvolvimento, esta noção reveste-se de extrema importância, uma vez que as emoções e as interpretações que cada um faz delas não são apenas inatas mas sim fundamentalmente aquilo que fazemos delas ao longo das experiências da vida, através das repetições de possíveis caminhos emocional e socialmente proveitosos ou destrutivos, como realçam Mayer

e Salovey (1997). Esta noção de repetição e treino pode ser mais facilmente entendida, no que diz respeito à formação de Fisioterapia, nas práticas clínicas ou estágios, já que, ao longo da licenciatura, os alunos passam por diversas experiências de ensino clínico em contexto real de trabalho. Se os alunos percebem que uma dessas repetições é o silêncio sobre a vida emocional dos prestadores de cuidados na sua relação com aqueles que os recebem, a aprendizagem dos cuidados é feita na negação das emoções dos que cuidam. Para Mercadier (2004), o silêncio abrange completamente a socialização profissional, visto que o dever profissional é conter-se, e os alunos podem aprender, desde logo, a interiorizar as regras da neutralidade emocional.

Por sua vez, no presente estudo, os alunos do sexo masculino não apresentam uma definição de Fisioterapia, pois revelam uma orientação neutra, mas também destacam as competências emocionais e relacionais conjuntamente com as técnicas, para desempenharem as suas funções, salientando, inclusive as primeiras, como muito importantes no desempenho da profissão. Esta conjugação de competências poderá surgir porque, como propõe Mercadier (2004), o fisioterapeuta no seu acto de cuidar experimenta emoções e sentimentos que muitas vezes traduzem sofrimento, ainda que variável na sua intensidade, duração e profundidade e, tendo sempre uma expressão fenomenológica individual. Esta capacidade de sensibilização pela proximidade da infelicidade é uma prova da nossa humanidade e impõe estratégias preventivas e defensivas que assentam essencialmente em rituais que visam a separação dos dois mundos. O facto de se verbalizar esta separação confirma a sua existência e tem uma função protectora para aquele que a exprime. Igualmente, Hesbeen (2004) menciona que o medo de ver o outro sofrer, e a dificuldade em lidar com estes sentimentos, revela-se no agir automático, no gesto técnico.

Em termos da definição de competências emocionais, reconhece-se neste grupo o destaque do factor Adaptabilidade que, para Bar-On (2000), corresponde à capacidade para verificar as emoções através de pistas externas objectivas e avaliar com precisão a situação imediata e implica ser flexível de forma a alterar os sentimentos e pensamentos à medida que mudam as situações, e resolver problemas pessoais e interpessoais. Atribuem tendencialmente um grau elevado às suas competências emocionais, o que vai ao encontro do que podemos ler em Extremera et al. (2007), apoiando-se em Bandura (1997), quando referem que os homens parecem perceber-se mais emocionalmente inteligentes em relação ao que realmente efectuam nos testes de habilidades, sendo precisamente essas crenças elevadas nas suas próprias habilidades que se relacionam com melhores pontuações em alguns indicadores, independentemente das habilidades emocionais utilizadas.

Ao abordarem a formação por parte da Escola na área das competências emocionais,

consideram que não existe e denunciam mesmo uma disposição no sentido de considerarem que estas competências não se podem aprender numa disciplina, unidade, etc. Talvez por este motivo, confirmam tendencialmente a formação, mas por via experiencial, através da sua colaboração em instituições como os Bombeiros ou a Cruz Vermelha, fora da Escola, no âmbito destas competências. Para Alarcão (2001, in Diogo, 2006), duas condições são normalmente associadas ao conceito de aprendizagem experiencial: o contacto directo com a realidade e a capacidade de agir. Para além de que, quando fazemos a experiência de algo, agimos sobre a própria experiência e também sofremos a sua influência. Baseada nestas ideias, Diogo (2006) afirma que a experiência desencadeia mudanças ao nível dos valores, dos sentimentos, dos conhecimentos e das habilidades. Assim, a experiência torna-se um referencial de compreensão e de acção em relação a novas situações, onde a pessoa terá, novamente e através da vivência, de escolher e de decidir entre as possibilidades existentes. Neste mesmo âmbito, Mercadier (2004) conclui que as competências relacionais exigidas para o exercício profissional se desenvolvem, em parte, fora do ambiente de trabalho, através de experiências pessoais. Enfatiza que, tradicionalmente, a formação permite adquirir conhecimentos, capacidades, desenvolver competências, mas tem pouco impacto sobre aquelas qualidades que têm a ver com o desenvolvimento pessoal, nomeadamente as habilidades emocionais e relacionais. É preciso conhecer, ter referências prévias, orientações anteriores para poder elaborar o saber pessoal do seu próprio sentir e dos outros com as práticas. Pode acontecer que o profissional retire da sua experiência pessoal ensinamentos que depois aplicam em benefício das pessoas cuidadas por si, mas não se deve exigir demasiado quando os profissionais não são preparados ao nível da sua formação.

A análise realizada ao grupo em que os alunos se encontram, tendencialmente, no escalão etário dos 21 anos, revela uma definição de Fisioterapia como uma ciência ligada à saúde, ou seja, numa concepção técnica e em que a frequência deste curso não foi a sua primeira opção. Referem e destacam a importância das competências técnicas para o exercício da profissão. Esta valorização do acto técnico poderá ser explicada pelo facto de, como refere Mercadier (2004), a interacção com o utente ser constrangedora para o profissional. O gesto técnico facilita-lhe a comunicação pois, pela sua onipotência, a técnica funciona como um ecrã opaco entre o profissional e o utente. O confronto com as emoções e sentimentos deixa de ser directo e passa para segundo plano, através do acto técnico. Porém, Damásio (1995) explica-nos que não é possível negar as emoções, pois a repressão, inibição ou negação das emoções e sentimentos é tão prejudicial como a experiência emocional externa, podendo manifestar-se através de doenças psicossomáticas. Para Diogo (2006), a emotividade tanto pode ser induzida por determinados cuidados, como pode ser orientadora do agir cuidador. Ser

capaz de se emocionar com as situações de cuidados para assumir a sua existência, a existência da pessoa cuidada e a existência da pessoa que cuida, nesse mesmo cuidado, é dar sentido à prática através da ligação das emoções e dos sentimentos nos “cuidados técnicos”.

