

Competência Emocional do Enfermeiro: A significação do constructo

Emotional Competence of the Nurse: The significance of the construct

SANDRA XAVIER

Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde IPBeja, MSc, RN

LUCÍLIA NUNES

Professora Coordenadora, Escola Superior de Saúde IPSetúbal, PhD, MSc, RN

MARTA LIMA BASTO

Professora Coordenadora, Aposentada, PhD, MSc, RN

Nas últimas décadas a incidência dos estudos sobre a temática das emoções na enfermagem centrou-se, sobretudo, na experiência emocional dos doentes e dos enfermeiros, deixando espaço para o foco da competência emocional do enfermeiro. Considerando que o contexto de fim de vida é repleto de sentimentos, sensações e emoções difíceis de gerir pelos enfermeiros, tornou-se fundamental significar os cenários emocionais importantes na prestação de cuidados de conforto durante essa fase do ciclo de vida. A finalidade deste estudo é contribuir para a clarificação do significado do desenvolvimento de competências emocionais no agir profissional do enfermeiro, assumindo como centro de interesse o contexto da prestação de cuidados de conforto à pessoa internada em unidade de cuidados paliativos. Considerando o problema e os objetivos em estudo, optou-se por um referencial metodológico de natureza qualitativa, com carácter descritivo e exploratório. Os sujeitos em análise são enfermeiros e pessoas que vivenciam o fim de vida, e que aceitaram participar no estudo através de entrevista semiestruturada, tendo sido assegurados e protegidos os procedimentos éticos inerentes. Para a análise do fenómeno em estudo, analisaram-se os dados usando a análise crítica do discurso de Fairclough. Do estudo emergiu o constructo da 'competência emocional do enfermeiro', como sendo um conjunto de capacidades que permitem conhecer, regular, atingir e gerir fenómenos emocionais de modo a construir e manter relações interpessoais em ambiente afetivo, o qual se enforma em torno de cinco dimensões, e se transforma igualmente em cinco capacidades.

Palavras-chave: análise de discurso, competência emocional, enfermeiro, significação, fim de vida.

In recent decades the studies on the topic of emotions in nursing has focused mainly on the emotional experience of patients and nurses, which left the field of research open for studies focusing on the emotional competence of nurses. The context of end of life is full of feelings, sensations and emotions that are difficult for nurses to manage so it has become key to underline the emotional scenarios important in providing comfort care during this phase of the life cycle. The purpose of this study is to help clarify the meaning of emotional competence development in professional practice while assuming that the main objective is to provide comfort care to patients admitted to palliative care units. Considering the problem and objectives in the study, we decided to apply a qualitative methodological framework with a descriptive and exploratory nature. The subjects under consideration are nurses and patients experiencing end of life, and who have agreed to participate in the

study through semi-structured interviews. The inherent ethical procedures have been secured and protected. For the analysis of the phenomenon under study, the speeches were analysed using critical discourse analysis of Fairclough. Conclusion: The study output was a construct called 'emotional competence of nurses'. This construct encompasses a set of capabilities that allow us to know, regulate, manage and achieve emotional phenomena in order to build and maintain interpersonal relationships in an affective environment. It bases itself around five dimensions, and it also becomes five capabilities.

Keywords: Discourse analysis, emotional competence, nurse, significance, end of life.

INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado reproduz uma parte do percurso realizado no âmbito do Doutoramento em Enfermagem. Tomamos como foco o desempenho profissional e os contextos que nele se vivenciam, para ser possível significar a competência emocional do enfermeiro, em unidade de cuidados paliativos.

As emoções constituem um desafio permanente à capacidade do ser humano pensar sobre si e sobre a sua relação com o mundo. Compreender as emoções, enquanto figuras do comportamento humano, constitui um dos grandes objetivos para quem desenvolve a sua atividade profissional com e para as pessoas. O desenvolvimento conceptual assume-se como uma realidade recente e sob diversas perspetivas científicas, surgindo com impacto significativo por autores que impuseram mudanças determinantes na conceção de emoção (Xavier, 2013). A emoção foi incrementada como campo de investigação na Enfermagem apenas após os anos noventa do século passado. Contemporaneamente, são cada vez mais os autores que consideram fulcral a integração e desenvolvimento das emoções em vários domínios da vida, desde os contextos formativos¹ aos contextos cuidativos². O grande enfoque dos estudos em Enfermagem, até agora, centra-se nas estratégias emocionais como forma de potenciar a prestação de cuidados de conforto, a informação e empoderamento dos doentes, como também na identificação das experiências emocionais dos enfermeiros e dos doentes, deixando, dessa forma, espaço para o foco da competência emocional do enfermeiro.

As emoções não são atos racionais, portanto não são causas (diretas) de cognição. Gera sentimentos, atos racionais, e estes são utilizados para a aprendizagem, ou seja, são iniciadoras do processo (de aprendizagem). Se as emoções proveem uma resposta imediata para certos desafios e oportunidades enfrentados por um organismo, o sentimento relacionado a elas provê isso como um alerta mental. Sentimentos amplificam o impacto

¹ Goleman (1995); Steiner & Perry (2005); Jesus (2004); Veiga-Branco (2005).

² Agostinho (2008); Bisquerra (2009); Costa (2009); Diogo (2006, 2012); Smith (1992); Vilela (2006).

de uma determinada situação, aperfeiçoam a aprendizagem e aumentam a probabilidade que situações similares possam ser antecipadas³. Neste sentido, o propósito de associar a mente emocional e a mente racional orienta-nos para as matrizes emocionais como leme do comportamento humano e do desempenho profissional.

A harmonia e o equilíbrio constantes entre as duas mentes (racional e emocional) tornam as pessoas emocionalmente inteligentes: a mente emocional suporta a mente racional; a mente racional assume um papel de 'controlo' da mente emocional. A relação constante de equilíbrio entre a mente emocional e a mente racional funde-se numa relação de reciprocidade: quanto mais intenso é o sentimento, maior é o domínio da mente emocional sobre a mente racional; por sua vez a mente racional, através das linhas orientadoras de bom senso e boas práticas que recebe (da mente emocional), controla a mente emocional (Damásio, 2000). Neste sentido, a relação assume um carácter interdependente, com circuitos distintos e interligados no cérebro humano, que tende para o equilíbrio, podendo por vezes entrar em situações de conflito.

