



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Ana Cristina Costa Marques

Porto – Fevereiro de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDADO À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

**DEVELOPMENT OF COMPETENCES IN THE CARE OF PERSONS IN
CRITICAL SITUATION**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por
Ana Cristina Costa Marques

Sob a orientação de Prof.^ª Doutora Patrícia Coelho

Porto – Fevereiro de 2019

RESUMO

Este relatório retrata as experiências vivenciadas, bem como, a aquisição de competências durante a realização dos estágios. Os estágios decorreram em dois serviços distintos: Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica e Serviço de Medicina Intensiva (SMI), num hospital a norte de Portugal.

Para tal, este documento foi elaborado, de acordo, com as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, no âmbito, do domínio da responsabilidade profissional, ética e deontológica; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão de cuidados e domínio das aprendizagens profissionais, possibilitando o desenvolvimento de atividades e experiências, que me permitissem e possibilitassem, a aquisição de competências nesta área de especialização.

Deste caminho percorrido destaco que as atividades desenvolvidas na aquisição de tais competências, culminaram, também num estudo acerca da “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”, em prol, da qualidade dos cuidados prestados. Identificar as atitudes e comportamentos do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, constitui o ponto de partida para o desenvolvimento de oportunidades de melhoria para estes profissionais, dentro desta área. Para além do desenvolvimento deste estudo, transversal aos dois estágios, também foi possível em contexto de SU, desenvolver uma norma associada ao uso de cateteres periféricos, como forma, a otimizar a prestação de cuidados, por parte, do enfermeiro especialista, no âmbito do controlo de infeção. As principais aprendizagens destes estágios, passaram sobretudo por cuidar da pessoa em situação crítica e família e/ou cuidador e maximizar os processos de controlo de infeção inerentes à prestação de cuidados, por parte, do enfermeiro especialista.

As atividades e reflexões desenvolvidas nos estágios, permitiram o desenvolvimento do meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional para a aquisição de competências inerentes ao grau de mestre. Por outro lado, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista foram concebidas de forma satisfatória, tendo por base, a tomada de decisão e a prática baseada na evidencia científica.

Palavras-Chave: Enfermeiro, Especialista, Pessoa em situação crítica, Competência emocional, Cuidados de Enfermagem

ABSTRAT

This report exposes the lived experiences as well as the acquisition of skills during the internships. The internships were carried out in two distinct services: Emergency Medical - Surgical Service and Medical Intensive Care Service, in a hospital in the north of Portugal.

To this end, this document was made, according with the common competencies of the specialist Nurse, in the field of professional, ethical and deontological responsibility; the field of quality improvement; management of care and mastery of professional learning, providing the development of activities and experiences that would allow and enable the acquisition of skills in this area of specialization.

From this path I underline that the activities developed in the acquisition of these competences also ended in a study about the "emotional competence of the nurse in the care of the person in critical situation", in favor of the quality of care provided. Identify the nurse's attitudes and behaviors in the care of the person in critical situation, is the starting point to develop opportunities for these professionals in this area. In addition to the development of this study, transversal to the two internships, it was also possible in the context of Emergency Medical - Surgical Service, to develop a rule associated with the use of peripheral catheters, as a way, to enhance the care by the specialist nurse in the case of infection control. The main lessons learned from these internships were to take care of the person in critical situation and also the family and / or the caregiver, allowing the specialist nurse to maximize the inherent processes in an infection control.

The activities and reflections developed in the internships allowed the development of my process of personal and professional self-development for the acquisition of skills inherent in the master's degree. On the other hand, the development of specialist nurse competencies were designed in a satisfactory way, according to the decision-making and practice based on scientific evidence.

Keywords: Nursing, Specialist, Person in critical situation, Emotional competence, Nursing care

“Nunca pergunte a um doente:

“Então como é que nós estamos?”

Como VOCÊ está, você já deveria saber.”

Hammerschmidt (1993)

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Doutora Patrícia Coelho que sempre acreditou em mim, pelo seu apoio incondicional, pela sua orientação exemplar, incentivo e disponibilidade e por estar sempre ao meu lado em todos os momentos.

Aos Enfermeiros Chefes, Enfermeiros Tutores e Equipas de Enfermagem nos locais de estágio, pela receptividade com que me receberam e me integraram na equipa.

Aos meus colegas de mestrado, principalmente aos que estiveram comigo desde o primeiro estágio. Obrigada por todos os momentos que partilhamos e por todas as vitórias que saboreamos.

À minha Enfermeira Chefe e colegas de trabalho, pelos momentos de ajuda e incentivo ao longo do mestrado.

Aos meus Pais e irmão por tudo que fizeram por mim desde sempre.

Ao Luís, por me ter incentivado a realizar o mestrado e por nunca me ter deixado desistir.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ASPEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

CE – Competência Emocional

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EVCE – Escala Veiga da Competência Emocional

H₂O – Água

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICS – Infecções da Corrente Sanguínea

ICS – Instituto das Ciências da Saúde

IHI – Institute for Healthcare Improvement

IRD – Instrumento de Recolha de Dados

OBS – Unidade de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

N.º - Número

PAI – Pneumonia Associada à Intubação

PE – Processo de Enfermagem

PSC – Pessoa em Situação Crítica

Prof. – Professor(a)

SAV- Suporte Avançado de Vida

SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPSS –Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

TAC – Tomografia Computorizada

TISS 28 – Therapeutic Intervention Scoring System 28

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

X – Média

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	19
2.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	23
2.1.	Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	24
2.2.	Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	32
2.3.	Domínio da gestão de cuidados.....	39
2.4.	Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	45
3.	COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	50
4.	CONCLUSÃO	58
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
6.	APÊNDICES	71
	Apêndice I - Norma associada ao uso de cateteres venosos periféricos no Serviço de Urgência	73
	Apêndice II - Estudo da “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”	81
	Apêndice III - Sessão de formação acerca da “Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”	121
	Apêndice IV – Resultados do estudo: “Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”	139
7.	ANEXOS.....	157
	Anexo I - Parecer da Comissão de Ética da instituição para realização do estudo	159
	Anexo II - Consentimento da autora para utilização da Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE)	163

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 – Apresentação da análise comparativa entre a frequência temporal da CE das capacidades da CE nos autores e presente estudo.....	57
---	----

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Instituto das Ciências da Saúde (ICS).

Com o Processo de Bolonha, existiu uma mudança de paradigma ao nível do ensino, acarretando consigo, um novo modelo, baseado no desenvolvimento de competências específicas e inerentes à área de formação, tendo por base, uma metodologia de aprendizagem ativa, por parte do estudante, que promova a busca pelo autoconhecimento e promoção de reflexões críticas, face a questões complexas que necessitem de intervenção especializada.

No Regulamento do 11º Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da UCP encontra-se previsto a realização da Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório.