Contudo, em termos da concepção de competências emocionais predomina a noção de Capacidade Interpessoal, que representa a capacidade para se manter atento, compreender e apreciar os sentimentos dos outros, assim como manter e estabelecer relações mutuamente satisfatórias e responsáveis com outras pessoas (Bar-On, 2000). Esta orientação é ainda corroborada pelo registo da empatia, como exemplo de competência emocional adquirida segundo a percepção dos alunos. Na literatura sobre empatia, de acordo com Roda (2002), pode distinguir-se entre empatia disposicional ou “traço” e empatia situacional ou “estado”. A primeira consiste numa tendência relativamente estável da pessoa em perceber e experimentar, de forma vicariante, os afectos de outras pessoas; já a empatia situacional será o grau de experiência afectiva vicariante que revela a pessoa numa determinada situação, sendo menos estável que a empatia disposicional, uma vez que depende de variáveis situacionais. No entanto, tanto a empatia disposicional como a situacional, afirma este autor, têm revelado, em vários estudos, uma relação consistente com a conduta pró-social/altruísta, especialmente em sujeitos adultos. Também Chabot (2000) refere que a empatia, em grande parte, diz respeito à nossa sensibilidade e à nossa capacidade de perceber o que os outros sentem, dado que o nosso corpo fala muito e transmite através da sua postura um grande número de mensagens que descodificamos consciente ou inconscientemente. A empatia permite captar e descodificar esta linguagem não-verbal e assim poder comunicar correctamente. Para este autor, a empatia torna-se assim um utensílio de comunicação muito poderoso, pois permite aplicar quatro ingredientes indispensáveis: compreender o outro – toda a gente quer ser compreendida pelos outros, mas são poucos aqueles que se esforçam por compreender os outros; fazer o outro sentir que o compreendemos – é frequente escutar-se os outros sem lhes fazer sentir que os compreendemos, pelo que é essencial dar-lhe retroacção (*feedback*); fazer-se entender pelo outro – é preciso fazer-se entender bem, utilizando um modo de linguagem apropriado e acessível ao outro e além disso, como a comunicação verbal não é dominante, é essencial incluir elementos não verbais apropriados; sentir que o outro nos compreendeu – é preciso não só descodificar se o outro consegue compreender aquilo que dizemos, mas também descodificar se ele percebe aquilo que dizemos sem ser por palavras, o que permite avançar para a ideia de que se trata de um grupo que promove a criação e manutenção das relações sociais (Bar-On, 1997).

Quanto à percepção dos alunos sobre a formação que é providenciada pela escola de formação base, no âmbito das competências emocionais, este grupo aponta para que esta

formação ocorra ocasionalmente, através de exemplos ou partilha de experiências por parte dos docentes, sendo portanto coerente que revelem achar insuficiente a informação obtida, até porque consideram a aprendizagem formal destas competências como importante. Quiçá por estas considerações, este grupo de alunos confirma a formação em competências emocionais fora da escola, até porque, mesmo em situação de estágio posicionam-se de forma neutra quanto à transmissão ou aplicação destas competências pelos orientadores de estágio clínico.

Parece ser manifesto que o aluno reconhece que tem necessidade de cuidar com emotividade. Reconhece, diz-nos Diogo (2006), porque tem consciência da experiência emocional no acto de cuidar. Estas faculdades emocionais são habilidades ou capacidades de regulação emocional que se enquadram nas mais recentes investigações sobre a gestão das emoções e sobre o sentimento de si, enquanto descoberta da consciência emocional, caracterizando-se pelo uso de estratégias implícitas e explícitas para aumentar ou diminuir a intensidade e a duração das experiências emocionais (Diogo, 2006). Ora, a maior parte das capacidades pode ser melhorada através da educação/formação, pelo que, possivelmente, as capacidades emocionais não serão excepção (Mayer & Salovey, 1997). Todavia, para este grupo de alunos, a avaliação destas competências por parte dos docentes do curso de Fisioterapia não é uma realidade, com excepção dos orientadores nos estágios clínicos.

Na análise efectuada anteriormente ainda apontámos para a existência de um grupo que representa os 20 anos e os 32 anos, portanto os limites etários inferiores e superiores da amostra. É este grupo que apresenta como opção prioritária o curso de Fisioterapia, indicando e destacando as competências científicas para o exercício de funções. Tendem, no que diz respeito à definição de competências emocionais, para o factor Humor Geral, que se manifesta pela capacidade de ser optimista, de ter satisfação só ou com os outros e de expressar sentimentos positivos (Bar-On, 2000). De facto, segundo Diogo (2006), esta atitude nos cuidados também pode funcionar como protecção para o profissional, podendo contribuir para desviar o foco de atenção dos pensamentos e emoções perturbadoras para algo agradável e satisfatório. Por exemplo, a fuga humorística, pode socorrer-se do riso para escapar a uma situação incongruente ou penosa, salvando o profissional da perturbação total, permitindo ventilar medos e angústias. Para Mercadier (2004), uma emoção penosa pode dar lugar ao riso, exercendo uma função de defesa psíquica, por exemplo, do medo, da vergonha, ou da cólera, que são emoções que põem à prova aqueles que as sentam, e por vezes deixam marcas difíceis de desaparecer. O humor consegue cortar-lhes o circuito, conclui a autora. Quanto à percepção que estes alunos têm do seu grau de competência emocional, referem tendencialmente dois níveis: baixo e bom, podendo eventualmente estarem relacionados com os escalões etários que este grupo associa. Ao serem pedidos, no guião da narrativa, exemplos

de competências emocionais que os alunos percebem ter ou gostar de vir a ter, surgem, no primeiro caso, a resolução de problemas e um nível compósito – mista 4, que agrega a relação interpessoal, a auto-consciência emocional e a empatia e, no segundo caso, a auto-estima e outro nível compósito – mista 2, que acrescenta à auto-estima, o controlo de impulsividade, a flexibilidade e o optimismo. Bar-On (1997) revela-nos que a auto-estima desenvolve-se a partir do conhecimento e da aceitação de si próprio, podendo definir-se como sendo a capacidade de perceber porque se sente, pensa e age de determinada forma, pelo que consideramos ser um aspecto positivo e fundamental esta pretensão por parte dos alunos, na medida em que o fisioterapeuta deve também “desenvolver o seu saber-ser, tanto consigo próprio como com o cliente, pois só assim é que consegue desenvolver cuidados de qualidade” (Madeira, 2007, p. 158).