A aprendizagem e desenvolvimento emocional assumem-se, assim, como um vetor importante na vida do ser humano, ajudando-o a vivenciar o dia-a-dia com ênfase na capacidade intelectual e no estabelecimento de relações interpessoais significativas para a harmonia interior de cada Ser.

Todavia, as emoções não dependem do tipo de circunstâncias que o ser humano vive, mas sim da avaliação dessas circunstâncias envolvendo uma modificação substancial. Ocorrem quando a pessoa se apercebe de alterações muito significativas no contexto que vivencia, sendo a partir desta função que se torna possível inscrever as emoções na esfera das funções reguladoras do comportamento e do desempenho pessoal e profissional. Poder-se-á assim afirmar que a forma como a pessoa expressa e gere o fenómeno emocional, modela estratégias pessoais de interação com o meio em que se encontra, no sentido de atingir o seu bem-estar (Marques-Teixeira, 2003).

Valorizar o campo do comportamento, especialmente dos processos emocionais, reflete-se na compreensão do desempenho profissional que permita o agir centrado no cuidar integral.

Considerando que o contexto de fim de vida é repleto de sentimentos, sensações e emoções difíceis de gerir pelos profissionais de saúde, tornou-se fundamental significar os cenários emocionais importantes na prestação de cuidados de conforto durante essa fase do ciclo de vida.⁴

Muitos são os cenários onde os enfermeiros prestam cuidados a pessoas em fim de vida. Contudo, as unidades de cuidados destinadas exclusivamente a pessoas que vivenciam a última etapa da vida desafiam os profissionais, os doentes e os familiares face a práticas dominantes e a uma postura de valorização da pessoa, independentemente do

³ Damásio (2003).

⁴ Atualmente existem muitas publicações científicas e de opinião sobre a prestação de cuidados a quem vivencia a última etapa da vida. Contudo, de forma geral, enquadram-se numa estrutura intimamente ligada aos valores e aos pilares dos cuidados paliativos, e tendo também como foco as equipas multidisciplinares que compõem os recursos humanos das unidades de cuidados paliativos. Destacamos que cada vez mais, no panorama nacional, surgem estudos de investigação tendo como foco a intervenção dos cuidados de enfermagem em fim-de-vida, com destaque para Lopes (2006), Frias (2010) e Sapeta (2010).

estado de saúde e do tempo previsível para a morte. A unidade de cuidados paliativos⁵ constitui-se, só por si, num contexto favorável ao estatuto de doente em fim de vida, o que impõe normas flexíveis e pouco restritivas, potenciando (também) dessa forma a planificação e a prestação de cuidados a quem vivencia a última etapa da vida.

Assim, formulamos a seguinte questão de investigação: Qual o significado da competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida?

‘Competência Emocional’ como um constructo amplo foi definido por Bisquerra (2002)⁶, incluindo diversos processos e provocando uma variedade de consequências. Considerando as revisões propostas, o autor defende que a competência emocional é um *conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais* (Bisquerra, 2009), *bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia* (Bisquerra & Pérez Escoda, 2007). Bisquerra & Pérez Escoda (2007) defendem que a competência emocional, enquanto conceito educativo é ampla, compreensiva e integradora, com forte ligação ao contexto profissional, baseando-se no amplo marco conceptual das emoções.

As características da enfermagem influenciam a problematização dos fenómenos em estudo e as opções metodológicas, pelo que se impõe a abordagem da mesma enquanto disciplina (e/ou profissão) bem como a sua arquitetura conceptual. Todavia, após a primeira década do século XXI, a profissão mantém o destaque na sociedade pela oferta, insubstituível, da prestação de ‘Cuidados de Enfermagem’⁷.

As teorias de Jean Watson e Palmela Reed, respetivamente, sobre o Cuidado Humano e a Auto-Transcendência, encaram o cuidar como uma forma da pessoa ‘Ser’, de ‘se Relacionar’ e de ‘se Transcender’; como um imperativo ético, constituindo-se como a essência da enfermagem. Consideram a Enfermagem como uma ciência relacional, experiencial e transpessoal, na qual a pessoa é encarada como um Ser, a quem é devido a oportunidade de escolher livremente, em interação mútua com o que a rodeia, sendo a saúde um elemento de desenvolvimento pessoal e de abertura à vida.

Para Watson⁸ o cuidado de enfermagem assume-se como um processo intersubjetivo e de conhecimento epistémico, iniciando-se quando o enfermeiro penetra

⁵ De acordo com WHO (2002) “palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.” Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Em Portugal, só no ano de 2004 foi reconhecido e dessa forma publicado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Contudo, apesar do reconhecimento são ainda escassos os recursos na área, concretamente ao nível do número de serviços e equipas. Em 2006, surgiu, por Decreto-Lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) a qual legislou a obrigação da prestação de cuidados de saúde à pessoa portadora de doença crónica incapacitante e/ou com doença incurável em fase avançada e em final de vida, ou seja, reconhece o direito inalienável da pessoa à prestação de cuidados paliativos (Marques & et al., 2009, pp. 32-38. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>

⁶ Neste estudo utilizou-se o constructo de competência emocional como definido por Bisquerra.

⁷ Adota-se neste trabalho a definição de ‘cuidados de enfermagem’ do enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros - “Os cuidados de enfermagem tomam como foco, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2001: 8-9). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

⁸ Watson (2002a: 64-66).

o campo fenomenológico da pessoa, e fica em condições para detetar, sentir e responder às necessidades da pessoa. Assim, é capaz de transmitir sentimentos e pensamentos subjetivos, sendo a finalidade da enfermagem, ajudar a pessoa a atingir um alto nível de harmonia entre a sua mente, o seu corpo e a sua alma, prevenindo ou minimizando a forma como esta pode ser afetada pelo stress, pelos estilos de vida, pelas condições sociais e pelo ambiente. Destacam-se as dimensões morais e ética do cuidar, encarando este como um compromisso moral, com objetivos de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, o que requer uma elevada consideração e respeito pela pessoa e pela vida, pela autonomia e liberdade de escolha, o qual só poderá ser demonstrado e praticado sob uma relação interpessoal.

