

Inteligência emocional de trabalhadores de saúde e clima de segurança em hospitais na pandemia COVID-19

Emotional intelligence of health personnel and safety climate in hospitals during the COVID-19 pandemic

Inteligencia emocional del personal de salud y clima de seguridad en hospitales en la pandemia COVID-19

Laudicéa Cardoso da Silva^a 

Ana Barbosa Rodrigues^b 

Francisco José da Silva^b 

Paloma Moreira de Oliveira^b 

Sherida Karanini Paz de Oliveira^a 

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho^a 

Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho^b 

Roberta Meneses Oliveira^{a,b} 

Como citar este artigo:

Silva LC, Rodrigues AB, Silva FJ, Oliveira PM, Oliveira SKP, Carvalho REFL, Coelho MMF, Oliveira RM. Inteligência emocional de trabalhadores de saúde e clima de segurança em hospitais na pandemia COVID-19. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230102. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230102.pt>

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre inteligência emocional de trabalhadores de saúde em ambiente hospitalar e a percepção do clima de segurança na pandemia COVID-19.

Método: Estudo transversal, analítico, realizado com 81 trabalhadores de saúde que atuaram em hospitais na pandemia, entre setembro-novembro de 2021. A coleta de dados foi realizada com formulário eletrônico reunindo questionário sociodemográfico/ocupacional e versões brasileiras do *Safety Attitudes Questionnaire* e *Schutte Self Test*. Aplicou-se teste de correlação de Spearman e análise de regressão linear simples/múltipla.

Resultados: O aumento de 1 ponto nos níveis de inteligência emocional repercutiu no aumento de 0,487 pontos nos níveis de percepção do clima de segurança. O preditor mais significativo dessa percepção foi a habilidade de manejo das emoções de outros ($\beta=0,334$; $p=0,003$; $R^2=0,168$).

Conclusão: Um maior nível de inteligência emocional de trabalhadores de saúde em ambiente hospitalar tem relação com uma maior percepção do clima de segurança na pandemia COVID-19.

Descritores: COVID-19. Inteligência emocional. Segurança do paciente. Pessoal de saúde. Hospitais. Cultura organizacional.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship between the emotional intelligence of healthcare workers in a hospital environment and their perception of the safety climate in the COVID-19 pandemic.

Method: Cross-sectional, analytical study, carried out with 81 health workers who worked in hospitals during the pandemic, between September and November 2021. Data collection was carried out using an electronic form, which included a sociodemographic/occupational questionnaire and the Brazilian versions of the *Safety Attitudes Questionnaire* and the *Schutte Self Test*. Spearman's correlation test and simple and multiple linear regression analyses were applied.

Results: An increase of 1 point in emotional intelligence levels resulted in an increase of 0.487 points in the perception of the safety climate. The most significant predictor of this perception was the ability to manage other people's emotions ($\beta=0.334$; $p=0.003$; $R^2=0.168$).

Conclusion: A higher level of emotional intelligence in hospital healthcare workers was related to a greater perception of the safety climate during the COVID-19 pandemic.

Descriptors: COVID-19. Emotional intelligence. Patient safety. Health personnel. Hospitals. Organizational culture.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre la inteligencia emocional de los trabajadores de la salud en un ambiente hospitalario y la percepción del clima de seguridad en la pandemia de COVID-19.

Método: Estudio transversal, analítico, realizado con 81 trabajadores de la salud que actuaron en hospitales durante la pandemia, entre septiembre y noviembre de 2021. La recolección de datos se realizó mediante formulario electrónico que incluyó un cuestionario sociodemográfico/ocupacional y versiones brasileñas del *Safety Attitudes Questionnaire* y del *Schutte Self Reported Test*. Se aplicó la prueba de correlación de Spearman y análisis de regresión lineal simple y múltiple.

Resultados: Un aumento de 1 punto en los niveles de inteligencia emocional resultó en un aumento de 0,487 puntos en los niveles de percepción del clima de seguridad. El predictor más significativo de esta percepción fue la capacidad de gestionar las emociones de los demás ($\beta=0,334$; $p=0,003$; $R^2=0,168$).

Conclusión: Un mayor nivel de inteligencia emocional en trabajadores de la salud en un ambiente hospitalario se relaciona con una mayor percepción del clima de seguridad en la pandemia de COVID-19.

Descriptores: COVID-19. Inteligencia emocional. Seguridad del paciente. Personal de salud. Hospitales. Cultura organizacional.

^a Universidade Estadual do Ceará (UECE). Centro de Ciências da Saúde. Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^b Universidade Federal do Ceará (UFE). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Fortaleza, Ceará, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave e de elevada transmissibilidade. Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto de COVID-19 como uma pandemia global, com possibilidade significativa de altas taxas de morbidade e mortalidade⁽¹⁾.

A partir daí, o Brasil experimentou ondas recorrentes de infecção causadas pelo surgimento de novas variantes da COVID-19. Entre as cepas de maior preocupação, a Omicron (B.1.1.529) levou a uma rápida propagação da doença em escala global, pois apresenta alta capacidade de transmissão e reinfeção, de modo que pode ser até 10 vezes mais contagiosa que a variante original da COVID-19 e duas vezes maior que a variante Delta⁽²⁾.

Recente estudo ecológico de casos e óbitos confirmados de COVID-19, dados de 185 países mostraram uma média para mortalidade por COVID-19 de 291/mil habitantes. A morbimortalidade da COVID-19 esteve correlacionada à carga de condições crônicas, ao envelhecimento da população e à baixa capacidade dos serviços de saúde para testagem e oferta de leitos hospitalares, quadro agravado em países ou regiões com elevada desigualdade social. Esse quadro demonstra uma interação entre a COVID-19 e diversos aspectos contextuais (sociais, epidemiológicos e dos sistemas de saúde)⁽³⁾.

Considerando os problemas enfrentados no âmbito dos sistemas de saúde, uma força de trabalho altamente qualificada tornou-se prioridade durante a pandemia. No entanto, a necessidade dos serviços de saúde prepararem-se para a situação emergencial levou à sobrecarga dos sistemas e dos profissionais de saúde, com elevação nos índices de afastamentos, doença e morte, além de intenso sofrimento psíquico expresso em transtornos de ansiedade, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares⁽⁴⁻⁷⁾.