Relativamente à promoção por parte da escola de algum tipo de formação neste campo, este grupo invoca outra vez a noção de conhecimentos adquiridos nas componentes teóricas, no âmbito do *saber* e dos conhecimentos científicos (competências científicas) ao apontarem algumas disciplinas, como Psicologia da Saúde, Comunicação e Ensino, Introdução à Profissão e outras, do 1º e/ou 2º ano do curso, como fonte de aquisição de informação nesta área. Embora classifiquem esta informação como pouco relevante, apesar da diversidade de disciplinas nomeadas, dão muita importância a esta forma de ensino mais formal e académica para a aprendizagem de competências emocionais, valorizando também o papel dos orientadores de estágio na aplicação e transmissão destas competências. Tal pode estar relacionado com o facto de, segundo Mercadier (2004), durante os estágios, a identificação antecipada com os seus futuros colegas já permitir a aquisição de regras, valores, e modelos de comportamento dos membros do grupo de referência. Silva e Silva (2004, in Ferreira, 2006) realçam que, a par da socialização, há outras competências adquiridas em contexto de trabalho: o trabalho de equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo. A plena interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho, os processos formativos desenvolvem capacidades emocionais, de resolução de problemas ou de pensamento criativo, de acordo com os autores. Finalmente, no que concerne à avaliação curricular, este grupo considera que as competências emocionais são, de facto, consideradas e/ou exigidas como factor de apreciação.

Consideramos estas as concepções e percepções dos alunos que constituem a amostra. Com algumas variabilidades implícitas, não deixam de ir ao encontro da essência da Fisioterapia: “A concepção, planeamento, organização, aplicação e avaliação do processo de

trabalho no âmbito da respectiva profissão, com o objectivo da promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da reinserção, deverá ser tomada com base nas competências necessárias ao Fisioterapeuta para um exercício autónomo, na resolução de problemas complexos, em interacção com pessoas em situação de fragilidade e sofrimento, em contextos igualmente complexos, diversificados, multidisciplinares e extremamente exigentes do ponto de vista ético” (APF, 2006, p.9). Estamos, assim, perante uma profissão em que os profissionais têm de trabalhar não só as emoções dos seus utentes que experienciam a dor, a disfunção e/ou a incapacidade e tudo a ela inerente, mas também as próprias emoções, uma vez que para além de profissional de saúde é um ser humano, uma pessoa individual, com objectivos e ideias específicos, o que exige dos seus profissionais um desenvolvimento emocional. Tal indicador merece ser desenvolvido para que seja possível que, cada um dos alunos, com as suas especificidades, procure atingir a excelência do cuidar e ser “... um perito ao nível das relações humanas” (Poletti, 1988, in Madeira, 2007, p.162).

Neste sentido, e pela leitura efectuada anteriormente, podemos dizer que apesar de todo o conceito de competências emocionais não se encontrar muito bem definido, pelos elementos da amostra, a totalidade dos alunos reflectiu sobre as competências emocionais, valorizando a sua importância para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. A reflexão feita pelos alunos permitiu-lhes uma tomada de consciência de si e das suas práticas actuais e futuras, o que vai ao encontro da perspectiva apresentada por Joyce-Moniz, na medida em que defende que este exercício metacognitivo promove uma introspecção auto-reactiva “... isto é, quando o indivíduo se auto-observa, age sobre o conteúdo do pensamento, modificando-o, ou mantendo-o ou substituindo-o” (Joyce-Moniz, 1988, in Figueira, 2001, p.118). Tais percepções aproximaram-nos da sua realidade, das suas dúvidas e das suas emoções.

Notas Finais, Limitações e Implicações

“Acreditamos que para cuidar com sensibilidade e afecto carecemos, primeiramente, de aprender a compreender as nossas emoções e sentimentos, na medida em que, “ser humano é sentir” e, a maior parte das vezes, as pessoas permitem-se “pensar os seus pensamentos” mas não “sentir os seus sentimentos” e “quem não é sensível aos seus próprios sentimentos dificilmente será sensível aos sentimentos dos outros” (Watson, 1985, in Diogo, 2006, p.88).

Sem dúvida que esta premissa envolveu o desenvolvimento desta investigação, na medida em que permitiu aos alunos desenvolverem uma auto-reflexão das suas percepções

relativamente às competências emocionais. Compreensivelmente, esta reflexão foi mais longe e envolveu uma análise pessoal das próprias concepções e práticas de cuidar (ainda que inserida no estágio clínico, mas já em contexto real de trabalho). Assumimos a auto-reflexão como um instrumento importante para a Fisioterapia, pois “...como profissão em constante evolução, (...) encontra-se permanentemente frente a novos desafios face a um corpo de conhecimentos também em permanente expansão (...). É a capacidade de demonstrar competência que nos torna ou não profissionais de excelência e não apenas a aquisição de um diploma ou certificado” (Fisio, 2008, p.7). Aceita-se que a combinação entre a reflexão e as percepções, na medida que o estudo incidia exactamente na reflexão feita pelos alunos sobre as suas concepções e percepções em relação às competências emocionais (em si e na sua formação), é uma associação promissora para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional.