A componente relativa ao Estágio Final realizou-se durante 15 semanas, com um total de 360 horas de contato direto, como previstas no plano de estudos do curso, sendo dividida em dois estágios, com 180 horas, relativas a cada um. Os estágios foram delineados pela UCP, bem como, a sua ordem cronológica, sendo: o primeiro realizado num Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde, no período de 10 de Setembro a 3 de Novembro de 2018; e, o segundo desenvolvido num Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de *nível III*, da mesma instituição, no período compreendido entre 5 de Novembro de 2018 a 5 de Janeiro de 2019.

O primeiro estágio decorreu num SU Médico-Cirúrgica de um hospital a norte de Portugal, cuja estrutura, encontra-se dividida por áreas funcionais distintas, e, conforme a prioridade atribuída pela Triagem de Manchester. Trata-se de um serviço diferenciado, e dispõe de valências médicas e equipamento mínimo obrigatório legislado.

Fisicamente, o SU é composto dois postos de Triagem, uma Sala de Emergência, Sala de Trabalho de Enfermagem, Sala de Inaloterapia, Sala de Pequena Cirurgia e Ortopedia, Sala de Tratamentos 2 e Unidade de Observação e Dor torácica.

O segundo estágio decorreu num SMI, sendo considerada uma unidade autónoma e polivalente, dotada de uma equipa, médica e enfermagem, e, classificada de *nível III*, que de acordo, com a Sociedade Europeia de Medicina Intensiva, esta designação é atribuída quando constituída por equipas funcionalmente dedicadas, assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas, com meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários para o cuidado ao doente em ambiente intensivo e em situação crítica. Fisicamente, o SMI é uma unidade mista, uma vez, que comporta espaços abertos, que permite o contato visual e maior vigilância do doente, e, ao mesmo tempo, espaços fechados, que por sua vez, promovem maior privacidade, conforto e a menor ocorrência de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde.

A escolha destes campos de estágios, baseou-se no facto de estar enquadrada na instituição onde exerço funções, e, como tal, no meu contexto diário de trabalho são internados doentes provenientes de ambos os serviços, o que me permitiu conhecer a sua realidade e dinâmica. Por outro lado, estes serviços foram sempre uma área de interesse pessoal, e, por serem unidades de referência, pois recorrem a estes serviços doentes do foro médico ou cirúrgico, era possível que existisse a articulação entre eles e o desenvolvimento de competências como futura enfermeira Especialista e Mestre em Médico-Cirúrgica, acompanhado pelo crescimento pessoal e profissional.

Os estágios foram orientados pela Prof.^a Doutora Patrícia Coelho e, por enfermeiros tutores, escolhidos pelos enfermeiros chefes de cada campo de estágio, na condição de serem detentores de grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

É importante referir que previamente à realização dos estágios foi elaborado um projeto de estágio, cuja estrutura permitiu o desenvolvimento de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEMC), alicerçado em objetivos gerais preconizados pela UCP, e, objetivos específicos do estudante para a concretização pessoal das atividades traçadas inicialmente e que respeitassem o tempo estabelecido.

Este relatório intitulado “Desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação crítica”, retrata o desenvolvimento de competências como futura especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), sustentado em conhecimentos aprofundados neste domínio, fundamentação ao nível de princípios éticos e deontológicos inerentes ao exercício profissional e, sobretudo, à demonstração de níveis elevados de julgamento clínico e capacidade de tomada de decisão, através da descrição reflexiva, crítica e fundamentada das atividades desenvolvidas ao longo do percurso da prática, através de uma metodologia analítica, descritiva e crítico-reflexiva, fundamentada em pesquisa bibliográfica.

Com a realização deste relatório, proponho-me a atingir os seguintes objetivos:

- Retratar o processo de aprendizagem ao longo dos estágios;
- Desenvolver a capacidade de reflexão, decisão e pensamento crítico sobre o contexto dos estágios;
- Desenvolver e adquirir competências no âmbito da especialidade em EMC;
- Desenvolver um estudo de investigação acerca da Competência emocional (CE) do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica.

No contexto dos estágios, também foi possível a realização de um estudo transversal a ambos e que incidiu sobre o desenvolvimento da Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, dada as exigências destes contextos, no sentido, de identificar atitudes e comportamentos mais vivenciados pelos enfermeiros e qual o impacto da relação interpessoal e da estabilidade emocional quando presta cuidados à pessoa em situação crítica.

Do ponto de vista estrutural e organizacional, este relatório encontra-se dividido em três capítulos, de forma, a promover uma melhor leitura do mesmo.

No segundo capítulo estão retratadas reflexões críticas relacionadas com o desenvolvimento de competências para o cuidado à pessoa em situação crítica e inerentes ao enfermeiro EMC, remetendo-me para as atividades desenvolvidas, baseada na evidencia científica, de forma, a atingir os objetivos a que me propus no projeto de estágio, e, com base nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão dos cuidados; e, na melhoria das

aprendizagens profissionais, e, de acordo, com os Domínios de Competência Comuns do Enfermeiro Especialista preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2009).

No terceiro capítulo pretendo dar ênfase ao estudo de investigação desenvolvido acerca da “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”, uma vez, que esta competência também deverá ser desenvolvida, face a este contexto de trabalho. Por último, será apresentada uma conclusão em que será desenvolvida uma reflexão acerca do percurso efetuado, de forma transversal, aos dois módulos de estágios, bem como, as competências desenvolvidas e adquiridas nestes contextos.

Desta forma, este relatório retrata a aprendizagem desenvolvida e todo o caminho percorrido para o desenvolvimento de competências inerentes ao EEMC, bem como, as dificuldades sentidas durante todo este percurso.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, como descrito no Regulamento nº. 122/2011, no artigo 3.º na alínea a) estabelece que as competências comuns abrangem todos os enfermeiros especialistas, qualquer que seja a sua área de especialidade, devendo na sua prática profissional revelar níveis elevados de capacidade no âmbito de quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; e, domínio das aprendizagens profissionais.

Com base nas competências comuns aos enfermeiros especialistas, a descrição dos objetivos alcançados, bem como, o desenvolvimento das atividades para a aquisição de competências, tendo em conta, o contexto da prática, foi direcionada para a pessoa em situação crítica.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), a pessoa em situação crítica necessita de cuidados especializados, e, perante esta, o enfermeiro deverá focar o seu cuidado para um conjunto de capacidades que definirão a sua competência, ao nível físico, técnico, profissional, social, psicológico e emocional, mobilizando também os seus conhecimentos para que a sua intervenção seja executada de forma holística e atempada. Falar algo sobre a reflexão e fundamentação baseada numa abordagem de uma prática avançada e de enfermagem avançada!!