A união de sentimentos pode potenciar a auto cura e a descoberta de energia e controle interno, contribuindo para que o Outro encontre significado na sua própria existência. Esta é a grande força atrativa da arte do cuidar transpessoal em enfermagem.⁹ Assim, os momentos de cuidado são coroados por sentimentos, emoções e expressões mútuas, em grau diverso de intensidade, dependendo da situação, ao nível de autoconhecimento e reconhecimento dos interlocutores nessa interação. Desta forma, o cuidar é sempre transpessoal, porque transcende o 'eu' do cuidador, o 'eu' de quem é cuidado e transforma-o num 'nosso'.

Constatamos que apesar da conceptualização dos cuidados de enfermagem ser diferente entre os diversos teóricos, estes são unânimes ao considerar que os cuidados acompanham o ser humano desde a concepção até à morte, sendo que alguns¹⁰ sublinham a importância dos cuidados de enfermagem às pessoas em fim de vida. No centro da prestação de cuidados de enfermagem em fim de vida, etapa do ciclo de vida indiscutivelmente exigente, deverá estar garantido o conforto da pessoa doente e família, assegurando indelevelmente a dignidade humana.

Assim, consideramos oportuno explicitar a teoria de Pamela Reed, teórica contemporânea de enfermagem, a qual tem dedicado os últimos anos ao desenvolvimento da teoria sobre a auto-transcendência humana em situações limite¹¹.

A teoria da transcendência foi desenvolvida para reconhecer a natureza do crescimento (não físico) da pessoa e qual a sua relevância para o desenvolvimento do bem-estar humano. O objetivo da teoria é compreender o impacto do bem-estar na vida adulta bem como o seu processo de crescimento, sendo assim coerente com as teorias do desenvolvimento. A teoria estrutura-se utilizando estratégias de reformulação dedutiva a partir das teorias de desenvolvimento humano ao longo da vida, sendo a auto transcendência a peça central da mesma, pretendendo assim retratar a mudança que ocorre na pessoa e no contexto que a envolve, face a situações limite/extremas.

⁹ Watson (2002a: 68).

¹⁰ Henderson (1994); Watson (1985); Roy & Andrews (2001); Hesbeen (2001) e Collière (2003).

¹¹ Considerando o fim de vida (um dos focos do nosso estudo) como uma situação limite do ciclo de vida da pessoa, considerámos importante incluir na focagem teórica do estudo, a teoria de Pamela Reed.

Vulnerabilidade, auto-transcendência e bem-estar compõem os três conceitos fundamentais¹² da teoria de Pamela Reed, os quais se influenciam entre si.

Considerando que a prática social¹³ identificada sustenta-se essencialmente na relação da díade enfermeiro-doente, a qual é “meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos”,¹⁴ acrescido que o contexto vivencial do fim de vida representa uma etapa peculiar do ciclo de vida da pessoa, incutindo elevada vulnerabilidade, exigindo que os atores provenham o seu potencial de auto-transcendência de modo a atingirem o bem-estar¹⁵, torna-se pertinente centrar o foco de análise na competência emocional dos enfermeiros, evidenciando-se assim, não só as questões emergentes relacionadas com as emoções dos interlocutores, como também explorar a influência da competência emocional na prestação de cuidados de conforto em fim de vida.

Resultante da interação do percurso conceptual realizado, e considerando a finalidade do estudo, apresentamos os conceitos centrais do mesmo, os quais guiaram o restante percurso.

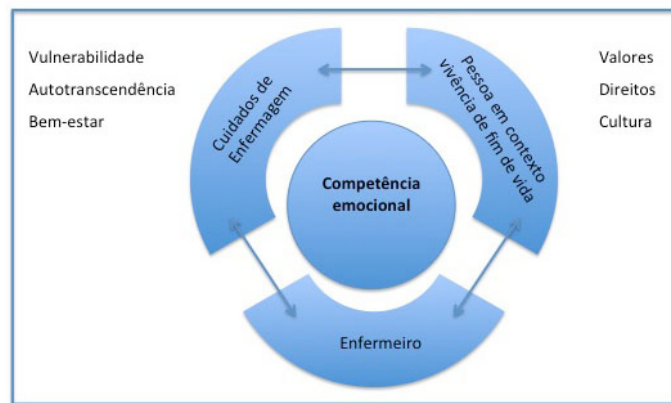


Figura 1 - Conceitos centrais do estudo

¹² Vulnerabilidade é definida como a consciência que a pessoa tem sobre sua finitude e a probabilidade de experimentar situações difíceis/extremas, como é o caso da última etapa da vida, consciência essa que aumenta durante o processo de envelhecimento ou após o aparecimento de uma doença, principalmente uma doença incapacitante e/ou terminal. Vulnerabilidade está assim associada com a consciência que a pessoa desenvolve durante a crise, como por exemplo em situações de doença, de incapacidade, de perda, problemas profissionais e outras crises do ciclo de vida (Reed, 1991: 6). Bem-estar é definido pela autora (Reed, 1991) como a sensação de plenitude e de saúde, de acordo com critérios pessoais. É uma sensação de sentido abrangente e saudável em concordância com critérios próprios. Reed (1991) enquadra a auto-transcendência no contexto de questões da própria existência ou doenças que ameaçam a vida, e que implica tanto uma expansão dos limites pessoais como a valoração do momento presente. 'Auto-transcendência' refere-se às flutuações que ocorrem na percepção dos limites pessoais, de modo a estender os mesmos, muito para além do seu ponto de vista atual sobre si e sobre o mundo envolvente. É definida como as experiências que proporcionam bem-estar, transformando os significados dessas práticas em percepção de cura (Reed, 2008). Para Reed, a auto-transcendência é definida como as experiências intrapessoais e interpessoais, vividas em determinado momento da vida, as quais refletem os limites pessoais. Para a autora, a auto transcendência é expressa através de vários comportamentos e perspectivas, tais como partilhar a sabedoria com os outros, integrar as mudanças físicas, consequência da idade ou da doença, aceitar a morte como parte da vida e encontrar significados interiores face aos momentos vivenciados no momento.

¹³ De acordo com Fairclough (2002) a prática social identificada neste estudo é o cuidar em fim de vida.