Assim, surgiu a demanda por estudos sobre as consequências da pandemia de COVID-19 para a saúde mental dos trabalhadores da linha de frente, em particular daqueles que atuavam nos grandes centros urbanos e em hospitais⁽⁶⁻⁹⁾. Paralelamente, preocupava-se com a qualidade dos serviços prestados por esses profissionais, que se encontravam amedrontados e adoecidos, além de não terem recebido todo o suporte organizacional e emocional que mereciam para a oferta de um cuidado seguro⁽⁶⁻⁷⁾.

No que diz respeito ao aspecto emocional, uma revisão de literatura destacou o fator determinante da inteligência emocional (IE) e suas competências para mitigar o estresse no dia a dia e destacou a necessidade de consciência, autocontrole e empatia para enfrentar crises como a COVID-19. Numa situação tão difícil e exigente como a pandemia de

COVID-19, os componentes básicos da IE foram especialmente importantes para que as pessoas controlassem situações difíceis como a que estavam passando. Além disso, o estudo demonstrou que pessoas com alta IE conseguem gerenciar e mitigar melhor o estresse e adotar estratégias de resiliência e controle. Assim, os autores indicaram a integração da IE nos currículos de todos os níveis de ensino e, posteriormente, no local de trabalho⁽¹⁰⁾.

Mediante a realidade imposta, vê-se que a IE é uma das estratégias que apresenta evidências positivas para lidar com situações de sobrecarga e estresse psicológico. Trata-se da habilidade de perceber, avaliar, expressar e controlar as emoções para promover o crescimento neste aspecto, além do intelectual; e de captar e/ou inspirar sentimentos quando eles facilitam o pensamento⁽¹¹⁾.

Apesar de pesquisadores, profissionais e a população em geral reconhecerem que o nível de exaustão emocional experimentado pelas pessoas, em todo o mundo, mostrou-se consideravelmente alto durante a pandemia, a forma como as organizações conduziram essa exaustão emocional e avaliaram o desempenho dos trabalhadores neste aspecto continua sendo uma lacuna científica a respeito do tema. Embora tenham sido publicados diferentes estudos sobre os aspectos emocionais e de saúde mental de trabalhadores durante a pandemia⁽⁶⁻⁸⁾, estes enfatizaram as manifestações e as causas de adoecimento e morte, e não as habilidades de IE como recursos necessários no enfrentamento de situações de estresse.

Pesquisa revelou que a IE e a liderança transformacional são fundamentais para aliviar as consequências disfuncionais da exaustão emocional nos ambientes de trabalho, pois influenciam os comportamentos de cidadania. Além disso, novos insights surgiram sobre a importância da IE para lidar com a perda de recursos devido à exaustão emocional, o que ocorreu com muita frequência na pandemia. Assim, os indivíduos devem investir no desenvolvimento das habilidades de IE⁽¹²⁾.

Outro estudo apontou que melhorar as habilidades de IE é fundamental para auxiliar os enfermeiros durante surtos de pandemia, pois aumenta a resiliência individual e social, além de melhorar seus resultados profissionais e de vida. Os autores sugerem que a IE deve ser integrada à prática clínica e à tomada de decisões⁽¹³⁾.

Muito embora estudos comprovem que aspectos como satisfação do paciente e resultados clínicos positivos tenham sido correlacionados com a IE de profissionais de saúde e a cultura de segurança do paciente⁽¹⁴⁾, não se sabe ainda o real impacto da IE destes profissionais frente ao cenário pandêmico da COVID-19, tendo em vista que esta é uma situação sem precedentes na história contemporânea que demandou novos e rigorosos processos de trabalho sob

elevada sobrecarga física e emocional. Não foi possível afirmar, até o momento, o modo como este constructo impactou o clima de segurança na perspectiva de trabalhadores de saúde brasileiros.

Desse modo, a hipótese do presente estudo é a de que a IE tem associação direta com o constructo “clima de segurança”, em que aspectos pessoais e ambientais estão intimamente ligados. Do ponto de vista dos profissionais, são fatores avaliados para o clima de segurança: conscientização de segurança, incluindo trabalhar de acordo com os regulamentos; atitude de segurança correta; consciência de segurança; e percepções psicológicas apropriadas⁽¹⁵⁾.

Estudo recente apontou seis novas tendências e perspectivas da pesquisa de clima de segurança, incluindo: a relação entre sentimento de segurança e realidade com base no clima de segurança; eliminação de vieses cognitivos na percepção de risco; pesquisa de clima de segurança sob uma perspectiva psicológica; desenvolvimento quantitativo do clima de segurança; estrutura multidimensional do clima de segurança; e mecanismo de influência do clima de segurança no comportamento de segurança⁽¹⁵⁾. O presente estudo tenta contemplar uma destas perspectivas: pesquisa de clima de segurança sob uma perspectiva psicológica.

Diante do exposto, questionou-se: qual a relação entre as habilidades de inteligência emocional de trabalhadores de saúde e a percepção do clima de segurança em hospitais brasileiros durante a pandemia de COVID-19?

Objetivou-se, portanto, analisar a relação entre inteligência emocional de trabalhadores de saúde em ambiente hospitalar e a percepção do clima de segurança na pandemia COVID-19.

■ MÉTODO

Estudo transversal e analítico realizado com trabalhadores de saúde brasileiros que atuaram em unidades hospitalares durante a pandemia de COVID-19. Adotou-se, como critério de inclusão, tempo de experiência mínimo de seis meses na assistência hospitalar a pacientes com COVID-19, independentemente da unidade de atuação.

A pesquisa foi direcionada para profissionais de saúde do Estado do Ceará, Brasil. A amostra foi formada por conveniência, visto que, durante a pandemia, não foi possível precisar o quantitativo de profissionais de saúde do estado do Ceará atuantes na linha de frente da COVID-19 em ambientes hospitalares. Isso pode ser justificado pelo aumento de contratos temporários de trabalho, rotatividade de pessoal, afastamentos por adoecimento, dentre outros fatores⁽⁸⁻⁹⁾.