Este capítulo encontra-se dividido em subcapítulos, onde serão descritas e fundamentadas as atividades desenvolvidas, dando resposta aos objetivos traçados e às competências adquiridas, preconizadas e inerentes ao EEMC, inseridos nos quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mas referentes a cada módulo de estágio.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, no Artigo 102º, relativo aos valores humanos, o enfermeiro durante o seu exercício deve cuidar da pessoa independentemente da sua classe económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, tomando decisões fundamentadas e atendendo à melhor evidência científica e à responsabilidade ética. No processo de cuidar da pessoa, o enfermeiro deve ter em consideração a vontade do doente, envolvendo-o em todo processo de saúde/doença, procurando sempre a sua integração nos cuidados e assegurando o consentimento do próprio (verbal ou escrito) para a realização dos mesmos.

No módulo de estágio do SU pretendi dar enfoque à privacidade do doente, ao consentimento informado e à inclusão da família no processo de saúde/doença.

O consentimento informado, livre e esclarecido esteve sempre na base dos cuidados que prestei à pessoa em situação crítica, em que, obtive o consentimento dos doentes que o expressaram, após explicação e clarificação das intervenções a realizar.

O envolvimento do doente em todo o processo de saúde/doença constitui-se também como uma promoção da sua segurança, que de acordo com um dos programas da Organização Mundial da Saúde, designado de “Patients for Patient Safety”, uma vez que existe o desenvolvimento de relações de parceria entre profissionais de saúde e aqueles que recebem os cuidados, de forma, a garantir que os cuidados prestados sejam seguros e com qualidade.

Durante o estágio, foi possível constatar que ao obter o consentimento de um doente, para a realização de determinado procedimento, pude envolvê-lo nos cuidados e realizar um conjunto de ações e partilha de informação, de forma, a consciencializá-lo que, embora estando sob os cuidados de profissionais de saúde, a última palavra será sempre a do doente, e, para tal, deverá assumir um papel ativo em todo este processo.

No SU, para além do desenvolvimento de competências técnicas, não podemos descurar as competências relacionais e comunicacionais no cuidado à pessoa em situação crítica.

O estabelecimento de uma relação terapêutica, como preconizado nas unidades de competência descritas na área das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, no artigo 3.º do Regulamento n.º 429/2018, desenvolve-se na demonstração de conhecimentos e habilidades, no que concerne ao processo de cuidar da pessoa, família e/ou cuidador, implementando estratégias que potenciem a prevenção, intervenção

controle de infecção, adaptando a comunicação face à complexidade do processo saúde/doença da pessoa em situação crítica, avaliando sempre este processo e qual o seu impacto no doente e família e/ou cuidador. Assim, ao enfermeiro especialista cabe desenvolver esta parceria com o doente e família e/ou cuidador, tendo em conta, o respeito pelas suas capacidades (OE, 2004).

Durante o estágio no SU, verifiquei algumas vezes, que não é dada grande importância à comunicação com o doente, no momento, em que este é admitido no serviço. Segundo Pereira (2008), quando ocorre um acontecimento marcante, por vezes, considerado traumático para o doente, provoca neste uma série de emoções que se tornam incapazes de ser controladas, interferindo com a clareza do pensamento e com a memória (Goleman, 1997). Na abordagem à pessoa em situação crítica devemos ter em conta todas as suas dimensões psicológica, física, emocional, social e cultural, estabelecendo uma comunicação que favoreça o processo de cuidar.

Muitas vezes, apercebi-me que o comunicar com os familiares e/ou cuidadores acaba por vezes, por ser descartado, dado o ambiente do serviço de urgência, a falta de tempo por parte dos profissionais para executar determinada tarefa, a sobrecarga emocional, o excesso de trabalho, que acabem por comprometer a relação interpessoal do enfermeiro/doente/família. Contudo, esta inquietação foi alvo de reflexão pessoal e com os tutores de estágio e orientadora.

A presença da família e/ou cuidador no SU, apesar de ser uma realidade diária, em situações de emergência ainda é algo controverso na literatura e na realidade, pois requer por parte dos profissionais um conjunto de estratégias específicas para ultrapassar os desafios desta prática (Sá *et al.*, 2015).

No entanto, e tendo em consideração os direitos e deveres dos utentes no Serviço Nacional de Saúde, consagrados na Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, o doente tem o direito de acompanhamento por parte da família e/ou cuidador ou pessoa significativa.

Na revisão sistemática dos autores Sá *et al* (2015), no “Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro”, estes referem que os enfermeiros são os profissionais mais qualificados e habilitados para intervirem na esfera da presença da família nos contextos de urgência e emergência, dada a relação singular que estabelecem com estes membros. Neste mesmo estudo, existem obstáculos na interação do enfermeiro com a família, sendo: falta de tempo, ausência de recursos físicos, receio na aproximação emocional ao sofrimento da família, priorização

constantes do cuidado à pessoa em situação crítica e desconhecimento das necessidades da família da pessoa em situação crítica. No entanto devemos desenvolver estratégias que combatam a estes obstáculos.

Assim, as atividades realizadas e direcionadas para este tema, passaram por momentos de partilha com a orientadora, tutores e restante equipa, acerca da promoção da presença da família, promovendo estratégias relativas ao conforto físico com a disponibilização de cadeiras por exemplo, nas áreas de OBS, dado ser uma área de SU destinada ao internamento de doentes que ainda necessitam de monitorização e acompanhamento pela equipa de emergência; comunicar eficazmente estabelecendo uma relação empática com a família, esclarecendo dúvidas e promovendo uma escuta ativa; permitir a presença da família nos últimos momentos de vida, facultando apoio espiritual da instituição; permitir a participação da família nos cuidados, uma vez que em relação de parceria com os enfermeiros, facilitaria a adesão do doente aos cuidados, incluindo-a de forma ativa no plano de cuidados.

Dada a complexidade das situações de emergências e das suas notórias exigências, após da exposição desta temática aos restantes enfermeiros, denotei que deveria existir uma adaptação e evolução de mentalidades, durante a abordagem à pessoa em situação crítica, que incluía a família como parte integrante da mesma, sugerindo mesmo a participação ativa desta no plano de cuidados a estabelecer junto do doente no SU.

No estudo de Batista *et al.* (2017) acerca da “Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos”, efetuado na região de Lisboa e Vale do Tejo, sugerem que após estabilização do doente na abordagem ABCDE, deveria ser incluído um F de família, que incluía a participação da família na prestação de cuidados na sala de emergência.

Neste estágio foram vivenciadas situações em que os familiares não permaneciam junto dos doentes, dada a estrutura física do serviço e a afluência de doentes ao SU. De modo, a tranquilizar a família quando esta não poderia permanecer junto do doente, disponibilizei-me para ir de encontro a estas, que se encontravam alocadas na sala de espera externa ao SU, de modo, a transmitir a informação acerca do doente, de forma, a estabelecer uma relação de empatia e ajuda com a família.