¹⁴ Watson (2002: 122).

¹⁵ Reed (2008).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Aquando do desenho desta investigação, destacou-se como preocupação fundamental apresentar uma contribuição investigativa que permitisse clarificar o significado da competência emocional num contexto específico - na prestação de conforto em fim de vida, em unidade de cuidados paliativos.

O encontro de significados exigiu a definição de um rumo metodológico particular que potenciase a formulação dos significados grupais, ou seja, neste contexto considerarmos o significado para a disciplina da enfermagem.

A análise crítica do discurso que expomos deve ser encarada como uma análise crítica dos discursos de forma grupal, dado que deriva das opções metodológicas e epistemológicas que a constituem. A análise realizada a partir dos tópicos discursivos tornou-se uma técnica fundamental para o encontro do significado de competência emocional em contexto da prestação de conforto em fim de vida, em unidade de cuidados paliativos. A preocupação em proceder à análise crítica do discurso como técnica de análise surgiu desde que percebemos que uma transposição acrítica da interpretação dos resultados, não potenciaria o conhecimento do fenómeno em estudo.

Os participantes do estudo são enfermeiros prestadores de cuidados e doentes (internados) em fim de vida, ambos presentes em unidades de cuidados paliativos. Num total de trinta e quatro (34) enfermeiros e doze (12) doentes, sendo repartidos como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 - Descrição da tipologia dos participantes do estudo

Unidade de Cuidados Paliativos			
Unidade Paliativa Privada		Unidade Paliativa do SNS	
Enfermeiros	Doentes	Enfermeiros	Doentes
25	6	9	6

Esta opção satisfaz os três critérios de seleção definidos: (1) doentes com avaliação da capacidade cognitiva (através de escala MMS¹⁶) positiva /superior a 23; (2) enfermeiros em pleno exercício das suas funções e terem terminado o período de integração ao serviço; e (3) doentes e enfermeiros que aceitaram participar no estudo.

Dos enfermeiros participantes, vinte e sete (27) profissionais frequentaram e concluíram formação básica¹⁷ em cuidados paliativos, e seis (6) frequentaram e concluíram formação avançada (curso de mestrado) em cuidados paliativos.

¹⁶ O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi projectado para ser uma avaliação clínica prática de mudança do estado cognitivo. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva ou como avaliação cognitiva.

¹⁷ Formação básica em cuidados paliativos num total de 30 horas. A formação básica em cuidados paliativos engloba diversas temáticas específicas e completares dos cuidados paliativos, como o controlo sintomático, o trabalho em equipa, comunicação (com forte empenho na comunicação de más notícias), instrumentos de avaliação, apoio à família, entre outros.

A escolha das unidades de cuidados paliativos respeita os dois critérios definidos: (1) unidade pública versus unidade privada; (2) disponibilidade e autorização para participação no estudo.

As entrevistas realizadas decorreram num espaço onde os participantes sentissem estar protegida a privacidade¹⁸ e, após autorização dos mesmos, foram áudio-gravadas, seguindo um guião constituído por trinta (30) questões. Aos enfermeiros, depois de cumpridos os critérios de inclusão previamente definidos, foi solicitada, de acordo com a sua disponibilidade e preferência, marcação do dia e hora para realização da entrevista. Aos doentes, também depois de cumprirem os critérios de inclusão, foi solicitado disponibilidade nos dias em que nos encontrávamos na Unidade.

A organização das entrevistas contemplou uma parte para caracterização, a qual é comum aos dois grupos (enfermeiros e doentes) e uma segunda parte específica para os focos em estudo, sendo que a segunda parte difere entre os dois grupos. A entrevista aos enfermeiros centrou-se nos próprios e a entrevista aos doentes teve como ponto principal a percepção que os doentes tinham, no momento, da intervenção dos enfermeiros em relação aos focos em estudo. As entrevistas aos enfermeiros decorreram em média durante 26,05 minutos, e as entrevistas aos doentes realizaram-se com a média de 42,41 minutos. A disparidade de minutos deve-se essencialmente à condição física dos doentes, o que originou não só a necessidade de conversar num ritmo mais lento, como a necessidade em alguns casos de pausas frequentes. Porém, as entrevistas produziram discursos de enorme riqueza ideológica e vivencial, como se expressa nos resultados do estudo.

O foco principal da investigação recaiu sobre as tendências no discurso, seccionado em vários campos semânticos, em termos de orientações para a especificidade,¹⁹ tendo sido adotadas as bases metodológicas de Fairclough (2003), visando deste modo alcançar o significado da competência emocional na prestação de cuidados de conforto em contexto de fim de vida, através da identificação de tendências discursivas para conceitos centrais da competência emocional, como consciência emocional, regulação emocional, autonomia emocional, competência social e habilidades de vida e bem-estar.

Realizou-se a totalidade das entrevistas (46) às quais se seguiu a transcrição²⁰ das mesmas. Esta etapa, apesar de minuciosa, morosa e exigente²¹ potenciou a primeira aproximação analítica com os discursos e estruturou as etapas seguintes.²² Este

¹⁸ As entrevistas aos enfermeiros decorreram num espaço (sala) destinada a reuniões. As entrevistas aos doentes ocorreram no quarto onde estavam internados, sendo que seis dos participantes preferiram realizar a entrevista na cama e os restantes seis preferiram ser entrevistados enquanto estavam sentados num sofá, no quarto onde estavam internados. Aos doentes que estavam internados em quartos duplos, a entrevista foi realizada apenas quando o doente se encontrava sozinho.

¹⁹ Ou seja, as disposições discursivas dos participantes quanto à abertura, à acentuação, à tentativa de explicitação, suspensão ou consenso acerca das diferenças, aspetos privilegiados na observação de padrões de interdiscursividade (Fairclough, 2003).

²⁰ Fairclough (2002: 83) utiliza “o termo ‘texto’ para referir o ‘produto’ linguístico de processos discursivos, quer se trate de linguagem escrita ou oral”, sendo que para o autor é “evidente que um ‘texto’ oral pode transformar-se num ‘texto’ escrito através da transcrição”.