Conseguimos sumariar, de uma forma geral, apoiando-nos nas respostas mais frequentes, que os alunos concebem a Fisioterapia como uma ciência ligada à saúde, apontando para uma concepção técnica, em que sendo necessárias competências científicas, técnicas, emocionais e relacionais, destacam como mais importantes para o exercício desta profissão as competências técnicas, emocionais e relacionais, ou seja, têm a percepção das emoções como competências no acto de cuidar e reconhecem a sua importância para o desenvolvimento de uma relação terapêutica promissora. Denota-se alguma predominância do factor Adaptabilidade que, para Bar-On (2000), corresponde à capacidade para verificar as emoções através de pistas externas objectivas e avaliar com precisão a situação imediata. Implica ainda ser flexível, de forma a alterar os sentimentos e pensamentos à medida que mudam as situações, e resolver problemas pessoais e interpessoais, pelo que o aluno conhece e está desperto às suas emoções e aos seus sentimentos, bem como está sensível às emoções dos outros. A competência emocional que os alunos mais referem, como estando já presente nas suas aptidões, é a empatia, que ao definir-se pela capacidade de compreender e ter em conta os sentimentos, necessidades e emoções dos outros, revela-nos que a expressão emocional é permitida, privilegiando um cuidar personalizado e centrado no bem-estar da pessoa cuidada. Relativamente à sua formação nesta área, enquanto alunos do curso de Fisioterapia na Escola Superior de Tecnologias da Saúde auscultada, revelam ter tido no 1º e/ou 2º ano, em algumas disciplinas, conteúdos educativos dentro deste âmbito, o que eles consideram importante, visto que a esmagadora maioria não tem ou teve qualquer outro tipo de formação em competências emocionais. Acrescentam que, também em alguns locais de estágio a transmissão e/ou a aplicação das competências emocionais está presente, mas consideram que não são avaliadas no contexto curricular.

Porém, a maior dificuldade deste estudo residiu nas próprias percepções, porque não estamos a falar de realização ou adequação de técnicas, nem do aperfeiçoamento da destreza manual, mas sim “do que se sente” e, falar de sentimentos e emoções implica por si só a competência de conhecer, compreender e ser capaz de verbalizar. E isto nem sempre é tarefa fácil, pois implica que o desenvolvimento cognitivo deve ter como cúmplice subjacente, o conhecimento e o desenvolvimento emocional. Carolyn Saarni (1999, in Branco, 2007, p. 363) traduz na perfeição esse vínculo do que define como sabedoria, quando se questiona “Não consigo conceber sabedoria sem competência emocional, mas pode alguém ser emocionalmente competente e ainda assim não ter sabedoria (...) para que nos tornemos sábios, precisamos primeiro, tornarmo-nos emocionalmente competentes...”, o que remete para as habilidades emocionais como sustentação de outras competências e para o ângulo de abordagem do nosso estudo.

Consideramos, pois, que a realização deste estudo contribui para sensibilizar esta população – alunos e docentes de Fisioterapia, para a questão das competências emocionais. Em última análise, o presente estudo pretende, não só no decorrer da recolha dos dados, mas fundamentalmente com a partilha dos resultados, transformar-se num instrumento relevante para a valorização do processo de formação dos futuros profissionais de Fisioterapia, com reflexos na melhoria dos cuidados e consequentemente na optimização dos recursos humanos em torno de uma maior humanização do cuidar do utente, permitindo uma maior homogeneidade de percepções e maximizando estas no sentido de formar profissionais emocionalmente inteligentes.

Os docentes de Fisioterapia podem, de facto, contribuir não só com todo o seu conhecimento científico e técnico, mas também tornando-se não só exemplos de conduta humana, cultural e ética, mas também guias da aprendizagem das capacidades emocionais tão necessárias à profissão. No entanto, os docentes só poderão ser o motor e os guias desta aprendizagem se conhecerem os seus alunos. E isto significa compreender o seu desenvolvimento como pessoas, as suas capacidades emocionais prévias, os seus “pontos fracos” e “pontos fortes”. Este é um percurso feito de uma forma gradual, ao longo da infância e adolescência, da dependência para a independência do indivíduo. Isto significa que aos 18 ou 19 anos de idade, altura mais frequente de ingresso no ensino superior, os jovens já encerram em si próprios muitas diferenças no que diz respeito às competências emocionais (Ferreira, 2006). Estas diferenças, desenvolvidas ao longo de vários anos, são o produto da interacção entre as características genéticas do indivíduo, tipo de família e educação familiar no qual este cresceu, os modelos de escola e sociedade, assim como a cultura, crenças e valores subjacentes ao seu meio (Damásio, 2003). Isto não quer dizer que os jovens sejam

“produtos acabados”, mas sim pessoas em desenvolvimento e em formação. Assim, e em vez de serem considerados um “produto acabado” da interação entre genes, cultura e educação, os alunos de Fisioterapia podem ser vistos também como “janelas de oportunidade”, termo utilizado por Saarni (1997, in Ferreira, 2006), quando se refere ao potencial em desenvolver as capacidades emocionais.

Na realidade, os fisioterapeutas experienciam diariamente múltiplas situações de cuidados emocionalmente significativas, para as quais têm de estar preparados, pelo que a actualização das suas competências é fundamental e uma exigência assídua, pois “... é também esta constante evolução que nos desafia continuamente a demonstrar novos conhecimentos, novas competências e novas práticas mais eficazes na intervenção específica na área da saúde e bem-estar, áreas que por excelência muito dignamente representamos profissionalmente (Fisio, 2008, p.14). O fisioterapeuta deve estar desperto para esta evolução e deve ser um agente inovador nesse processo que se constitui a partir do abandono dos velhos laços de protagonismo das preocupações tecnicistas e reducionistas e do investimento em vias de conhecimento que permitam estudar o binómio saúde-doença e maximize as possibilidades de promoção da qualidade dos cuidados prestados ao utente. Neste sentido, defendemos o destaque do estudo sobre as emoções, como uma abordagem potencial da experiência do cuidar, pois consideramos ser uma das “...chaves que permitam apreender a natureza dos cuidados e explicar os seu conteúdo” (Colliére, 2003, p. 9), pelo que “...aprender a perceber emoções e sentimentos, tanto dos prestadores de cuidados como das pessoas cuidadas, é fonte incomensurável de saberes...” (Colliére, 2003, p. 158).

Conhecer a relevância das emoções nos processos de raciocínio não significa que a razão seja menos importante do que as emoções, afirma Damásio (1995). A referência às emoções cria com frequência a imagem de uma percepção virada para a própria pessoa, de um certo desinteresse pelo mundo em redor e de tolerância para as insuficiências de desempenho intelectual. É precisamente esta falta de compreensão da natureza das emoções e da razão, refere o autor, “que suscita alarme”. A concepção de organismo humano e a relação entre emoção e razão que emerge dos resultados já discutidos sugerem, no entanto, “que o fortalecimento da racionalidade requer que seja dada uma maior atenção à vulnerabilidade do mundo interior (Damásio, 1995, p. 253).