Relembro o caso de um doente que deu entrada na sala de emergência, vítima de acidente de viação, e, que por motivos inerentes ao próprio acidente, esta estava com alterações no discurso, não conseguindo transmitir o que aconteceu e como se sentia. Perante a situação, desloquei-me à sala de espera, chamei o familiar da vítima para junto

dela, e a doente ao ficar mais tranquilizada, foi possível realizar uma avaliação inicial à mesma.

Assim, é possível realizar um conjunto de ações que visem a presença da família num SU, até mesmo, quando não é possível de imediato, que esta permaneça junto do doente, promovendo a relação de ajuda entre o enfermeiro e família.

A privacidade do doente no SU é um ponto fulcral e de especial ênfase na prestação de cuidados de enfermagem. Apesar de terem existido situações que provocam alguma inquietação e dado as condições físicas do SU, foi possível direcionar a minha prática face aos recursos e meios existentes, sem comprometer a privacidade do doente.

Para Silva (2007), os serviços de urgência são providos de espaços físicos inadequados, por vezes, partilhados com outros doentes e profissionais de saúde. O fato dos doentes permanecerem em macas por longos períodos de tempo, já são alvo, de se tratarem de cuidados desumanos. Este autor apela a uma reflexão, no sentido de perceber, a importância da privacidade, como garantia do respeito pela dignidade do ser humano, tornando-se, na base, de toda a prestação de cuidados efetuados no estágio.

De fato e, na prática diária de cuidados, existe um conjunto de técnicas e realização de intervenções que requerem um espaço físico adequado, como por exemplo, durante a prestação de cuidados de higiene perianais, no procedimento de colheita de sangue, na administração de medicação, intervenções estas que devem ser praticadas num espaço fechado e individual, ou na ausência de tais condições, providenciar cortinas e biombos, otimizando todos os recursos existentes com o intuito de preservar a privacidade do doente. No SU, dado o espaço físico limitado, muitas vezes, na ausência de salas, recorri ao uso de cortinas, de forma, a promover a privacidade do doente. Também, junto do enfermeiro chefe, foi possível solicitar o pedido de biombos para o serviço.

Em momentos destinados a partilha de conhecimentos acerca deste tema com o enfermeiro tutor, foi possível também refletir acerca da humanização de cuidados, sendo a privacidade a que necessita de ser mais debatida entre pares, pois é considerada um fator inerente à prestação de cuidados. Para tal, é essencial, que em equipa sejam utilizadas as estratégias mais adequadas, tendo em conta, os recursos existentes e o espaço físico envolvente.

No módulo de estágio do SMI colaborei com o enfermeiro tutor na realização de um transporte intra-hospitalar de um doente do sexo masculino, cujo diagnóstico inicial

de admissão na unidade era Pancreatite crónica e seria necessária a realização de um exame complementar de diagnóstico, especificamente uma tomografia computadorizada (TAC) para estadiamento da doença.

O enfermeiro em cuidados intensivos assume um papel fundamental no transporte do doente crítico. Como já referido, o doente crítico é aquele que depende de meios de intervenção e monitorização avançada, e, o seu transporte pode ser efetuado por necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos SPCI, 2008). A SPCI refere nas Recomendações acerca do Transporte de Doente Crítico que, inicialmente, é essencial refletir acerca do risco/benefício que o exame possa ter no tratamento do doente e, no caso de existirem dúvidas quanto à sua segurança, deve pôr-se em causa a necessidade do mesmo. Quando o transporte é efetuado deverá reger-se pelos seguintes princípios: decisão, planeamento e efetivação.

A decisão de transportar um doente crítico é um ato médico que deve ser baseado na avaliação e ponderação dos benefícios e riscos inerentes ao mesmo. Apesar da decisão ser um ato da responsabilidade médica, o enfermeiro, de acordo, com o Artigo 103º descrito na deontologia profissional de enfermagem, no que concerne, ao respeito do direito aos cuidados de saúde ou doença, este profissional assume o dever de se responsabilizar pela prestação de cuidados à pessoa em tempo útil e, sem causar demora no diagnóstico e tratamento da doença (OE, 2015), considerando-se como tal, a corresponsabilidade do enfermeiro nesta decisão.

Na fase do planeamento do transporte, os profissionais de saúde, médico e enfermeiro, devem ter em atenção para além da estabilização do doente, a comunicação prévia com o serviço/unidade, a escolha da equipa, os meios adequados de ventilação, monitorização e terapêutica, e ainda acrescida a estes, devem prever e antecipar possíveis complicações durante o transporte (SPCI, 2008).

A efetivação do transporte, segundo os autores supracitados, é da responsabilidade da equipa selecionada e esta deverá ter experiência em transporte da pessoa em situação crítica e em Suporte Avançado de Vida (SAV).

Relativamente ao transporte de doente crítico, pode colaborar na preparação de um doente para um transporte intra-hospitalar, em que o mesmo, necessitava de realizar um exame complementar de diagnóstico e/ou terapêutica dentro da instituição.

Pode constatar que no SMI, existe uma *checklist* de transporte de doentes, preconizada na avaliação do mesmo, e de modo, a que seja efetuada com segurança

como é recomendado. Para Silva (2015), a *checklist* é um instrumento de preenchimento básico que tem como base a promoção da segurança do doente. A autora refere que a segurança do doente quando percecionada de uma forma geral, permite conhecer os resultados e os processos que visem a prevenção do erro e possíveis complicações. Choi (2012), verificou no estudo acerca das diretrizes para a realização de um transporte intra-hospitalar, que a ocorrência de eventos adversos diminuiu (36,8% para 22,1%), quando os enfermeiros planeavam com recurso a uma *checklist*, o transporte intra-hospitalar dos doentes.

Na *checklist* elaborada e existente no SMI são verificadas as seguintes condições de segurança: via aérea patente, higiene oral adequada, tubo endotraqueal ou cânula traqueal fixados, tubo endotraqueal ou cânula traqueal sem obstrução, pressão de cuff adequada, ventilador de transporte operacional, ajuste dos parâmetros ventilatórios adequados, quantidade de oxigénio adequada para tempo previsível, bem como garrafas suplentes e, presença de insuflador manual com máscara, reservatório e extensão. Também faz parte integrante desta *checklist* a administração de sedação e/ou curarização, controlo da dor, utilização de medidas de prevenção de controlo de infeção, sacos de drenagem vazios, drenos permeáveis, e que seja previamente efetuado o contato com o serviço de destino e a equipa de transporte.