²¹ Fairclough (2003: 280) destaca que “há uma diversidade de sistemas válidos de transcrição capazes de representar diferentes características da fala, com diferentes graus de detalhe- entoação, ênfase, pausa, alterações na altura e no ritmo da fala. Porém, nenhum sistema poderia mostrar tudo, e a sua escolha é sempre um momento de julgamento, pelo que deve o investigador considerar a natureza do projeto e as questões de pesquisa, os tipos de característica que se quer mostrar e quais dos detalhes que pretende evidenciar”.

²² Potter & Wetherell (1997) defendem que o relacionamento profundo com os textos produzidos é a estrutura base das etapas seguintes e influencia fortemente a qualidade final da análise.

relacionamento profundo com o discurso permitiu organizar a codificação da análise e atingir a aproximação analítica aos objetivos do estudo. Estes constituíram-se como elementares categorias de análise, tendo contudo presente que essa afiliação não poderia comprometer o nascimento de outras dimensões de análise.²³ Inicialmente surgiram as primeiras aproximações de padrão de resposta, que permitiram conhecer e identificar o que foi evidenciado pelos participantes como sendo um discurso comum, respondendo desta forma à questão de investigação, transformando-se assim em ‘Tópicos Discursivos’.

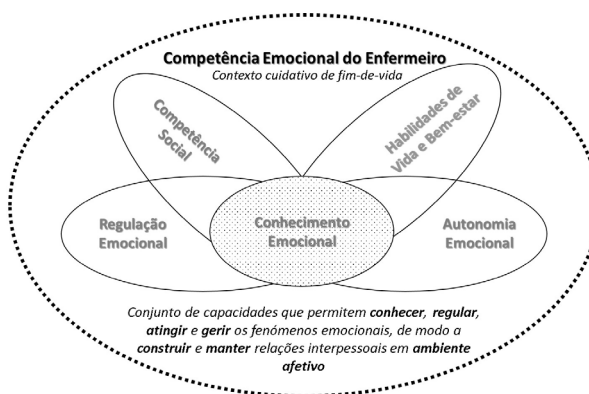
Os discursos adquiriram neste trabalho uma dimensão analítica abrangente. Adotou-se a análise crítica do discurso não apenas para a representação de uma realidade produtiva de elementos fixos e estáveis e produtores de um só sentido,²⁴ mas sobretudo, para enquadrar os discursos aos contextos de produção e esquisar uma análise crítica sobre os mesmos, análise essa que possibilita evidenciar a (nossa) visão sobre a natureza (do significado) da competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto em fim de vida. Este trabalho permitiu esboçar uma análise crítica do discurso partindo de ‘tópicos discursivos de análise’²⁵, facilitando o encontro de significados.

Nesta investigação procurou-se identificar no discurso dos participantes aquilo que constitui (na percepção dos mesmos) a competência emocional, e analisar a sua função na praxis cuidativa em fim de vida. Com o apoio dos recursos metodológicos da análise crítica do discurso (Fairclough, 2003) e do modelo pentagonal da competência emocional (Bisquerra, 2009), analisou-se o significado (manifesto) construído pelos participantes do estudo.

PRINCIPAIS ACHADOS

Num exercício de redução e abstração teórica, e considerando a prática social em análise, reitera-se que as ordens do discurso revelam que existe um *conjunto de capacidades que permitem conhecer, regular, atingir e gerir os fenómenos emocionais, de modo a construir e manter relações interpessoais em ambiente afetivo*, as quais conceptualizam a competência emocional do enfermeiro. O Diagrama 1 representa as cinco (5) dimensões da competência emocional do enfermeiro (na prestação de conforto à pessoa em fim de vida).

Diagrama 1 - Matriz das dimensões e enunciado descritivo da competência emocional do enfermeiro.



²³ Potter & Wetherell (1997); Fairclough (2003).

²⁴ Corroborando Marques (2000: 71) destacamos que a dimensão analítica adotada nesta investigação não pretende apenas “mostrar que a compreensão do sentido de qualquer discurso depende, em particular, da possibilidade de reconstruir o quadro enunciativo e que o mundo real é na verdade um mundo construído no discurso e pelo discurso, sendo sempre um mundo interpretado”. Consideramos pois, que a ‘dependência do contexto face à influência do discurso é ponto assente e que por essa razão, a análise crítica do discurso procura ir mais além das limitações contextuais.

²⁵ Van Dijk, um dos analistas críticos, considera que “os tópicos exprimem aquela que é considerada a informação mais importante de um discurso” (1997: 110).

Nesta etapa do percurso, exploraram-se pontes e convergências entre a prática social e o problema social em análise, e os achados discursivos. Assim, a construção do conceito de competência emocional do enfermeiro evidencia-se alicerçada no ‘conhecimento emocional’, pelo que se destaca o carácter estruturante desta dimensão.

A intensidade do contexto cuidativo de fim de vida proporciona um ciclo emocional fortemente impregnado de acontecimentos emocionalmente significativos, pelo que o ‘conhecimento emocional’ é reconhecido como a *Capacidade de conhecer as emoções pessoais e do Outro, e qual o seu impacto na tríade emoção-cognição-comportamento* (Diagrama 2). Decorrente da descrição da dimensão, surgem as seguintes unidades de competência: (1) Identifica e localiza emoções pessoais; (2) Identifica e localiza emoções dos Outros, e (3) Identifica comportamentos que geram emoções.

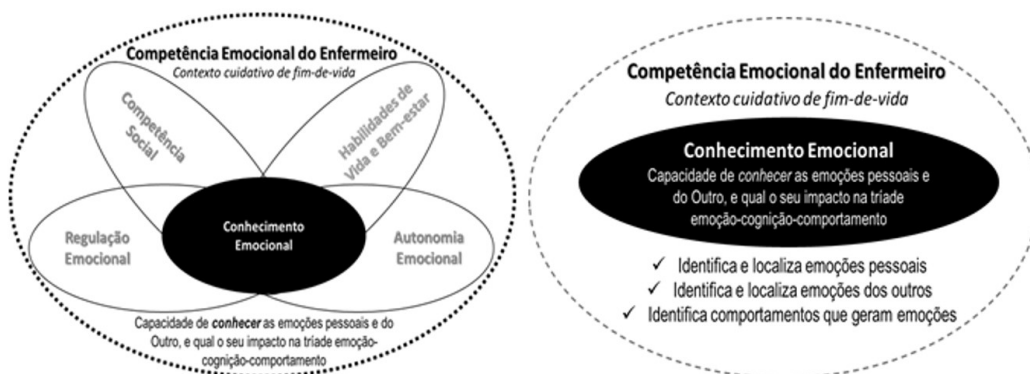


Diagrama 2 - Descrição e unidade de competência da dimensão emocional “Conhecimento emocional”.