Os autores da área sustentam que a energia relativa às emoções pode e deve ser usada pelo próprio que as sente, no sentido de alcançar os seus objectivos, se para tanto for ensinado (Branco, 2007), pelo que o estudo aqui relatado procura prevenir que a aprendizagem dos cuidados seja feita na negação das emoções dos que cuidam (Mercadier, 2004).

Estas implicações vão ao encontro da prática de cuidados, uma vez que consideramos

que a percepção das emoções em si próprio e nos outros e a compreensão dos seus significados são capacidades importantes no que concerne a todo o processo de tratamento de fisioterapia, desde a avaliação inicial, planeamento e reavaliação final, passando pela execução dos cuidados. É importante realçar a importância da escuta, da reflexão, da gestão do silêncio e da comunicação não verbal em todo o processo (Ferreira, 2006).

É um facto que a cultura institucional é muito forte e as condições de trabalho podem não favorecer a expressividade humana do sentimento, no entanto, a sua compreensão e reconhecimento, pela importância que tem para os cuidados, pode projectar-se à medida que for sendo protagonizada com intencionalidade e convicção (Diogo, 2006). Daí que a necessidade de formação ao nível da compreensão e gestão das situações emotivas de cuidados sugira uma temática dos planos de estudos. As aulas teóricas ficariam enriquecidas se incluíssem análise de situações de cuidados em ensino clínico e também técnicas de autoconhecimento, para além dos relatos das experiências emocionais dos fisioterapeutas na sua prática, que os alunos mencionaram acontecer ocasionalmente. Estes devem aprender a nomear e compreender as emoções/sentimentos e o processo emotivo, assim como devem ter contacto com investigações nesta área.

Na concepção de Defalco (1997, in Ferreira, 2006), e transpondo para o ensino de fisioterapia, o contexto de estágio clínico poderá ser a forma de lhes proporcionar experiências com vista ao reforço da identidade profissional e da sua capacidade crítica, através da análise e reflexão das suas vivências individuais e dos contextos onde desenvolvem a sua actividade de formação, podendo ser uma forma eficaz no desenvolvimento das capacidades emocionais do aluno. É ainda importante que se debatam as experiências emocionalmente significativas, para que as emoções sejam entendidas como competências de acção e interacção e se ultrapasse as situações com êxito (Madeira, 2007), uma vez que para além de Adaptabilidade têm de desenvolver capacidades Intra e Interpessoais e de Gestão de stresse, sem esquecer a valorização do Humor geral expresso na sua conduta. Acreditamos na validade das atitudes formativas, que permitam uma auto-reflexão e uma actualização de conhecimentos sobre o desenvolvimento emocional, para a certificação das emoções em competências emocionais e estas numa verdadeira forma de inteligência: a Inteligência Emocional.

A leitura e análise deste estudo não pode deixar de ter em conta algumas limitações. Entre estas limitações, identificámos, em primeiro lugar, a pesquisa considerada possível a partir de 26 narrativas. Apesar de termos obtido as narrativas da totalidade de alunos do 4º ano desta Escola, o número de alunos auscultados deve ser expandido e o campo de pesquisa diversificado, dado que a variabilidade e diferencialidade da amostra teórica serão tanto mais

consistentes quanto a continuidade da investigação.

Um outro aspecto com implicações relevantes tem a ver com a subjectividade implícita na interpretação dos dados, relacionando-se com a teorização que emergiu da investigação. Como refere Benner (2001, in Diogo, 2006), a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. A interpretação dos resultados do estudo deve pois ser vista como um guia que permite colocar questões, sendo esse diálogo prático com a teoria que torna possíveis ou acessíveis os aperfeiçoamentos.

E finalmente, este estudo deve ser visto como preliminar face à limitação do tempo.

Gostaríamos ainda de nomear algumas implicações a nível da investigação, pois consideramos as competências emocionais uma área frutífera para o desenvolvimento pessoal e profissional dos fisioterapeutas. Neste sentido e, compreensivelmente, surgem novas interrogações e questões susceptíveis de se tornarem novas investigações, nomeadamente alargar o estudo a outras Escolas, a alunos que frequentam outros anos e mesmo a profissionais.

Um outro aspecto, que poderá eventualmente também ser desenvolvido, será a questão da análise curricular do curso de Fisioterapia nas Escolas que dão formação base /inicial nesta área, tendo sempre como referência conteúdos ligados às competências emocionais, pesquisando quer a sua vertente qualitativa e quantitativa como a sua operacionalização e actualização por parte dos docentes, por exemplo.

Em particular, fica a sugestão para um estudo que explore a orientação do cuidar, mas na perspectiva do utente, em termos das suas necessidades emocionais e sobre as congruências existentes na satisfação dessas necessidades, por parte dos profissionais de Fisioterapia. Consideramos que o parecer do doente é sempre uma mais valia para a reflexão e adequação das práticas às suas reais necessidades.

A pessoa que recorre aos cuidados necessita de carinho, de afecto e de uma disponibilidade sensível por parte de quem cuida (Diogo, 2006), pelo que deixo em aberto a reflexão que fica após percorrer os traços desta investigação:

“Não parece provável, a breve trecho, que diminuam a proclamação de sentimentos feridos, a procura desesperada da diminuição da dor e do sofrimento individuais ou o chorar inarticulado pela perda de equilíbrio e felicidade interiores, nunca alcançados, a que a maioria dos seres humanos aspira. Seria absurdo pretender que a medicina curasse sozinha uma cultura doente, mas é igualmente absurdo ignorar esse aspecto da doença humana” (Damásio, 1995, p. 262).