Neste caso observei que, para além, do preenchimento da *checklist*, são utilizados o ventilador e o monitor portátil, dos quais é efetuada a confirmação prévia e relativa à carga de bateria. Ainda durante a fase de planeamento de transporte, preparei juntamente com o enfermeiro tutor medicação sedativa e analgésica, no caso, de serem necessárias durante o transporte, apesar de ser intra-hospitalar.

O transporte é sempre um período de grande instabilidade para o doente e, poderá agravar o seu estado clínico, originando complicações que devem ser evitadas e previstas, por isso o item relativo ao contato prévio com o serviço de destino é primordial, uma vez que a área deverá estar pronta para receber o doente, de forma a iniciar imediatamente o exame a que vai ser submetido. O doente é sempre acompanhado por um médico do serviço, pelo enfermeiro responsável pelo doente nesse turno e por um assistente operacional. É importante referir que a estabilidade hemodinâmica do doente deverá ser mantida em todas as suas fases e, com base, na metodologia ABCDE, a qual permite uma avaliação organizada e segura.

No SMI, e como já foi referido, está inserida a equipa de emergência interna do hospital. Tive a oportunidade de acompanhar o enfermeiro destacado, aquando da

ativação da equipa de emergência interna, podendo observar e colaborar no processo de atuação, bem como, nos cuidados prestados ao doente.

Cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, no âmbito do transporte do doente crítico, responder de forma antecipada a focos de instabilidade, executar cuidados altamente complexos, diagnosticar precocemente as complicações resultantes deste e, implementar respostas de enfermagem adequadas às complicações que possam advir, participando ativamente neste processo e, inserido sempre numa cultura de segurança.

Ao longo do estágio também pude refletir acerca do ruído, sendo este também apresentado como um foco de instabilidade nas UCI's.

As UCI's remetem-nos para um ambiente específico para a prática de cuidados de saúde, diferenciando-se dos outros serviços, pela sofisticada tecnologia de monitorização hemodinâmica, pelos cuidados altamente especializados e dirigidos à pessoa em situação crítica, decorrentes do seu estado clínico (Almeida e Ribeiro, 2008). Neste sentido, não podemos descorar o fato da promoção do conforto da pessoa, pois torna-se uma das pedras basulares da enfermagem (Kolkaba, 2003). O conforto é definido como uma forma de promover e satisfazer necessidades implícitas à condição humana, de forma holística e através da satisfação de necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais.

O ruído assume-se como uma ameaça ao conforto do doente, uma vez, que pode provocar perturbações na pessoa ao nível do seu contexto ambiental e, posteriores repercussões no repouso, sono e comunicação (Pinto e Conceição, 2008). Sendo assim, as UCI's apresentam características próprias em que o seu ambiente físico é dotado de vários estímulos ambientais, associados aos barulhos dos alarmes de equipamentos e, por todo o ruído causado pelos profissionais de saúde, conduzindo deste modo, o doente a uma sobrecarga sensorial e privando-o de ciclos de sono e repouso, e, gerando sentimentos de ansiedade e medo, perda de perceção do tempo, períodos de agitação e delírio. Face a este contexto, o enfermeiro em cuidados intensivos deve estar provido de todo um manancial de competências técnicas, éticas, científicas, capazes de harmonizar e atenuar este ambiente altamente tecnológico.

Como tal, durante o percurso deste estágio implementei intervenções direcionadas para a promoção do conforto e conseqüente bem-estar do doente, proporcionando um ambiente adequado, minimizando ao máximo os ruídos e na impossibilidade de os eliminar por completo, tive sempre o cuidado de informar o doente do barulho

desconhecido que estava a ouvir, de modo, a tranquilizá-lo e acalmá-lo. A família também foi sempre um alvo de atenção e explicação acerca dos alarmes provenientes dos aparelhos tecnológicos médicos, e, foi possível notar que estes ruídos eram uma fonte de instabilidade, uma vez, que os associavam sempre a uma alteração no estado clínico do doente. Para além do doente e da família, também foi possível perceber que os profissionais de saúde estavam sensibilizados e despertos para esta temática.

No estudo de Duarte *et al* (2012) acerca da presença de ruído numa Unidade de Terapia Intensiva, foi possível verificar que é ao reduzir os níveis de ruído, e, conseqüente o stress do ambiente, com uma intervenção educacional junto da equipa multidisciplinar, consciencializando-a sobre os mecanismos e efeitos do ruído. Estes autores referem que os horários de maior intensidade de ruído eram durante as visitas familiares e a passagem de turno e advinham de equipamentos médicos, causas operacionais (abrir gavetas, abrir caixote do lixo, portas, cortinas), processos comunicacionais (conversas entre profissionais e doentes), sendo a maior fonte de pressão sonora causada por estes dois últimos. De acordo com este estudo, e de fato, foi vivenciado que durante o dia existia maior carga de ruído no SMI, associado ao período de visitas dos familiares e durante a prestação de cuidados ao doente, uma vez que era necessário fechar as cortinas, abrir caixotes de lixo, ligar o aspirador de secreções, entre outras, causas estas maioritariamente do foro operacional.

As competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal permitiram-me o desenvolvimento de uma prática subjacente a este domínio e, ao mesmo tempo, na promoção de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Se atendermos ao Código Deontológico do Enfermeiro, a responsabilidade é colocada como princípio orientador da prática de cuidados, como dever deontológico e como dever específico no direito ao cuidado, e sendo constituído um domínio comum a todos os enfermeiros especialistas, no que concerne à utilização de habilidades de tomada de decisão, à avaliação constante das melhores evidências e, sobretudo, das preferências da pessoa que cuidamos. Ao longo dos estágios, também pude refletir acerca da identificação de prioridades, no cuidado à pessoa em situação crítica, desenvolvendo competências acerca da capacidade de reagir face a situações imprevistas e complexas, no âmbito da EMC, nomeadamente ao nível do transporte do doente crítico. Por outro lado, também foi possível refletir acerca da presença de ruído nas unidades de cuidados intensivos.

Competências adquiridas:

Identifiquei focos de instabilidade no cuidado à pessoa em situação crítica e família e/ou cuidador; identifiquei prioridades na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica; colaborei no transporte do doente crítico; demonstrei capacidade de reação perante situações imprevisíveis e complexas inerentes ao cuidado à pessoa em situação crítica.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

A qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde desenvolve-se em torno de vários programas que assentam na melhoria contínua da qualidade, sendo esta um fator determinante para a prática de cuidados eficazes e eficientes (Casimiro, 2015).

Na área da Enfermagem e, de acordo, com o Regulamento n.º 429/2018 relativo às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o enfermeiro apresenta como foco a pessoa e família e/ou cuidador inseridos num contexto que requer cuidados médicos e/ou cirúrgicos, sendo esperado, que a resposta às necessidades identificadas seja efetuada com qualidade e segurança, utilizando métodos de avaliação que permitam identificar riscos reais e potenciais, implementando procedimentos de controlo de infeção, com base na tomada de decisão, na prática baseada na evidência científica mais atualizada e na informação relevante para este processo.