A vivência de situações de tensão e sofrimento, como é o caso da prestação de cuidados de conforto em contexto de fim de vida, exige que o enfermeiro saiba gerir os estados emocionais que lhe estão associados, de forma a adequar o seu comportamento e, conseqüentemente, o autocontrolo que necessita para a desejada regulação emocional face à vivência. Todavia, torna-se fundamental o reconhecimento dos recursos internos que permitam (e facilitem) a regulação emocional, de modo a desenvolver a capacidade de refletir sobre as diversas tonalidades emocionais vivenciadas neste contexto do agir profissional e, concludentemente, alcançar a (auto)regulação emocional em conformidade com a vivência, tendo como foco gerar emoções positivas.

As estratégias²⁶ inerentes potenciam a regulação emocional, dando respostas apropriadas às exigências que as diversas tonalidades emocionais incutem aos estados emocionais. Atitudes pró-ativas, dinâmicas e conscientes fortalecem o enfermeiro possibilitando-lhe o desenvolvimento da assertividade e da resiliência, capaz de gerar bem-estar emocional, importante para a sua qualidade de vida a todos os níveis: pessoal,

²⁶ Cassidy (1994) argumentou que as estratégias de autorregulação deverão focar-se no treino de autoanálise e autoavaliação de situações identificadas pela pessoa como difíceis de lidar, minimizando o risco de atitudes desajustadas, bem como reconhecer a responsabilidade pessoal face aos sucessos e insucessos, potenciando a aprendizagem emocional face aos erros e aos êxitos, melhorando dessa forma vivências futuras semelhantes.

profissional e social. Assim, no entender da amostra discursiva, a dimensão ‘regulação emocional’ é a *Capacidade de regular a expressividade emocional, de modo a gerar emoções positivas* (Diagrama 3). A descrição da dimensão emocional permite identificar as seguintes unidades de competência que lhe estão associadas: (1) Expressa emoções; (2) Regula a manifestação; (3) Gere conflitos emocionais e (4) Auto gera emoções positivas.

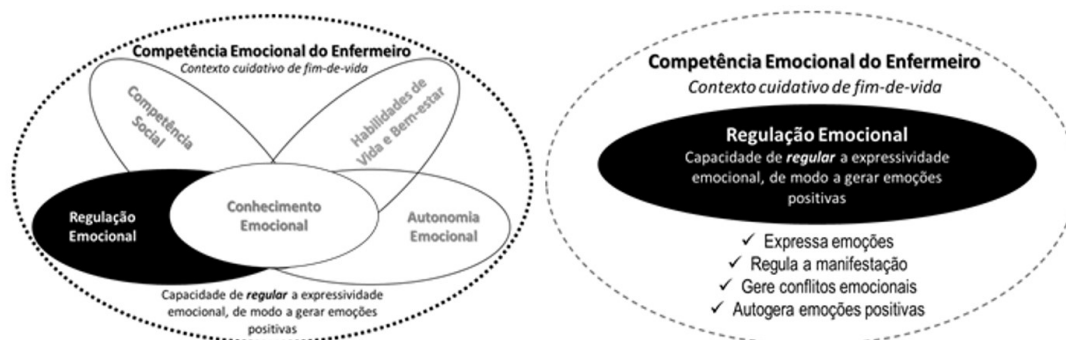


Diagrama 3 - Descrição e unidade de competência da dimensão emocional “Regulação emocional”.

As experiências emocionais, como vimos, são essenciais para que possamos aceder ao significado e ao sentido que atribuímos às vivências.²⁷

O fim de vida (assume-se e) impõe-se como fenómeno causador de vulnerabilidade - o que é corroborado pela teoria de médio alcance de Pamela Reed -, como um reconhecer do contexto cuidativo (real) de sofrimento e da finitude humana, sendo por isso fundamental que o enfermeiro que presta cuidados à pessoa em fim de vida, reconheça qual o sentido que atribui ao fenómeno, de modo a potenciar os fatores sociais e contextuais que medeiam e moderam as relações interpessoais.

O agir profissional do enfermeiro, em contexto de fim de vida, não deve pautar-se por permitir simplesmente que as emoções funcionem como único indicador do comportamento pessoal e profissional. Os fenómenos emocionais vivenciados são (importantes) circunstâncias que devem guiar o comportamento humano.²⁸ Por isso, a relação simbiótica entre o conhecimento, a reflexão e a valoração atribui significado e poder (força) às relações interpessoais construídas em contexto de prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. A amostra discursiva evidencia que a dimensão ‘autonomia emocional’ assume-se como a *Capacidade de atingir a autonomia emocional, de modo a construir o dia-a-dia com tonalidades emocionais positivas* (Diagrama 4). A descrição da dimensão emocional permite identificar as seguintes unidades de competência que lhe estão associadas: (1) Constrói o dia-a-dia positivo; (2) Age com envolvimento emocional; (3) Enfrenta obstáculos; (4) Constrói relações emocionais e (5) Reflete face ao contexto.

²⁷ Esta ideia encontra reforço em Marques-Teixeira (2003).

²⁸ Damásio (2003).

Competência Emocional
do Enfermeiro:
A significação do
constructo

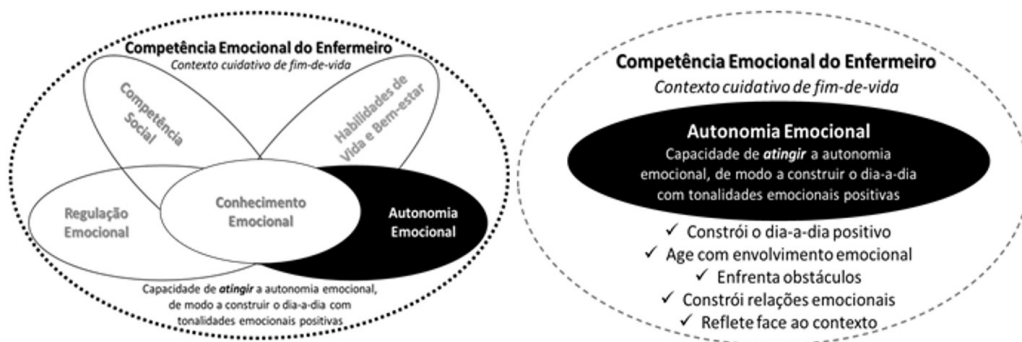


Diagrama 4 - Descrição e unidades de competência da dimensão emocional “Autonomia emocional”.