Bibliografia

A

- Ashkanasy, N. (2006). Emotional Intelligence: An International Handbook. *Personnel Psychology*, 59 (2), 464-467.
- Almeida, A. (2004). *Cognição como resolução de problemas: novos horizontes para a investigação e intervenção em psicologia e educação*. Dissertação de Doutoramento, área de especialização em Psicologia Pedagógica. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra.
- APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2005). *Fisioterapia – Padrões de Prática* (3ª edição). S. Domingos de Rana: APF.
- APF - Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2006). Autorização do exercício de actividades técnicas de diagnóstico e terapêutica. *Boletim Informativo*, 11, 3-10.
- Araújo, I. (2004). *Aprendem doença, educam para a saúde: influência da formação, em futuros profissionais de saúde em concepções saúde/doença, educação para a saúde e sua implementação*. Dissertação de mestrado em Educação, área de especialização em Educação para a Saúde da Universidade do Minho. Acedido em 07-03-2008 em URL: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/about.jsp>

B

- Bar-On, R. (1997). *About the Bar-On Emotional Quotient Inventory*. Acedido em 12-01-2008 em URL: www.eiconsortium.org.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory. In R.Bar-On & J. Parker (Eds.), *The Handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in workplace* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). *The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI)*. Acedido em 06-03-2008 em URL: www.eiconsortium.org.
- Bar-On, R. (2007). *Theoretical foundations, background and development of the Bar-On model of emotional intelligence*. Acedido em 04-08-2008 em URL: <http://www.reuvenbaron.org/>
- Botomé, S. (1994). *Contemporaneidade, Ciência, Educação e Verbalismo!* Erechim: Editora da URI (Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões).
- Branco, M. (2007). Competência emocional em professores. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana, 1*. Coimbra: Quarteto.
- Bueno, J. & Primi, R. (2003). Inteligência emocional: um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções [online]. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 279-291.

Bueno, J., Santana, P., Zerbini, J. & Ramalho, T. (2006). Inteligência emocional em estudantes universitários [online]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (3), 305-316. Acedido em 11-02-2008 em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722006000300007&lng=en&nrm=iso.

C

Canário, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In R. Canário (Org.), *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.

Candeias, A. & Nunes, F. (2007). Competência humana – questões acerca da sua natureza. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana, 1*. Coimbra: Quarteto.

Carcel, C. (2000). O Holismo na Educação para a Saúde. *Trajectos e Projectos*, 2, 31-35.

Carlotto, M., Nakamura, A. & Câmara, S. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 37 (1), 57-62.

Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação - Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Caruso, D. (1999). *Applying the Ability Model of Emotional Intelligence to the World of Work*. Acedido em 11-02-2008 em URL: <http://cjwolfe.com/article.doc>

Chabot, D. (2000). *Cultive a sua Inteligência Emocional*. Cascais: Pergaminho.

Collière, M. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida* (2ª edição). Loures: Lusociência.

Conte, J. (2005). A review and critique of emotional intelligence measures. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 433-440.

Coquet, E. (2005). São Mateus, cap. XXV, v. de 14 a 30 ou, de como os caminhos da investigação, retomam as parábolas do Sec. I. *Comunicação apresentada na Semana das Artes*, Viana do Castelo, Maio 2005. Universidade do Minho. Acedido em 11-02-2008 em URL: <http://hdl.handle.net/1822/2887>

Coutinho, I. (2007). O Exercício em Fisioterapia - Padrões de Prática. *Arquivos da Fisioterapia*, 1 (3), 48-53.

D

Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (4), 989-1015.

Damásio, A. (1995). *O erro de Descartes – Emoção, razão e Cérebro Humano* (24ª edição). Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

Damásio, A. (2003). *Ao encontro de Espinosa: as emoções sociais e a neurologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América, Lda.

Dasborough, M. (2007). A Critique of Emotional Intelligence: What Are the Problems and How Can They Be Fixed? *Personnel Psychology*, 60 (1), 235-238.

Diogo, P. (2006). *A vida emocional do enfermeiro – uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Dyniewicz, A. (2008). Tendências no relacionamento humano na área da saúde. *Cogitare Enfermagem*, 13 (2), 290-295.

E

Espadinha, A. & Reis, M. (1997). A colaboração escola/serviços. *Nursing*, 10 (114), 31-34.

Eva-Ferreira, A. (2006). Trabalho ou profissão? *Arquivos da Fisioterapia*, 1 (2), 54-57.

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Cabello, R. (2007). Validez del constructo de inteligencia emocional – diferencias del género y de la edad usando el MSCEIT. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana, 1*. Coimbra: Quarteto.

F

Faria, L. (2007). Concepções pessoais de inteligência: na senda de um modelo organizador e integrador no domínio da motivação. *PSIC - Revista de Psicologia*, 8 (1), 13-20.

Faria, L. & Neves, S. (2005). Concepções Pessoais de competência: da Integração Conceptual à Intervenção Psicopedagógica. *Psicologia*, XVIII (2), 101-128.

Ferreira, L. (2006). *Tradução e avaliação das propriedades psicométricas do MSCEIT- estudo preliminar numa amostra de alunos de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, área de especialização em Psicologia Universitária. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.

Figueira, A. (1994). *Em Torno do Rendimento Escolar*. Dissertação de Mestrado, área de especialização em Psicologia Pedagógica. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra.

Figueira, A. (2001). *Das epistemologias pessoais à epistemologia das práticas educativas: estudo das vivências metodológicas numa amostra de professores dos 3º ciclo e ensino secundário, das disciplinas de matemática, Português e Inglês*. Dissertação de Doutoramento, área de especialização em Psicologia Pedagógica, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra.

Figueira, A. & Almeida, A. (2006). Avaliação em diversos contextos de intervenção psicológica: a avaliação da Inteligência Emocional. *Comunicação apresentada na XI Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, Braga, 5-7 de Outubro 2006. Universidade do Minho

- Fisio (2008). Fitness, funcionalidade, fisioterapia e condição física. *Fisio*, 3,7-16.
- Franco, M. (2003). *A gestão das emoções na sala de aula. Projecto de modificação das atitudes emocionais de um grupo de docentes do 1º ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Doutoramento. Universidade da Madeira, Departamento de Ciências da Educação.
- Franco, M. (2007). Inteligência Emocional – modelos, instrumentos de avaliação e limites. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana, 1*. Coimbra: Quarteto.
- Freitas, F. & Noronha, A. (2006). Inteligência emocional e avaliação de alunos e supervisores: evidências de validade. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (1), 77-93.

