



Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

Sara Joana Ferreira Soeima

**Capacidades de competência emocional dos
enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica**

abril de 2021



Universidade do Minho
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro
Escola Superior de Enfermagem

Sara Joana Ferreira Soeima

Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação dos Professores
Rui Manuel Freitas Novais
Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

abril de 2021

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositoriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição

CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

*“Quando eu digo controlar emoções, me refiro às emoções
realmente estressantes e incapacitantes.
Sentir as emoções é o que torna a nossa vida rica”.*

Daniel Goleman

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um muito obrigado ao *Professor Rui Novais* pela ajuda no rigor científico e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo de todo o processo de investigação. Um agradecimento especial à *Professora Maria Fátima Martins* pelo incentivo do tema, pela sua disponibilidade e pertinência das suas observações.

À *Professora Doutora Laetitia Teixeira* pela sua preciosa ajuda e por todos os conhecimentos de estatística descritiva partilhados neste trabalho científico.

À *Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco*, por ser uma verdadeira artesã de conhecimentos. Pelas leituras e valiosas sugestões. Ao *Professor Doutor António Vilela* pelo passo enorme que deu ao validar a “Escala Veiga Branco da Competência Emocional” para a população de enfermagem e pela autorização que concedeu para a sua utilização no presente estudo.

A todos os *Docentes* que de alguma forma contribuíram na minha formação académica, pelos conhecimentos, sabedoria transmitidos e por possibilitarem novas aprendizagens e competências no domínio da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da pessoa em situação crítica.

Aos colegas de trabalho, de mestrado, e amigos enfermeiros *Anibal, Filipe, Lídia e Paula* pela força demonstrada, pela disponibilidade para partilhar dúvidas, mas essencialmente pela ajuda no tratamento e análise estatística, o meu mais sincero reconhecimento.

Agradeço às Instituições Hospitalares que concederam autorização para a realização deste estudo. Um particular agradecimento às Senhoras Enfermeiras *Rosário Fonseca, Patrícia Pais e Amélia Rodrigues*, sem a sua preciosa ajuda, este trabalho não tinha sido possível realizar.

Um agradecimento a todos os colegas enfermeiros que de livre vontade aceitaram fazer parte do estudo, disponibilizando o seu tempo, contribuindo deste modo para a sua concretização.

Ao *RF* e à minha família, pela motivação de continuar sempre num percurso de formação contínua e terem sido os primeiros impulsionadores para a inscrição neste curso de mestrado e acompanhamento nesta caminhada.

A todos, um sincero e profundo **obrigada**.

RESUMO

O cuidar da pessoa em situação crítica requer o desenvolvimento de competências especializadas face à complexidade das situações que emergem no contexto de cuidados intensivos. Os enfermeiros envolvem-se em situações de cuidar de difícil gestão que acarretam implicações emocionais. Neste âmbito, as suas capacidades emocionais tornam-se de capital importância para enfrentar essas situações complexas, na medida em que promovem a regulação, a gestão das emoções e produzem um estado de bem-estar emocional. As capacidades de competência emocional versam sobre as habilidades de cada um em reconhecer, avaliar e controlar as suas emoções e as das outras pessoas. Desenvolveu-se um estudo quantitativo de carácter exploratório e descritivo, tendo como objetivos explorar e descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica. Recorreu-se à aplicação de um questionário como instrumento de colheita de dados com base na “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”. Os resultados do estudo demonstraram que das cinco capacidades de competência emocional estudadas, a empatia é a mais valorizada pelos enfermeiros e a automotivação a menos valorizada, o que reflete uma distinção das capacidades interpessoais de competência emocional em detrimento das intrapessoais e uma perspetiva positivista da competência emocional. Os enfermeiros apresentaram um nível moderado de competência emocional que necessita de ser melhorado de forma a que sejam emocionalmente competentes e proporcionem cuidados cada vez mais eficientes e diferenciados à pessoa em situação crítica.

Palavras-chave: Capacidades de competência emocional; Enfermeiros; Pessoa em situação crítica.

ABSTRACT

Caring for people in critical situations requires the development of skills in view of the complexity of situations that emerge in the context of intensive care. Nurses are requested to manage situations of great emotional length. Henceforth, in this context, nurses' emotional skills become of huge relevance to deal with the complexity of the situations. With the help of these skills, nurses can regulate and manage more proficiently the stream of emotions and promote a sense of well-being. Emotional skills are linked to the ability of each person on recognizing, measuring, evaluating, and mostly balancing/controlling their own emotions and the ones of people around them. A quantitative study with an analysing and describing goal is developed in the following pages. This work aims to explore and describe the emotional skills which are valued by nurses who provide medical care for people in a critical condition. A questionnaire was developed as an instrument of measuring the data of our survey. We used "Veiga Branco's Emotional Competence Scale/Measure". The results of the study showed that of the five emotional competence capacities studied, empathy is the most value by nurses and self-motivation the least valued, which reflects a distinction of interpersonal capacities of emotional competence to the detriment of intrapersonal ones and a positivist perspective of competence emotional. This study concluded that nurses had a moderate level of emotional competence that needs to be improved in order to be emotionally competent and provide increasingly efficient and differentiated care to people in critical situations.

Keywords: *Emotional skills; Nurses; People in a critical condition.*

ÍNDICE

RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE.....	viii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	x
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE QUADROS.....	xii
INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – CAPACIDADES DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	16
1.1 – Da inteligência emocional à competência emocional	16
1.2 – A competência emocional dos enfermeiros	22
1.3 – Cuidar da pessoa em situação crítica.....	25
CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS.....	33
2.1 – Abordagem de investigação, tipo de estudo e objetivos	33
2.2 – População e amostra	34
2.3 – Instrumento e procedimentos de colheita de dados.....	35
2.4 – Metodologia de análise dos dados	37
2.5 – Considerações éticas.....	38
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
3.1 – Caracterização da amostra	41
3.2 – Capacidades de competência emocional.....	46
3.2.1 – Autoconsciência	46
3.2.2 – Gestão de emoções.....	49
3.2.3 – Automotivação	51
3.2.4 – Empatia	53
3.2.5 – Gestão de emoções em grupo	54
3.3 – Fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional	56
3.4 – Discussão dos resultados	58

3.4.1 – Perfil social, biográfico e profissional dos enfermeiros	58
3.4.2 – Capacidades e fatores identificadores de atitudes e comportamentos de competência emocional.....	61
CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	79
ANEXO A – Autorização da autora da “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”	80
ANEXO B – Autorização do autor da validação da “Escala Veiga Branco da Competência Emocional” para a população dos Enfermeiros.....	82
ANEXO C – Parecer do Conselho de Ética da Universidade do Minho	85
ANEXO D – Autorizações das Instituições Hospitalares	88
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE A – Questionário.....	100
APÊNDICE B – Consentimento Informado	106
APÊNDICE C – Declaração de Proteção de Dados	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Percentagem

> – Superior

DGS – Direção Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

e.g. – *exempli gratia*

ed. – Edição

et al. – e outros

EV BCE – “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”

INE – Instituto Nacional de Estatística

MS – Ministério da Saúde

n – Frequência

nº – Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

SMI – Serviços de Medicina Intensiva

smn – *Score* mínimo

smx – *Score* máximo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCI – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidades de Cuidados Intensivos Polivalente

X – Média

α – Coeficiente de *alfa cronbach*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Caracterização da amostra segundo o sexo</i>	41
Tabela 2 - <i>Caracterização da amostra segundo a idade</i>	42
Tabela 3 - <i>Caracterização da amostra segundo o estado civil</i>	42
Tabela 4 - <i>Caracterização da amostra segundo os dependentes a cargo</i>	42
Tabela 5 - <i>Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas</i>	43
Tabela 6 - <i>Caracterização da amostra segundo as habilitações profissionais</i>	44
Tabela 7 - <i>Caracterização da amostra segundo a categoria profissional</i>	44
Tabela 8 - <i>Caracterização da amostra segundo a experiência profissional</i>	44
Tabela 9 - <i>Caracterização da amostra segundo a experiência profissional na UCIP</i>	45
Tabela 10 - <i>Caracterização da amostra segundo a situação contratual</i>	45
Tabela 11 - <i>Caracterização da amostra segundo o trabalho por turnos</i>	45
Tabela 12 - <i>Caracterização da amostra segundo carga de trabalho semanal > 35h</i>	46
Tabela 13 - <i>Distribuição dos itens da capacidade de autoconsciência</i>	47
Tabela 14 - <i>Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções</i>	51
Tabela 15 - <i>Distribuição dos itens da capacidade de automotivação</i>	52
Tabela 16 - <i>Distribuição dos itens da capacidade de empatia</i>	54
Tabela 17 - <i>Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções em grupo</i>	55
Tabela 18 - <i>Distribuição dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionado com as capacidades de competência emocional</i>	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - <i>Vantagens e desvantagens dos questionários</i>	35
--	----

INTRODUÇÃO

Atualmente, a emoção e a razão aparecem interligadas no quotidiano, na medida em que as emoções são pensadas e detêm alguma razão. As emoções sustentam um papel de destaque nas decisões (Winter, 2016; LeDoux & Brown, 2017). De facto, quando não se pensa com a razão, surgem emoções confusas, desequilibradas e irregulares. Neste contexto, as emoções são o impulso para a ação (Goleman, 2012). Aliadas à inteligência emocional e à razão, estas possibilitam ações eficientes e eficazes, sendo uma mais-valia para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

A competência emocional, derivando do conceito de inteligência emocional, transpõe o potencial efetivo de cada pessoa para aprender as várias capacidades profissionais e aptidões práticas, uma vez que é uma capacidade adquirida, tendo por base a inteligência emocional, que permite um melhor desempenho profissional (Goleman, 2012). A inteligência emocional caracteriza-se pela

... capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; de regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança. (Goleman, 2010, p.54).

Sendo assim, a inteligência emocional figura como a representação sintética de um conjunto de capacidades que conciliam a razão e a emoção. Neste sentido, existe competência emocional quando somos capazes de valorizar e compreender as diferentes capacidades de competência emocional.

Cuidar da pessoa em situação crítica implica uma interação emocional entre a pessoa doente e o enfermeiro e, simultaneamente, exige conhecimentos, compromissos e valores humanos (Watson, 2002). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados e requerem o desenvolvimento de competências especializadas face à complexidade das situações, sendo prestados de modo contínuo “...à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018, p.19362). No cuidar da pessoa em situação crítica, os enfermeiros envolvem-se em situações de difícil gestão com implicações emocionais, tais como, a morte e o sofrimento humano. Assim, é importante a

consciencialização das próprias emoções e de que modo estas os afetam a nível pessoal e profissional, de forma a conseguir geri-las corretamente.

Ao longo dos tempos, as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) foram assumindo a pessoa doente em situação crítica ao nível hospitalar, tomando a “...responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais” (Ministério da Saúde [MS], 2003, p.5). Pressupõe-se que o enfermeiro que trabalha nestes serviços, seja detentor de capacidades de competência emocional, como as de automotivação, de empatia, de gestão de emoções, de autoconsciência e de gestão de relacionamentos em grupo. Para cuidar da pessoa doente, o enfermeiro necessita de ter autoconsciência e empatia que lhe permita compreender o outro. A gestão das emoções em grupo, no seio de uma equipa multidisciplinar, é de primordial importância para gerir conflitos e emoções.

O despertar para a realização deste estudo surge no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Saúde da Universidade de Trás os Montes e Alto Douro e emerge da constatação da insuficiência de estudos em Portugal, que envolvam enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica, bem como, do interesse da investigadora responsável, que no seu quotidiano cuida de pessoas a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica. Face à problemática, optou-se pela realização de um estudo exploratório e descritivo de natureza quantitativa de modo a responder à questão de investigação: “Quais as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica?”, apresentando como objetivos: *(i)* explorar as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica; e *(ii)* descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica.

A presente dissertação está estruturada da seguinte forma: inicia-se com a introdução, onde se explicita brevemente a problemática, se caracteriza o tipo de estudo e se definem os seus objetivos, fazendo-se, ainda, uma alusão à estrutura do trabalho. No primeiro capítulo aborda-se o estado da arte, começando com a definição de razão e emoção, uma breve evolução do conceito de competência emocional, sendo desenvolvidas as cinco capacidades que representam este conceito, a temática da competência emocional dos enfermeiros e, por fim, o cuidar da pessoa em situação crítica. O segundo capítulo é sede do enquadramento metodológico, iniciando-se com a abordagem de investigação, seguindo-se o tipo de estudo e os objetivos, passando pela população e amostra, o instrumento e procedimentos de colheita

de dados utilizado, a metodologia de análise dos dados e, por último, as considerações éticas. O terceiro capítulo do trabalho retrata a apresentação, a análise e a discussão dos resultados. No quarto capítulo são apresentadas as conclusões, as limitações e sugestões para estudos futuros na área. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas e, ainda, como parte integrante da dissertação surgem os anexos e os apêndices.

A elaboração desta dissertação cumpre as normas para formatação gráfica e depósito no RepositóriUM e as diretrizes da American Psychological Association (7.^a edição) para as citações em texto e referências bibliográficas.

CAPÍTULO 1 – CAPACIDADES DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Ao longo do presente capítulo serão abordados os temas: da inteligência emocional à competência emocional, seguida da competência emocional dos enfermeiros e, por último, o cuidar da pessoa em situação crítica.

1.1 – Da inteligência emocional à competência emocional

A razão e a emoção são conceitos difíceis de separar. As emoções fundamentam a eficácia e eficiência das decisões, no seu controlo (Goleman, 2010). O comportamento do ser humano é resultante destas duas dimensões, sendo toda a ação do indivíduo resultante, por um lado, do que ele pensa, que representa a razão, e por outro, o que sente, a emoção.

Para Damásio (2011), a razão integra o conhecimento compreensível, objetivo e científico, ao passo que a emoção é um conhecimento sensível, subjetivo e pouco científico, não sendo possível dissociar a emoção da razão e vice-versa. A emoção acaba por se encontrar numa posição desfavorecida em relação à razão, sendo responsável pelos comportamentos com resultados menos positivos e mais questionáveis. Goleman (2012) partilha da mesma opinião, acrescentando que as emoções são sentimentos e os pensamentos que daí resultam, são estados biológicos e psicológicos que levam à ação.

Na perspetiva de Winter (2016), as emoções como a raiva, a inveja, a vergonha e a empatia moldam interações estratégicas, pois influenciam o comportamento de quem as sente. Este autor defende, há muito tempo, que as emoções podem ser processos racionais. No limite, as emoções negativas podem resultar em comportamentos e decisões económicas desejáveis, ou seja, uma decisão com base numa emoção pode ser mais eficiente do que outra baseada em cálculos minuciosos e lógicos. Através de um estudo recente, LeDoux and Brown (2017) demonstram que as emoções podem produzir mais do que atos racionais. Para os autores, as emoções são processos cognitivos que resultam da recolha de informação. Os mecanismos cerebrais dão origem à emoção consciente e não se diferenciam daqueles que originam experiências cognitivas e perceptivas. Os resultados deste estudo contradizem os anteriores, na medida em que referiam que as emoções são programadas em circuitos cerebrais secundários de forma a dar resposta a processos cognitivos de perceção, imaginação, juízo, raciocínio e memória. Os estados emocionais estão ao nível dos outros estados de consciência, pois o processo cognitivo e a experiência emocional acontecem nos mesmos circuitos. Todavia, estes autores não excluem que

algumas respostas às emoções continuam a ser dependentes de circuitos secundários diferentes, que se encontram interligados.

Os estudos de Winter (2016) e de LeDoux and Brown (2017) vieram lançar novos desafios à economia comportamental. Outrora, as emoções eram ignoradas, sendo o enfoque, a partir dessa época, colocado sobretudo nas limitações cognitivas que sofremos, deixando de lado o potencial da razão emocional. A economia comportamental busca reconhecer enviesamentos assumidos que são falhas cognitivas e prejudiciais à decisão. Os estudos nesta área têm vindo a constatar que as emoções possuem um papel de destaque nas decisões. Contudo, os sistemas cerebrais têm estruturas diferentes para processar os impulsos emotivos e a razão lógica. Os dois sistemas comunicam e, em conjunto, influenciam o comportamento do Homem.

Denota-se que não existe de facto uma linha que separa a emoção da razão e que estas dimensões estão interligadas no quotidiano. No entanto, as emoções dão início a certos pensamentos e alguns pensamentos dão origem a certas emoções. Neste contexto, as ações emocionais sem razão são absurdas. Assim, todas as emoções são pensadas e possuem alguma razão no seu processo, logo quando não pensamos com a razão surgem emoções confusas, desequilibradas e irregulares (LeDoux & Brown, 2017).

A conceção de competência emocional tem origem no conceito de inteligência emocional, sendo definida como a "... capacidade apreendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho. (...) A nossa competência emocional mostra até que ponto, traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais" (Goleman, 2012, p.33) e engloba não só as competências emocionais, mas também as competências profissionais.

Em 1990, Mayer and Salovey desenvolveram uma nova teoria que converteu a inteligência interpessoal e a intrapessoal, a partir do *Modelo de Gardner* (1983), em inteligência emocional. A inteligência emocional é descrita como uma "...habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar e resolver problemas baseados nelas. A inteligência emocional está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e geri-las" (Mayer & Salovey, 2008, p. 267). Estes autores definiram inteligência emocional com base em capacidades específicas, representadas num modelo com quatro componentes: (i) perceção; (ii) avaliação e expressão da emoção; (iii) facilitação emocional do pensamento; e (iv) compreensão e análise da informação emocional e sua aplicação.

A expressão inteligência emocional ganhou popularidade com a publicação do livro *“Inteligência Emocional”* de Daniel Goleman, em 1995, direcionando a sua abordagem para o contexto escolar. O autor colocou em causa a relação entre o sucesso escolar e o sucesso da vida pessoal, considerando que nem sempre as pessoas possuidoras de um quociente de inteligência elevado são boas a conduzir a sua vida. A inteligência emocional é a capacidade de identificar os sentimentos dos outros e os próprios sentimentos, de motivar e de gerir as emoções e os relacionamentos com os outros (Goleman, 2010). A inteligência integra a inteligência emocional mesclada com as habilidades pessoais e competências sociais, nas quais se inclui as características e os comportamentos pessoais (Goleman, 2012).

Partindo da *Teoria de Goleman*, o desenvolvimento do termo competência emocional deriva da construção de inteligência emocional que é um termo amplo, que inclui diversos processos e provoca toda uma variedade de consequências. A competência emocional é definida por Bisquerra e Pérez-Escoda (2007), como um conjunto que interliga os conhecimentos, habilidades, atitudes e condutas, com uma construção complexa que apresenta características de globalidade, de interação e de evolução.

Ao estudar a competência emocional no contexto dos professores e necessidades do processo ensino/aprendizagem, Veiga Branco (2005) diferencia a inteligência emocional de competência emocional considerando que só existe competência quando

...alguém atinge um nível desejado de realização, e diz respeito ao pós-facto. Só pode ser apreciada simultaneamente ou após a exibição de comportamentos e ou atitudes, através da observação, ou através das memórias expressas, pelos sujeitos executores ou por observadores. (Veiga Branco, 2005, p.171).

De acordo com a perspetiva teórica de Vilela (2006), uma competência surge da forma de saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos e capacidades que foram adquiridas em contextos formativos. Estes conhecimentos e capacidades devem ser aplicados na prática de modo apropriado e de acordo com a própria capacidade. Assim, a capacidade é algo que precede a competência. A competência emocional pode ser explicada como uma expressão de inteligência emocional, por se revelar na habilidade e na capacidade de gerir emoções e sentimentos em termos relacionais e pessoais (Costa, 2014).

De igual modo, Xavier e Nunes (2016) estudaram o significado de competência emocional no campo da saúde, fortalecendo e ampliando o *Modelo de Bisquerra* (2003). O desenho da construção "*Competência Emocional do Enfermeiro*" permitiu encontrar as declarações descritivas de cinco capacidades que o compõem e de vinte e uma unidades de competência. O desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros deve ser fundado num "... processo educativo, particularmente na educação emocional, tendo como objetivo principal o crescimento emocional-intelectual do enfermeiro" (Xavier & Nunes, 2016, p.638).