A diversidade de contextos em que ocorrem as relações interpessoais propicia a aquisição e desenvolvimento de habilidades, para que seja possível ter êxito pessoal e profissional. Contudo, as regras discursivas e os critérios hierárquicos influenciam e regulam essas relações.

Dessa forma, com foco no contexto cuidativo de fim de vida, evidencia-se a comunicação como a componente forte no desempenho da prática profissional, permitindo ao enfermeiro assegurar o controlo na relação, adaptando-se assim à diversidade das tonalidades emocionais que compõem a prestação de cuidados de conforto em fim de vida. Assim, os atributos necessários e potenciadores do agir profissional, em contexto de fim de vida, estão ligados à assertividade comunicacional, à participação ativa nos relacionamentos, servindo frequentemente como exemplo para a partilha e, também, às interações com foco no respeito pela dignidade humana e pelas escolhas individuais.

A amostra discursiva evidencia que a dimensão ‘competência social’ assume-se como a *Capacidade de **construir e manter** relações interpessoais, aceitando as escolhas individuais* (Diagrama 5). A descrição da dimensão emocional permite identificar as seguintes unidades de competência que lhe estão associadas: (1) Adota atitudes de escuta; (2) Inicia e mantém comunicação; (3) Aceita escolhas; (4) Mantém partilha emocional e (5) Regula a vivência.

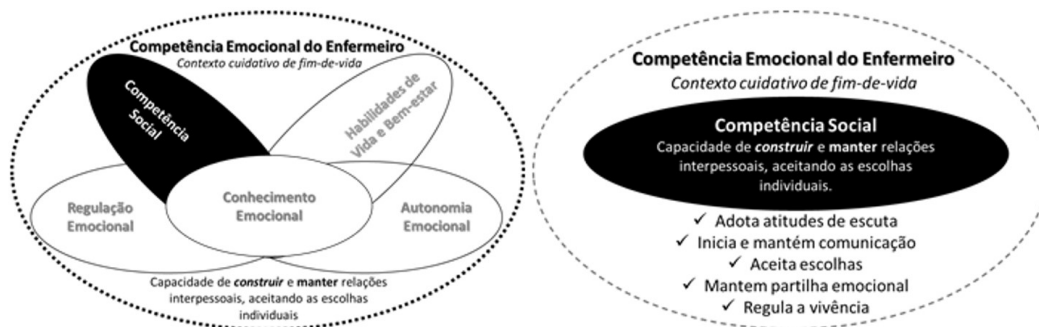


Diagrama 5 - Descrição e unidades de competência da dimensão emocional “Competência social”.

Apesar de ser difícil operacionalizar não só um conceito como um processo em torno do Bem-estar emocional, encontra-se consenso entre os diversos autores que o constructo *Bem-estar emocional* destaca-se por ser um estado afetivo e emocional vivenciado pela pessoa.²⁹ Assim sendo, no dia-a-dia emocional encontra-se uma correlação inversa entre as emoções positivas, tais como a alegria, o prazer e o orgulho, por exemplo, e as emoções negativas, tais como a tristeza, a ansiedade e a raiva. Ou seja, o bem-estar emocional é afetado pelos estados emocionais, pelo que quanto maior for o nível de emoções positivas, menor será o nível de emoções negativas, e vice-versa.

Como abordado anteriormente, o contexto vivencial da prestação de cuidados de conforto em fim de vida influencia fortemente o agir profissional do enfermeiro, tendo como indicador o constructo da competência emocional do enfermeiro, para que este seja capaz de adotar comportamentos assertivos e responsáveis, e dessa forma alcançar o equilíbrio e gerar bem-estar emocional.

A amostra discursiva evidencia que a dimensão ‘habilidades de vida e bem-estar’ assume-se como a *Capacidade de gerir os mecanismos de defesa pessoal, organizando o pensamento e as atitudes, de modo a conquistar o equilíbrio e o bem-estar* (Diagrama 6). A descrição da dimensão emocional permite identificar as seguintes unidades de competência que lhe estão associadas: (1) Define Objetivos; (2) Toma decisões; (3) Identifica necessidades e recursos; e (4) Promove atividades significativas.

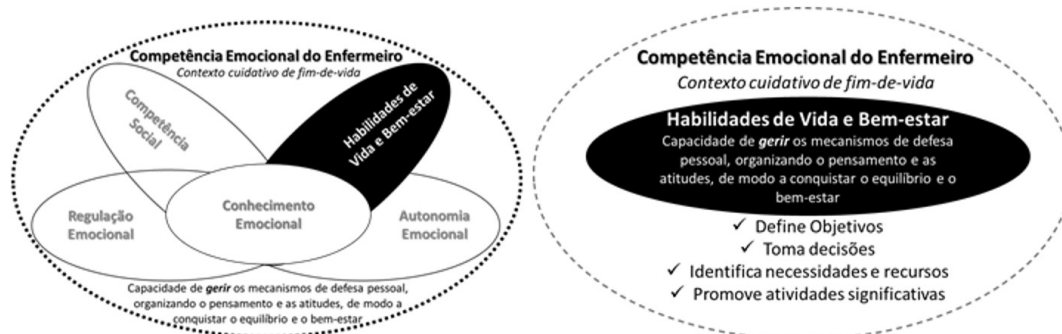


Diagrama 6 - Descrição e unidades de competência da dimensão emocional “Habilidades de vida e bem-estar”.