No módulo de estágio relativo ao SU, pretendo dar enfoque à cultura de segurança, aspeto este, que se constitui num dos grandes desafios dos cuidados de saúde atuais. Segundo Costa (2014), o termo “cultura de segurança” apresenta algumas variáveis, sendo estas: a profissão, a interação com o doente, a certificação dos serviços e a formação efetuada acerca da segurança do doente. A sua avaliação e monitorização é imperiosa, pois permite a identificação de áreas a melhorar e desenvolver, com vista, à mudança de comportamentos por parte dos profissionais, ao nível da cultura de aprender com possíveis eventos, reportar eventos e a responsabilização sem culpa, determinando assim, o empenho na gestão e a segurança de uma organização.

No cuidado à pessoa em situação crítica ao nível de um SU, é esperado que os cuidados sejam altamente qualificados e direcionados para a situação vivenciada, com o objetivo de prevenir complicações e promover a recuperação da pessoa. Por outro lado,

com o aumento da afluência de doentes e com o excesso de carga de trabalho por parte dos enfermeiros, pode deixar lugar para a ocorrência de falhas ao nível da segurança do doente, acabando por ter grandes implicações nas organizações de saúde. Contudo, existem soluções para reduzir este risco e melhorar a segurança, sendo estas: elaboração de relatórios, desenvolvimento de aprendizagens na área da gestão de risco, promoção de momentos de partilha de experiências entre pares, comunicação de eventos adversos, no sentido de analisar as causas e aprender como os erros acontecem. Neste sentido, e ao longo do estágio foi possível realizar momentos de partilha com os tutores acerca de situações relativas à gestão de risco.

No SU, existem enfermeiros responsáveis por serem o elo de ligação com a Gestão de Risco e o Gabinete da Qualidade. Preferencialmente, estes enfermeiros devem ser detentores do grau de especialista e assumem funções nestas áreas em horário extra, de forma, a poderem colaborar e dedicar tempo à realização de formação em serviço, acerca destas áreas, e ao mesmo tempo, servirem de ponte de comunicação entre o SU e os respetivos serviços.

As práticas realizadas no âmbito da Gestão de Risco, por parte do elo de ligação do SU, passam também por realizar formação em serviço acerca do Plano de emergência interna e externa da instituição, incluindo neste as situações de catástrofe que possam surgir.

Foi possível observar que no SU existe, numa sala, um armário fechado onde está armazenado todo o tipo de material, inerente no caso da ocorrência de alguma catástrofe. O material encontra-se depositado neste serviço, uma vez, que o SU é a porta de entrada das vítimas provenientes de uma possível catástrofe, sendo também denominado de um posto de triagem primário e secundário, onde serão proporcionados os cuidados iniciais, na eventualidade, de tal ocorrência.

Pude constatar que, de acordo, com o Plano de Emergência da instituição, perante uma situação de emergência ou catástrofe, o serviço encontra-se provido de todo um manancial de material para atuar, planear e gerir uma possível resposta, face a estes eventos.

No período de estágio no SU, também foi possível refletir com os tutores e Enfermeiro chefe, relativamente à ocorrência de eventos e, qual o seu impacto na prestação de cuidados. Ao nível do SU, existem alguns entraves que propiciam um ambiente de possível tensão, podendo fomentar momentos em que a atenção da equipa seja direcionada para outros focos. Recordo momentos em que os enfermeiros estão a

preparar medicação para administrar na área de trabalho relativa ao pós-triagem, e de repente, é acionada a campainha da sala de emergência. Como é habitual, e uma vez, que só se encontra um profissional de enfermagem destacado para a esta sala, caso seja este, esteja a executar uma determinada tarefa, ao ouvir o som da campainha, acaba por se deslocar de imediato à sala, visto que se trata de uma emergência. Pela minha reflexão, esta atitude é a mais correta, pois o enfermeiro priorizou as suas atividades, de acordo, com o que realmente é primordial. No entanto, ao deixar a atividade que estava a desempenhar de preparação de medicação naquela determinada área e, não esquecendo que com a afluência de doentes, outros enfermeiros estão também a desempenhar outras tarefas e aquela mesma que ficou por executar pelo enfermeiro destacado para a sala de emergência ficou pendente, podendo gerar ou induzir a ocorrência de falhas.

Estas falhas, segundo Fragata (2011), podem propiciar a ocorrência de erros, existindo uma necessidade de melhorar e aperfeiçoar práticas, para que, o SU deixe de ser alvo de desorganização nos cuidados de saúde às populações (Próspero, 2016). Como estratégia de melhoria a implementar nestas situações, refleti com o tutor e equipa e sugeri que deveriam ser revistas práticas de trabalho seguras, através da aplicação de normas e protocolos, de forma, a promover a melhoria contínua da qualidade. Também foi sugerido ao enfermeiro chefe que existem áreas do SU, nomeadamente a Sala de Tratamentos 2 e Sala de emergência, que deveriam estar providas de maior número de profissionais, em prol, da garantia da eficiência, eficácia e segurança dos cuidados.

Neste sentido e como futura especialista em EMC, foi possível reconhecer uma necessidade do serviço, nomeadamente nas áreas de OBS e Sala de Tratamentos, ao nível do controlo de infeção, implementando uma norma acerca dos cuidados inerentes ao Catéter Venoso Periférico (CVP), podendo assim uniformizar este procedimento. Esta necessidade surgiu pelo fato, de nem todos os profissionais nestas áreas do serviço, utilizarem as mesmas intervenções associadas ao uso de CVP's, existindo uma carência a este nível, que como futura enfermeira especialista, poderia colaborar na implementação de medidas que visassem a uniformização destes procedimentos em toda a equipa.

As atividades desenvolvidas passaram por partilha de conhecimentos entre pares acerca das normas de controlo de infeção relacionadas com os cuidados de saúde e, ao nível dos procedimentos de fixação e manutenção de CVP's, estabelecendo de forma

pró-ativa estratégias de melhoria a implementar no serviço visando a prevenção e controlo de infeção.

Desta forma, na norma apresentada ao serviço intitulada “*Infeções associadas ao uso de cateteres venosos periféricos em contexto de Serviço de Urgência*”, (Apêndice I), constava uma fundamentação teórica acerca do CVP, uma vez, faz parte do material indispensável no SU, sendo utilizados para administração de terapêutica endovenosa, transfusão de hemoderivados, aporte nutricional e sempre que seja necessário, o acesso direto à corrente sanguínea do doente; e os cuidados inerentes à utilização dos mesmos, incluindo os procedimentos da lavagem das mãos; seleção do cateter e local de inserção; preparação da pele; estabilização do cateter; *flush* e manutenção; local de inserção; remoção e registos informáticos. Esta norma ficou na posse do enfermeiro chefe para ser analisada pela equipa e após de aprovada ser implementada.