A pesquisa foi realizada no período de setembro a novembro de 2021, compartilhada nas redes sociais (*WhatsApp*®, *Facebook*® e *Instagram*®) por meio de *weblink* (*Google Forms*®)

contendo os instrumentos de coleta dos dados. O link foi postado na página do *Instagram*® de um Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão de uma universidade à qual pertencem os autores. Os seguidores desta página têm um interesse especial em pesquisas relacionadas com profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19. No entanto, nem todos que são ativos nas mídias sociais trabalham no contexto hospitalar. Por isso, informou-se que o questionário destina-se apenas àqueles que estavam trabalhando em hospitais durante a pandemia.

A publicação do convite da pesquisa foi realizada diariamente nas redes sociais durante o período determinado para a coleta (três meses), alcançando, apenas, 81 profissionais de saúde. Ao final, observou-se que seis destes respondentes não eram do Ceará e sim de outros estados, como Pernambuco, Distrito Federal, Goiás e Paraíba, porém optou-se por manter suas respostas na composição final da amostra.

Destaca-se que, como a coleta foi realizada de forma online, não houve identificação das instituições nas quais esses profissionais atuavam, apenas foi solicitado aos participantes que apontassem se sua instituição empregadora era da rede municipal, estadual, federal ou privada, impossibilitando a apresentação mais detalhada destes hospitais.

Uma declaração de proteção de dados e informações sobre o objetivo do estudo foi compartilhada com os participantes juntamente com o questionário por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O participante só teve acesso aos instrumentos se concordasse em participar da pesquisa, cujo registro de sua concordância ocorreu por meio de sua asserção na opção de “aceitar participação” e da informação de seu nome e e-mail pessoal. Além disso, o participante teve o direito garantido da segunda via do TCLE, disponível para download, e foi orientado a guardar consigo uma cópia do documento. Cabe ressaltar que não foram distribuídos incentivos aos participantes. A resposta à pesquisa foi voluntária e os participantes tiveram o direito e a possibilidade de se retirar do estudo, suspendendo sua resposta ou selecionando não enviar as respostas.

Foram disponibilizados três instrumentos unificados em um mesmo link de acesso: Questionário sociodemográfico e ocupacional; Teste de Autorrelato de Inteligência Emocional de *Schutte*, do inglês *Self Report Emotional Intelligence Test* (SSEIT) – Versão brasileira⁽¹⁶⁾; e o *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ – versão brasileira⁽¹⁷⁾.

O primeiro reuniu as seguintes variáveis: sexo, estado civil, idade, categoria profissional, tempo de formação (em anos), tempo de atividade no serviço atual (em anos), tempo de atuação na área atual (em anos), pós-graduação, quantidade de empregos, carga horária semanal de trabalho, tipo de unidade, turno de trabalho, vínculo empregatício, número médio de pacientes sob responsabilidade do trabalhador

no plantão. Além disso, foi solicitado que indicassem sua percepção sobre a qualidade do cuidado, a adequação de recursos humanos, a adequação de recursos materiais, a adequação de recursos tecnológicos e a satisfação profissional na respectiva unidade de trabalho durante o período da pandemia.

O instrumento SSEIT – Versão brasileira é um questionário curto e autoaplicado de 33 itens, separados em quatro domínios, com opções de resposta em escala Likert de cinco pontos (de “Discordo totalmente” a “Concordo totalmente”). O escore total varia de 33 a 165, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de nível de inteligência emocional mais alto⁽¹⁶⁾; para obtenção dos resultados os itens 5,28,33 devem ter inversão dos valores das respostas e serem somados aos valores das questões⁽¹⁶⁾.

O SSEIT reúne os seguintes domínios: D1 – Percepção de emoções (PE) (itens 5,9,15,18,19,22,25,29,32, 33), que trata da capacidade de monitorar e identificar sentimentos e emoções seus próprios e dos outros; D2 – Manejo das próprias emoções (MPE) (itens 2,3,10,12,14,21,23,28, 31), que aborda a Capacidade de regular/gerenciar sentimentos e emoções seus próprios; D3 – Manejo das emoções de outros (MEO) (itens 1,4,11,13,16,24,26, 30), que diz respeito à capacidade de regular/gerenciar sentimentos e emoções dos outros; D4 – Utilização das emoções (UE) (itens 6,7,8,17,20, 27), que envolve a capacidade de usar a percepção e o manejo das emoções próprias e dos outros para guiar seus pensamentos e ações⁽¹⁶⁾.

Para investigar o clima de segurança, foi utilizada a versão traduzida do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form* 2006, instrumento que avalia organizações produzindo diagnósticos e intervenções importantes para a segurança do paciente. Dispõe de 36 itens em escala do tipo likert de cinco pontos (“Discordo totalmente”, “Discordo em parte”, “Neutro”, “Concordo parcialmente”, “Concordo totalmente”, “Não se aplica”). Os domínios englobam fatores organizacionais, fatores do ambiente de trabalho e fatores de equipe: D1 – Clima de Trabalho em Equipe (itens 1 a 6); D2 – Clima de segurança (itens 7 a 13); D3 – Satisfação no Trabalho (itens 15 a 19); D4 – Reconhecimento do estresse (itens 20 a 23); D5 – Percepção da gestão – Unidade e Hospital (itens 14, 24 a 29); D6 – Condições de Trabalho (itens 30 a 32); e D7 – Comportamentos Seguros (itens 33 a 35)⁽¹⁷⁾.

As respostas do SAQ são pontuadas da seguinte forma: A=0, B=25, C=50, D=75 e E=100. Os itens de conotação negativa (2, 11 e 36) são codificados de forma reversa, em que A=100, B=75, C=50, D=25 e E=0. O escore de cada domínio é obtido pela soma das pontuações dividido pelo número de questões respondidas, excluindo-se aquelas com resposta “não se aplica”. Pontuações acima de 75 indicam a

presença de atitudes que favorecem a segurança do paciente, demonstrando um clima de segurança positivo⁽¹⁷⁾.