G

- Garcia, C. (1999). *Formação de professores para uma mudança educativa*. Porto: Porto Editora.
- Gil, J. (1990). *Introdução à Profissão - apontamentos da disciplina*. Licenciatura em Fisioterapia. Coimbra: Escola Superior de Tecnologias da Saúde.
- Goleman, D. (1996). *Inteligência emocional*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2000). *Trabalhar com Inteligência Emocional* (2ª edição). Braga: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (2002). *Inteligência Emocional* (11ª edição). Lisboa: Temas e debates.
- Gouveia, M. (2002). *História de uma vida, história de uma profissão*. V Congresso Nacional de Fisioterapeutas. Lisboa.
- Guerra, I. (2005). De um perfil de técnico para um estatuto de profissional [Online]. *Medicina & Saúde*. Acedido em 08-02-2008 em URL: <http://www.jasfarma.pt/>
- Guerra, I. (2008). Cuidados de saúde primários e continuados – alguns contributos para a definição do papel dos fisioterapeutas. *Fisio*, 2, 4-6.

H

- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

I

- International Society for Research on Emotion - ISRE (2008). *Teaching* [online]. Acedido em 08-02-2008 em URL: www.isre.org/

J

- Janela, M. (2003). *O que pensam os alunos do professor*. Dissertação de Mestrado, área de especialização em Psicologia da Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra.
- Jordão, A. (1997). *O balanço das competências. Conhecer-se e reconhecer-se para gerir os seus adquiridos pessoais e profissionais*. Lisboa: Coleção Bem-me-Quer.

L

- Landy, F. (2005). Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 411–424.
- Lindquist, I., Engardt, M. & Richardson, B. (2004). Early learning experiences valued by physiotherapy students. *Learning in Health and Social Care*, 3 (1), 17-25.
- Liptak, J. (2005). Using emotional intelligence to help college students succeed in the workplace. *Journal of Employment Counseling*, 42 (4), 171-178.
- Lopes, M. (1993). Como estou eu a cuidar. *Servir*, 41 (2), 59-67.
- Lopes, P., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M. & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, 18, 132-138.
- Lourenço, C. (1996). *Estratégias de estudo e expectativas de auto-eficácia: um estudo exploratório com aluno do 3º ano do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado, área de especialização em Psicologia Pedagógica. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra.
- Lourenço, D. (2005). *O Tutor: Que Competências?* Dissertação de Mestrado, área de Pedagogia Universitária. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação de Coimbra.

M

- Madeira, S. (2007). *Auto-percepção das Competências Emocionais – estudo com um grupo de enfermeiros de cuidados de saúde diferenciados*. Dissertação de Mestrado não publicada, área de especialização em Psicologia Pedagógica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra.
- Märtin, D & Boeck, K. (1997). *QE - O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa: Editora Pergaminho.
- Mayer, J. & Salovey, J. (1997). What is Emotional Intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.). *Emotional Development and Emotional Intelligence - Educational Implications*, (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J.; Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Competing models of emotional intelligence. In R. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligences*. 2ª edição. pp. 396-421. New York: Cambridge University Press.

Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242.

Melo, R. (2004). *Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, área de especialização em Pedagogia Universitária. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*. Loures: Lusociência.

Mischel, W. et al. (2004). *Introduction to Personality: towards an integration*. New York: John Wiley & Sons.

Ministério da Saúde (1993). Dec.Lei n.º261/93 de 24 de Julho. Acedido em 08-02-2008 em URL: www.apfisio.pt/Ficheiros/definicoes.pdf

Ministério da Saúde (1999). Decreto-Lei n.º 320/99. D.R. n.º 186, Série I-A de 1999-08-11. Acedido em 16-03-2009 em URL: www.dre.pt/

Ministérios da Educação e da Saúde (1999). Portaria n.º 505-D/99. D.R. n.º 163, 2.º Suplemento, Série I-B de 1999-07-15. Acedido em 16-03-2009 em URL: www.dre.pt/

Ministérios da Educação e da Saúde (2001). Portaria n.º 214/2001. D.R. n.º 63, Série I-B de 2001-03-15. Acedido em 16-03-2009 em URL: www.dre.pt/

Ministérios das Finanças e da Saúde (1986). Portaria n.º 256-A/86. D.R. n.º 122, Suplemento, Série I de 1986-05-29. Acedido em 16-03-2009 em URL: www.dre.pt/

Moreira, P. (2005). *Ser professor: competências básicas...4 – resolução de problemas, tomada de decisões, gestão de emoções e promoção da saúde*. Porto: Porto Editora.

N

Nascimento, M., Sampaio, R., Salmela, J., Mancini, M. & Figueiredo, I. (2006). A profissionalização da Fisioterapia em Minas Gerais. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10 (2), 241-247.

Nunes, L. (2002). Competências morais no exercício da enfermagem: cinco estrelas. *Nursing*, 71, 8-11.

O

Oliveira, M. (2005). *A interação social e a pertinência da inteligência emocional como hipótese de construção de uma interação social mais saudável, válida e nutritiva em ambientes humanos*. Acedido em 04-08-2008 em URL: www.psicologia.com.pt.

OMS (2008). *Constituição da O.M.S.(OMS/WHO)*. Acedida em 18 de Fevereiro de 2008 em URL: www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm

P

Périssé, P. (2007). *Educação emocional*. Acedido em 04-08-2008 em URL: www.psicologia.com.pt.

Phaneuf, M. (2002). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar.

Pires, M. (1995). *Formação contínua dos professores: contributo para o estudo das necessidades de formação dos directores de turma do ensino secundário*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Pedagógica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Pio Abreu, J. (2007). *Quem nos faz como somos*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Primi, R., Bueno, J. & Muniz, M. (2006). Inteligência emocional: validade convergente e discriminante do MSCEIT com a BPR-5 e o 16PF. *Psicologia: ciência e profissão*, 26 (1).

R

Raya, D. (2005). Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educacion Medica Superior*, 19 (3), 234-239.