A inserção de CVP para administração de terapêutica Endovenosa é uma prática diária em ambiente hospitalar, exigindo por parte dos enfermeiros competências na realização desta técnica (Ribeiro, 2016). Pelo facto de ser um procedimento invasivo a sua inserção, fixação e manuseamento poderá resultar numa IACS, com implicância direta para o doente, uma vez, que os doentes portadores de CVP têm maior risco de desenvolverem complicações infecciosas, comparativamente com os que não possuem (DGS, 2008). Quando este procedimento é efetuado, o enfermeiro deverá assumir responsabilidade em todos os momentos de colocação dos mesmos, desde avaliar e seleccionar o calibre do CVP até à explicação do procedimento ao doente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção e quando vigia a perfusão da medicação (Elkin, Perry e Potter, 2005).

A prevenção de infeção e o reconhecimento precoce do aparecimento de sinais inflamatórios deve constituir-se num princípio inerente a todos os cuidados de enfermagem que tenham como finalidade a qualidade e a segurança do doente (Souza *et al*, 2015).

As recomendações relativas à prevenção ou minimização da infeção associada ao CVP devem englobar a segurança do doente e o custo-benefício, uma vez, que, é evidenciado que o risco de infeção diminui quando há uniformização de práticas ao nível da assépsia, punção da veia e manutenção de acessos venosos, que podem levar ao aumento do risco de infeção e colonização. (DGS, 2006).

Como futura enfermeira especialista em EMC, assumi um papel preponderante na participação de um plano de prevenção e controlo de infeção, atualizado e, baseado nas

evidências científicas preconizadas pela DGS (2006), relativamente às “Recomendações para a Prevenção de Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares”, inserida no Programa Nacional de Controlo de Infeção e, na participação ativa de estratégias de prevenção e controlo de infeção neste SU.

Como proposta de melhoria para além da elaboração da norma partilhei com o enfermeiro chefe e com os enfermeiros tutores que deveria existir uma constante atualização de conhecimentos, acerca das boas práticas inerentes ao CVP, e uma posterior avaliação periódica da adesão a estas recomendações, através da realização de auditorias. Este conjunto de atividades desenvolvidas permitiu-me desenvolver e adquirir competências na área da melhoria da qualidade e contribuir para o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

Relativamente ao módulo do SMI, pude refletir acerca da Pneumonia Associada à Intubação (PAI).

Atualmente e, associada à crescente tecnologia médica invasiva, as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um foco de intervenção da prática de cuidados, não só, mas também, em unidades de cuidados intensivos, uma vez que, os doentes internados nestas unidades são mais vulneráveis e mais suscetíveis de serem submetidos a procedimentos invasivos, como por exemplo, a presença de ventilação mecânica invasiva. Neste sentido, a prevenção de IACS é particularmente relevante no âmbito da melhoria da qualidade e segurança dos cuidados numa UCI (Dias, 2010).

Segundo a DGS, na norma nº21/2015, a PAI é uma “*pneumonia que surge em doente com tubo orotraqueal há mais do que 48 horas ou em doente que foi extubado há menos de 48 horas*”. Na prestação de cuidados à pessoa com ventilação mecânica invasiva apercebi-me de que é seguida com o máximo de rigor no SMI, a norma relativa à prevenção de PAI, como preconiza a DGS. Com o objetivo de minimizar o risco de infeção, associado à intubação, o Institute for Healthcare Improvement (IHI) promoveu a campanha “100 mil vidas salvas”, e, em 2006 “cinco milhões de vidas salvas”, cujo resultado final seria proteger os doentes de erros relacionados com os cuidados de saúde (Gonçalves *et al*, 2012). Esta campanha recomendou o uso de medidas preventivas denominadas *bundles* em cuidados intensivos, que contribuíssem para a redução da taxa de infeção, redução da taxa de mortalidade e diminuição do tempo de internamento. Neste âmbito, foram criadas um conjunto de ações relacionadas com o doente com ventilação mecânica, e que passam, pelo posicionamento no leito, higiene oral, limpeza

das vias aéreas e manuseamento do tubo oro ou endotraqueal (Gonçalves *et al*, 2012).

Ao compararmos estas intervenções, com as preconizadas pela DGS (2015), podemos aperceber-nos que existem ainda ações que podemos desenvolver e que foram alvo da prática de cuidados prestados no SMI. Assim, e de acordo com a DGS (2015), na norma nº021/2015, o “feixe de intervenções” de prevenção da PAI, define as seguintes ações: rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação; discutir e avaliar diariamente a possibilidade de extubação; manter a pressão de *cuff* entre 20 e 30 cm de H₂O; manter a permeabilidade dos sistemas de ventilação e quando sujos ou não funcionantes proceder à sua substituição; realizar higiene oral com clorhexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes ao dia; manter a cabeceira elevada a 30°, evitando movimentos de supina.

Associada a esta norma, também existe uma grelha de auditoria relativamente à implementação do feixe de intervenções da prevenção da PAI, disponibilizada no serviço. Foi possível aplicar diariamente esta auditoria junto dos enfermeiros tutores, obtendo uma taxa de conformidade de 100%, uma vez, que todas foram executadas e implementadas, de acordo, com o que está previsto e preconizado pela DGS.

As medidas associadas à prevenção das PAI, são também descritas por Pina *et al* (2010), como fundamentais para a sua prevenção, e segundo estes mesmos autores, se o tempo de permanência for prolongado, a infeção é praticamente inevitável e ocorre, sobretudo, devido a microrganismos da flora microbiana do próprio doente.

Ao longo do estágio, foi possível implementar as intervenções na pessoa com ventilação mecânica, sendo que as principais dificuldades sentidas, foram no manuseamento dos circuitos ventilatórios e relacionadas com o próprio ventilador, mas foram rapidamente ultrapassadas, uma vez, que no período de estágio final, a maioria dos doentes internados nos cuidados intensivos apresentava ventilação mecânica, sendo possível executar com destreza todas as intervenções inerentes à ventilação, bem como, o cumprimento das normas instituídas, baseando sempre a minha prática, à luz da evidência científica atual.

No âmbito das Infeções da Corrente Sanguínea (ICS), associadas à presença de Cateteres Venosos Centrais (CVC), estas correspondem aos casos em que o microrganismo isolado na cultura do dispositivo é identificado na corrente sanguínea, sem que outra fonte seja aparente para a bacteriemia (Brachine, Peterlini e Pedreira, 2012). No entanto, associados aos CVC, estes autores referem que são dispositivos utilizados para diversos efeitos, nomeadamente para monitorização hemodinâmica,

administração de fluidos, fármacos, hemoderivados e nutrição parental, apesar dos benefícios do seu uso, existem também riscos associados, entre eles a colonização e a infecção da corrente sanguínea.