Embora o construto de competência emocional tenha derivado da inteligência emocional, estes conceitos distinguem-se na sua essência, pois para alguém ser considerado competente tem de possuir capacidades e habilidades nas suas atitudes e condutas emocionais e relacionais. Neste sentido, as capacidades são algo que se aprende e antecede a competência, ao passo que a competência é algo que se integra, transfere e mobiliza conhecimentos apreendidos em formações e aplica-os na prática de modo apropriado. Veiga Branco (2004), partindo do construto de inteligência emocional de Goleman (1995), desenvolveu a EVBCE, tendo por base as cinco capacidades (a autoconsciência, a gestão de emoções, a automotivação, a empatia e a gestão de emoções em grupo) que definem o conceito de competência emocional. As três primeiras capacidades são consideradas competências intrapessoais e as restantes, competências interpessoais ou sociais.

A autoconsciência é definida como a capacidade em que a pessoa tem percepção de si e das emoções que sente (Veiga Branco, 2005). Permite a cada um reconhecer um determinado sentimento, tomando assim consciência do que se passa consigo (Goleman, 2010). Segundo Goleman (2012), a percepção dos sentimentos e das emoções permitem uma mudança da atividade mental, possibilitando um melhor controlo desses mesmos sentimentos e emoções, de modo a tomar a consciência do que estamos a viver e saber decidir como atuar. Apenas as pessoas que compreendem os seus sentimentos é que sabem o que realmente devem fazer e como fazer. Neste sentido, "as pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem..." (Goleman, 2012, p.63).

Esta capacidade é completada com a autoavaliação exata, porque permite a introspeção do Ser, e assim compreender a forma como a pessoa se sente, age e pensa, não só no relacionamento com os outros, mas também consigo própria. A autoconfiança significa que acreditamos nas nossas potencialidades, disponibilizamo-nos para novas oportunidades e experiências, tendo uma autoimagem positiva. A

autoconsciência é a base da inteligência emocional e por conseguinte da competência emocional (Goleman, 2012).

Um enfermeiro provido desta capacidade é capaz de ter a noção exata do tipo de sentimentos que o invade, conseguindo não só identificá-los como defini-los. Este profissional, independentemente das emoções e dos sentimentos que o compõem, não os demonstra e mantém uma postura de isenção e de harmonia, bem como tem consciência dos seus próprios limites. O enfermeiro autoconsciente é um sujeito racional, flexível, positivo e observador de tudo o que o rodeia, independentemente da sua opinião, dos seus medos e das suas crenças. Mesmo quando os sentimentos e as emoções o envolvem, mantém o seu comportamento e a sua postura isenta. A autoconsciência emocional é muito importante na vida quotidiana e em especial na profissão de enfermagem, uma vez que o enfermeiro para conhecer o outro e responder às suas exigências e necessidades, necessita de se conhecer e de se compreender a si próprio. Só assim será capaz de manter relações profissionais satisfatórias e estar habilitado a cuidar e a gerir as situações de forma razoável (Vilela, 2006; Younas et al., 2019).

A gestão de emoções passa pelo modo como cada um consegue gerir as suas emoções e lidar com as mesmas de forma apropriada em contexto laboral, sendo esta uma capacidade baseada no autoconhecimento. As pessoas que não reconhecem os seus sentimentos e as suas emoções, conseqüentemente não os controlam. Segundo Goleman (2012), profissionais com consciência do Eu, obtêm um maior autodomínio e autocontrolo das emoções e sentimentos, sendo capazes de pensar antes de agir e de gerir as suas emoções.

A automotivação ou a motivação, numa perspetiva projetiva e construtiva, é o que o indivíduo possui para utilizar as suas energias da emoção, em função dos seus objetivos. As pessoas detentoras desta capacidade “tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem” (Goleman, 2012, p.63), porque são capazes de ultrapassar as contrariedades e frustrações mais facilmente.

Existe todo um conjunto de elementos necessários para se experienciar a automotivação que passam pelo controlo do impulso e adiar a recompensa, a ansiedade, o otimismo, e a esperança (Goleman, 2012). Encontrar a automotivação é descobrir quais os motivos que nos levam a trabalhar, não pelo dinheiro ou pelo protagonismo, mas atingir os nossos objetivos de forma persistente e com uma razão. Esta capacidade permite controlar, de modo produtivo, as emoções utilizando a energia em seu próprio proveito. Através deste autocontrolo emocional, a pessoa é capaz de ser mais produtiva e competente. É muito importante este investimento emocional na vida relacional dos enfermeiros, pois um profissional

motivado é essencial para a prática profissional de enfermagem, para dar sentido à sua vida e ser motivo para a sua ação. Profissionais motivados mobilizam as emoções ao serviço de um objetivo e são tendencialmente mais criativos e eficientes nos propósitos em que se envolvem (Veiga Branco, 2004).

Conhecer e reconhecer as emoções dos outros através da linguagem verbal e não-verbal, como o tom de voz, os gestos, a expressão facial e a expressão corporal, pressupõe possuir empatia. Esta capacidade obriga a que a pessoa tenha desenvolvido a autoconsciência e a gestão das suas próprias emoções. Apenas deste modo será capaz de reconhecer no outro o que já identifica em si. Goleman (2010) considera que a empatia engloba a compreensão e o desenvolvimento dos outros, a orientação para o serviço, o potenciar a diversidade e a consciência política. Ser uma pessoa empática implica colocar-se no lugar do outro, para compreender e entrar em sintonia.

A empatia é fulcral para a profissão de enfermagem, sendo que todos os enfermeiros devem ser sensíveis e aceitar o sentimento dos outros, sem medos, raiva ou desconforto, de forma a desenvolver uma relação de ajuda com a pessoa doente. Esta competência é a fonte de eficácia para a criação de equipas de profissionais de enfermagem competentes. As pessoas empáticas "...são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam. Isto torna-as particularmente aptas em profissões que envolvem a prestação de cuidados ..." (Goleman, 2012, p.642). Desta forma, a empatia é uma capacidade essencial para uma prestação de cuidados de excelência, pois os enfermeiros são profissionais do cuidar. Os enfermeiros empáticos são capazes de reconhecer rápida e eficazmente as necessidades das pessoas de forma a satisfazê-las, de modo mais competente.

A gestão de emoções em grupo, também denominada de gestão dos relacionamentos em grupo, define-se como a capacidade emocional de reconhecer as emoções e os sentimentos no grupo e ser capaz de os influenciar. Esta agrupa todas as capacidades anteriormente descritas e traduz-se na competência para gerir as emoções plurais do grupo (Veiga Branco, 2004). Segundo a autora, esta capacidade interpessoal ou social identifica-se pela habilidade de fazer a leitura correta das situações de um grupo, de forma a ter a capacidade para gerir as relações dentro do mesmo, de modo formal ou informal. Esta capacidade engloba competências como: a influência; a comunicação; a gestão de conflitos; a liderança; o catalisador de mudança; o criar laços; a colaboração e cooperação; e as capacidades de equipa (Goleman, 2012).

Veiga Branco (2004) considera que esta aptidão tem um papel importante em áreas de trabalho interativas, como na saúde e conseqüentemente em enfermagem, criando e cultivando relações,

reconhecendo os conflitos e a forma de os solucionar de forma adequada. As capacidades de competência emocional exteriorizam-se de modo diferente de pessoa para pessoa. Mesmo divergindo em termos de profundidade, frequência e adequação, uns poderão possuir algumas capacidades e outros não. Embora existam pontos convergentes entre as cinco capacidades, sem o seu conjunto não existe competência emocional (Veiga Branco, 2004).

1.2 – A competência emocional dos enfermeiros

O conceito de trabalho emocional pode adotar diferentes vertentes no conhecimento científico existente. No que se refere aos cuidados em saúde, nomeadamente aos cuidados de enfermagem, é consensual a necessidade de os profissionais regularem as suas próprias emoções para influenciar afirmativamente a gestão das emoções das pessoas que cuidam, bem como utilizar as emoções para providenciar cuidados. O trabalho emocional é um pilar basilar nos cuidados de saúde, promovendo a gestão emocional da pessoa, permitindo o seu bem-estar emocional, facilitando a regulação emocional dos próprios profissionais de saúde, prevenindo a exaustão emocional, o *stress* emocional e o *burnout*, e garantindo a humanização dos cuidados de enfermagem (Diogo & Mendonça, 2019).

A competência emocional dos enfermeiros e o modo como estes lidam com as suas emoções e sentimentos, bem como das pessoas que cuidam, influenciam a prática de enfermagem. Pode afirmar-se que o profissional de enfermagem é possuidor destas capacidades de competência emocional quando consegue entender, perceber e avaliar o meio que o rodeia, com recurso a várias áreas do conhecimento humano, atingindo os objetivos previamente planeados. Para ser capaz deste processo é necessário que aprenda a lidar com suas limitações e restrições pessoais. Estas capacidades distinguem os profissionais, garantindo melhor eficiência e eficácia, além de permitirem ambientes de trabalho mais produtivos e harmoniosos (Vilela, 2006).

A aquisição de competência emocional permite uma série de benefícios aos profissionais de saúde, em especial aos enfermeiros, nomeadamente: *(i)* uma gestão de conflitos e pressões nas decisões do momento; *(ii)* uma comunicação mais eficiente; *(iii)* um controlo dos impulsos e emoções; *(iv)* um aumento da persistência perante obstáculos e desafios; *(v)* ambientes de trabalho mais equilibrados; *(vi)* uma maior clareza nas decisões com a diminuição da influencia de emoções do momento; e *(vii)* equipas que trabalham de forma mais eficiente e focada nos seus objetivos (Alves et al., 2012; Diogo, 2017).

No mundo laboral competitivo de hoje, as capacidades de competência emocional são uma mais-valia, pois, as pessoas têm sentimentos e emoções que não conseguem distanciar na tomada de decisão. Com a globalização, estas capacidades tornaram-se ainda mais importantes devido à complexidade das interações das emoções, bem como o modo de se expressarem. No local de trabalho, a competência ao nível emocional concentra-se na compreensão, expressão e gestão dos relacionamentos, o que permite encontrar soluções para o *stress* e a pressão (Diogo, 2017).

Goleman (2012) salienta que a formação dos enfermeiros deveria incluir alguns “instrumentos” básicos de autoconsciência e as habilidades de empatia e de saber ouvir. A empatia desempenha um papel crucial na prestação de cuidados, uma vez que se centra em responder às necessidades dos outros. As competências emocionais influenciam o bem-estar do profissional, a relação com os seus pares e a qualidade técnica e humana dos cuidados (Aroso et al., 2015). O desenvolvimento emocional das equipas é essencial para a obtenção de cuidados de saúde eficazes, eficientes e bem-sucedidos. Nos últimos anos, diversos fatores levaram as organizações a realçar aspetos relacionados com as competências emocionais, na medida em que as emoções são a fonte primária da motivação. Elas desencadeiam, suportam e preservam a ação humana.

O desempenho profissional do enfermeiro destaca-se quando é detentor de competência profissional e de capacidades de competência emocional (Goleman, 2012). Existem dois patamares de competências profissionais, as competências limiaries e as competências distintas. As competências limiaries são aptidões mínimas necessárias para efetuar um determinado trabalho, são competências meramente cognitivas, como o raciocínio analítico e a perícia técnica. As competências distintas são todo o conjunto de capacidades e habilidades que distingue o profissional dos outros (Goleman, 2012). Como já referido no subcapítulo 1.1, não podemos separar a racionalidade das emoções, pois estas apoiam-se na eficácia das decisões, através do seu controlo (Goleman, 2010). De acordo com este pensamento, constata-se que o desempenho profissional dos enfermeiros é melhorado quando existe uma convergência entre a razão e a emoção, facto que é corroborado por Alves et al. (2012).

As capacidades de competência emocional fomentam uma prática clínica mais flexível entre as equipas de saúde multidisciplinares (Alves et al., 2012) integradas por profissionais de enfermagem. O cuidar da pessoa em situação crítica exige do enfermeiro competências que ultrapassam as competências profissionais e cognitivas, sendo as competências emocionais também fundamentais. Neste sentido, o enfermeiro que desempenha funções numa UCI tem de possuir capacidades de automotivação, de empatia, de gestão de emoções, de autoconsciência e de gestão de relacionamentos em grupo, pois o

seu trabalho é sempre desenvolvido em equipa em prol da pessoa doente (Rodrigues, 2017). A empatia e a autoconsciência têm de estar sempre presente nos cuidados prestados. Evidentemente, só podemos compreender o outro, se nos compreendermos a nós mesmos e, por conseguinte, só assim conseguimos cuidar verdadeiramente do outro. Os enfermeiros que trabalham nas UCI estão constantemente a cuidar de pessoas em risco iminente de vida e com a morte sempre à espreita. Adicionalmente, a gestão dos relacionamentos em grupo no âmbito de uma equipa multidisciplinar tem de ser hábil e capaz de modo a gerir conflitos e emoções. Estes aspetos também dizem respeito às próprias famílias que, muitas das vezes, tem dificuldades em aceitar a condição do seu familiar (Ramos et al., 2018).

Contudo, é importante salientar que a personalidade de cada enfermeiro, bem como os comportamentos e as atitudes podem contribuir para o desenvolvimento da competência emocional de cada um. Na prática de enfermagem é essencial saber lidar com as próprias emoções, bem como, com as emoções das pessoas doentes. Os doentes em estado crítico, devido ao seu processo de doença, o seu estado emocional encontra-se alterado, deste modo, é muito importante que o enfermeiro seja detentor de competência emocional para ser capaz de dar resposta positiva ao doente crítico (Vilela, 2006). O desenvolvimento da competência emocional permite obter todo um conjunto de dados que se encontram presentes nas capacidades de competência emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica (Rodrigues, 2017).

Em Portugal, existem alguns estudos sobre competência emocional que englobam profissionais de enfermagem, tais como: Vilela (2006); Agostinho (2008); Gregório (2008); Alves et al. (2012); Lopes (2013); Xavier e Nunes (2016); e Rodrigues (2017) demonstrando assim a importância da competência emocional nas profissões ligadas à saúde. Estes autores analisaram os fatores principais das capacidades da competência emocional, tendo por suporte a inteligência emocional de Goleman (1995), exceto o estudo de Xavier e Nunes (2016) que se baseia na competência emocional de Bisquerra (2003, 2007).

Agostinho (2008) verificou que a competência emocional é mais influenciada pela capacidade de automotivação e menos pela capacidade de empatia. Gregório (2008) concluiu a existência de uma forte relação entre a competência emocional e a satisfação profissional. Em 2012, Alves e colaboradores concluíram que os enfermeiros com maior tempo de serviço apresentaram maior capacidade de inteligência emocional, exceto na capacidade de empatia. O mesmo se verifica com os enfermeiros-chefes possuem maior capacidade de inteligência emocional relativamente aos enfermeiros responsáveis de serviço. O estudo efetuado por Lopes (2013), demonstrou que as capacidades mais evidentes nos

enfermeiros da Rede Nacional de Cuidados Continuados foram a empatia e a gestão de relacionamentos em grupo e as menos evidentes a autoconsciência e a automotivação. Xavier e Nunes (2016) analisaram a prática social elaborando o construto de *“Competência Emocional de Enfermeiros”*, sendo concetualizado como um conjunto de capacidades que permite conhecer, regular, alcançar e gerir fenómenos emocionais para construir e sustentar relações interpessoais em ambiente afetivo. Por fim, em 2017, Rodrigues estudou os determinantes da competência emocional em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico aplicando a EVBCE. Neste estudo, a capacidade que contribuiu mais fortemente para a competência emocional foi a automotivação, ao contrário da gestão de emoções que apresentou menos representatividade.

1.3 – Cuidar da pessoa em situação crítica

O cuidar em enfermagem, nas vertentes holística e humanista, impõe a combinação da teoria e a prática, mas também da competência emocional. Nesta perspetiva, o cuidar em enfermagem é um processo relacional que obriga à perceção da experiência humana no processo de saúde-doença (Diogo, 2017). No cuidar da pessoa em situação crítica existe um envolvimento moral do enfermeiro, bem como uma relação entre a pessoa doente e o enfermeiro que cuida (Watson, 2002), onde se destaca a flexibilidade e a individualização dos cuidados, não apenas no domínio técnico, mas também no domínio emocional. A imprevisibilidade dos cuidados e a confrontação diária com situações emocionalmente intensas no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica impõem uma resposta emocional eficiente e apropriada do enfermeiro para que este seja capaz de cuidar. Neste sentido, é fundamental dar novos significados a estas situações emocionalmente intensas, regulando as nossas emoções para cuidar os mais vulneráveis (Diogo, 2017).

O estado de saúde de uma população espelha a qualidade desta, bem como o progresso da sociedade em termos sociais e económicos. O grande desenvolvimento tecnológico e científico, que se tem vindo a verificar nas últimas décadas, permitiu resolver muitos problemas relacionados com saúde. Todavia, contribuiu para que os problemas atuais sejam bem mais complexos. As necessidades em cuidados de saúde alteraram-se devido ao aumento da esperança de vida, ao envelhecimento progressivo da população, à maior incidência e prevalência de doenças crónicas, originando novos desafios na saúde.

Em Portugal, após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constatou-se um aumento significativo nos ganhos em saúde, sendo possível alcançar resultados ao nível dos outros países da União Europeia (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012). Contudo, os desafios que se colocam passam pela

sustentabilidade do SNS, devido ao envelhecimento da população, à redução da natalidade, ao aumento das doenças crónicas e aos custos com a doença/saúde. A melhoria das condições de vida do país e melhor acesso aos cuidados de saúde, bem como o progresso da medicina e da tecnologia refletiram-se positivamente na saúde dos portugueses. O desenvolvimento de estratégias de prevenção e controlo da doença, conjuntamente com a promoção da saúde, permitiram a Portugal orgulhar-se dos resultados obtidos. Apesar de todo este progresso, a realidade não pode ser escamoteada, e assistimos ao aumento e complexidade dos acidentes; ao acréscimo de violência urbana e catástrofes naturais; e a surtos pandémicos, em que a falência ou risco de falência das funções vitais podem levar à morte, se não forem implementadas medidas de suporte de vida, em contexto extra e intra-hospitalar (Paiva et al., 2016).

Embora não seja possível precisar a data, a Sociedade Americana de Medicina Intensiva afirma que a primeira UCI teve origem nos Estados Unidos da América, com o intuito de recuperar doentes no pós-operatório de neurocirurgia. Contudo, existe menção a que em 1853, Florence Nightingale, na Guerra da Crimeia, já estratificava os doentes e estabelecia prioridades nos cuidados de enfermagem. Neste contexto, criou um espaço físico restrito, junto ao Bloco Operatório, onde alocava os soldados submetidos a intervenções cirúrgicas, numa espécie de Unidades de Cuidados Pós-anestésicos, que mais tarde, acabaram por dar origem às UCI. O impulso destas unidades verificou-se aquando da melhoria do estado clínico dos doentes críticos aí internados comparativamente com os internados noutras unidades de cuidados (Paiva et al., 2016).

Na Europa, existe referência à criação da primeira UCI, em 1930, num Hospital alemão (Miller & Swensson, 2002). Em Copenhaga, na Dinamarca, devido à epidemia da poliomielite, pela indispensável necessidade de utilização de suporte ventilatório, em doentes com insuficiência respiratória pela poliomielite bulbar foram concebidas as UCI. Em paralelo, aquando da II Grande Guerra, da Guerra do Camboja e da Guerra do Vietname, surgiram feridos graves e houve necessidade de responder às lesões traumáticas e às infeções. Oficialmente, no Reino Unido estas unidades apareceram há cerca de 60 anos, para dar resposta aos doentes com enfarte agudo do miocárdio, na sequência dos primeiros sistemas de emergência pré-hospitalar (Paiva et al., 2016).

No final da década de 50, em Portugal, foram criadas as UCI, nos Hospitais Universitários de Porto e Coimbra. Estas unidades destinavam-se a cuidar de doentes em estado grave e estavam próximas aos Serviços de Urgência, possibilitando assim a formação dos primeiros médicos intensivistas portugueses. Contudo, apenas em 1989, foram elaboradas as primeiras normas regulamentares do ciclo de estudos

em cuidados intensivos, por parte do MS, através do despacho 276/89 de 28 de julho (Paiva et al., 2016).