Para análise dos dados, utilizou-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0. Estes foram analisados de forma descritiva (frequências, medidas de tendência central e de dispersão) e analítica.

A percepção do clima de segurança foi o desfecho adotado, enquanto que o preditor foi o nível de inteligência emocional e para analisar essa relação foram utilizados testes de correlação e associação. Para estabelecer a correlação entre os domínios do SSEIT e do SAQ, realizou-se o teste de correlação de *Spearman*, interpretando os valores encontrados, considerando a sua proximidade dos seguintes: 0 sem relação linear;0,30 uma relação fraca;0,50 uma relação moderada;0,70 uma forte relação e, exatamente 1, uma relação linear perfeita⁽¹⁸⁾.

Para verificar a associação entre as variáveis, foi realizada análise de regressão linear simples para investigar em que medida os níveis de inteligência emocional (preditor) explicavam a percepção do clima de segurança do paciente (desfecho) pelos profissionais, e regressão linear múltipla (método *forward*) com o objetivo de investigar em que medida as quatro dimensões da inteligência emocional (preditor) impactam na percepção do clima de segurança do paciente (desfecho). O nível de significância admitido para os testes foi de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº. 4.784.245/2021 e CAEE: 45501921.8.0000.5534). Devido à ocorrência da pandemia, seguiram-se as orientações do Ofício Circular N° 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que versa sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Os participantes não foram identificados e nem tiveram suas informações de contato visualizadas por terceiros.

■ RESULTADOS

Participaram do estudo 81 trabalhadores da saúde. A Tabela 1 reúne variáveis sociodemográficas e ocupacionais dos participantes.

Observa-se a amostra majoritariamente feminina, com experiência na área em relação aos tempos de formação, de serviço e de atuação (superior a dez anos), procedente da capital do estado do Ceará, da categoria Enfermagem e com carga horária semanal de trabalho média inferior a 40 horas. Pouco mais da metade era servidora pública concursada e trabalhava em hospitais estaduais. Entre os trabalhadores de nível superior, a maior parte referiu ser pós-graduada. Em relação ao setor de trabalho, houve uma distribuição heterogênea entre as unidades, com destaque para unidades de Neonatologia e Obstetrícia.

Tabela 1 – Distribuição do número de participantes segundo variáveis sociodemográficas e ocupacionais (n=81). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Variável	Média	DP
Idade (anos)	40,6	9,9
Tempo de formado (anos)	14,3	10,0
Tempo de atuação na área atual (anos)	11,6	9,7
Tempo de serviço (anos)	13,4	9,5
Carga horária de trabalho semanal	38,3	13,3
Número médio de pacientes sob sua responsabilidade no plantão	16,8	15,3
	f	%
Sexo		
Feminino	75	92,6
Masculino	6	7,4
Estado		
Ceará	72	88,9
Pernambuco	6	7,4
Outro ^a	3	3,7
Origem da cidade		
Capital	76	93,8
Interior	5	6,2
Categoria profissional		
Enfermeiro	50	61,7
Técnico/auxiliar de enfermagem	23	28,4
Médico	4	4,9
Outro ^b	4	4,9
Pós-Graduação		
Sim	59	72,8
Não	22	27,2

Tabela 1 – Cont.

Variável	Média	DP
Tipo de vínculo		
Servidor público	45	55,6
Cooperado	16	19,8
Celetista	12	14,8
Outro ^c	8	9,9
Hospital		
Municipal	7	8,6
Estadual	53	65,4
Federal	13	16,0
Privado	8	9,9
Setor		
Unidade de Internação clínica	9	11,1
Bloco cirúrgico	2	2,5
Obstetrícia (Sala de parto, centro obstétrico, alojamento conjunto, emergência)	19	23,5
Pediatria (unidade de internação ou UTI pediátrica)	5	6,2
Neonatologia (UTI, unidade de médio risco e Canguru)	25	30,9
Emergência geral	5	6,2
UTI Adulto	5	6,2
Ambulatório	2	2,5
Muitas áreas diferentes do mesmo hospital	4	4,9
Outro ^d	5	6,2
Turno de trabalho		
Somente manhã	9	11,1
Somente tarde	2	2,5
Manhã e tarde	35	43,2
Noite	35	43,2

Fonte: Autores.

Legenda: ^a. Distrito Federal, Goiás, Paraíba; ^b. Farmacêutico, Nutricionista; ^c. Não especificado; ^d. Não especificado.

A Tabela 2 reúne médias, desvios padrão e estatísticas de confiabilidade do Teste de Autorrelato de Inteligência Emocional de Schutte e do *Safety Attitudes Questionnaire* – versões brasileiras.

Em relação ao SSEIT, observa-se que os participantes demonstram nível alto de inteligência emocional, sendo os domínios “Percepção das emoções” e “Manejo das próprias emoções” os de melhor nível de desenvolvimento, em detrimento do domínio “Utilização das emoções”, com menor nível.

Quanto ao SAQ, a média do escore geral demonstra uma percepção do clima de segurança negativa, em que somente os domínios “satisfação no trabalho” e “percepção do estresse” obtiveram resultados positivos, sendo o pior resultado no domínio percepção da gerência.

A Tabela 3 apresenta a correlação entre o Teste de Autorrelato da inteligência emocional de Schutte e o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)

A análise de correlação entre os escores do SSEIT e do SAQ apresentou diferença estatística entre autorrelato de inteligência emocional e clima de segurança. Na Tabela 4, é apresentada a correlação entre os domínios dos dois instrumentos SSEIT e SAQ.

Verificou-se correlação estatística significativa entre diversos domínios, porém todos com correlação fraca. Entretanto, as correlações entre o Manejo das Emoções de Outros (Domínio 3 do SSEIT) e a Satisfação com o trabalho (Domínio 3 do SAQ) e o Manejo das Emoções de Outros (Domínio 3 do SSEIT) e as Condições de Trabalho (Domínio 6 do SAQ) apresentaram correlação moderada. Isso aponta que os escores desses dois domínios de clima de segurança aumentam quando o Manejo das Emoções de Outros aumenta.