CONCLUSÕES

A competência emocional assume eco no agir profissional do enfermeiro na medida em que não só se centra e potencia o desenvolvimento emotivo-intelectual do enfermeiro, provendo estabilidade e segurança emocional, como promove a literacia emocional dos doentes, refletindo-se no conforto emocional da pessoa que vivencia o fim de vida.

No contexto onde se desenvolveu o estudo, destaca-se que as capacidades identificadas (como significado) do constructo ‘competência emocional do enfermeiro’ interagem entre si de modo que o enfermeiro seja capaz de construir e manter uma relação interpessoal com

²⁹ Diener & Biswas-Diener (2000); Diener, Scollon & Lucas (2003); Novo (2003); Pavot & Diener (1993).

a pessoa que vive a última etapa da vida, a qual deve acontecer num ambiente afetivo de cuidados. É neste enquadramento que o enfermeiro deve organizar as práticas de cuidados assegurando a confiança, a dignidade e o respeito de modo a promover a estabilidade emocional dos doentes, o que tem implicações práticas na planificação de cuidados.

A apropriação dos fatores que integram e potenciam um ambiente afetivo de cuidados reforça a necessidade de aprofundamento da competência emocional, alicerçada no processo valorativo e educativo que é a educação emocional.

Elegendo o contexto cuidativo do fim de vida como o cenário de diversas configurações de sociabilidade e cuja matriz interpessoal assenta na expressividade emocional, interessou-nos focar a atenção concretamente nas expressões emocionais influenciadoras do conforto da pessoa que vivência o fim de vida. Assim, a interpretação discursiva decorrente da investigação realizada apresenta-nos não só o significado do constructo de competência emocional do enfermeiro, como evidencia a expressão emocional como uma construção diretiva, evolutiva, em função do que a pessoa valora, refletindo-se no conforto como o resultado desejado dos cuidados de enfermagem.

A diversidade emocional associada ao contexto cuidativo do fim de vida torna o processo rico em mudanças e ajustes emocionais. Contudo, e de acordo com os achados discursivos relativamente às dimensões e capacidades da competência emocional, para que o enfermeiro vivencie e signifique o mais positivamente possível a prestação de cuidados de conforto na última etapa da vida, é necessário que o agir profissional se foque no desenvolvimento da competência emocional, ou seja, concretamente na regulação das emoções, impulsos e comportamentos. Portanto, o desenvolvimento das competências emocionais deverá ser um processo permanente, potenciando essencialmente a *identificação de comportamentos que geram emoções; o autogerar emoções positivas; a construção de um dia-a-dia positivo; a aceitação das escolhas individuais (dos doentes) e a promoção das atividades significativas.*

A complexidade e exigência dos contextos cuidativos exige profissionais cada vez mais diferenciados, sendo que a dinâmica organizacional deverá possibilitar o crescimento dos profissionais e, conseqüentemente as competências organizacionais. A análise discursiva reitera esta necessidade, reconhecendo quais os elementos fundamentais para o equilíbrio e desenvolvimento emocional das equipas, reconhecendo-lhes um papel fulcral para a qualidade dos cuidados prestados pela equipa e como forma de proporcionar conforto emocional à pessoa em fim de vida.

O apogeu do constructo 'competência emocional do enfermeiro' estudado encerra a dimensão emocional da prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida, pelo que emerge a necessidade de validar o constructo noutros contextos do agir profissional do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

Agostinho, L. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>

- Bisquerra, R. & Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, pp. 61-82. Disponível em: http://stel.ub.edu/grop/files/Competencias_emocionales-P.pdf
- Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. In: M. Álvarez & R. Bisquerra, *Manual de orientación y tutoría*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In: N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research on Child Development Monograph*, 59 (240).
- Collière, M. (2003). *Cuidar. A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Costa, A. (2009). *Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia – vertente psicologia da saúde. Faro: Universidade do Algarve. Disponível em: <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Intelig%c3%aancia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>
- Damásio, A. (2000). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções sociais e a neurobiologia do sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2003) *O Sentimento de Si - O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Diener, E. & Biswas-Diener, R. (2000). New directions in subjective well-being research: the cutting edge. *Journal of Clinical Research*, 31, pp. 103-157.
- Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. (2003). The envolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology*, 15, pp. 187-219.
- Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Diogo, P. (2012). *Metamorfose da experiência no acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica*. Loures: Lusociência.
- Fairclough, N. (2002). *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. New York: Routledge.
- Frias, C. (2010). *O processo de construção de cuidados: enfermeiro/pessoa em fim de vida: Encontro de corpos*. Tese de Doutoramento apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Goleman, D. (1995) *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería: Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Edições Lusociência.

- Jesus, E. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Tese de doutoramento apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Marques, M. (2000). *Funcionamento do Discurso Político Parlamentar. A Organização Enunciativa no Debate da Interpelação ao Governo*. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos Humanísticos.
- Marques-Teixeira, J. (2003). Emoções: Delimitação Conceptual. *Saúde Mental*, 6, pp. 48-54.
- Novo, R. (2003). Bem-estar subjetivo e bem-estar psicológico: diferentes faces da eudaimonia. In: R.F. Novo (Ed.), *Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade avançada*. Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, 5 (2), pp. 164-172.
- Potter, J. & Wetherell, M. (2007). *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behavior*. London: sage publications.
- Reed, P. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*, 40, pp. 5-11.
- Reed, P. (2008). *Middle Range Theory for Nursing. The Theory of Self-Transcendence. Second edition*. New York.
- Roy, C. & Andrews, H. (2001). *Teoria de Enfermagem: O modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sapeta, P. (2010). *Cuidar em Fim de Vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Smith, P. (1992). *The emotional labour of nursing*. Houdmills: Macmillan.
- Steiner, C. & Perry, P. (2005). *Educação emocional: um programa personalizado para desenvolver sua inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Van Dijk, T. (1997). Semântica do discurso e ideologia. In: R. PEDRO (Org.). *Análise Crítica do Discurso*. Lisboa, Editorial Caminho.
- Veiga-Branco, M (2005). *Competência emocional em professores. Um Estudo em Discursos do Campo Educativo*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Ciências de Educação. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: Colorado Associated University Press Boulder.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002a). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência.

Xavier, S. (2013). Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10565>

Competência Emocional
do Enfermeiro:
A significação do
constructo

Contacto: sandraxav@sapo.pt