Ao longo dos anos, as UCI foram sofrendo diversas alterações para melhor servir o doente em situação crítica, não só em termos de espaço físico, como em recursos humanos especializados e tecnológicos diferenciados. Estes são serviços com uma estrutura própria onde o doente crítico se encontra monitorizado centralmente, permitindo uma vigilância contínua. Estas unidades têm a “...responsabilidade integral dos doentes com disfunção de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com complicações vitais” (MS, 2003, p.5).

O Ministério da Saúde, em 2003, emanou um texto normativo sobre a arquitetura da rede de referência na área da medicina intensiva com o título “*Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*”. Muitas destas UCI evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva (SMI) em vários hospitais, fazendo parte do organograma da estrutura hospitalar, com a missão de gerir o doente crítico na escala hospitalar (Paiva et al., 2016). Estes serviços prestam cuidados a doentes em estado crítico que necessitam de vigilância contínua e intensiva, e podem integrar as mais sofisticadas intervenções de carácter médico, de enfermagem e técnico, pois são polivalentes e recebem doentes das várias especialidades.

Considerando o desenvolvimento destes espaços, foi necessário classificá-los em níveis de cuidados e estabelecer critérios de admissão de doentes, de forma a serem geridos a nível hospitalar de modo eficaz. Esta classificação foi criada com base no rácio enfermeiro/doente, nas técnicas utilizadas e nas valências disponíveis em cada hospital. A Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, citada pelo Ministério da Saúde (2003), definiu três níveis para estas unidades: (i) nível I - comporta uma monitorização geralmente não invasiva do doente; (ii) nível II - detém monitorização invasiva e suporte de funções vitais; e (iii) nível III - apresenta recursos humanos próprios e qualificados, em presença física, 24h por dia, dotados de monitorização invasiva, meios diagnóstico e terapêutico necessários. No nosso país todas as UCI têm o nível III de cuidados (MS, 2003).

É neste contexto de cuidados intensivos que a pessoa em situação crítica é internada na medida em que a sua vida se encontra ameaçada pela falência e/ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. O doente crítico encontra-se sujeito a um nível de cuidados de enfermagem, que têm por base

procedimentos e ações tecnológicas, permitindo assim, assegurar as necessidades humanas básicas, numa perspectiva holística e singular (OE, 2018).

Os profissionais de enfermagem prestam cuidados ao doente crítico, de forma a antever a instabilidade e o risco de falência orgânica, pois detêm um elevado leque de conhecimentos específicos e aprofundados, na área da ressuscitação cardiopulmonar, assistência a politraumatizados e às mais diversas situações englobadas na pessoa em situação crítica. Os cuidados de enfermagem são desenvolvidos num meio de tecnicidade e de ações complexas, nas quais o risco iminente de vida é constante, o que nos transporta para um ambiente de ansiedade e medo, pelo desconhecido, por parte do doente, da família e até pelos profissionais de enfermagem (Benner et al., 2011).

Nos dias de hoje, o enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica cada vez mais se preocupa com o conforto e o estado emocional do doente e da sua família, incluindo-a nos cuidados prestados ao doente. O cuidado holístico à pessoa em situação crítica e família exige uma harmonia entre as competências técnicas e a arte de cuidar. Assim, os cuidados de enfermagem prestados neste contexto permitem alargar a esfera de intervenção de enfermagem (OE, 2018). A pessoa em situação crítica, não pode ser considerada isoladamente, uma vez que integra uma dinâmica familiar.

O cuidar como essência da profissão de enfermagem é qualificado pela reciprocidade entre os enfermeiros e a pessoa cuidada que pode encontrar-se em situação crítica. Os cuidados prestados são reconhecidos pela sua abertura, pela sua compreensão e pela sua confiança, na interação entre quem cuida (enfermeiro) e quem é cuidado (pessoa em situação crítica) (Watson, 2004). O enfermeiro possui competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades (OE, 2015). Cuidar da pessoa em situação crítica carece de eficaz e rápida resposta da equipa multidisciplinar de saúde, sendo a equipa de enfermagem, parte integrante desta equipa e fundamental na sua abordagem. Os cuidados de enfermagem ao doente crítico são "...altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades..." (OE, 2018, p. 19362).

A vivência de uma situação limite, associada ao risco de vida iminente, quer pelo doente, quer pela família, é experienciada de forma única. A pessoa em situação crítica muitas vezes só identifica a gravidade da sua situação numa fase mais tardia de recuperação. Os seus familiares vivenciam as situações de modo emocionalmente intenso (Ramos et al., 2018). Os enfermeiros, como profissionais

de saúde que mais tempo passam junto do doente e conseqüentemente junto da sua família, são aqueles que têm de ter capacidade para identificar e intervir nas suas necessidades. Desta forma, os enfermeiros satisfazem as necessidades humanas básicas, proporcionam bem-estar e respeitam os direitos do doente, enquanto ser único (Watson, 2002). Assim, estes profissionais de saúde para além de serem dotados de qualidades e competências laborais reconhecidas, são detentores de autocontrolo, de experiência de vida e de domínio profissional.

Na década de 90, surgiu o conceito de humanidade, que se resume à prática de cuidados com recurso ao uso do “*coração*” respeitando e preocupando-se com o outro, a humanização dos cuidados em saúde. O desenvolvimento tecnológico e científico na saúde trouxe um perfil de cuidados impessoais e desumanizados, enviando assim a relação humana para um segundo plano. A humanização dos cuidados em enfermagem aconselha para o equilíbrio entre tecnologia e humanismo. De acordo com o código deontológico da profissão de enfermagem, no artigo 110º, o enfermeiro é responsável pela humanização dos cuidados e tem o dever de “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, bem como, “contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p. 8080). Neste sentido, a humanização dos cuidados de saúde integra um desafio para os enfermeiros, pela relação de proximidade com as pessoas doentes e com a sua família. Na prática este cuidado holístico ao doente, fundamenta a dimensão bio-psico-social-cultural e espiritual, na excelência do cuidar, considerando os direitos fundamentais do Homem, no respeito pela sua individualidade e dignidade (OE, 2015).

Ao longo dos anos, a humanização em saúde relaciona-se com questões éticas ligadas ao ato de cuidar de pessoas doentes, para melhoria nas relações. No entanto, o aspeto humano do cuidar é de difícil implementação, especialmente em UCI, onde os sentimentos de dualidade entre vida e morte, sucesso e fracasso, o processo de tomada de decisões e as questões éticas, bem como a elevada complexidade do ambiente e das rotinas diárias, dificultam a prestação de cuidados humanizados. A humanização dos cuidados de enfermagem pretende abranger as necessidades globais da pessoa em situação crítica, considerando-se uma resposta integral do cuidado de enfermagem que valoriza as necessidades físicas e psicológicas para além do tratamento da doença crítica (Sanchez et al., 2016). Este conceito tem vindo a eclodir vários ganhos em saúde, nomeadamente em pessoas doentes em situações de fragilidade, como as pessoas em situação crítica, na sua recuperação. A humanização dos cuidados demonstrou que comportamentos, atitudes e ações podem ser essenciais na comunicação, no relacionamento interpessoal humano e no cuidar transpessoal (Watson, 2002).

A Escola do Cuidar (Escola do “*Caring*”) instituiu o conceito de cuidado como a essência da disciplina de enfermagem. O cuidar expressa um conjunto de ações que possibilitam ao profissional de enfermagem desvendar vários sintomas e sinais de alerta, quer da melhoria ou deterioração do estado da pessoa doente. Para as teóricas que integram esta Escola, os cuidados de enfermagem têm por objetivo ajudar as pessoas a conseguir atingir a harmonia entre o corpo e a mente, respeitando os seus valores, crenças, cultura e modo de vida. A profissão de enfermagem cuida do ser humano e tem como ideal, o cuidar transpessoal. A *Teoria do Cuidar* de Jean Watson, também denominada de *Teoria Transpessoal do Cuidar*, tem o seu enfoque na relação que se estabelece entre a pessoa doente e o profissional de enfermagem (Watson, 2002). Esta teoria perspetiva uma forma específica de cuidar a pessoa, da relação entre ambos, tendo em consideração que cada sujeito é um ser único. Este ideal do cuidado transpessoal é o ideal de intersubjetividade, em que a pessoa doente e o profissional se envolvem numa relação. Deste modo, o cuidado transpessoal é definido como:

...se o enfermeiro é capaz de cuidadosamente detetar a condição da alma, se sente esta emoção e esta união com o outro e, por sua vez, pode expressá-la como todo o cuidado, então o recetor liberta os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim a subjectividade humana é restabelecida... (Watson, 2002, p.120).

Este processo de cuidar transpessoal é uma arte, pelo modo como chega à alma das pessoas e vivencia as suas emoções. Todo o processo de cuidar tem início quando o enfermeiro é capaz de descobrir a condição de ser da outra pessoa. Esta relação é denominada como uma relação transpessoal que depende: (i) do compromisso para promover a dignidade humana; (ii) da vontade e da intenção em afirmar a significância subjetiva da pessoa; (iii) da capacidade de compreender e detetar sentimentos e a condição íntima do outro; (iv) da capacidade de avaliar e verificar a forma dos outros estarem no mundo; e (v) da própria história de vida do profissional, relacionado com o crescimento pessoal, maturidade e experiência de ser enfermeiro (Watson, 2002).

A principal preocupação da profissão de enfermagem deverá ser “...a procura de verdades ocultas e de novos critérios, desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença ...” (Watson, 2002, p. 8). Para a autora é possível a resolução de alguns problemas concetuais e empíricos das ciências de enfermagem e das ciências humanas, pois é possível visualizar os fenómenos numa nova perspetiva.

A *Teoria do Cuidar* de Jean Watson (2002) reflete um processo interativo e subjetivo, pois de acordo com esta teoria a prática profissional de enfermagem advém das interações entre a pessoa doente e o enfermeiro. Este efeito recíproco no cuidado é algo que carece de diálogo entre as pessoas, que engloba proximidade e compreensão mútua, bem como a partilha dos medos, das angústias e das histórias de vida de cada um. Esta teoria tem como objetivo o cuidar global da pessoa doente e a satisfação do prestador de ajuda, favorecendo no enfermeiro a sua capacidade para comunicar, interagir e conhecer, de modo a oferecer o cuidado e os tratamentos essenciais ao doente. As práticas de enfermagem, como processo de cuidar, sugerem uma filosofia e uma ciência, associando a sensibilidade e a racionalidade (Watson, 2002). Esta teoria engloba onze pressupostos onde assentam a prática de enfermagem. O exercício da profissão de enfermagem baseia-se em princípios, como: *(i)* o amor e o cuidar são forças universais que incluem a energia física primária e universal; *(ii)* as pessoas precisam umas das outras; *(iii)* a aptidão para o cuidar vai influenciar a evolução da profissão, bem como o seu tributo para a sociedade; *(iv)* a nossa conduta expressa a nossa vontade para cuidar e amar a nós e aos outros; *(v)* a profissão de enfermagem sempre teve como ideal o cuidar na ligação com as pessoas nos processos de saúde-doença; *(vi)* o foco central e convergente da enfermagem é o cuidar; *(vii)* o papel do cuidar está comprometido pela crescente tecnologia e burocracia institucional; *(viii)* o processo de cuidar é um processo intersubjetivo e só pode ser demonstrado na relação interpessoal; e *(ix)* enfermagem na sua contribuição social, moral e científica para a sociedade apoia-se no compromisso que possui de cuidar, tanto na prática, como na teoria e na investigação (Watson, 2002).

Para os enfermeiros é importante conhecer a realidade da pessoa alvo dos seus cuidados, através de uma relação empática e de ajuda. Esta relação de confiança, implica o conhecimento do outro, do seu espaço e do seu campo fenomenológico. Nesta perspetiva existencial de Watson, o profissional de enfermagem estabelece uma relação transpessoal com a pessoa doente, sendo o processo de cuidar intersubjetivo. Desta forma, a enfermagem é “uma ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença humanas que são mediadas pelas transações de cuidados profissionais, científicos, estéticos e éticos” (Watson, 2004, p.1). No cuidado transpessoal o enfermeiro age de forma humana e moral, coparticipando de modo ativo no cuidar holístico.

Ao longo do presente capítulo abordaram-se diversos temas para melhor entender a problemática em estudo. As emoções constituem um constante desafio à capacidade do ser humano. Neste sentido, existiu a necessidade de distinguir o conceito de razão e emoção, cujo equilíbrio assenta numa relação de reciprocidade. Uma breve evolução ao construto de competência emocional, foi fundamental para

descrever as cinco capacidades de competência emocional, interligadas e com uma forte ligação ao contexto profissional, fundamentando-se no vasto marco conceptual relacionado com as emoções e a inteligência emocional. Considerar os processos emocionais torna-se importante para a compreensão do agir do enfermeiro centrado no cuidado holístico. Assim, após uma perspetiva evolutiva das UCI, destaca-se a realidade europeia e portuguesa, como o cenário de diferentes configurações que circunscrevem uma grande expressividade de emoções. De facto, a Unidade de Cuidados Intensivos, com normas flexíveis e, simultaneamente, restritivas, constitui um contexto favorável ao desenvolvimento de sentimentos, sensações e emoções difíceis de gerir pelos profissionais de saúde, e cuja competência emocional é de primordial relevância para potenciar uma adaptação ao contexto e enfrentar as circunstâncias de vida, com maior possibilidade de sucesso na prestação de cuidados ao doente. Deste modo, tornou-se basilar descrever o cuidar da pessoa em situação crítica, destacando a *Teoria do Cuidar* de Jean Watson, como um processo onde o enfermeiro é capaz de detetar, sentir e responder às necessidades da pessoa. Sem dúvida que a complexidade e exigência dos contextos cuidativos exige profissionais de enfermagem cada vez mais diferenciados e competentes.

No capítulo seguinte, expõe-se o percurso metodológico percorrido, apresentando o material e métodos utilizados no presente estudo.

CAPÍTULO 2 – MATERIAL E MÉTODOS

A etapa metodológica remete para o conjunto dos meios e atividades específicas com o objetivo de responder às questões de investigação e define as estratégias que especificam como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que indicará o caminho a seguir para organizar as fases posteriores de realização e interpretação (Fortin, 2009a). A metodologia é a parte do estudo onde se faz “...referência às fases e aos procedimentos que se seguem numa determinada investigação...” (Vilelas, 2017, p. 55). O constructo metodológico assume assim um papel decisivo na investigação, pois através deste é possível estabelecer ligações entre os objetivos que comandam a investigação e os resultados obtidos mediante as seleções tomadas.

Neste capítulo, neste capítulo apresenta-se a abordagem de investigação, o tipo de estudo e seus objetivos, bem como a população e amostra, a descrição e justificação do instrumento de recolha de dados, a metodologia de análise dos mesmos, e por fim, as considerações éticas.

2.1 - Abordagem de investigação, tipo de estudo e objetivos

Neste estudo e mediante os objetivos propostos, a abordagem escolhida foi quantitativa, pois de acordo com Fortin et al. (2009), esta baseia-se na perspetiva teórica do positivismo, constituindo um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos relativamente às variáveis em estudo.

O paradigma quantitativo sustenta “...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador” (Fortin, 2009a, p.26). Este paradigma prende-se com a “...apresentação e a manipulação numérica de observações com vista à descrição e à explicação do fenómeno” (Vilelas, 2017, p.162), de modo a garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação (Fortin, 2009a).

A presente investigação considerou-se como um estudo de investigação nível I, exploratório e descritivo (Fortin, 2009a), na medida em que os estudos na área da competência emocional são escassos em Portugal, mais especificamente na população dos enfermeiros e na área da pessoa em situação crítica. Pode-se afirmar que o estudo é exploratório e descritivo, pois tencionou conhecer as características de determinado fenómeno com o objetivo de o descrever, nomear ou caracterizar de modo a torná-lo conhecido (Fortin, 2009a), nomeadamente as capacidades de competência emocional dos enfermeiros.

Para o presente estudo foram definidos os seguintes objetivos: *i)* explorar as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica; e *ii)* descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica.

2.2 – População e amostra

A população de um estudo de investigação é o “...conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” (Vilelas, 2017, p. 143). Neste sentido, a população acessível foram os enfermeiros que desempenham funções em UCI em Instituições Hospitalares da região norte do país. A escolha da área geográfica prendeu-se com fatores de ordem prática, nomeadamente com a área de residência e trabalho da investigadora responsável. A seleção de UCI em Instituições Hospitalares relacionou-se com o facto de os doentes internados nestes serviços serem apenas doentes críticos. Segundo Paiva et al. (2016, p.4), as “...Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de vários hospitais, evoluíram para Serviços de Medicina Intensiva (SMI), fortemente radicados no organigrama hospitalar, tendo como missão a gestão do doente crítico à escala hospitalar”.

A amostra é “... um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 2009a, p.202), sendo que esta requer ser representativa da população visada, isto é, as características da população em estudo devem estar presentes na amostra. Neste estudo, a amostra foi constituída pelos enfermeiros que exercem funções em Instituições Hospitalares, que cumpriam os seguintes critérios de elegibilidade:

- i)* Trabalhar em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes;
- ii)* Cuidar de pessoas em situação crítica com idade superior ou igual a 18 anos.

A amostra deste estudo é não probabilística, de conveniência, visto que nem todos os elementos tiveram a mesma probabilidade de serem incluídos para formar a mesma, dificultando na generalização dos resultados por menor representatividade desta. Intrínseca à amostragem não probabilística está a tipologia da amostragem, que neste estudo foi de conveniência, ou seja, “...os sujeitos são incluídos no estudo à medida que estes se apresentam num local preciso” (Fortin, 2009a, p. 208).

De uma população constituída por 227 enfermeiros, 147 responderam ao questionário. No entanto, houve necessidade de eliminar 3 questionários por estarem incompletos ou incorretamente preenchidos. A amostra do estudo foi, assim, constituída por 144 enfermeiros ($n=144$).

2.3 - Instrumento e procedimentos de colheita de dados

Neste estudo, e considerando o desenho de investigação, foi utilizado como instrumento de colheita de dados, um questionário (Apêndice A). Na perspetiva de Vilelas (2017, p. 315), o questionário é “... um conjunto estruturado de questões expressas num papel, destinado a explorar a opinião das pessoas a que se dirige.”.

Segundo Fortin (2009a) e Vilelas (2017), o facto de o questionário não ser um instrumento dispendioso e poder ser aplicado a um grande número de sujeitos, constitui a sua grande vantagem face a outros instrumentos de colheita de dados, contudo também detém desvantagens, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1

Vantagens e desvantagens dos questionários

VANTAGENS	<ul style="list-style-type: none">- Permite ser utilizado num vasto número de pessoas;- Não é dispendioso;- Possibilita obter informações sobre uma população;- Garante o anonimato das respostas;- Menor enviesamento dos dados por parte do investigador;- Facilidade na análise estatística;- Não requer muita habilidade por parte do investigador;- Possibilita uma resposta fácil;- Tem uma apresentação uniformizada.
DESVANTAGENS	<ul style="list-style-type: none">- Informações fornecidas pelas respostas simples e pouco rica em conteúdo;- Baixa taxa de resposta;- Impossibilidade de controlar as condições em que os questionários foram preenchidos;- Indução da resposta.