Tabela 2 – Distribuição dos valores de média e desvio padrão e estatísticas de confiabilidade do *Schutte Self Report Emotional Intelligence Test* e do *Safety Attitudes Questionnaire*. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Variável	Média	DP	Nº Itens
SSEIT – Versão brasileira			
Domínio 01: Percepção das emoções	38,00	5,48	10
Domínio 02: Manejo das próprias emoções	38,28	4,48	9
Domínio 03: Manejo das emoções de outros	32,87	4,18	8
Domínio 04: Utilização das emoções	24,44	3,90	6
Escore Geral ^a	133,60	14,06	33
SAQ – Versão brasileira			
Domínio 01: Clima de trabalho em equipe	65,38	20,02	6
Domínio 02: Clima de segurança	60,58	20,28	7
Domínio 03: Satisfação no trabalho	78,52	9,75	5
Domínio 04: Percepção do estresse	85,03	18,19	4
Domínio 05: Percepção da gerência	52,88	21,97	12
Domínio 06: Condições de trabalho	54,84	29,13	3
Domínio 07: Comportamentos seguros	61,73	19,62	4
Escore Geral ^b	65,56	15,10	41

Fonte: Autores.

Legenda: ^a. o escore geral varia de 33 a 165. Quanto maior o escore, maior o nível de inteligência emocional. ^b. escores acima de 75 indicam um clima de segurança positivo.

Tabela 3 – Correlação entre o *Schutte Self Report Emotional Intelligence* e o *Test Safety Attitudes Questionnaire* (n=81). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

		Geral	Geral Domínio
Geral	Correlação de Pearson	1	0,454**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	81	81
Geral Domínio	Correlação de Pearson	0,454**	1
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	81	81

Fonte: Autores.

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela 4 – Correlação entre os domínios do *Schutte Self Report Emotional Intelligence Test* e os domínios do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) (n=81). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

	Clima de Segurança (SAQ)	Clima de Segurança (SAQ)						
		D1 Clima de trabalho em equipe	D2 Clima de segurança	D3 Satisfação no trabalho	D4 Percepção do estresse	D5 Percepção da gerência	D6 Condições de trabalho	D7 Comportamentos seguros
D1 – Percepção das emoções	Coefficiente de Correlação	0,276*	0,226*	0,372**	-0,018	0,251*	0,263*	0,254*
	Sig. (bilateral)	0,013	0,042	0,001	0,872	0,024	0,018	0,022
D2 – Manejo das próprias emoções	Coefficiente de Correlação	0,211	0,238*	0,413**	-0,066	0,240*	0,295**	0,210
	Sig. (bilateral)	0,059	0,032	0,000	0,559	0,031	0,008	0,060
D3 – Manejo das emoções de outros	Coefficiente de Correlação	0,373**	0,420**	0,483**	0,014	0,353**	0,449**	0,394**
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,000	0,901	0,001	0,000	0,000
D4 – Utilização das emoções Geral	Coefficiente de Correlação	0,266*	0,266*	0,354**	0,231*	0,316**	0,270*	0,405**
	Sig. (bilateral)	0,016	0,016	0,001	0,038	0,004	0,015	0,000

Fonte: Autores.

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral). **A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Foi realizada uma análise de regressão linear simples com o objetivo de investigar em que medida os níveis de inteligência emocional explicavam a percepção do clima de segurança do paciente pelos profissionais. A inteligência emocional apresentou influência estatística significativa na percepção do clima de segurança do paciente ($F(1, 79) = 20,423$, $p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,196$). O coeficiente de regressão B ($B = 0,487$, 95% [IC = 0,273 – 0,701]) indicou que, em média, o aumento de um ponto nos níveis de inteligência emocional repercutiu no aumento de 0,487 pontos nos níveis de percepção do clima de segurança do paciente.

Além disso, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (método *forward*) com o objetivo de investigar em que medida as quatro dimensões da inteligência emocional impactam na percepção do clima de segurança do paciente.

Os resultados demonstraram haver uma influência significativa na percepção do clima de segurança do paciente ($F(2,78) = 11,339$, $p < 0,001$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,205$). A tabela 5 apresenta os coeficientes para os preditores significativos. Conforme pode ser visto, a variável que mais fortemente impactou a percepção do clima de segurança do paciente foi domínio 03, explicando 16,8% do desfecho (clima de segurança do paciente), enquanto o domínio 04 esteve relacionado com apenas 4,7% da variância do clima de segurança do paciente.

Em média, observou-se que o aumento de um ponto de desvio padrão que sobe nos escores do domínio 3 promove o aumento de 0,334 desvio padrão nos escores gerais de clima de segurança do paciente, e a cada aumento de um ponto de desvio padrão no domínio 4 aumenta 0,234 desvio padrão no clima de segurança do paciente.

Tabela 5 – Variáveis de inteligência emocional preditoras de clima de segurança. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2021

Preditores	Coeficientes padronizados				
	Beta	t	Sig.	R ²	DR ²
(Constant)	-	0,285	0,000	-	-
Domínio 3 – Manejo das emoções dos outros	0,334	3,101	0,003	0,168	-
Domínio 4 – Utilização das emoções	0,234	2,175	0,033	0,205	0,047

Fonte: Autores.

DISCUSSÃO

Consistente com estudos anteriores, nacionais e internacionais, nós encontramos alto nível de inteligência emocional autorrelatada e baixa percepção do clima de segurança por parte de profissionais de saúde brasileiros, embora se utilizando de outros instrumentos de medida dos referidos constructos^(19–21).

Uma boa percepção das emoções também foi evidenciada em pesquisa com enfermeiros que cuidavam de pacientes com COVID-19⁽²¹⁾, demonstrando que possuir boa percepção e utilização das emoções é o primeiro passo para seu adequado manejo, podendo influenciar a adoção de comportamentos seguros no ambiente de trabalho.

Quanto aos achados do Clima de Segurança, a percepção negativa também foi registrada em pesquisa que utilizou o SAQ junto a 50 enfermeiros de um hospital de ensino brasileiro. Diferente do presente estudo, em que os domínios satisfação no trabalho e percepção do estresse obtiveram resultados positivos, esses mesmos domínios foram percebidos com

melhores pontuações por outros pesquisadores, ainda que o resultado geral também tenha sido negativo⁽²⁰⁾.