Rispail, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Roazzi, A., Dias, M., Athias, R., Brandão, M., Campello, B & O'Brien, D. (2007). Inteligência, processos mentais e contexto cultural. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana*, vol. 1. Coimbra: Quarteto.

Roberts, R., Flores-Mendoza, C. & Nascimento, E. (2002). *Inteligência Emocional: um construto científico?* Acedido em 06-02-2008 em URL: [http:// sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/23/05.doc](http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/23/05.doc)

Rocha, A., Melo, M., Santos, N. & Candeias, A. (2007). Emotional Intelligence view 360 questionnaire – estudos psicométricos com profissionais portugueses. In A. Candeias & L. Almeida (Coord.), *Inteligência humana*, 1. Coimbra: Quarteto.

Roda, E. (2002). *Implementação e avaliação de um programa de competências sócio-emocionais com adolescentes do 3º ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra.

Rodrigues, I. (2003). Uma reflexão sobre as Jornadas “A Fisioterapia em Tempo de Mudança”. *Boletim Informativo*, 5, 7-8.

S

Saarni, C. (1988). Emotional competence: how emotions and relationships become integrated. In R. A. Thompson (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation*, vol. 36, 115-182. University of Nebraska Press.

Saarni, C. (1999). *The Development of emotional competence*. New York: Guilford Press.

Salvador, S. & Relvas, H. (2008). Registos em fisioterapia – sinais de identidade e autonomia. *Fisio*, 2, 12-16.

T

Temido, M. (2005). *Significações em torno da Reorganização Curricular do Ensino Básico. A organização dos tempos lectivos em “blocos” de 90 minutos vivida por professores*. Dissertação de Mestrado, área de especialização em Educação de Adultos e Intervenção Comunitária, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

Tiago, M. (2006). *Ensinar e aprender a pensar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

V

Vieira, P., Baggio, A. & Maraschim, R. (2007). Competências desenvolvidas por académicos de Fisioterapia e implicações para o exercício profissional. *Revista Digital*, 12 (112) [Online]. Acedido em 08-02-2008 em URL: www.efdeportes.com/efd112/competencias-desenvolvidas-por-academicos-defisioterapia.htm

Vale, V. (2003). *Fios e desafios da inteligência sócio-emocional: percepção dos educadores de infância sobre as suas estratégias de gestão do comportamento das crianças*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação (Psicologia da Educação). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação de Coimbra.

Veiga, E. & Miranda, V. (2006). A importância das inteligências intrapessoal e interpessoal no papel dos profissionais da área da saúde. *Ciências & Cognição*, 3 (9). Acedido em 08-12-2008 em URL: www.cienciasecognicao.org

Ven, A. & Vyt, A. (2007). *Competence Chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education - A Comparison of the European Union and the United States*. Antuérpia: Garant Publishers & the authors.

Veríssimo, R. (2005). Inteligência emocional, apoio social e regulação afectiva. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 345-352.

Vital, E., Baltazar, C., Gavinho, C. & Mendes, I. (2006). O Processo de Profissionalização dos Fisioterapeutas Portugueses. *Arquivos de Fisioterapia*, 1 (2), 2-13.

Vítor, G. (1997). *Inteligência Emocional e a Escola de Educação Emocional*. Acedido em 08-09-2008 em URL: <http://www.trilhadacrianca.com.br/paginas/fala2.htm>

W

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. In J. Enes (trad.). Loures: Lusocência.

Watzlawick, P. (1993). *Paradigma da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix.

Wikipédia (2008). Acedido em 06-02-2008 em URL: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Fisioterapia>.

Anexos

Anexo 1

Pedido de Consentimento Informado

Obtenção do Consentimento Informado

Eu, Sandra Isabel Paula de Carvalho, fisioterapeuta, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia, área de especialização de Psicologia Pedagógica, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Neste âmbito e para a realização da Dissertação final, que tem como tema “*As Competências Emocionais na formação do Fisioterapeuta – estudo com um grupo de alunos de Fisioterapia*”, é necessário desenvolver um trabalho empírico, que eu gostaria de concretizar junto de uma amostra de alunos do 4º ano de Fisioterapia.

Para a efectivação do estudo será então necessário a elaboração de uma narrativa semi-estruturada, anónima, com duração de aproximadamente 60 minutos, que servirá para uso exclusivo da investigadora.

Saliento desde já a importância da vossa participação e contributo imprescindível das vossas opiniões.

Muito obrigada.

Outubro de 2008

Aceito participar voluntariamente neste estudo de investigação, autorizando a utilização das informações recolhidas, salvaguardando o anonimato e a confidencialidade das mesmas.

Guião da Narrativa

Elementos de Identificação

1. Idade: _____
2. Género: F____ M____
3. Ano lectivo da 1ª inscrição neste curso: _____ /

Guião da narrativa

Pretende-se, nesta parte, que elabore uma narrativa que aborde fundamentalmente os itens que se seguem:

- a) O que é para si a Fisioterapia? Foi o curso que colocou como sua primeira escolha?
- b) Ser Fisioterapeuta implica ter competências? Explícite o tipo de competências. Quais é que acha mais importantes? Porquê?
- c) O que entende por competências emocionais? Qual será a importância dessas competências emocionais no desempenho das suas funções como Fisioterapeuta?
- d) Que grau de competência emocional considera ter? Dê exemplos de competências emocionais que possui e de competências emocionais que gostaria de possuir.
- e) Acha que a sua escola promove algum tipo de formação no campo das competências emocionais? Se *sim*, em que ano e em que disciplina a recebeu? Como é que foi abordado o assunto? Quantas aulas é que lhe foram dedicadas e que temas foram apresentados? E como experienciou essa formação?
- f) Considera importante a aquisição de conhecimentos formais (numa disciplina, unidade, etc.) nesta área?
- g) Tem alguma formação, fora da escola, na área das competências emocionais? Se *sim*, quando e onde a recebeu? Como experienciou essa formação?
- h) Considera que, nos estágios, os orientadores transmitem e/ou aplicam esse tipo de competência no seu relacionamento com os utentes e pares? Em que moldes o fazem?
- i) Considera que na sua avaliação curricular (teórica e prática) são consideradas e/ou exigidas competências emocionais? Explícite.

Obrigada pela sua colaboração