Fonte: Elaboração própria com base em Fortin (2009a) e Vilelas (2017)

O questionário encontrava-se estruturado em duas partes. A primeira parte foi constituída por onze questões, com a finalidade de caracterizar o perfil social, biográfico e profissional dos enfermeiros, sendo composto pelos seguintes *itens*: idade, sexo, estado civil, número de dependentes (*e.g.*, filhos, e/ou

outras pessoas a cargo), tipo e a área de formação académica e profissional, categoria profissional, tempo de experiência profissional e no serviço, situação contratual, número de horas trabalhadas por semana e trabalho por turnos. A segunda composta pela “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”, validada por Vilela (2006) para a população dos enfermeiros portugueses, o que não acarretou problemas de culturalidade com a sua utilização. Para o efeito, foi solicitada autorização para a sua utilização à Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco (Anexo A) e ao Professor Doutor António Vilela (Anexo B). É de referir que esta escala inicialmente denominava-se de “Escala das Capacidades de Inteligência Emocional de Veiga Branco”. A escala contém 86 *itens*, divididos por cinco subescalas, que correspondem às cinco capacidades da competência emocional (autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de emoções em grupo). Estes *itens* assumem a forma de afirmações/expressões, onde se enunciam situações hipotéticas com a finalidade de conduzir o inquirido a identificar-se com as mesmas. A capacidade de autoconsciência apresenta 20 *itens*, a de gestão de emoções 19 *itens*, a de automotivação 21 *itens*, a de empatia 12 *itens*; e, por fim, a capacidade de gestão de emoções em grupo 14 *itens*. Cada *item* reflete a frequência temporal em que cada situação ocorre e traduz-se numa escala do tipo *Likert* de 7 pontos, em que 1 ponto significa *nunca* e 7 pontos *sempre*. Para toda a escala, quanto maior for o valor atribuído (na escala de *Likert*) maior será a concordância com a afirmação e a capacidade de competência emocional analisada. O ponto de corte da escala é 4, considerando-se como nível baixo de competência emocional valores entre 1 e 3,49 pontos; como nível moderado entre 3,50 e 5,45 pontos e como nível elevado entre 5,46 e 7 pontos (Rodrigues, 2017).

No processo de validação da escala para a população dos enfermeiros portugueses, Vilela (2006) construiu 17 fatores identificadores de atitudes e comportamentos relativos à competência emocional, agrupados nas subescalas, dando corpo a cada uma das capacidades. À subescala autoconsciência correspondem 4 fatores: “*Instabilidade emocional*” (Fator 1); “*Alterações a nível racional e relacional*” (Fator 2); “*Perceção positiva de si, como pessoa*” (Fator 3); e “*Perceção da ocorrência de fenómenos emocionais*” (Fator 4). De igual modo, a gestão de emoções reúne 5 fatores: “*Adaptação negativa (intrusão, explosão)*” (Fator 5); “*Controlo usando a razão*” (Fator 6); “*Fuga e solidão*” (Fator 7); “*Sentimentos ansiosos, reativos*” (Fator 8); e “*Controlo pela atividade física*” (Fator 9). No que reporta à automotivação, esta agrupa 3 fatores: “*Iliteratos, com insegurança e dependência*” (Fator 10); “*Literatos, usam a energia emocional*” (Fator 11); e “*Estado de fluxo em atividade (ativos)*” (Fator 12). A capacidade de empatia engloba 3 fatores: “*Valoriza a expressão (verbal e não verbal)*” (Fator 13); “*Sintonia relacional*” (Fator 14); e “*Atitude serena em situação de conflito*” (Fator 15). Finalmente, a gestão de

emoções em grupo apresenta 2 fatores: “*Percepção emocional e sincronismo*” (Fator 16); e “*Estabilidade pessoal e relacional*” (Fator 17).

Na seleção deste instrumento de colheita de dados foi considerada a validade e a fidelidade do instrumento, visto serem determinantes para a qualidade do estudo. De facto, a fidelidade do instrumento de colheita de dados é antecedida da sua validade, que por si só não garante a validade do instrumento. Porém, Fortin (2009b, p. 349) salienta que a fidelidade de um instrumento caracteriza-se pelo “...facto de que as indicações dadas pelo instrumento de medida são sempre concordantes” e que a validade se prende com a capacidade de este medir o que é suposto medir. No estudo de Vilela (2006), o instrumento revelou boas propriedades psicométricas em termos de fidelidade e validade de constructo para a população. No que concerne à fidelidade (consistência interna), constataram-se os seguintes valores de *alfa* de Cronbach: *i)* $\alpha = 0,71$ para a autoconsciência; *ii)* $\alpha = 0,77$ para a gestão de emoção; *iii)* $\alpha = 0,75$ para a automotivação; *iv)* $\alpha = 0,81$ para a empatia; e por fim, *v)* $\alpha = 0,84$ para a gestão de emoções em grupo.

Após a seleção do instrumento de colheita de dados tornou-se imperiosa a descrição do processo de preparação e implementação para o posterior tratamento e análise dos dados. Os questionários foram criados no aplicativo informático *Word* e após os pareceres positivos das Instituições Hospitalares, iniciou-se o processo de colheita de dados nas UCI estabelecidos no período de tempo entre junho e outubro de 2019.

Os questionários foram distribuídos em mão às chefias de enfermagem de cada serviço pela investigadora responsável acompanhados de um envelope individual. Posteriormente, os enfermeiros chefes distribuíram os questionários aos enfermeiros que acederam participar no estudo. Após o seu preenchimento, cada participante devolveu, ao enfermeiro chefe, o questionário em envelope fechado fornecido. Por fim, a recolha dos envelopes junto das chefias foi realizada pessoalmente pela investigadora responsável.

2.4 – Metodologia de análise dos dados

Posteriormente aos dados recolhidos, o seu tratamento passou pela construção de uma base de dados no programa de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25,0 para *Windows*, na qual os mesmos foram editados, permitindo a análise estatística descritiva dos dados recolhidos.

Segundo Vilelas (2017, p.355), a estatística descritiva “... consiste na recolha, e exposição de dados numéricos através da criação de instrumentos adequados: quadros, gráficos e indicadores numéricos.”. Neste sentido, a estatística descritiva pode definir-se como o conjunto de técnicas e regras que resumem a informação numérica recolhida de uma dada amostra, sem perda de informação e/ou distorção da mesma (Vilelas, 2017). Esta informação numérica são as variáveis. Assim, a análise estatística permite resumir as variáveis de forma estruturada e objetiva, com o intuito de alcançar uma ideia geral das diferentes variáveis medidas na amostra.

Com o objetivo de caracterizar a amostra foi realizada uma análise estatística descritiva com valores de frequências absolutas e relativas, por variável isolada, bem como, a média (\bar{X}), o desvio padrão (DP) e os *scores* mínimo (smx) e máximo (smn), em variáveis ordinais. Na segunda parte do questionário, analisou-se os valores de resposta dos enfermeiros do estudo, relativamente a cada uma das capacidades de competência emocional individualmente, como os fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional. De modo a conseguir-se a distribuição das respostas da amostra, determinou-se a média (\bar{X}) de respostas obtida para cada uma das variáveis, o desvio padrão (DP) e, por fim, os *scores* máximos (smx) e mínimos (smn), relativos à escala do tipo *Likert* usada, permitindo a caracterização objetiva das variáveis em estudo e a seleção da informação mais pertinente.

2.5 - Considerações éticas

A investigação que envolve seres humanos está sujeita a procedimentos especiais de modo a proteger os seus direitos. Os procedimentos formais e éticos relativamente à participação de sujeitos em estudos de investigação necessitam incluir o elucidar dos participantes no que reporta ao objetivo do estudo, devendo-se salvaguardar o anonimato e possível desistência sem prejuízo para a pessoa (Bogdan & Biklen, 2013), recaindo sobre o investigador a responsabilidade de conduzir a investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os participantes.

Na perspetiva de Streubert and Carpenter (2011), previamente ao início da investigação, o investigador carece de centrar a sua atenção na qualidade ética dos procedimentos e no respeito pelos princípios estabelecidos, ou seja, os aspetos e os padrões éticos devem ser criticamente analisados. O projeto deste estudo foi submetido à apreciação da Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho, o qual acolheu parecer positivo (Anexo C), bem como, às

Comissões de Ética e aos Departamentos Ensino, Formação e Investigação das Instituições Hospitalares (Anexo D).

De acordo com o capítulo IV do Código de Conduta de Ética da Universidade do Minho (2012) – Conduta Ética na Investigação com Seres Humanos e Animais – foram asseguradas as regras de conduta de ética e boas práticas recomendadas. ⁽¹⁾

Durante a realização do estudo foram cumpridos, os seguintes princípios éticos:

- i) Os participantes no estudo foram informados sobre o tema e os objetivos da investigação, de forma a obter a sua colaboração livre, esclarecida e voluntária. O documento de consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação foi elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia, a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) (Apêndice B). O documento era composto por uma página e impresso em duplicado, ficando um dos duplicados na posse do investigador e o outro com o participante que aceitou fazer parte do estudo, após respetiva assinatura deste. Foi também elaborada uma declaração de proteção de dados dos participantes (Apêndice C);
- ii) Os participantes foram informados de forma clara e explícita relativamente aos termos da sua participação. O acordo estabelecido com os participantes foi respeitado até à conclusão do estudo;
- iii) Foram protegidas as identidades dos participantes através da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados colhidos e para isso, foi atribuído um código alfanumérico (Q1, Q2, ...) a cada questionário recebido, através de envelope fechado. Foi garantida a confidencialidade no que respeita aos dados colhidos de forma a não causar qualquer tipo de transtorno, risco ou prejuízo aos participantes.

⁽¹⁾ Princípios da Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo, diretivas para experimentação humana estabelecidas no The Nuremberg Code, a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, as orientações do Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) em colaboração com a World Health Organization, o Guia das Boas Práticas Clínicas⁷ e os princípios éticos básicos identificados no The Belmont Report, Diretiva 95/46/CE⁹, de 24 de outubro de 1995 (do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu sobre a proteção das pessoas relativamente ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados); e a Diretiva 93/88/CEE¹⁰, de 12 de outubro de 1993, que altera a Diretiva 90/679/CEE, de 26 de novembro de 1990, relativa à proteção dos trabalhadores contra os riscos ligados à exposição a agentes biológicos durante o trabalho, requisitos fixados pela Administração Regional de Saúde do Norte, pela European Commission¹² e pela United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Da recolha de dados não resultaram cópias ou documentos que identificassem os mesmos. Os dados recolhidos, após a conclusão do estudo, serão destruídos. Os participantes em circunstância alguma foram lesados, observando-se assim o princípio da beneficência.

No presente capítulo foi abordada a metodologia de investigação, o tipo de estudo e seus objetivos, bem como a população e amostra, a descrição e justificação do instrumento de recolha de dados e procedimentos realizados, a metodologia de análise dos mesmos e, por fim, as considerações éticas do estudo. No capítulo que se segue faz-se a apresentação, a análise e a discussão dos resultados obtidos.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um estudo de investigação culmina com a apresentação, a análise e a discussão dos resultados, sendo complementadas com as conclusões resultantes dos mesmos (Almeida & Freire, 2017). Os resultados derivam dos factos observados no decurso da colheita de dados, que foram analisados e apresentados de maneira a fornecer uma ligação com o problema de investigação proposto (Fortin, 2009a).

Neste capítulo, apresenta-se a caracterização da amostra, os resultados relativos às capacidades da competência emocional e aos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional e, por último, discutem-se os resultados à luz do enquadramento teórico. Deste modo, o tratamento estatístico dos dados integrou a concretização de toda a informação recolhida ao longo do estudo, tendo por base o processo metodológico, estatístico e teórico. De forma a uma melhor análise e interpretação dos resultados obtidos recorreu-se ao uso de tabelas.

3.1 – Caracterização da amostra

A amostra do estudo foi constituída por 144 enfermeiros ($n=144$), dos quais 110 eram do sexo feminino, correspondendo a 76,4% e 34 do sexo masculino, que equivale a 23,6% da amostra (Tabela 1).

Tabela 1

Caracterização da amostra segundo o sexo

SEXO	Frequência <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Masculino	34	23,6
Feminino	110	76,4
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

As idades mais representativas da amostra estavam compreendidas entre os 31 e os 35 anos, representando no seu conjunto 40 enfermeiros (27,8%). A média de idade foi de 36,8 anos, com um desvio padrão de 7,53 anos e o *score* mínimo de 25 anos e o máximo de 57 anos (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização da amostra segundo a idade

IDADE (Anos)	Frequência absoluta	Frequência relativa	Média (Anos)	Desvio Padrão	Score Mínimo	Score Máximo
	<i>n</i>	%	<i>X</i>	<i>DP</i>	<i>Smn</i>	<i>Smx</i>
21 – 25	6	4,2				
26 – 30	24	16,6				
31 – 35	40	27,8				
36 – 40	32	22,2				
41 – 45	18	12,5				
46 – 50	18	12,5				
51 – 55	4	2,8				
56 – 60	2	1,4				
TOTAL	144	100	36,8	7,53	25	57

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Quanto ao estado civil, 80 enfermeiros (55,6%) eram casados ou viviam em união de facto, 58 enfermeiros (40,2%) eram solteiros e 6 divorciados perfazendo 4,2% da amostra (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização da amostra segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	Frequência absoluta	Frequência relativa
	<i>n</i>	%
Casado/ União de facto	80	55,6
Solteiro (a)	58	40,2
Divorciado (a)	6	4,2
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Relativamente aos enfermeiros terem dependentes a cargo, 74 (51,4%) responderam afirmativamente, sendo que 36 tinham 1 dependente (25%) e 38 mais de 2 dependentes (26,4%) (Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização da amostra segundo os dependentes a cargo

DEPENDENTES A CARGO	NÚMERO DEPENDENTES	Frequência absoluta	Frequência relativa
		<i>n</i>	%
Sim	1	36	25
	>2	38	26,4
Não		70	48,6
TOTAL		144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Em termos de habilitações académicas, todos os enfermeiros eram licenciados em enfermagem. Destes, 30 (20,8%) detinham do grau de Mestre. A área maioritária de mestrado era a de Enfermagem Médico-Cirúrgica, com 10 enfermeiros (6,9%), seguindo a da Pessoa em Situação Crítica, com 8 enfermeiros (5,5%). Salienta-se, ainda, que 44 dos enfermeiros (30,6%) possuíam um curso de Pós-graduação em áreas relevantes para a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, nomeadamente na área de trauma, emergência e catástrofe (Tabela 5).

Tabela 5
Caracterização da amostra segundo as habilitações académicas

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Licenciatura	144	100
Mestrado	30	20,8
Ciências de Enfermagem	4	2,8
Pessoa em Situação Crítica	8	5,5
Médico-Cirúrgica	10	6,9
Reabilitação	4	2,8
Supervisão Clínica	2	1,4
Sexologia	2	1,4
Pós-graduação	44	30,6
Trauma, emergência e catástrofe	9	6,2
Doente crítico	8	5,6
Gestão de serviços de saúde	6	4,2
Anestesiologia e controlo da dor	8	5,6
Cuidados Intensivos	6	4,2
Bloco operatório	2	1,4
Enfermagem avançada	2	1,4
Enfermagem do Trabalho	2	1,4
Cuidados Paliativos	1	0,6

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Dos 42 enfermeiros detentores de uma especialidade profissional, 30 eram especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 10 em Enfermagem de Reabilitação e 2 em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o que corresponde a 71,4%, 23,8% e 4,8% da amostra, respetivamente (Tabela 6).

Tabela 6

Caracterização da amostra segundo as habilitações profissionais

HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS		Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Especialidades	Médico-Cirúrgica	30	71,4
	Reabilitação	10	23,8
	Materna Infantil e Obstétrica	2	4,8
TOTAL		42	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

No que diz respeito à categoria profissional, 88 tinham a categoria de Enfermeiro o que representa 61,1% da amostra, 24 a de Enfermeiro Graduado (16,7%) e 32 a de Enfermeiro Especialista (22,2%) da amostra (Tabela 7).

Tabela 7

Caracterização da amostra segundo a categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Enfermeiro	88	61,1
Enfermeiro Graduado	24	16,7
Enfermeiro Especialista	32	22,2
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

O tempo de exercício da profissão mais representativo da amostra situava-se entre os 11 e os 15 anos, revelando no seu conjunto 46 enfermeiros (31,9%). Relativamente à experiência profissional, a média foi de 14,1 anos ($DP=7,6$), com uma oscilação entre os 2 anos de valor mínimo e 33 anos de valor máximo (Tabela 8).

Tabela 8

Caracterização da amostra segundo a experiência profissional

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (Anos)	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>	Média (Anos) <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>
1 - 5	26	18,0				
6 - 10	22	15,4				
11 - 15	46	31,9				
16 - 20	14	9,7				
21 - 25	26	18,0				
26 - 30	8	5,6				
31 - 35	2	1,4				
TOTAL	144	100	14,1	7,6	2	33

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

O tempo de exercício profissional na UCIP mais significativo encontrava-se entre 1 e os 5 anos, apresentando no seu conjunto 66 enfermeiros (45,8%). A experiência profissional na UCIP em média foi de 9,4 anos, com um desvio padrão de 8,4 anos e uma variação entre 1 e 30 anos (Tabela 9).

Tabela 9

Caracterização da amostra segundo a experiência profissional na UCIP

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA UCIP (Anos)	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa %	Média (Anos) X	Desvio Padrão DP	Score Mínimo Smn	Score Máximo Smx
1 - 5	66	45,8				
6 - 10	28	19,4				
11 - 15	14	9,7				
16 - 20	12	8,4				
21 - 25	20	13,9				
26 - 30	4	2,8				
TOTAL	144	100	9,4	8,4	1	30

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

No que reporta à situação contratual, 40 enfermeiros (27,8%) possuíam contrato em funções públicas/efetivo, 94 (65,3%) detinham contrato por tempo indeterminado e 10 (6,9%) usufruíam de um contrato a termo certo (Tabela 10).

Tabela 10

Caracterização da amostra segundo a situação contratual

SITUAÇÃO CONTRATUAL	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa %
Função pública/efetivo	40	27,8
Contrato por tempo indeterminado	94	65,3
Contrato a termo certo	10	6,9
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Quanto ao trabalho por turnos, 136 enfermeiros (94,4%) trabalhavam por turnos e os restantes 8 (5,6%) em horário fixo (Tabela 11).

Tabela 11

Caracterização da amostra segundo o trabalho por turnos

TRABALHO POR TURNOS	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa %
Sim	136	94,4

Tabela 11

Caracterização da amostra segundo o trabalho por turnos (cont.)

TRABALHO POR TURNOS	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Não	8	5,6
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Da amostra do estudo, 98 enfermeiros (68,1%) detinham uma carga de trabalho semanal superior a 35 horas (Tabela 12).

Tabela 12

Caracterização da amostra segundo carga de trabalho semanal > 35h

CARGA DE TRABALHO SEMANAL > 35H	Frequência absoluta <i>n</i>	Frequência relativa <i>%</i>
Sim	98	68,1
Não	46	31,9
TOTAL	144	100

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

De seguida, procede-se à apresentação dos resultados relativos à análise estatística das capacidades de competência emocional dos enfermeiros inquiridos.

3.2 – Capacidades de competência emocional

Através da análise estatística descritiva foram dissecados os valores de resposta dos enfermeiros, tendo por base a “Escala Veiga Branco da Competência Emocional” individualizando cada subescala que corresponde às cinco capacidades de competência emocional dos enfermeiros, descritas anteriormente. Desta forma, foi determinada a média, o desvio padrão e o *score* mínimo e máximo da escala do tipo *Likert* de cada um dos comportamentos e atitudes identificadas pelos enfermeiros que cuidam das pessoas em situação crítica.

3.2.1 – Autoconsciência

Da análise da Tabela 13, verificou-se que a primeira capacidade da competência emocional, a autoconsciência, obteve uma pontuação média de respostas de 4,11, com um desvio padrão em torno da média de 1,31 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Os enfermeiros nos *itens* que compõem a afirmação: “*Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia,*

raiva...)" (P1) apresentaram uma média de respostas de 4,27, um desvio padrão de 1,32 em torno da média e um *score* mínimo de 1, um máximo de 7. O *item* com a média mais elevada foi "Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites" (P1.5) que obteve uma média de respostas de 5,26 (DP= 1,23) e um *score* mínimo de 3 e máximo de 7. Em oposição, o *item* com a média mais baixa foi o "Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los" (P1.6), com uma média de 2,58 (DP= 1,24) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Relativamente, aos *itens* que compõem P2 com a expressão: "Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis", as respostas dos enfermeiros apresentaram uma média de 3,29, um desvio padrão (DP) de 1,29 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* perçecionado pelos enfermeiros com a média mais elevada de 3,42 e um DP de 1,24, foi o "Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento..." (P2.1) com um *score* mínimo de 1 e máximo de 6. Contrariamente, o *item* "Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre..." (P2.4) exibiu a média mais baixa, com uma média de respostas de 2,97 (DP= 1,33) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

A afirmação: "Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa" corresponde ao (P3), apresentou uma média de respostas de 4,19, um desvio padrão de 1,34 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* perçecionado pelos inquiridos de forma mais elevada foi o "Observadora, consciente do que se passa à minha volta" (P3.2) com uma média de 5,44 (DP= 1,13) e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. No polo oposto, o *item* menos valorizado foi o "Azarada, não tenho sorte na vida" (P3.7) com uma média de 2,24 (DP= 1,89) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Tabela 13
Distribuição dos itens da capacidade de autoconsciência

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>
AUTOCONSCIÊNCIA	4,11	1,31	1	7
<i>P1 - Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...):</i>	4,27	1,32	1	7
<i>P1.1 - Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.</i>	5,03	1,37	2	7
<i>P1.2 - Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.</i>	3,31	1,43	1	7

Tabela 13

Distribuição dos itens da capacidade de autoconsciência (cont.)