Cabe destacar que uma boa percepção de clima de segurança não obrigatoriamente significa adotar comportamentos seguros. O clima é apenas um retrato da cultura de segurança da instituição. Porém, é certo que, se os trabalhadores percebem fatores como trabalho em equipe, percepção do estresse, satisfação e papel da gerência como positivos; provavelmente terão uma percepção mais positiva do clima de segurança como um todo.

A relação entre os dois constructos pode ser melhor compreendida a partir de estudo com 211 enfermeiros iranianos, o qual identificou aqueles com níveis mais altos de IE apresentaram mais recursos para exibir desempenho superior devido ao maior engajamento no trabalho. Assim, maiores níveis de IE permitem que os profissionais de saúde se beneficiem de um desempenho ocupacional mais forte, comprometendo-se ainda mais no trabalho com o objetivo final de se sentirem autorrealizados e manterem a estabilidade em tempos de exigências e incertezas⁽²¹⁾.

Cabe ressaltar que a percepção do estresse foi positiva, sugerindo que os trabalhadores conseguiram identificar os fatores estressores presentes diariamente em suas práticas durante a pandemia de COVID-19. De outro modo, encontrou-se, como pior domínio avaliado, a percepção da gerência, também identificado por outros pesquisadores e associado a um distanciamento entre a equipe assistencial e a gestão, em que se considerou a necessidade de fortalecimento de vínculos entre ambos⁽²⁰⁾.

Essa colocação faz sentido na pesquisa atual, pois os participantes são profissionais que atuam na assistência, em sua maioria profissionais de enfermagem, e o possível distanciamento deles com a gestão pode ser um fator explicativo para sua percepção mais negativa, que, geralmente, apresenta-se de forma verticalizada. Nesse sentido, autores afirmam que, quanto maior a horizontalidade da relação entre a equipe assistencial e a gestão institucional, a contribuição de um profissional com o outro e com a segurança no cuidado será maior⁽²⁰⁾.

A correlação entre a percepção do clima de segurança e a inteligência emocional também foi evidenciada em outros trabalhos internacionais com grandes amostras de profissionais de saúde⁽²²⁻²⁴⁾. Pesquisadores⁽²²⁻²³⁾ também encontraram a identificação das emoções como influenciador dos resultados de segurança. Os resultados eram mais assertivos com atendimento benéfico ou menos assertivos com atendimento prejudicial de acordo com as emoções experimentadas em encontros com pacientes, sendo as emoções positivas associadas a resultados positivos e as emoções negativas associadas a resultados negativos.

A partir disso, pode-se depreender que a percepção das emoções não apenas é associada à qualidade da relação entre profissional e paciente, mas também à relação entre a equipe de profissionais e entre esta e a gerência. Acrescenta-se que, considerando a relação com liderança e os fatores que facilitam o relacionamento, encontrou-se que líderes que possuem controle das próprias emoções contribuem para desenvolver a capacidade de adaptação e receptividade às mudanças, almejando inovações no trabalho; bem como líderes que valorizam a empatia possuem facilidade em estabelecer conexões emocionais com os membros da equipe e costumam construir relações pautadas em laços de confiança⁽²⁵⁾.

Além disso, a habilidade de percepção das emoções torna o profissional mais apto a requerer as mudanças necessárias em seu ambiente de trabalho com vistas à melhoria, como é afirmado em estudo realizado com 1.549 profissionais de saúde de vários hospitais espanhóis durante o segundo semestre de 2020⁽²⁶⁾. Este evidenciou profissionais com níveis elevados de inteligência emocional e, conseqüentemente, desenvoltura interna ideal ao confrontar questões

exigentes no trabalho, maximizando o seu envolvimento. Isto promoveu a percepção de eficácia sustentada no trabalho e fomentou um trabalho melhorado com indicador de desempenho aumentado.

Reforçando esse entendimento, outro estudo espanhol com 125 enfermeiras apontou a importância das habilidades em perceber e regular suas emoções ao passo que se tem ciência e empatia com as emoções dos outros, pois a capacidade de lidar com o componente emocional aumenta o efeito do apoio social na satisfação com o trabalho, reduzindo o efeito da falta de justiça organizacional nesta satisfação⁽²⁷⁾.

Essa compreensão remete aos domínios 'manejo das próprias emoções' e 'manejo das emoções de outros' do SSEIT, os quais podem ser traduzidos, respectivamente, em regular as emoções próprias e dos outros, que apresentaram correlação estatística significativa com quase todas as dimensões do SAQ. Conseguir realizar o manejo das emoções próprias e dos outros, após a devida percepção dessas, exerce influência direta na obtenção de um efeito mais intenso sobre o outro⁽²⁷⁾.

Essas habilidades sociais mostram-se fundamentais para exercício de influência quanto aos aspectos dessas dimensões do SAQ, pois, no que diz respeito à atuação de pessoas em posição de liderança, por exemplo, tais habilidades convergem para uma comunicação mais horizontalizada, além de tomada de decisões e processos de negociação mais assertivos⁽²⁵⁾.

Pode-se afirmar, ainda, que a IE contribui para um clima organizacional mais seguro, com comportamentos voltados para a segurança e melhores condições de trabalho, pois competências de comunicação proporcionam a base para a melhoria contínua dos serviços hospitalares⁽²⁸⁾.

Quanto à correlação entre o domínio 'utilização das emoções' do SSEIT, entendido por agir com base na percepção e regulação das emoções próprias e dos outros, e os domínios do SAQ, considera-se que a inteligência emocional evidenciada colabora para perceber e regular suas emoções, ter ciência e empatia com as emoções dos outros, levando a um efeito mútuo acentuado pela atenção emocional^(16,27).

Nesse aspecto, chama-se atenção para a influência da 'utilização das emoções' no domínio 'percepção do estresse', pois foi observado um estudo no qual, em algum nível, a IE pode ser um fator de risco para alguns riscos psicossociais, como conflitos interpessoais ou falta de justiça organizacional, devido à atenção emocional, apontando que alto nível de atenção emocional ou empatia pode aumentar a vulnerabilidade, neste caso, podendo impactar negativamente na satisfação com o trabalho⁽²⁷⁾.

Dentro dessa perspectiva, outro estudo apontou que as pontuações de IE foram associadas negativamente a medidas como estresse, apesar de sua ligação positiva com a performance de trabalho⁽²⁹⁾.

É importante ressaltar que esses estudos, assim como o nosso, foram realizados no contexto da pandemia de COVID-19, sendo esse fator um potencial desencadeador de situações estressoras, e isso é confirmado em outro estudo que afirma que doenças infecciosas pandêmicas e epidêmicas, como COVID-19 ou MERS-CoV, impõem um nível significativo de ansiedade e estresse aos profissionais de saúde que cuidam de pacientes infectados, sendo sua principal preocupação o risco de transmitir a infecção para seus familiares ou adquiri-la em si mesmos⁽³⁰⁾.

Quanto aos achados desta pesquisa no que se refere ao aumento nos níveis de inteligência emocional repercutir no aumento da percepção do clima de segurança, outros pesquisadores corroboram tal resultado, destacando a influência da IE na qualidade (eficaz e segura) do cuidado ao paciente; aspectos como satisfação do cliente e resultados clínicos positivos, também foram correlacionadas com a capacidade de IE. Além de estudo que afirma haver um resultado positivo e relação significativa entre inteligência emocional e cultura de segurança do paciente⁽²⁴⁾.

Corroborando os achados da Tabela 5, aponta-se estudo que buscou desenvolver uma compreensão abrangente das experiências emocionais dos profissionais que trabalhavam em departamento de emergência, incluindo o que desencadeava suas emoções, os efeitos percebidos das emoções na tomada de decisão clínica e no atendimento ao paciente, e as estratégias que os profissionais usavam para gerenciar suas emoções de modo a reduzir os riscos de segurança. Esse estudo encontrou que os profissionais se esforçavam para reduzir os riscos para os pacientes, mantendo-se emocionalmente distanciados, portanto ignorando a emoção do outro; contudo essas estratégias de desligamento da emoção mostraram-se menos eficazes, ao passo que as estratégias de envolvimento emocional, percebendo a emoção, gerenciando-a e utilizando-a de maneira inteligente, mostraram-se mais eficazes⁽²³⁾.

Ressalta-se que um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de saúde para o manejo das próprias emoções e das emoções de outros, concomitantemente, no cenário da pandemia de COVID-19, foi lidar com a sobrecarga de sentimentos negativos geradores de medo, angústia e depressão, além da necessidade de manter o autocontrole, de suportar o turbilhão emocional, exercitar a temperança e contenção de excessos de informações negativas e trágicas dentro e fora do ambiente de trabalho⁽²⁵⁾.

Como limitações do estudo, pode-se citar o tamanho amostral, a realização do estudo em apenas uma região do país, a distribuição não homogênea das categorias de profissionais (predominância da Enfermagem), bem como de suas unidades de atuação, considerando que unidades de obstetrícia e neonatologia tiveram outro tipo de exposição

aos desafios da pandemia ao comparar com os profissionais de outras unidades críticas, como UTI e emergência.

■ CONCLUSÃO

Um maior nível de inteligência emocional de trabalhadores de saúde hospitalares mostrou relação com uma maior percepção do clima de segurança na pandemia de COVID-19, sendo o manejo das emoções de outros o domínio mais fortemente envolvido na correlação entre os constructos.

Isso sugere que investir em programas de treinamento e desenvolvimento de habilidades emocionais pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a percepção do clima de segurança no ambiente hospitalar, conforme já apresentado de forma extensiva na literatura nacional e internacional.

Sugere-se o desenvolvimento de estudos que abordem como o manejo das emoções dos outros é desenvolvido e percebido no dia a dia dos profissionais de saúde, a fim de que se produzam evidências científicas mais robustas sobre a referida questão.

■ REFERÊNCIAS

1. Moreira RS. COVID-19: intensive care units, mechanical ventilators, and latent mortality profiles associated with case-fatality in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e00080020. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>
2. Colnago M, Benvenuto GA, Casaca W, Negri RG, Fernandes EG, Cuminato JA. Risk factors associated with mortality in hospitalized patients with COVID-19 during the Omicron wave in Brazil. *Bioengineering*. 2022;9(10):584. doi: <https://doi.org/10.3390/bioengineering9100584>
3. Barbosa TP, Costa FB, Ramos ACV, Berra TZ, Arroyo LH, Alves YM, et al. Morbimortalidade por COVID-19 associada a condições crônicas, serviços de saúde e iniquidades: evidências de sindemia. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e6. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.6>
4. Sant'Ana G, Imoto AM, Amorim FF, Taminato M, Peccin MS, Santana LA, et al. Infection and death in healthcare workers due to COVID-19: a systematic review. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20200107. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00107>
5. Duprat IP, Melo GC. Análise de casos e óbitos pela COVID-19 em profissionais de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020;45:e30. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000018220>
6. Coelho MMF, Cavalcante VMV, Cabral RL, Oliveira RM, Araújo MÂM, Gomes AMT. Structural analysis of the social representations on COVID-19 among assistance nurses. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200358. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>
7. Coelho MMF, Cavalcante VMV, Cabral RL, Oliveira RM, Nogueira PSF, Silva FAA, et al. Work context and clinical manifestations of COVID-19 in health professionals. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE0163345. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00163345>
8. Souza NVDO, Carvalho EC, Soares SSS, Varella TCMYML, Pereira SRM, Andrade KBS. Nursing work in the COVID-19 pandemic and repercussions for workers' mental health. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):e20200225. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>

9. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani PR, Mendes JS, Sampaio LS, Soares GL. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42(esp):e20200339. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
10. Drigas A, Papoutsi C. The need for emotional intelligence training education in critical and stressful situations: the case of Covid-19. *Int J Recent Contrib Eng Sci IT.* 2020 [cited 2023 Aug. 19];8(3):20-36. Available from: <https://online-journals.org/index.php/i-jes/article/view/17235>
11. Mayer JD, Salovey P. What is emotional intelligence? In: Salovey P, Sluyter DJ, editors. *Emotional development and emotional intelligence: educational implications.* New York: Basic Books; 1997. p. 3-31.
12. D'Souza GS, Irudayasamy FG, Parayitam S. Emotional exhaustion, emotional intelligence and task performance of employees in educational institutions during COVID 19 global pandemic: a moderated-mediation model. *Personnel Rev.* 2023;52(3):539-72. doi: <https://doi.org/10.1108/PR-03-2021-0215>
13. Aljarboa BE, Pasay An E, Dator WLT, Alshammari SA, Mostoles R Jr, Uy MM, et al. Resilience and emotional intelligence of staff nurses during the COVID-19 pandemic. *Healthcare.* 2022;10(11):2120. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10112120>
14. Codier E, Codier DD. Could emotional intelligence make patients safer? *Am J Nurs.* 2017;117(7):58-62. doi: <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000520946.39224.db>
15. Luo T. Safety climate: current status of the research and future prospects. *JSSR.* 2020;1(2):106-19. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jnlssr.2020.09.001>
16. Toledo Júnior A, Duca JGM, Coury MIF. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Schutte Self-Report Emotional Intelligence Test. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(4):109-14. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180102>
17. Carvalho REFL, Cassiani SHB. Cross-cultural adaptation of the Safety Attitudes Questionnaire – Short Form 2006 for Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20(3):575-82. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000300020>
18. Rumsey DJ. How to interpret a correlation coefficient [Internet]. *Dummies*; 2021 [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://www.dummies.com/article/academics-the-arts/math/statistics/how-to-interpret-a-correlation-coefficient-r-169792>
19. Di Lorenzo R, Venturelli G, Spiga G, Ferri P. Emotional intelligence, empathy and alexithymia: a cross-sectional survey on emotional competence in a group of nursing students: emotional competence in nursing students. *Acta Biomed.* 2019;90(4-S):32-43. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8273>
20. Silva AEB, Cavalcante RGF, Lima JC, Sousa MRG, Sousa TP, Nunes RLS. Evaluation of the patient safety climate in hospitalization units: a cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03500. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027203500>
21. Moradian ST, Movahedi M, Rad MG, Saeid Y. Emotional intelligence of nurses caring for COVID-19 patients: a cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs.* 2022;36:24-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2021.10.011>
22. Isbell LM, Tager J, Beals K, Liu G. Emotionally evocative patients in the emergency department: a mixed methods investigation of providers' reported emotions and implications for patient safety. *BMJ Qual Saf.* 2020;29:803-14. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010110>
23. Isbell LM, Boudreaux ED, Chimowitz H, Liu G, Cyr E, Kimball E. What do emergency department physicians and nurses feel? a qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(10):1-2. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
24. Rezaei S, Salehi S. A study of the relationship between emotional intelligence and patient safety culture among emergency nurses in selected hospitals in Shiraz in 2017. *J Res Med Dent Sci.* 2018 [cited 2022 Mar 17];6(2):276-83. Available from: <https://www.jrmds.in/articles/a-study-of-the-relationship-between-emotional-intelligence-and-patient-safety-culture-among-emergency-nurses-in-selected.pdf>
25. Amestoy SC. Inteligência emocional: habilidade relacional para o enfermeiro-líder na linha de frente contra o novo Coronavírus. *J Nurs Health.* 2020;10(4):e20104016. doi: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18993>
26. Sanchez-Gomez M, Sadovyy M, Bresó E. Health-care professionals amid the COVID-19 pandemic: how emotional intelligence may enhance work performance traversing the mediating role of work engagement. *J Clin Med.* 2021;10(18):4077. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm10184077>
27. Soto-Rubio A, Giménez-Espert MDC, Prado-Gascó V. Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21):7998. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217998>
28. Raeissi P, Zandian H, Mirzarahimy T, Delavari S, Zahirian Moghadam T, Rahimi G. Relationship between communication skills and emotional intelligence among nurses. *Nurs Manag.* 2019;26(2):31-5. doi: <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1820>
29. Alonazi WB. The impact of emotional intelligence on job performance during COVID-19 crisis: a cross-sectional analysis. *Psychol Res Behav Manag.* 2020;13:749-57. doi: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S263656>
30. Temsah MH, Al-Sohime F, Alamro N, Al-Eyadhy A, Al-Hasan K, Jamal A, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic on health care workers in a MERS-CoV endemic country. *J Infect Public Health.* 2020;13(6):877-82. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.021>

■ **Agradecimentos:**

Os autores agradecem à Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) do Estado do Ceará pelo apoio concedido à realização da pesquisa por meio de bolsa de iniciação científica.

■ **Contribuição de autoria:**

Administração de projeto: Roberta Meneses Oliveira.

Análise formal: Laudicéa Cardoso da Silva, Ana Barbosa Rodrigues, Francisco José da Silva, Paloma Moreira de Oliveira, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho.

Recebimento de financiamento: Roberta Meneses Oliveira.

Conceitualização: Laudicéa Cardoso da Silva, Roberta Meneses Oliveira.

Curadoria de dados: Laudicéa Cardoso da Silva, Ana Barbosa Rodrigues, Francisco José da Silva, Paloma Moreira de Oliveira, Roberta Meneses Oliveira.

Redação do manuscrito original: Laudicéa Cardoso da Silva.

Escrita – revisão e edição: Sherida Karanini Paz de Oliveira, Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho, Manuela de Mendonça Figueirêdo Coelho, Roberta Meneses Oliveira.

Investigação: Laudicéa Cardoso da Silva, Ana Barbosa Rodrigues, Francisco José da Silva, Paloma Moreira de Oliveira, Roberta Meneses Oliveira.

Metodologia: Laudicéa Cardoso da Silva, Roberta Meneses Oliveira.

Recursos: Roberta Meneses Oliveira.

Supervisão: Roberta Meneses Oliveira.

Visualização: Roberta Meneses Oliveira.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autora correspondente:**

Roberta Meneses Oliveira

E-mail: robertameneses@ufc.br

Recebido: 29.05.2023

Aprovado: 27.10.2023

Editor associado:

Gabriella de Andrade Boska

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira