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>
AUTOCONSCIÊNCIA	4,11	1,31	1	7
<i>P1.3 - Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.</i>	3,00	1,31	1	7
<i>P1.4 - Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... frustração... consigo defini-los.</i>	4,92	1,35	1	7
<i>P1.5 - Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.</i>	5,26	1,23	3	7
<i>P1.6 - Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.</i>	2,58	1,24	1	7
<i>P1.7 - Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.</i>	5,15	1,23	3	7
<i>P1.8 - Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito... etc.</i>	4,89	1,44	1	7
P2 - Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:	3,29	1,29	1	7
<i>P2.1 - Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...</i>	3,42	1,24	1	6
<i>P2.2 - Diminuí o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...</i>	3,38	1,19	1	6
<i>P2.3 - Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.</i>	3,39	1,41	1	7
<i>P2.4 - Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...</i>	2,97	1,33	1	6
P3 - Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:	4,19	1,34	1	7
<i>P3.1 - Instável, com várias mudanças de humor.</i>	2,32	1,08	1	5
<i>P3.2 - Observadora, consciente do que se passa à minha volta.</i>	5,44	1,13	2	7
<i>P3.3 - Racional, no que respeita aos meus sentimentos.</i>	5,15	1,19	2	7
<i>P3.4 - Positiva, encaro a vida pela positiva.</i>	5,13	1,34	2	7
<i>P3.5 - Ruminativa, sempre a "matutar".</i>	3,03	1,39	1	7
<i>P3.6 - Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.</i>	5,13	1,21	3	7
<i>P3.7 - Azarada, não tenho sorte na vida.</i>	2,24	1,89	1	7
<i>P3.8 - Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.</i>	5,10	1,36	2	7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

3.2.2 – Gestão de emoções

Analisando a Tabela 14, constatou-se que a segunda capacidade da competência emocional, gestão de emoções, obteve uma pontuação média de 3,85, com um desvio padrão em torno da média de 1,38 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Os enfermeiros da amostra nos *itens* que compõem a afirmação: *“Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude”* (P4), apresentaram uma média de respostas de 4,59, um desvio padrão de 1,33 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* que possui a média mais elevada foi o *“Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...”* (P4.6) com uma média de respostas de 4,99 (*DP* = 1,18) e um *score* mínimo de 3 e máximo de 7. Em oposição, o *item* que possui a média mais baixa foi o *“Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade...”* (P4.4), com uma média de 3,31 (*DP* = 1,77) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Relativamente, aos *itens* que compõem P5, com a expressão: *“Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera, irritação) normalmente”,* verificou-se uma média de 2,87, um desvio padrão de 1,26 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* perçecionado pelos enfermeiros com média mais elevada de 4,31 e um desvio padrão de 1,27, foi o *item* *“Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.”* (P5.4) com um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. Contrariamente, o *item* com a média de respostas mais baixa 2,04 (*DP* = 1,01) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 5 foi *“Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a)”* (P5.1).

A afirmação: *“Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto”* que corresponde ao (P6) apresentou uma média de respostas de 3,49, um desvio padrão de 1,28 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* perçecionado pelos inquiridos de forma mais elevada foi *“Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer”* (P6.2) com uma média de 4,07 (*DP* = 1,15) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. No polo oposto, o *item* *“Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.”* (P6.1), com um valor médio de 2,71 (*DP* = 1,39) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

Na expressão: “Quando me sinto deprimido(a), verifico que” (P7), obtive uma média de respostas de 3,24, um desvio padrão total de 1,49 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6. O *item* com a média mais elevada de 4,13 (*DP* = 1,79) e com um *score* mínimo de 1 e máximo de 7, foi “Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.” (P7.2). Em oposição, o *item* que revelou a média mais baixa foi “Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes. (P7.1), uma média de 2,31 (*DP* = 1,13) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

Tabela 14

Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
GESTÃO DE EMOÇÕES	3,85	1,38	1	7
<i>P4 - Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma onda de fúria ou raiva. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude:</i>	4,59	1,33	1	7
<i>P4.1 - Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.</i>	4,74	1,29	2	7
<i>P4.2 - Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranjei algo que gosto de fazer...</i>	4,83	1,26	1	7
<i>P4.3 - Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me...</i>	4,74	1,29	2	7
<i>P4.4 - Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade...</i>	3,31	1,77	1	7
<i>P4.5 - Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo...</i>	4,94	1,17	3	7
<i>P4.6 - Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...</i>	4,99	1,18	3	7
<i>P5 - Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera, irritação) normalmente:</i>	2,87	1,26	1	7
<i>P5.1 - Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).</i>	2,04	1,01	1	5
<i>P5.3 - Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.</i>	2,42	1,41	1	6
<i>P5.4 - Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.</i>	4,31	1,27	2	7
<i>P6 - Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto:</i>	3,49	1,28	1	7
<i>P6.1 - Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.</i>	2,71	1,39	1	6
<i>P6.2 - Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.</i>	4,07	1,15	1	7
<i>P6.3 - Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.</i>	4,01	1,30	1	7
<i>P6.4 - Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.</i>	3,78	1,44	1	7
<i>P6.5 - Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.</i>	2,89	1,13	1	6

Tabela 14

Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções (cont.)

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
GESTÃO DE EMOÇÕES	3,85	1,38	1	7
<i>P7 - Quando me sinto deprimido(a), verifico que:</i>	3,24	1,49	1	7
<i>P7.1 - Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.</i>	2,31	1,13	1	6
<i>P7.2 - Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.</i>	4,13	1,79	1	7
<i>P7.3 - Sinto alívio se comer ou beber.</i>	3,46	1,48	1	7
<i>P7.4 - Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.</i>	3,07	1,56	1	7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

3.2.3 – Automotivação

Através da análise da Tabela 15, verificou-se que a terceira capacidade da competência emocional, automotivação, deteve uma pontuação média de 3,67, um desvio padrão (*DP*) em torno da média de 1,26 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

A amostra perante a afirmação: “*Reconheço-me como uma pessoa*” (*P8*), exibiu uma média de respostas de 3,73, um desvio padrão total de 1,20 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* “*Capaz de ter/“arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.*” (*P8.8*) apresentou a média mais elevada de respostas com 5,11 (*DP* = 1,07) e um *score* mínimo de 3 e máximo de 7. No polo oposto, o *item* “*Derrotista (não tenho sorte na vida)*” (*P8.5*) revelou uma média de 2,07 (*DP* = 1,07), com um *score* mínimo de 3 e máximo de 7.

Relativamente, aos *itens* que compõem *P9*, com a expressão: “*Imagine uma atividade profissional (cuidar/tratar/atender um doente). Durante a atividade, normalmente sinto que*”, apresentou uma média de respostas de 3,51, um desvio padrão de 1,26 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* percecionado pelos enfermeiros com média mais elevada de 5,31, um desvio padrão de 1,21, foi o “*Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.*” (*P9.7*) e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. Contrariamente, o *item* “*Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega ou o chefe aprova?)*” (*P9.4*) foi o *item* que deteve a média mais baixa de respostas de 2,69 (*DP* = 1,39) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

No que reporta à afirmação (*P10*) “*Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional) sinto que*” apresentou uma média de respostas de 2,99, um desvio padrão de 1,32 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* considerado pelos inquiridos com a média mais elevada foi

“Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...” (P10.2) com uma média de 4,24 ($DP = 1,36$) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. No outro extremo oposto, o item “Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa (s) pessoa (s) ...” (P10.4) obteve uma média de 2,32 ($DP = 1,12$) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

Tabela 15

Distribuição dos itens da capacidade de automotivação

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
AUTOMOTIVAÇÃO	3,67	1,26	1	7
<i>P8 - Reconheço-me como uma pessoa:</i>	3,73	1,20	1	7
<i>P8.1 - Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.</i>	4,82	1,27	1	7
<i>P8.2 - Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.</i>	4,50	1,37	1	7
<i>P8.3 - Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.</i>	2,76	1,27	1	6
<i>P8.4 - Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).</i>	2,26	1,23	1	6
<i>P8.5 - Derrotista (não tenho sorte na vida).</i>	2,07	1,13	1	6
<i>P8.6 - Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.</i>	2,47	1,18	1	6
<i>P8.7 - Capaz de sair de qualquer sarilho.</i>	4,58	1,17	1	7
<i>P8.8 - Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.</i>	5,11	1,07	3	7
<i>P8.9 - Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.</i>	4,97	1,11	3	7
<i>P9 - Imagine uma atividade profissional (cuidar/tratar/atender um doente). Durante a atividade, normalmente sinto que:</i>	3,51	1,26	1	7
<i>P9.1 - Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.</i>	3,65	1,38	1	7
<i>P9.2 - Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.</i>	2,85	1,29	1	7
<i>P9.3 - Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.</i>	3,06	1,23	1	7
<i>P9.4 - Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega ou o chefe aprova?).</i>	2,69	1,39	1	7
<i>P9.5 - Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).</i>	4,29	1,23	1	7
<i>P9.6 - Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.</i>	2,74	1,06	1	6
<i>P9.7 - Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.</i>	5,31	1,21	2	7
<i>P10 - Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, profissional) sinto que:</i>	2,99	1,32	1	7
<i>P10.1 - Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...</i>	3,29	1,52	1	7
<i>P10.2 - Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...</i>	4,24	1,36	1	7
<i>P10.3 - Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir “down”, como alguém sem grande interesse...</i>	2,74	1,36	1	6
<i>P10.4 - Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa (s) pessoa (s) ...</i>	2,32	1,12	1	6

Tabela 15

Distribuição dos itens da capacidade de automotivação (cont.)

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
AUTOMOTIVAÇÃO	3,67	1,26	1	7
<i>P10.5 - Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.</i>	2,40	1,24	1	6

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

3.2.4 – Empatia

Na Tabela 16, a quarta capacidade da competência emocional, empatia, contabilizou uma pontuação média de 4,81, um desvio padrão em torno da média de 1,20 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Os resultados das respostas dos enfermeiros relativos à afirmação: “*Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de*” (P11), apresentaram uma média de 4,88, um desvio padrão de 1,11 e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. O *item* com a média mais elevada foi “*Registrar*”/“*perceber os sentimentos dos outros*” (P11.1), com uma média de respostas de 5,14 (*DP* = 1,01) e um *score* mínimo de 3 e máximo de 7. A média mais baixa foi de 4,42 (*DP* = 1,29) e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7, corresponde ao *item* “*Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras*” (P11.2).

Relativamente, aos *itens* que compõem a expressão: “*Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:*” (P12), as respostas dos inquiridos patentearam uma média de 4,86, um desvio padrão de 1,31 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* apreciado pelos enfermeiros com média mais elevada de 5,04 e desvio padrão de 1,33, foi o “*A direção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direções)*” (P12.4) e um *score* mínimo de 1 e de máximo 7. Contrariamente, o *item* que teve média mais baixa foi “*A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe)*” (P12.1) com uma média de 4,53 (*DP* = 1,23) e um *score* mínimo de 1 e de máximo 7.

A afirmação: “*No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta que*” correspondente ao P13 apresentou uma média de respostas de 4,00, um desvio padrão de 1,20 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O *item* percecionado pelos inquiridos de forma mais elevada foi “*Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas...*” (P13.1) com uma média de 4,79 (*DP* = 1,21) e um *score* mínimo de 3 e de máximo 7. No polo oposto, o *item* “*Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado...*” (P13.2) com uma

média de 2,65 ($DP = 1,23$) e um *score* mínimo de 1 e de máximo 7, apresentou as respostas com médias mais baixas.

Tabela 16

Distribuição dos itens da capacidade de empatia

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
EMPATIA	4,81	1,20	1	7
<i>P11 - Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:</i>	4,88	1,11	2	7
<i>P11.1 - "Registar" / perceber os sentimentos dos outros</i>	5,14	1,01	3	7
<i>P11.2 - Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras</i>	4,42	1,29	2	7
<i>P11.3 - "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc)</i>	5,01	1,12	2	7
<i>P11.4 - Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras</i>	4,93	1,01	3	7
<i>P12 - Reconheço que nas minhas relações tenho tendência a valorizar mais:</i>	4,86	1,31	1	7
<i>P12.1 - A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe)</i>	4,53	1,23	1	7
<i>P12.2 - A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa</i>	5,01	1,31	1	7
<i>P12.3 - O tom de voz</i>	4,83	1,32	1	7
<i>P12.4 - A direção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direções)</i>	5,04	1,33	1	7
<i>P12.5 - Os gestos (mãos, corpo...)</i>	4,89	1,34	1	7
<i>P13 - No quotidiano e numa situação de conflito dou-me conta que:</i>	4,00	1,20	1	7
<i>P13.1 - Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas...</i>	4,79	1,21	3	7
<i>P13.2 - Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado...</i>	2,65	1,23	1	7
<i>P13.3 - Fico recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta. Mantenho-me tranquilo.</i>	4,56	1,15	2	7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

3.2.5 – Gestão de emoções em grupo

Pela análise da Tabela 17, a quinta capacidade da competência emocional, a gestão de emoções em grupo, a amostra obteve uma pontuação média de 4,51, um desvio padrão em torno da média de 1,10 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

Observou-se que relativamente à afirmação: “*No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam*”

(P14) a média de respostas foi de 4,65, um desvio padrão total de 1,10 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O item “*As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.*” (P14.5), atingiu uma média de respostas de 5,26 (*DP*= 0,93) e um *score* mínimo de 3 e máximo de 7. Já o item “*Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.*” (P14.3), apresentou uma média de 4,21 (*DP*= 1,07), com um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

Na expressão: “*Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece.*” (P15), as respostas dos inquiridos revelaram uma média de 4,20, um desvio padrão de 1,16 e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. O item percebido pelos enfermeiros com média mais elevada de 4,48 e um desvio padrão de 1,09, foi “*Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir*” (P15.2) com um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. O item com média mais baixa foi de 3,75 (*DP*= 1,13) e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7, o que corresponde ao item “*Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los*” (P15.1).

Tabela 17

Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções em grupo

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>Smn</i>	Score Máximo <i>Smx</i>
GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO	4,51	1,10	1	7
<i>P14 – No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:</i>	4,65	1,10	1	7
<i>P14.1 - Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.</i>	4,76	0,95	3	7
<i>P14.2 - Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.</i>	4,75	1,08	2	7
<i>P14.3 - Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.</i>	4,21	1,07	1	6
<i>P14.4 - Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.</i>	4,28	1,10	2	7
<i>P14.5 - As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.</i>	5,26	0,93	3	7
<i>P14.6 - Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.</i>	4,68	1,17	2	7
<i>P14.7 - Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.</i>	4,58	1,30	1	7
<i>P14.8 - Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.</i>	4,67	1,16	2	7
<i>P15 - Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:</i>	4,20	1,16	2	7
<i>P15.1 - Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los</i>	3,75	1,13	2	7
<i>P15.2 - Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.</i>	4,48	1,09	2	7
<i>P15.3 - Entrar em “sincronismo de estado de espírito”.</i>	4,07	1,11	2	7
<i>P15.4 - Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.</i>	4,47	1,10	2	7

Tabela 17

Distribuição dos itens da capacidade de gestão de emoções em grupo (cont.)

	Média	Desvio Padrão	Score Mínimo	Score Máximo
	<i>X</i>	<i>DP</i>	<i>Smn</i>	<i>Smx</i>
GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO	4,51	1,10	1	7
<i>P15.5 - Preferir colocar-me frente a frente.</i>	4,29	1,29	2	7
<i>P15.6 - Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.</i>	4,15	1,21	2	7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

3.3 – Fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional

Na Tabela 18 expõe-se a distribuição dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional obtidos através do instrumento de colheita de dados junto dos enfermeiros que acederam participar no presente estudo de investigação. Os enfermeiros do estudo perante os 17 fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional, apresentaram uma média de respostas de 4,19, um desvio padrão de 1,25 e um *score* mínimo de 1 e um máximo de 7.

Tendo em consideração os resultados obtidos na subescala autoconsciência, que engloba 4 fatores identificadores de atitudes e comportamentos, com uma média de respostas de 4,11, um desvio padrão de 1,31 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7, verificou-se que o Fator 3 – “*Perceção positiva de si, como pessoa*”, foi o que obteve uma média de respostas mais elevada de 5,19, com um desvio padrão de 1,25 e um *score* mínimo de 2 e máximo de 6. Em oposição, o fator com a média de respostas mais baixa foi o Fator 1 – “*Instabilidade emocional*” com uma média de 2,78, um desvio padrão de 1,38 e um *score* mínimo de 1 e um máximo de 7.

Relativamente à capacidade de gestão de emoções, constituída por 5 fatores, obteve uma média de respostas de 3,85, um desvio padrão de 1,38 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O fator mais valorizado pelos enfermeiros foi o Fator 7, correspondente à “*Fuga e solidão*” com uma média de 4,77, um desvio padrão de 1,28 e um *score* mínimo de 1 e um máximo de 7. Contrariamente, o Fator 5, relativo à “*Adaptação negativa (intrusão, explosão)*”, foi o menos valorizado com uma média de 2,62 (*DP* = 1,26) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 6.

À terceira capacidade de competência emocional, automotivação, está associada 3 fatores, com uma média de respostas de 3,67, um desvio padrão de 1,26 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O fator mais valorizado com uma média de respostas de 4,79, um desvio padrão 1,22 e *score* máximo e mínimo

de 1 e 7, foi o Fator 11 “*Literatos, usam a energia emocional*”. Pelo contrário, o fator menos valorizado pela amostra foi o Fator 10 – “*Iliteratos, com insegurança e dependência*”, com uma média de 2,62 ($DP = 1,25$) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7.

A subescala empatia, com 3 fatores revelou uma média de respostas de 4,81, um desvio padrão de 1,20 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O fator com média mais elevada foi o Fator 14, relativo à “*Sintonia relacional*”, com uma média de respostas de 4,88, um desvio padrão de 1,11 e um *score* mínimo de 2 e máximo de 7. Já o Fator 15 – “*Atitude serena em situação de conflito*” apresenta a média mais baixa 4,68, um desvio padrão de 1,18, um mínimo de 2 e um máximo de 7.

A última capacidade de competência emocional, gestão de emoções em grupo, contém 2 fatores obteve uma média de respostas de 4,51, um desvio padrão de 1,10 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O fator mais valorizado foi o Fator 16 – “*Percepção emocional e sincronismo*”, com uma média de 4,21 ($DP = 1,05$) e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7. O Fator 17 correspondente à “*Estabilidade pessoal e relacional*”, com uma média de 4,80, um desvio padrão de 1,14 e um *score* mínimo de 1 e máximo de 7, foi o fator menos valorizado pelos enfermeiros da amostra.

Tabela 18

Distribuição dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
CAPACIDADES DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL	4,19	1,25	1	7
AUTOCONSCIÊNCIA	4,11	1,31	1	7
Fator 1 – <i>Instabilidade emocional</i>	2,78	1,38	1	7
Fator 2 – <i>Alterações a nível racional e relacional</i>	3,40	1,28	1	7
Fator 3 – <i>Percepção positiva de si, como pessoa</i>	5,19	1,25	2	6
Fator 4 – <i>Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais</i>	5,05	1,32	1	7
GESTÃO DE EMOÇÕES	3,85	1,38	1	7
Fator 5 – <i>Adaptação negativa (intrusão, explosão)</i>	2,62	1,26	1	7
Fator 6 – <i>Controlo usando a razão</i>	4,17	1,26	1	7
Fator 7 – <i>Fuga e solidão</i>	4,77	1,28	1	7
Fator 8 – <i>Sentimentos ansiosos, reativos</i>	3,95	1,30	1	7
Fator 9 – <i>Sentimentos ansiosos, reativos</i>	3,95	1,30	1	7
AUTOMOTIVAÇÃO	3,67	1,26	1	7
Fator 10 – <i>Iliteratos, com insegurança e dependência</i>	2,62	1,25	1	7
Fator 11 – <i>Literatos, usam a energia emocional</i>	4,79	1,22	1	7

Tabela 18

Distribuição dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional (cont.)

	Média <i>X</i>	Desvio Padrão <i>DP</i>	Score Mínimo <i>S_{mn}</i>	Score Máximo <i>S_{mx}</i>
CAPACIDADES DE COMPETÊNCIA EMOCIONAL	4,19	1,25	1	7
Fator 12 – <i>“Estado de fluxo” em atividade (ativos)</i>	3,60	1,30	1	7
EMPATIA	4,81	1,20	1	7
Fator 13 – <i>Valoriza a expressão (verbal e não verbal)</i>	4,86	1,31	1	7
Fator 14 – <i>Sintonia relacional</i>	4,88	1,11	2	7
Fator 15 – <i>Atitude serena em situação de conflito</i>	4,68	1,18	2	7
GESTÃO DE EMOÇÕES EM GRUPO	4,51	1,10	1	7
Fator 16 – <i>Percepção emocional e sincronismo</i>	4,21	1,05	1	7
Fator 17 – <i>Estabilidade pessoal e relacional</i>	4,80	1,14	1	7

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos pelo questionário entre junho e outubro de 2019

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, procede-se no subcapítulo seguinte à sua discussão.

3.4 – Discussão dos resultados

A discussão dos resultados teve em consideração os estudos evidenciados no enquadramento teórico, sendo realizada pela mesma sequência que a apresentação dos resultados, com recurso a estudos nacionais e internacionais, cujo foco de atenção foi a competência emocional. Deste modo, este subcapítulo está organizado em dois pontos: *i)* perfil social, biográfico e profissional dos enfermeiros; e *ii)* capacidades e fatores identificadores de atitudes e comportamentos de competência emocional.

3.4.1 – Perfil social, biográfico e profissional dos enfermeiros

A amostra deste estudo foi constituída por 144 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino (76,4%). Estes resultados encontram-se em consonância com os dados estatísticos publicados pela Ordem dos Enfermeiros, onde os enfermeiros inscritos são maioritariamente mulheres (OE, 2017). Estes dados permitem-nos constatar que a profissão de enfermagem continua a ser uma profissão, predominantemente feminina. Segundo Pires et al. (2020), o predomínio de profissionais do sexo feminino em enfermagem é reflexo de uma profissão interligada com o cuidar, que tradicionalmente é mais assumido pela mulher do que pelo homem.

O resultado da média de idades dos profissionais de enfermagem no contexto em estudo, foi congruente com os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, que segundo a qual a média de idades dos enfermeiros inscritos é igualmente de 36,8 anos (OE, 2017). As idades da amostra encontram-se compreendida entre os 25 e os 57 anos, sendo a faixa etária mais representativa a dos 31 aos 35 anos de idade.

Relativamente ao estado civil, a maioria dos enfermeiros eram casados ou viviam em união de facto (55,6%), o que pode ser justificado pela faixa etária dos inquiridos, indo de encontro ao estudo de Agostinho (2008) e aos dados publicados pelo INE (2011), onde se constata que a maioria da população portuguesa é casada.

No que concerne ao número de dependente a cargo, a maioria dos enfermeiros da amostra ($n = 74$; 51,4%) possuíam dependentes a seu cargo. Estes resultados são similares ao estudo de Agostinho (2008) e aos dados apresentados pelo INE (2011), segundo os quais em Portugal existe cerca de 1,37 (número médio) dependentes por família. Este facto pode eventualmente justificar-se por ser uma amostra constituída por adultos jovens.

Em relação às habilitações académicas, verificou-se que a totalidade dos enfermeiros da amostra eram licenciados em enfermagem. O grau académico de Mestre apresentava uma percentagem diminuta ($n = 30$; 20,8%), em relação ao grau de Licenciado ($n = 144$; 100%). Um entendimento para estes resultados poderá estar diretamente relacionado com o facto de o acesso à profissão exigir apenas o grau de Licenciado. No entanto, salienta-se que alguns enfermeiros da amostra possuíam igualmente cursos de pós-graduação predominantemente na área do doente crítico, o que poderá justificar-se pela aquisição de suporte formativo para prestar cuidados de enfermagem de maior qualidade no âmbito dos cuidados intensivos.

A maioria dos profissionais de enfermagem inquiridos detinham habilitações profissionais, na área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (71,4%). Segundo dados estatísticos divulgados pela Ordem dos Enfermeiros, a área de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica é a segunda mais predominante, dos enfermeiros especialistas existentes em Portugal (OE, 2017). Neste estudo era expectável que os enfermeiros fossem na sua maioria detentores desta especialidade, tendo em consideração o contexto onde o mesmo foi realizado e os cuidados de enfermagem praticados nas UCIP, uma vez que estes cuidados assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a especialização e a diferenciação, uma realidade que abrange a globalidade dos

enfermeiros. O enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para desenvolver cuidados especializados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem (OE, 2019).

A categoria profissional mais representativa da amostra foi a de “Enfermeiro”, circunstância compreensível tendo em conta a realidade da enfermagem em Portugal. Apesar da carreira de enfermagem ser pluricategorial, após a atualização de 2019, publicada no Diário da República nº 101 (Decreto-Lei nº 71, 2019), verificou-se que a maioria dos enfermeiros detinha o primeiro nível da categoria profissional (Enfermeiro). Desta forma, constatou-se que nem todos os enfermeiros detentores de uma formação especializada em enfermagem possuíam esse reconhecimento em termos de carreira de enfermagem, uma vez que não são detentores da categoria profissional de “Enfermeiro especialista”. Esta constatação pode ser justificada com o congelamento da carreira de enfermagem ao nível da progressão e promoção desde 2005. Todavia, é de enaltecer que esta adversidade não impossibilitou os enfermeiros de apostar na sua formação (*e.g.* mestrados, especialidades e pós-graduações).

No que reporta à experiência profissional, os enfermeiros apresentaram uma média de 14,1 anos, valor abaixo da média de anos de exercício na profissão dos enfermeiros em Portugal (OE, 2017). Os enfermeiros inquiridos detêm em média 9,4 anos de experiência profissional na UCIP, facto que pode ser explicado pela amostra ser composta por adultos jovens. A experiência profissional dos enfermeiros está intimamente associada ao desenvolvimento de competências, nomeadamente à competência emocional. Segundo Patrícia Benner (2005), os enfermeiros detentores de mais tempo de exercício profissional demonstram mais competências na respetiva área de cuidados, considerando assim que o conhecimento prático é adquirido com o tempo e com a aprendizagem experimental e maior capacidade de inteligência emocional (Alves et al., 2012).

Relativamente à situação contratual, maioritariamente, os enfermeiros da amostra possuíam um contrato individual de trabalho por tempo indeterminado, o que vai de encontro aos dados da OE (2017). A maioria dos enfermeiros referiram trabalhar por turnos, inclusive aos fins-de-semana/feriados. Segundo o código do trabalho, no artigo 220, considera-se existir trabalho por turnos quando os trabalhadores “...ocupam sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o rotativo, contínuo ou descontínuo, podendo executar o trabalho a horas diferentes num dado período de dias ou semanas” (Lei nº7, 2009, p. 971). O trabalho por turnos pode apresentar algumas vantagens (como *e.g.*, a compensação económica, a conciliação do trabalho com a vida social, disponibilidade para realizar atividades de lazer e o ter disponibilidade para tratar de assuntos) e desvantagens (como *e.g.*,

dificuldades em estar presentes nas reuniões familiares e com amigos) para os trabalhadores tanto ao nível da saúde, da família e da vida social (Costa, 2019). Consequentemente, o trabalho por turnos pode influenciar a satisfação e realização profissional dos enfermeiros. Nesta perspetiva, Gregório (2008) e Rodrigues (2017) salientam que a satisfação profissional se encontra diretamente relacionada com a competência emocional.

Quanto ao tipo de horário praticado, os enfermeiros, na sua maioria (68,1%), referiram que realizavam um horário semanal superior às 35h, contradizendo assim, o Código do Trabalho publicado no Diário da República nº 116/2016, em que foram decretadas 35 horas de trabalho como limite máximo semanal nos períodos normais de trabalho dos trabalhadores da função pública (Lei nº18, 2016). Este tipo de horário poderá provocar alterações ao nível da vida social e da saúde dos enfermeiros, nomeadamente pode conduzir a patologias como a ansiedade, o *stress* ocupacional e o *burnout* (Simões et al., 2019).

3.4.2 – Capacidades e fatores identificadores de atitudes e comportamentos de competência emocional

A competência emocional é uma importante necessidade para uma prática mais humanizada nos contextos de saúde. Importa neste ponto, discutir de forma individual as capacidades relativas à competência emocional, bem como os fatores identificadores de atitudes e comportamentos de competência emocional.

A capacidade de autoconsciência, que possibilita a perceção de si e das emoções sentidas, apresentou neste estudo uma média de 4,11, o que permite afirmar que os enfermeiros da amostra percebem *por norma* serem autoconscientes. Este resultado vai de encontro aos estudos de Vilela (2006); Agostinho (2008); Alves et al. (2012); Lopes (2013); e Rodrigues (2017) que evidenciaram valores similares. Porém, o estudo de Gregório (2008) obteve médias diferentes, correspondentes às perceções de *frequente*. O enfermeiro dotado de capacidades de autoconsciência, independentemente dos sentimentos que o invadem, das suas crenças e medos, reconhece os seus limites, sendo racional, flexível, positivo, observador e consciente do ambiente envolvente (Vilela 2006). A capacidade de autoconsciência permite aos profissionais de enfermagem aumentarem a sua confiança na gestão de situações críticas e na prestação de cuidados competentes (Younas et al., 2019). Assim, conseguem responder às exigentes e complexas necessidades de cuidados, gerindo da melhor forma as situações que experienciam.

Neste sentido, os fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com a capacidade de autoconsciência evidenciaram que os enfermeiros do estudo *raramente* adotaram comportamentos que alterem o seu equilíbrio emocional perante situações negativas (Fator 1; $X = 2,78$) e de forma *pouco frequente* modificaram o seu comportamento a nível relacional e a sua capacidade de atenção mental perante sentimentos desagradáveis no cuidado à pessoa em situação crítica (Fator 2; $X = 3,40$). Quanto aos fatores 3 e 4 ($X = 5,19$; $X = 5,05$), respetivamente intitulados “*A percepção positiva de si, como pessoa*” e a “*Percepção da ocorrência de fenómenos emocionais*”, verificou-se que os enfermeiros inquiridos experienciam, de modo *frequente*, atuarem de forma positiva, racional, observadora, flexível e autónoma, identificando e tendo consciência das suas emoções, sendo capazes de as verbalizar e de se afastar quando estão perante emoções negativas. Estes dados são similares aos encontrados no estudo de Vilela (2006). Mais, no decurso da sua experiência profissional, o profissional de enfermagem desenvolve modos de enfrentar as experiências emocionais, o que facilita a concentração e a percepção das suas emoções, bem como dos seus sentimentos. Estes fatores contribuem para uma aptidão intrapessoal, que por sua vez ajuda na construção progressiva da maturidade emocional. A importância da tomada de consciência das emoções negativas é a forma mais adequada de adaptação à situação. A autoavaliação das próprias capacidades promove a autoconfiança e orienta na tomada de decisão (Goleman, 2012), relevantes no cuidar da pessoa em situação crítica.

A segunda capacidade de competência emocional, gestão de emoções, deteve valores médios de 3,85, podendo-se afirmar que os enfermeiros deste estudo de um modo *pouco frequente*, com tendência para *por norma* perceberam atitudes e comportamentos relacionados com a capacidade de gestão das emoções. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Vilela (2006); Agostinho (2008); Gregório (2008); Alves et al. (2012); Lopes (2013); e de Rodrigues (2017). O profissional de enfermagem com capacidades de gestão de emoções consegue gerir e lidar com as suas emoções de forma adequada, através do autoconhecimento e da consciência do Eu, o que permite o autodomínio e o autocontrolo das emoções (Goleman, 2012). Desta forma, o enfermeiro reconhece as suas emoções e consegue orientar e enfrentar as situações críticas que vão surgindo no decurso da prestação e gestão dos cuidados de enfermagem, sendo importante os enfermeiros aperfeiçoem as suas competências sociais e emocionais, pela natureza da profissão, que coloca a pessoa no centro do cuidado (Panagiotis & Prezerakos, 2018).

Dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com a capacidade de gestão de emoções, evidenciou-se que os enfermeiros da amostra *raramente* e de forma *pouco frequente* tendiam a isolar-se ou a utilizarem objetos e pessoas, como foco da sua fúria em estados de espírito negativo ou

de ansiedade (Fator 5; $X = 2,62$). Relativamente, ao uso da razão no controlo de situações de raiva ou de fúria, os enfermeiros *por norma* observavam, analisavam e avaliavam os momentos, raciocinando sem sentenciar, baseando-se em pensamentos positivos (Fator 6 - $X = 4,17$). Em relação à “*Fuga e solidão*”, os enfermeiros reconheceram que *por norma* com tendência para o *frequente*, tendem a fugir e a isolarem-se perante situações emocionais negativas, de modo a procurar uma distração ou preferem ficar sozinhos, longe das provocações (Fator 7 - $X = 4,77$). Os “*Sentimentos ansiosos, reativos*” foram *pouco frequente* e tendencialmente *por norma* autopercecionados (Fator 8 - $X = 3,95$). Estes sentimentos ansiosos e reativos conduzem a gerar angústia e preocupação, desviando a atenção dos focos de ação de enfermagem (Vilela, 2006). Perante situações de controlo emocional (Fator 9 - $X = 3,72$), os enfermeiros que lidam com o doente crítico utilizaram, entre *pouco frequente* e *por norma* a atividade física ou a prática de desporto. Os resultados de modo geral são ligeiramente inferiores ($X = 3,14$) aos percecionados pela amostra do estudo de Vilela (2006), concluindo-se que os enfermeiros detêm menos capacidade de gerir as emoções. Os enfermeiros vão adquirindo formas de gerir e lidar com as emoções em contexto dos cuidados ao doente crítico de modo apropriado, através do processo de *coping*. Segundo Ogdan (2004), este processo pode ser categorizado relativamente ao seu foco, à sua avaliação, à sua análise lógica, à sua redefinição mental e à sua emoção, permitindo a transformação de eventos incontroláveis em controláveis. O *coping* focalizado na emoção é quando a pessoa se esforça por manter a esperança, mesmo havendo descarga emocional, com expressão de sentimentos acompanhada de uma avaliação resignada e uma aceitação inevitável da situação. Esta capacidade permite assim o domínio e o controlo das emoções (Goleman, 2012), tornando-a muito importante no cuidar em enfermagem. De facto, ao gerir as suas as emoções, os enfermeiros conseguem influenciar positivamente a gestão das emoções das pessoas que cuidam.

Relativamente à competência emocional, automotivação, o estudo apresentou um valor médio de 3,67, podendo afirmar-se que os enfermeiros percecionaram a capacidade entre o *pouco frequente* e o *por norma*. Estes resultados encontram eco nos estudos de Vilela (2006); Alves et al. (2012); e Lopes (2013). Todavia, outros estudos, tais como Gregório (2008) e Rodrigues (2017), obtiveram médias ligeiramente superiores. O enfermeiro provido desta capacidade pode controlar, de modo produtivo, as emoções utilizando a energia em seu próprio proveito, proporcionando a perceção de si e das emoções, permitindo utilizar as energias das emoções em prol dos seus objetivos, possibilitando ultrapassar as contrariedades e frustrações vivenciadas mais facilmente (Veiga Branco, 2004).

Perante os fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com a capacidade automotivação, os enfermeiros revelaram que *raramente* com tendência para *pouco frequente* adotarem comportamentos e sentimentos de desânimo, pessimismo ou autopiedade (Fator 10 - $X = 2,62$). Os enfermeiros perante o fator "*Literatos, usam a energia emocional*", autopercecionaram entre o *por norma* e o *frequente* possuírem habilidades suficientes para defrontar os problemas, agindo sempre após pensar, com uma atitude contemporizadora para as situações negativas do seu trabalho (Fator 11 - $X = 4,79$). O fator "*«Estado de fluxo» em atividade (ativos)*" foi percecionado entre o *pouco frequente* e *por norma* no desempenho da sua atividade profissional (Fator 12 - $X = 3,60$), reconhecendo que os participantes experienciam estados em que deixam de ter noção do tempo e do espaço, ficando embebidos com o que os rodeia. Estes resultados são idênticos ao estudo que validou a "Escala Veiga Branco da Competência Emocional" para a população dos enfermeiros (Vilela, 2006).

A automotivação foi a capacidade menos valorizada pelos enfermeiros deste estudo, o que pode, eventualmente, ser explicado pela atual conjuntura socioeconómica em Portugal. Este resultado contrasta com os estudos de Vilela (2006); Agostinho (2008); Gregório (2008); Alves et al. (2012); e Rodrigues (2017). No entanto, este resultado poderá ser explicado, por um lado, pelo facto da amostra ser constituída por adultos jovens, e por outro, por terem maioritariamente contrato individual de trabalho, com regalias diferentes, quando comparadas com os colegas com contrato em funções públicas (Bernardino, 2018). Salienta-se, ainda, que Gregório (2008) afirmou que a desvalorização da automotivação relaciona-se positivamente com a insatisfação profissional.

O valor médio dos resultados obtidos, na capacidade de competência de empatia foi de 4.81, permitindo afirmar que os enfermeiros inquiridos percecionaram *por norma*, com tendência para *frequente* serem empáticos. Este resultado vai de encontro aos estudos de Vilela (2006); Agostinho (2008); Gregório (2008); e Rodrigues (2008). Porém, outros estudos, Alves et al. (2012) e Lopes (2013) obtiveram valores médios ligeiramente superiores. A empatia é um conceito que desempenha um papel central no crescimento moral e social sendo uma habilidade necessária para uma adequada gestão das relações (Hajibabae et al., 2018), possibilitando conhecer e reconhecer as emoções dos outros, através da linguagem verbal e não-verbal, tais como: o tom de voz, os gestos, a expressão facial e a expressão corporal. Esta capacidade é fulcral para a profissão de enfermagem, sendo que todos devem ser sensíveis e aceitar o sentimento dos outros, sem medos, raiva ou desconforto, de forma a desenvolver uma relação de ajuda com a pessoa doente. Neste sentido, a capacidade de empatia é fundamental na prestação de cuidados de excelência, pois esta capacidade é uma dimensão importante na relação enfermeiro-doente

e dos cuidados de enfermagem (Ghaedi et al., 2020). Os enfermeiros empáticos são capazes de reconhecer rápida e eficazmente as necessidades das pessoas de forma a satisfazê-las, através de uma relação empática e de ajuda. Esta forma de cuidar é, segundo Watson (2004), um processo interativo e subjetivo que advém das interações entre a pessoa doente e o enfermeiro, englobando a escuta ativa, a proximidade e a compreensão mútua, com partilha de histórias, estabelecendo uma relação transpessoal com a pessoa doente.

No que respeita às atitudes e aos comportamentos identificadores desta capacidade, os resultados do estudo apontaram para a valorização dos gestos, da voz, do olhar em consonância com as palavras e a atitude corporal (Fator 13 - $X = 4,86$) de modo *por norma*, com tendência para o *frequente* e para a modificação dos seus comportamentos e atitudes em sintonia nas suas relações com os outros, descodificando os canais não-verbais (Fator 14 - $X = 4,88$). Por outro lado, os enfermeiros revelaram calma, capacidade para escutar a pessoa perante sentimentos de instabilidade o que é revelador de uma atitude serena em situações de conflito (Fator 15 - $X = 4,68$). Estes resultados são similares aos de Vilela (2006). O processo de cuidar em enfermagem possui como instrumento a capacidade de empatia, por forma a estabelecer e manter a relação terapêutica entre profissional e a pessoa doente. Através do designio de cuidar, é exequível desenvolver uma relação empática, no reconhecimento do outro como doente e se manifestada entendimento e aceitação através de linguagem verbal e não verbal (Watson, 2002). Face aos resultados obtidos, conclui-se que a capacidade de empatia é a mais valorizada, possivelmente porque favorece a criação de uma relação terapêutica e melhora a adesão da pessoa doente às condutas e orientações dos enfermeiros. A união da dimensão humana com o conhecimento científico permite desenvolver um cuidado de enfermagem mais adequado ao doente. Esta capacidade constitui uma ferramenta de comunicação no processo holístico de cuidar em enfermagem (Stephany, 2018), privilegiando não só os aspetos físicos, mas também os subjetivos e emocionais de modo a objetivar a transpessoalidade através da empatia e comunicação (relação terapêutica). Através desta capacidade é possível compreender os sentimentos e emoções do outro, baseando-se em pilares comportamentais, cognitivos e afetivos (Goleman, 2010).

A capacidade de gestão de emoções em grupo obteve valores médios de 4,51, constatando-se que os enfermeiros entre o *por norma* e o *frequente* percecionam atitudes e comportamentos da capacidade de gestão das emoções em grupo. Estes valores aproximam-se dos valores médios dos estudos demonstrados no constructo teórico de Vilela (2006); Agostinho (2008); Gregório (2008); Alves et al. (2012); Lopes (2013); e Rodrigues (2017). Os enfermeiros são capazes de manifestar atitudes

emocionais que vão desde a estabilidade pessoal e emocional, controlo emocional e relacional e o sincronismo (Rodrigues, 2017). Neste sentido, estes enfermeiros abarcavam competências como a influência, a comunicação, a gestão de conflitos, a liderança, o incentivo à mudança, o criar laços, a colaboração e cooperação, e as capacidades de trabalho em equipa das UCIP.

Dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com a capacidade de gestão de emoções em grupo, evidenciou-se que os enfermeiros *por norma* perceberam ser capazes de alcançar os sentimentos dos outros, ajustaram-se a estes e até mesmo agiram de forma a influenciá-los (Fator 16 - $X = 4,21$). Relativamente, à “*Estabilidade pessoal e relacional*”, os enfermeiros *por norma* com tendência para o *frequente* detêm relações pessoais estáveis, com domínio dos seus próprios sentimentos (Fator 17 - $X = 4,80$). Este fator tem um papel importante na área de enfermagem, na criação e no cultivo de relações, reconhecendo os conflitos e a forma de os solucionar de forma adequada, sendo os resultados similares aos de Vilela (2006).

A gestão dos relacionamentos em grupo no âmbito de uma equipa multidisciplinar, fomenta uma prática mais flexível entre as equipas de saúde (Alves et al., 2012) integradas por profissionais de enfermagem, criando e cultivando relações, reconhecendo os conflitos e a forma de os solucionar de forma adequada e assim possibilitar cuidados de qualidade superior à pessoa em situação crítica.

Em síntese, salienta-se por um lado que a capacidade de competência emocional mais valorizada pelos enfermeiros foi a empatia, seguida da gestão das emoções em grupo, a autoconsciência, a gestão das emoções e, por último, a automotivação. Estes resultados são corroborados, de modo geral, pelos estudos desenvolvidos, em Portugal, sobre a competência emocional e explicitados no capítulo 1. Por outro lado, e tendo por base, o ponto de corte da EVBCE (4), definido por Rodrigues (2017), a competência emocional neste estudo apresentou um valor médio de 4,19, o que permite definir um nível moderado de competência emocional da amostra deste estudo.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem da pessoa em situação crítica quando providos de competência emocional são capazes, perante a complexidade das situações, responder às necessidades do doente crítico, mobilizando conhecimentos teóricos e práticos, bem como competências para responder em tempo útil e de forma holística (OE, 2018). Estes profissionais encontram-se mais capacitados para uma melhor avaliação diagnóstica permanente, de forma a conhecer a condição de saúde da pessoa em situação crítica, prevendo e antecipando possíveis alterações de estados de saúde, atuando eficazmente, tendo em vista a segurança do doente e a melhoria dos cuidados prestados.

Neste capítulo, apresentaram-se e analisaram-se os principais resultados do estudo, descrevendo-os em três pontos: *i)* caracterização da amostra; *ii)* capacidades da competência emocional; e *iii)* fatores identificadores de atitudes e comportamentos relacionados com as capacidades de competência emocional, com recurso a tabelas. Posteriormente, discutiram-se os resultados, explorando pontos convergentes e divergentes dos estudos mais atuais sobre a temática. No capítulo seguinte, serão abordadas as conclusões e considerações finais do presente estudo.

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO

Face à complexidade das situações experienciadas pela pessoa em situação crítica, em contexto de cuidados intensivos, o cuidar implica uma interação entre a pessoa doente e o enfermeiro detentor de competências especializadas que lhe permitem prestar cuidados de modo contínuo, tendo como foco a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista uma observação e vigilância contínua, de forma sistémica e sistematizada, com os objetivos de conhecer continuamente a condição de saúde da pessoa, de prever, detetar e intervir precocemente sobre as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil. No complexo processo de cuidados à pessoa em situação crítica, os enfermeiros envolvem-se em situações de difícil gestão com implicações emocionais, sendo importante que estes tenham consciencialização das próprias emoções e o modo como estas os afetam a nível pessoal e profissional, de forma a geri-las corretamente. Para dar respostas às necessidades complexas de cuidados que estas pessoas apresentam, os profissionais de enfermagem têm vindo a investir na formação de modo a desenvolver e aprimorar a competência científica, técnica e humana. Assim, é fundamental que os enfermeiros sejam emocionalmente competentes para proporcionarem cuidados mais eficientes e qualitativamente diferenciados à pessoa em situação crítica.

Com o intuito de explorar e descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica, desenvolveu-se um estudo exploratório e descritivo de natureza quantitativa, tendo como contexto as UCI de Instituições Hospitalares do norte do país. Para a recolha de dados foi utilizada a EVBCE, instrumento validado para a população de enfermeiros portugueses. Participaram no estudo 144 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, casados ou em união de facto com dependentes a cargo e com uma média de idades de 36,8 anos. Todos enfermeiros inquiridos são detentores do grau académico de Licenciado e destes, 16 possuem formação na área do doente crítico e/ou da pessoa em situação crítica. Praticam um horário semanal com uma carga horária excessiva e trabalham em regime de turnos.

Os resultados do estudo referentes às diferentes capacidades de competência emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica e dos fatores identificadores de atitudes e comportamentos, permitem concluir que a capacidade de competência emocional mais valorizada é a empatia, seguida da gestão das emoções em grupo, a autoconsciência, a gestão das emoções e, por último, a capacidade de automotivação.

A empatia, capacidade mais valorizada pela amostra, possibilita reconhecer e conhecer as emoções através do tom de voz, dos gestos, da expressão facial e da expressão corporal, sendo fulcral na profissão de enfermagem no que se refere à comunicação verbal e não verbal. Esta capacidade é de natureza interpessoal ou social, permite conhecer o outro e transmitir-lhe o que conhecemos, entrando em sintonia, através da captação das suas emoções. Deste modo, a empatia é uma capacidade importante na comunicação, desempenhando um papel central no que confere ao processo holístico de cuidar, favorecendo a criação de relações interpessoais e terapêuticas, bem como a adesão às condutas e orientações dos enfermeiros. Pelo facto desta capacidade ser importante na comunicação e nos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação crítica era expectável que os enfermeiros a valorizassem, considerando o cuidar como a essência da profissão de enfermagem.

A capacidade de gestão de emoções em grupo é a segunda mais valorizada significando que os enfermeiros inquiridos são capazes de manifestar atitudes e comportamentos emocionais que vão desde a estabilidade pessoal e emocional, ao controlo emocional e relacional, bem como, ao sincronismo. Esta capacidade engloba aptidões como a influência, a comunicação, a gestão de conflitos, a liderança, o incentivo à mudança, a colaboração e a cooperação. Em suma, abarca as capacidades de trabalho em equipa.

A perceção de si e das emoções sentidas, capacidade de autoconsciência, é autopercecionada pelos enfermeiros, expressando que independentemente dos sentimentos que os invadem, das suas crenças e medos, reconhecem os seus limites, sendo racionais, flexíveis, positivos, observadores e conscientes do ambiente envolvente. Esta capacidade intrapessoal é valorizada pela amostra como a terceira mais importante. O enfermeiro enquanto pessoa provida desta capacidade é capaz de autopercecionar as suas emoções e sentimentos, usando melhor a sua energia emocional em prol de uma maior segurança nos seus comportamentos e atitudes, possibilitando assim, o desenvolvimento da maturidade emocional, aspeto muito importante na tomada de decisão e adaptação a situações imprevisíveis e críticas, frequentes nos cuidados prestados à pessoa em situação crítica.

A capacidade de gestão de emoções é a quarta mais valorizada pelos enfermeiros. No entanto, o profissional de enfermagem dotado desta capacidade não só é capaz de reconhecer as suas emoções, bem como de gerir e lidar com mesmas em contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, de modo apropriado. Muitas vezes, esta capacidade é adquirida através de processos de *coping* no decurso da prática profissional. A capacidade de gestão de emoções possibilita aos enfermeiros serem capazes de influenciar positivamente a gestão das emoções das pessoas que cuidam.

A automotivação é a capacidade menos valorizada o que pode ser explicado, eventualmente, pela atual conjuntura económica no país, bem como, pela falta de satisfação profissional dos enfermeiros, pela inexistência de perspectivas de progressão na carreira, de melhor remuneração e de estabilidade laboral. Considerando o resultado obtido no presente estudo pode questionar-se se os enfermeiros serão capazes de enfrentar situações de maior complexidade e *stress*, como as adversidades da vida pessoal e profissional, uma vez que a motivação funciona como o autocontrolo emocional que permite ao enfermeiro ser mais produtivo e eficiente. Todavia, está-se perante uma amostra de jovens enfermeiros que no decurso da vida profissional e com formação na área podem vir a adquirir uma maior maturidade emocional e, conseqüentemente, um nível mais elevado de automotivação, importante na sua prática diária.

Os valores médios percecionados pela amostra sobre a competência emocional, em termos globais, revelam que os enfermeiros são *por norma* competentes emocionalmente, ou seja, são detentores de um nível moderado de competência emocional. Os profissionais de enfermagem demonstraram claramente que valorizavam as capacidades de competência emocional interpessoais (empatia, gestão de emoções em grupo) em detrimento das intrapessoais (automotivação, autoconsciência e gestão das emoções). As capacidades de competência emocional intrapessoais delimitam a forma como os enfermeiros se gerem a si próprios. Estas capacidades são desenvolvidas através de atitudes e comportamentos tendencialmente de caráter mais negativista, na perceção dos inquiridos, ao passo que as capacidades de competência emocional interpessoais circunscrevem o modo como estes profissionais lidam com as relações. Estas são capacidades que se desenvolvem através de comportamentos e atitudes de teor positivista, motivo pelo qual possivelmente a amostra valorizou estas capacidades em prejuízo das intrapessoais, podendo-se concluir que a amostra apresenta uma visão positivista das capacidades de competência emocional.

De modo global, o presente estudo contribui para o conhecimento das capacidades de competência emocional dos enfermeiros em Portugal, permitindo os resultados encontrados, apontar sugestões em quatro domínios: *(i)* prática de cuidados de enfermagem; *(ii)* formação; *(iii)* gestão; e *(iv)* investigação.

(i) Na prática de cuidados de enfermagem: As capacidades de competência emocional influenciam o desempenho profissional dos enfermeiros na sua prática clínica. Estes profissionais devem ser detentores de capacidades de competência emocional para serem capazes de satisfazer as necessidades de cuidados complexos que a pessoa em situação crítica exige. É importante lembrar que a personalidade,

os comportamentos e atitudes podem contribuir para o desenvolvimento de competência emocional, da tomada de decisão, como na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

(ii) Formação: O código deontológico dos enfermeiros portugueses, no Artigo 105º- Da excelência do exercício, o profissional tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, pois este é responsável por garantir a sua base educacional de forma a garantir a excelência do seu exercício profissional (OE, 2015). Neste sentido, emerge a formação dos enfermeiros, em particular dos que cuidam do doente crítico, com o intuito de desenvolver capacidades de competência emocional, de forma a construir e a melhorar as relações intra e interpessoais. Desta forma, o enriquecimento formativo é essencial para que os enfermeiros sejam capazes de ultrapassar as dificuldades quotidianas, otimizando assim, o seu desempenho profissional. Os enfermeiros quando providos de competência emocional detêm uma maior capacidade de reconhecer a condição de saúde da pessoa doente, tendo em vista uma atuação eficaz em alterações dos estados de saúde, uma maior segurança do doente e a melhoria dos cuidados prestados. Projetando ações futuras relacionadas com a temática seria importante criar estratégias de intervenção elaborando um plano formativo no âmbito da educação emocional, tendo por base a identificação de comportamentos e atitudes menos assertivas das capacidades de competência emocional para que os profissionais de enfermagem obtenham ferramentas para prestar cuidados de maior qualidade à pessoa em situação crítica.

Considerando a formação dos enfermeiros no domínio da competência emocional e que esta pode ser ensinada e aprendida ao longo do ciclo vital, as escolas de enfermagem têm um papel importante na sua incorporação nos *curricula*. Deste modo, há necessidade de integrar as competências emocionais nos planos de estudos curriculares de enfermagem, através de estratégias pedagógicas que promovam a aquisição de competências relacionais e emocionais nos estudantes. Desta forma, talvez seja possível ao estudante não ter apenas experiências de transição nos estágios clínicos, mas adquira ferramentas para ser capaz de mais facilmente ultrapassar as dificuldades inerentes à profissão de enfermagem.

(iii) Gestão: No que diz respeito à gestão, salienta-se que o desempenho de uma organização está dependente do estado emocional dos seus colaboradores. Melhorar a competência emocional de um grupo de colaboradores pode ter um melhor efeito sobre a organização do que fazê-lo individualmente. Para o êxito de uma organização é importante que os seus colaboradores estejam dispostos e sejam capazes de integrarem um grupo coeso em que todos caminham no mesmo sentido. As capacidades da competência emocional permitirão aos enfermeiros, em particular aos enfermeiros gestores, o desenvolvimento e manutenção de um bom ambiente de trabalho, com profissionais motivados para o

seu desenvolvimento pessoal e profissional. Sugere-se que as instituições de saúde integrem no seu plano de formação/integração dos profissionais esta temática, por forma a melhorar o ambiente organizacional e a favorecer melhores práticas. O reconhecimento das competências emocionais no desempenho profissional dos enfermeiros reforça não só a importância da intervenção dos gestores no desenvolvimento e identificação destas capacidades, mas também na formação sobre atitudes e comportamentos das equipas perante determinadas situações. Sendo as reuniões de serviço e as ações de formação em serviço também momentos de partilha e compreensão de sentimentos e emoções no seio das equipas.

iv) Investigação: Para estudos futuros propõe-se a realização de estudos sobre as capacidades de competência emocional dos enfermeiros e a pessoa em situação crítica, utilizando técnicas de amostragem que permitam fornecer dados representativos da população de enfermeiros portugueses, designadamente em outros contextos profissionais e organizações.

Através de uma reflexão crítica, é possível encontrar algumas limitações, como em qualquer estudo de investigação. A inexperiência da investigadora responsável no que respeita a estudos de investigação desta envergadura foi o principal obstáculo encontrado na realização do mesmo. O facto de o estudo ter sido concluído em contexto de pandemia COVID-19, foi outra das limitações, uma vez a investigadora é estudante-trabalhadora e trabalha na linha da frente de combate à pandemia, tendo um acréscimo exponencial de trabalho no último ano.

Em síntese, os enfermeiros emocionalmente competentes, que cuidam de pessoas em situação crítica, tornam-se mais capacitados para uma melhor avaliação diagnóstica, de forma a conhecer a condição de saúde da pessoa, prevendo e antecipando possíveis alterações do estado de saúde, atuando eficazmente, tendo em vista a segurança do doente e a melhoria dos cuidados prestados. Assim, pode-se afirmar que os enfermeiros quando dotados de capacidades de competência emocional se auto beneficiam, favorecem as pessoas doentes, alvo dos seus cuidados, bem como, as organizações que representam, por prestarem cuidados de maior qualidade e eficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, L. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade Aveiro. <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>
- Almeida, L., & Freire, T. (2017). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5ªed.). Psiquilibrios
- Alves, J., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 33-42. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1199>
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide to APA style* (7.ª ed.). APA.
- Aroso, A., Andrade, D., & Fernandes, A. (2015). *Competência Emocional do Profissional de Saúde*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde]. Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/12313>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2.ªed.). Springer Publishing Co. <https://psycnet.apa.org/record/2011-08977-000>
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfa%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>.
- Bisquerra, R. (2003). *Manual de orientación y tutoría*. Praxis.
- Bisquerra, R., & Pérez-Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61-82. http://stel.ub.edu/grop/files/Competencias_emocionales-P.pdf
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em educação*. Porto Editora

- Costa, V. (2014). *As Competências Emocionais nos Decisores Políticos Portugueses*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Santiago de Compostela]. Repositório da Universidade de Santiago de Compostela https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/10347/11518/1/rep_702.pdf
- Costa, C (2019). *Impactos do trabalho por turnos na vida do trabalhador* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Escola de Psicologia]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/61427/1/Tese%2BSofia%2BCosta.pdf>.
- Damáσιο, A. (2011). *O Erro de Descartes – Emoção, razão e cérebro humano*. Temas e debates/Círculo de leitores
- Decreto-Lei nº 71/2019 da Presidência do Conselho de Ministros. (2019). Diário da República: I Série, nº101. <https://data.dre.pt/eli/diario/1/101/2019/0/pt/html>
- Diogo, P. (2017). *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem*. Lusodidacta.
- Diogo, P., & Mendonça, T. (2019). Trabalho emocional em cuidados de saúde: uma revisão *scoping*. *Revista Pensar em Enfermagem*, 23 (1), 21 – 40. https://www.researchgate.net/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatria_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista
- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. DGS. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf.
- Fortin, M. F. (2009a). *O processo de investigação: da concepção à realização* (10ªed.). Lusociência
- Fortin, M. F. (2009b). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gardner, H. (1983). *Estruturas da mente: a Teoria das Múltiplas Inteligências*. Artes Médicas.

- Ghaedi, F., Ashouri, E., Soheili, M., & Sahragerd, M. (2020). Nurses Empathy in Different Wards: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research*, 25(2), 117–121. <https://www.ijnmrjournal.net/article.asp?issn=17359066;year=2020;volume=25;issue=2;spage=117;epage=121;aulast=Ghaedi>
- Gregório, F. (2008). *Competência Emocional e Satisfação Profissional nos Enfermeiros* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/732>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why can it matter more than I.Q.?* Bantam
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional* (15ª ed.). Temas e debates.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e debates.
- Hajibabae, F., Farahani, M., Ameri, Z., Salehi, T. & Hosseini, F. (2018). The relationship between empathy and emotional intelligence among Iranian nursing students. *International Journal of Medical Education*, 9, 239 – 243. https://translate.google.com/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=https://www.researchgate.net/publication/327826826_The_relationship_between_empathy_and_emotional_intelligence_among_Iranian_nursing_students&prev=search&pto=aue
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – População residente por estado civil*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=6791&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt
- LeDoux, J., & Brown, R. (2017, março 7). A higher-theory of emotional consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 114 (10), 2016-2025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28202735>
- Lei nº7/2009 da Assembleia da República. (2009). Diário da República: I Série, nº 30. <https://data.dre.pt/eli/lei/7/2009/02/12/p/dre/pt/html>
- Lei nº18/2016 da Assembleia da República. (2016). Diário da República: I Série, nº 116. <https://data.dre.pt/eli/lei/18/2016/06/20/p/dre/pt/html>.

- Lopes, T. (2013). *Competência emocional nos enfermeiros- na rede nacional cuidados continuados integrados*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde]. Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9592/1/TANIA%20LOPES.pdf>.
- Mayer, J., & Salovey, P. (2008). *Emotional Intelligence*. Cambridge University Press. <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/1575/rp2008-mayersaloveycarusob.pdf>.
- Miller, R., & Swensson, E. (2002). *Hospital and healthcare facility design*. WW Norton & Company Inc.
- Ministério da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos – Recomendações para o seu desenvolvimento*. DGS. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>
- Ogdan, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Climepsi Editores.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Alterado e republicado pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Dados Estatísticos dos enfermeiros em Portugal*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6595/2017_dadosestatisticos_nacional.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Alterado e publicado pela Lei n.º 429/2018 de 18 julho. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiD2aCrPLiAhXPVBUiHQ46A5IQFjABegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ordemenfermeiros.pt%2Fmedia%2F8420%2F115698537.pdf&usg=AOvVaw0ZHCnYiYIFzleUJBz_8i8c
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Publicado em Diário da República n.º 26/2019 de 6 fevereiro. <https://dre.pt/home/-/dre/119236195/details/maximized>.

- Paiva, J., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Nóbrega, J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referenciação de Medicina Intensiva*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Panagiotis, & Prezerakos (2018). Nurse Managers' Emotional Intelligence and Effective Leadership: A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 12, 86-92. https://www.researchgate.net/publication/325690812_Nurse_Managers'_Emotional_Intelligence_and_Effective_Leadership_A_Review_of_the_Current_Evidence
- Pires, L., Monteiro, M., & Vasconcelos-Raposo, J. (2020). Sofrimento nos enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(1), 1-10. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3436&id_revista=55&id_edicao=216
- Ramos, R., Coelho, S., Ferreira, M. & Oliveira, J. (2018). Vivências da família do doente crítico: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde*, 10 (2), 5 – 10. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.72305>
- Rodrigues, P. (2017). *Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde]. Biblioteca digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14784/1/Pedro%20Alexandre%20da%20Rosa%20Rodrigues.pdf>.
- Sanches, R., Gerhardt, P., Rêgo, A., Carreira, L., Pupulim, J., & Radovanovic, C. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(2), 48 – 54. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100048&script=sci_abstract&tlng=es
- Simões, C., Gomes, A., & Costa, P. (2019). A multigroup analysis of the effect of cognitive appraisal on nurses psychological distress. *Nursing Research*, 68(3), 1 - 11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31033869/>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Wolters Kluwer.

[https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1477785](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1477785)

Stephany, K. (2018). *Cultivating Empathy: Inspiring Health Professionals to Communicate More Effectively*. Bentham Science Publishers.
<https://www.eurekaselect.com/index.php?q=node&page=6327&trendmd-shared=1>

Veiga Branco, M. A. (2004). *Competência Emocional*. Quarteto.

Veiga Branco, M. A. (2005). *Competência Emocional em Professores: Um estudo em Discursos do Campo Educativo*. [Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22892/2/29720.pdf>

Vilela, A. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <https://ria.ua.pt/handle/10773/4946>

Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento* (2ªed.). Edições Silabo, Lda.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Lusociência.

Watson J. (2004). *Caring science as sacred science*. F.A. Davis.

Winter, E. (2016, julho 5). Capítulo: Por que a Economia Comportamental deve investigar mais as emoções e menos os vieses cognitivos. *Economia comportamental*.
<http://www.economiacomportamental.org/nacionais/capitulo-por-que-a-economia-comportamental-deve-investigar-mais-as-emocoas/>.

Xavier, S., & Nunes, L. (2016). Significados atribuídos à Competência Emocional do Enfermeiro: estudo empírico e impacto na educação. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 2(2), 624-641. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/19425>

Younas, A., Rasheed, S.P., Sundus, A., & Inayat, S. (2019). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398-405. <https://europepmc.org/article/med/31837204>

ANEXOS

ANEXO A

Autorização da autora da “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que eu, Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Professora Coordenadora do IPB, autorizo a utilização e aplicação da “Escala Veiga Branco da Competência Emocional - EVCE”, pela Mestranda Sara Joana Ferreira Soeima,

(...)

Atenciosamente,
18-04-2019

Maria Augusta Romão da Veiga Branco,

Professora Coordenadora, IPB

ANEXO B

Autorização do autor da validação da “Escala Veiga Branco da Competência Emocional” para a população dos Enfermeiros

Pedido de autorização de utilização da "Escala das Capacidades da Inteligência Emocional de Veiga Branco " num questionário validada por Sua Excelência para a população dos enfermeiros

qui 04-04, 15:49

Carlos Vilela <carlosvilela@esenf.pt>

qui 04-04, 14:32

Sara Joana Ferreira Soeima

Muito boa tarde Ex.ma Sra. Enfermeira Sara Joana Ferreira Soeima,

Antes de mais, saúdo-a pela escolha da temática de investigação e pela pertinência do seu projeto de mestrado.

Em resposta ao seu pedido, autorizo o uso da escala "Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros" no desenvolvimento do seu projeto de investigação "Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica", no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

A escala "Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros", foi adaptada e validada para a população de enfermeiros, por mim em 2006, a partir da escala original "Escala das Capacidades da Inteligência Emocional de Veiga Branco", atualmente designada de "Escala Veiga Branco da Competência Emocional", da autoria da Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco – na altura dirigida a professores. Assim sendo, a minha autorização circunscreve-se ao uso da escala adaptada por mim à população de enfermeiros.

(...)

Desta feita, no respeito pela autora da escala original e na eventualidade de existirem evoluções na configuração e nas orientações do uso da escala, em várias populações, recomendo o contacto e pedido de autorização à referida autora da escala original.

No caso de necessitar de mais algum esclarecimento ou formalidade, esteja completamente à vontade. Fico também à espera de tomar conhecimento do seu relatório de investigação e publicações.

Aproveito para enviar também as minhas saudações aos seus orientadores, Ex.mo Sr. Professor Doutor Rui Novais e Ex.ma Sra. Professora Doutora Maria de Fátima Martins, com desejos de profícuos desenvolvimentos académicos.

Os meus melhores cumprimentos e desejos de um excelente trabalho,
carlos vilela

Porto, em 4 de abril de 2019

Enf. Carlos Vilela
Professor Adjunto
Email carlosvilela@esenf.pt
Telem +351 91 462 11 87

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Email esep@esenf.pt
Telef +351 22 507 35 00
Fax +351 22 509 63 37
www.esenf.pt

Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas

ANEXO C

Parecer do Conselho de Ética da Universidade do Minho



Universidade do Minho
Conselho de Ética

Conselho de Ética - Ciências da Vida e da Saúde

1. Identificação do documento: CEICVS 026/2019

(...)

3. Parecer

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a “Grelha de verificação e avaliação ética” acima apresentada, considera-se que

- (i) o processo está devidamente instruído,
- (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e
- (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para as Ciências da Vida e Saúde nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável.

Relatora: Lucilia Nunes

Braga, 9 de maio de 2019.

A Presidente da CEICVS

MARIA CECÍLIA
DE LEMOS PINTO
ESTRELA LEÃO

Assinado de forma digital por
MARIA CECÍLIA DE LEMOS
PINTO ESTRELA LEÃO
Dados: 2019.05.10 09:58:13
+01'00'

ANEXO D

Autorizações das Instituições Hospitalares

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO

116/2019-1

INSTITUIÇÃO /SERVIÇO –Universidade Minho

INVESTIGADOR: Sara Joana Ferreira Soeima

PARECER DA CES - emitido na reunião plenária de 18 / 07 / 2019

Nada a opor do ponto vista ético, falta parecer do Diretor de serviço

Documentos analisados:

- Mail com resposta ao solicitado na reunião de 16/05/2019

O Presidente da CES

([Redacted Signature])

Nada a opor.
26/07/2019

[Redacted Signature]

Ao SMI pare
receber parecer
26/7/2019

[Redacted Signature]

INSTITUTO TECNOLÓGICO, DE PESQUISA E INOVAÇÃO
Doc. nº 764/19
1ª Entrada 25/07/2019
2ª Entrada / /
3ª Entrada / /

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 18 / 07 / 2019

Doc9327



Exma. Senhora Enf.ª Sara Soeima
Estudante da Universidade do Minho

ASSUNTO: Trabalho Académico - Mestrado -

- N/ REF.ª 2019.103(084-DEFI/088-CE)

autoriza a realização do estudo acima mencionado, a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente I e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente II desta Instituição e tendo como Investigador Principal a Enfermeira Sara Soeima.

O estudo foi previamente analisado pela Comissão de Ética, pelo Serviço de Investigação Clínica, pela Direção do Departamento de Ensino, Formação e Investigação, pela Direção de Enfermagem e pelo Presidente do Conselho de Administração, tendo obtido parecer favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO



25 JUL 2019

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MESTRADO

		Ref.º: 2019.103(084-DEFI/088-CE)
		Investigador: Enf.ª Joana Soeima Estudante da Universidade do Minho

DIREÇÃO DE ENFERMAGEM: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 25/7/2019 	PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL <input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL Data: 25.07.2019 
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado



DIREÇÃO DE ENFERMAGEM
24/7/19

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 3.7.2019	Órgão: Reunião Plenária
-------------	----------------	-------------------------

[Redacted]		Ref.ª: 2019.103(084-DEFI/088-CE)
Protocolo/Versão: TA-Mestrado	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador / Local: Sara Joana Ferreira Soeima – Enfermeira e Aluna do 2º ano do Mestrado da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho – (UTAD)

A Comissão de Ética [Redacted], ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do **TA-Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética [Redacted] presentes:

[Redacted]

[Redacted]

Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior,

PARECER FAVORÁVEL

Data 3.7.2019

A Presidente da Comissão de Ética [Redacted]

Unidade de Investigação
Tomei conhecimento. Nada a opor. À DC.
25 de Junho de 2019
A Coordenadora da Unidade de Investigação

[Redacted]

[Redacted]

n.º 172/19

DIRECÇÃO CLÍNICA
26/6/2019

[Redacted]

[Redacted]

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Realização de Investigação

[Redacted]

[Redacted]

Exmo. Senhor Presidente do Conselho de Administração

[Redacted]

Nome do Investigador Principal:

Sara Joana Ferreira Soeima

[Redacted]

Pretendo realizar no(s) Serviço(s) de:

Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente Geral

a investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética [Redacted] [Redacted] respeitante à investigação, à qual enderecei pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

O Investigador/Promotor

Porto, 6 de Maio de 2019 .

Sara Joana Ferreira Soeima
assinatura

[Redacted]

(...)

LISTA DE DOCUMENTOS ANEXOS

- Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração
- Pedido de autorização à Diretora da
- Protocolo do estudo
- Declaração do Diretor de Serviço onde decorre o estudo
(sendo um estudo na área de enfermagem deve anexar também a concordância da chefia de enfermagem)
- Profissional de ligação
- Informação dos orientadores
- Informação ao participante
- Modelo de consentimento
- Instrumentos a utilizar (inquéritos, questionários, escalas, p.ex.):
- Curriculum Vitae abreviado (máx. 3 páginas)
- Protocolo financeiro
- Outros:

COMPROMISSO DE HONRA E DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (1960 e respetivas emendas), e da Organização Mundial da Saúde, Convenção de Oviedo e das "Boas Práticas Clínicas" (GCP/ICH) no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo, nos últimos três meses. Comprometo-me a entregar à CES o relatório final da investigação, assim que concluído.

Porto, 6 de Maio de 2019

Nome legível: Sara Joana Ferreira Soelma

Sara Joana Ferreira Soelma
assinatura

Parecer da Comissão de Ética

Emitido na reunião plenária da CE de 14 / 06 / 19

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.

[Assinatura]
Presidente

(...)

Benefício/risco:

Relacionam-se com a inovação, desenvolvimento do conhecimento e melhoria das práticas profissionais. Não são previstos quaisquer riscos, apenas o incómodo, relacionado com o tempo a disponibilizar para a participação do estudo.

Confidencialidade dos dados:

Serão protegidas as identidades dos participantes através da garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, a quem será atribuído um código alfanumérico. Não haverá identificação nominal da instituição hospitalar participante.

Respeito pela liberdade e autonomia do sujeito de ensaio:

Dispõe de uma adequada informação ao participante e de modelo 

Curriculum da investigadora: Adequado à investigação.

Data previsível da conclusão do estudo: agosto de 2019

Conclusão: Proponho um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto, 14 de Junho de 2019

O Relator da CES,



APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário

Caro colega,

Q_____

No âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, encontro-me a desenvolver um estudo exploratório e descritivo de natureza quantitativa, que tem como finalidade, explorar/descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica, em Unidades de Cuidados Intensivos de Instituições Hospitalares.

De forma a atingir esta finalidade é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. O presente questionário está estruturado em duas partes. A primeira parte é constituída por onze (11) questões que pretendem caracterizar o perfil social, biográfico e profissional da amostra. Na segunda parte do questionário será utilizada a “*Escala Veiga Branco da Competência Emocional*”. A escala é composta por cinco capacidades da Competência Emocional (autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de emoções em grupo). Foi solicitada e autorizada a utilização da Escala à Professora Maria Augusta Veiga Branco, autora da mesma, e ao Professor António Vilela que a validou para a população dos enfermeiros. Esta escala é uma escala de Likert de 7 pontos (1 = nunca; 7 = sempre).

O preenchimento do questionário deverá ser o mais correto possível, ou seja deve responder ao mesmo de modo “como se sente” e não “como se deve sentir” de forma a dar validade e utilidade às respostas. Cada enfermeiro apenas deve responder a um questionário e o seu preenchimento deve ser total. As respostas ao questionário refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando entre o “nunca” e o “sempre”, utilizando um escala de Likert de 7 pontos, os valores podem assumir 1 – nunca; 2 – raramente; 3 – pouco frequente; 4 – por norma; 5 – frequente; 6 – muito frequente; 7 – sempre. Todas as afirmações devem ser respondidas, assinalando as respostas através de um X no valor da escala de Likert.

Como investigadora comprometo-me a assegurar confidencialidade e o anonimato e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, garantindo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública. De forma a assegurar estas condições após o preenchimento deste questionário deve colocá-lo no envelope fornecido, fechando o mesmo, e depositá-lo no envelope geral do Serviço que se encontra com o(a) enfermeiro(a) chefe do Serviço.

Por favor, leia com atenção o questionário, se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Desde já agradeço a atenção dispensada, se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor preencher o documento.

Parte I – Caracterização social, biográfica e profissional da amostra

1 - Sexo:

- 1.1 Masculino
1.2 Feminino

2 - Idade: _____ (anos)

3 - Estado civil:

- 3.1 Casado(a)/ União de facto
3.2 Solteiro(a)
3.3 Divorciado(a)
3.4 Viúvo(a)
3.5 Outro

4 - Possui dependentes (engloba filhos e outras pessoas a cargo)?

- 4.1 Sim 4.2 Não Quantos? _____

5 - Habilitações académicas e profissionais:

- 5.1 Bacharelato Área _____
5.2 Licenciatura Área _____
5.3 Especialidade Área _____
5.4 Mestrado Área _____
5.5 Doutoramento Área _____
5.6 Pós-graduação Área _____

6 - Categoria profissional

- 6.1 Enfermeiro
6.2 Enfermeiro graduado
6.3 Enfermeiro especialista

7 - Tempo de exercício da profissão: _____ (anos)

8 - Tempo de exercício profissional no serviço: _____ (anos)

9 - Situação contratual:

- 9.1 Função pública/ efetivo
9.2 Contrato por tempo indeterminado
9.3 Contrato a termo certo
9.4 Prestação de serviços

10 - Trabalha mais de 35 horas por semana?

- 10.1 Sim 10.2 Não

11 - Trabalha por turnos?

- 11.1 Sim 11.2 Não

Parte II – Escala Veiga Branco da Competência Emocional

Grupo I – Autoconsciência

P1 - Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...):	NUNCA	RARAMENTE	POUCO FREQUENTE	POR NORMA	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE	SEMPRE
	1	2	3	4	5	6	7
P1.1 - Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.							
P1.2 - Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.							
P1.3 - Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.							
P1.4 - Sinto que tenho a noção exacta do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... frustração... consigo defini-los.							
P1.5 - Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.							
P1.6 - Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.							
P1.7 - Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.							
P1.8 - Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito... etc.							
P1.9 - Outra:							
P2 - Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:							
P2.1 - Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...							
P2.2 - Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...							
P2.3 - Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.							
P2.4 - Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...							
P2.5 - Outra:							
P3 - Reconheço que tenho tendência a actuar, como uma pessoa:							
P3.1 - Instável, com várias mudanças de humor.							
P3.2 - Observadora, consciente do que se passa à minha volta.							
P3.3 - Racional, no que respeita aos meus sentimentos.							
P3.4 - Positiva, encaro a vida pela positiva.							
P3.5 - <i>Ruminativa</i> , sempre a "matutar".							
P3.6 - Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.							
P3.7 - Azarada, não tenho sorte na vida.							
P3.8 - Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.							
P3.9 - Outra:							

(...)

Grupo V – Gestão da emoção em grupo							
P14 - No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:	NUNCA	RARAMENTE	POUCO FREQUENTE	POR NORMA	FREQUENTE	MUITO FREQUENTE	SEMPRE
	1	2	3	4	5	6	7
P14.1 - Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.							
P14.2 - Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que detecto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.							
P14.3 - Consigo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.							
P14.4 - Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.							
P14.5 - As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.							
P14.6 - Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.							
P14.7 - Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.							
P14.8 - Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.							
P14.9 - Outra:							
P15 - Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas de equipa), reconheço que me acontece:							
P15.1 - Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los							
P15.2 - Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.							
P15.3 - Entrar em " <i>sincronismo de estado de espírito</i> ".							
P15.4 - Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.							
P15.5 - Preferir colocar-me frente a frente.							
P15.6 - Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.							
P15.7 - Outra:							

Muito obrigada pela sua colaboração.

APÊNDICE B

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho proponho-me realizar um Estudo de Investigação nível I, exploratório, descritivo de âmbito quantitativo intitulado “Capacidades de competência emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica”, orientado pelos Professores Rui Manuel Freitas Novais e Maria de Fátima da Silva Vieira Martins. Os objetivos do estudo são: (i) explorar as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica; (ii) descrever as capacidades de competência emocional valorizadas pelos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica. Neste estudo será aplicado um questionário estruturado em duas partes. A primeira parte é constituída por onze (1) questões que pretendem caracterizar o perfil social, biográfico e profissional da amostra. A segunda parte integra a “Escala Veiga Branco da Competência Emocional”. A escala tipo Likert de 7 pontos (1 = nunca; 7 = sempre) é composta por cinco capacidades da competência emocional (autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de emoções em grupo). A amostra selecionada para o estudo inclui os enfermeiros que: (i) Trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes; (ii) Cuidam de pessoas em situação crítica com idade superior ou igual a 18 anos.

A recolha e análise dos dados culminarão na dissertação de mestrado e serão utilizados para uso exclusivo desta investigação. Os questionários ficarão na posse da investigadora, sendo destruídos após o seu tratamento e análise. A realização da investigação não comporta qualquer tipo de custos, quer a nível pessoal ou profissional, para V/ Exa. sendo o investigador a assumir os encargos inerentes ao seu desenvolvimento. A sua participação é voluntária, podendo a qualquer momento optar por não participar no estudo ou mesmo desistir, não acarretando qualquer prejuízo para a sua pessoa. Toda a informação obtida será confidencial e o anonimato será garantido, sendo atribuída a cada questionário a letra Q, seguido do número que corresponde à instituição e ao número do questionário (e.g. Q101).

Os resultados do estudo serão divulgados aos participantes. O estudo mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho e pela Comissão de Ética da Instituição Hospitalar. Para qualquer informação não hesite em contactar o investigador responsável, Sara Soeima, pelo número de telemóvel [REDACTED]

Assinatura:

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf
² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR DUAS (2) PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE C

Declaração de Proteção de Dados

Declaração de Proteção de Dados

Sara Joana Ferreira Soeima, estudante de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, pretende realizar um estudo de investigação com o tema “Capacidades de competência emocional dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica”, orientada pela Professor Mestre Rui Novais e Professora Doutora Maria Fátima Martins, Professores Adjuntos na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Declara, sob compromisso de honra, a exclusão da necessidade de notificação à Comissão Nacional de Proteção de Dados do estudo que pretende realizar. O estudo supracitado não implica a recolha de dados pessoais identificativos, nem o acesso a processo clínicos ou contato com utentes da instituição hospitalar onde decorrerá a recolha de dados.

Braga, 6 de abril de 2019

Sara Joana Ferreira Soeima