No que concerne, aos CVC encontra-se preconizada pela DGS na norma nº022/2015, *bundles* de intervenção que devem ser consideradas no momento da sua colocação e manuseamento, existindo também grelhas de auditoria, referentes a cada um dos momentos descritos anteriormente.

Durante o estágio, pude colaborar numa auditoria relacionada com a colocação do CVC, em parceria com um médico. Esta auditoria contempla as seguintes avaliações: necessidade de colocação ou substituição do cateter, registando essa razão; realizar a preparação cirúrgica e precauções de barreira máximas (uso de touca, máscara, luvas e bata esterilizadas); realizar a antisepsia do doente com clorhexidina a 2% em álcool, antes da colocação do CVC; utilizar um campo cirúrgica que cubra a totalidade corporal do doente; o uso do acesso na veia subclávia ou jugular interna e conforme experiência do médico; e, utilização de técnica asséptica na realização do penso.

Na auditoria realizada foram sempre comunicados verbalmente, conforme preconizado os itens a avaliar e descritos anteriormente, de forma, a que fossem adotadas as medidas necessárias e indispensáveis à colocação do mesmo, reduzindo ao mesmo tempo a taxa de infecção da corrente sanguínea, pois esta forma de auditoria implica que todos os passos sejam efetuados de forma consciente, eficiente e eficaz.

Para além destas medidas de controlo de infeção associados à presença de CVC, é também, essencial a educação de toda a equipa e a realização de auditorias, relativas a estes procedimentos (Brachine, Peterlini e Pedreira, 2012), e como forma, de melhoria da prática de cuidados decorrentes das IACS, bem como, o planeamento de estratégias que possam minimizar a sua incidência.

Assim, e como futura enfermeira especialista em EMC, foi possível concluir que contribui para o controlo de infeção no SMI, apesar das necessidades do serviço já estarem diagnosticadas e bem fundamentadas a este nível, pude salvaguardar o cumprimento dos procedimentos estabelecidos no Plano Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos; documentar as medidas de prevenção, intervenção e controlo de infeção implementadas, através dos registos informáticos; e contribuir para a redução da taxa de controlo de infeção associada a dispositivos médicos.

Competências adquiridas:

Identifiquei necessidades formativas na área de EEMC; identifiquei situações de melhoria no âmbito da qualidade e segurança dos doentes; contribuí para o desenvolvimento de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

2.3. Domínio da gestão de cuidados

A gestão dos cuidados é uma área de intervenção de enfermagem que assume especial ênfase para a qualidade dos cuidados prestados. Os enfermeiros deverão ser detentores de competências técnicas e científicas, de forma, a que possam responder com rigor, eficiência e eficácia, às necessidades da pessoa que cuidam, de forma, a garantir de qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Ainda neste domínio, a OE (2010) refere que ao enfermeiro especialista é atribuído o papel de gestão nos cuidados, potenciando o *feedback* da sua equipa de enfermagem com a restante equipa multidisciplinar.

Neste sentido, também assume o papel de líder e gestor dos recursos, consoante o contexto, em que se inserem os cuidados, visando a qualidade dos mesmos. O enfermeiro especialista deve ser provido de competências específicas para a gestão de cuidados de enfermagem.

Segundo Mações (2014), a gestão é um método de coordenar as atividades dos membros de uma organização ou equipa, através do planeamento, organização, direção e controlo dos recursos organizacionais, de forma, a atingir eficaz e eficientemente, os objetivos criados. A gestão dos cuidados passa também pela gestão de recursos materiais e recursos humanos.

No módulo de estágio do SU, foi possível realizar um turno com o Enfermeiro Chefe, que também era especialista em EMC, que através de uma conversa informal foi possível perceber o seu papel no âmbito da gestão de cuidados e do serviço.

Entende-se por enfermeiro gestor o profissional habilitado para tal e, que seja capaz de responder com rigor, eficiência, eficácia face aos desafios expostos pelas organizações, em prol, da garantia dos cuidados prestados em vários níveis de atuação (Associação Portuguesa de Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL, 2010).

Durante o turno com o enfermeiro chefe também foi possível denotar que o seu objetivo enquanto líder de uma equipa, é observar os seus colaboradores a atuar em

equipa, de forma, a prestar cuidados altamente eficazes e com qualidade, com o objetivo de proporcionar o bem-estar à pessoa em situação crítica e família, praticando uma liderança liberal.

Segundo Pinto *et al.* (2006), um líder liberal assume uma atitude passiva e não diretiva, onde as decisões maioritariamente são tomadas pelo grupo. Este tipo de liderança é muito comum nas equipas que atingem a maturidade, não sendo precisa a supervisão de um líder, em que estas ficam livres para colocar em prática os seus projetos, sendo delegado pelo líder liberal ou não.

No estudo acerca da “Liderança de enfermagem nas organizações de saúde”, elaborado por Melo *et al.* (2017), a liderança assume principal importância no desempenho das organizações de saúde, tornando-se essencial perceber a perceção dos enfermeiros acerca do desempenho dos seus chefes.

O enfermeiro gestor deve assumir um papel preponderante nas organizações de saúde, favorecendo a promoção de um ambiente humanizado e assumir a responsabilidade da sua equipa, no caso de eventuais alterações que comprometam a qualidade dos cuidados.

No estudo acima mencionado, os autores concluíram que, o fator idade dos enfermeiros de uma dada equipa, tendem a perceber e a valorizar mais as competências dos seus enfermeiros chefes, justificando esta relação, com o fato da elevada experiência profissional permitir compreender melhor a complexidade do fenómeno liderança.

As atividades desempenhadas diariamente pelo enfermeiro chefe, no SU, passavam por: assistir à passagem de turno dos enfermeiros; tomar conhecimento do que aconteceu nas últimas 24 horas; elaborar planos de trabalho de enfermeiros para os turnos seguintes; validar trocas de horário entre enfermeiros; proceder aos pedidos de reparação de material possivelmente danificado; participação em reuniões de vários grupos de trabalho a nível institucional e, ainda, realizar as avaliações de desempenho da equipa de enfermagem.

As atividades desenvolvidas, no âmbito do domínio da gestão de cuidados ao nível do SU, passaram por colaborar com o enfermeiro chefe na elaboração dos planos de trabalho diários, validação de trocas de horário e, no procedimento relativo aos pedidos de reparação de material danificado.

Durante a conversa informal também me apercebi, que o enfermeiro chefe desenvolve funções de coordenação com os Recursos Humanos e Direção de

Enfermagem, no que refere, à contratação de novos enfermeiros para o SU, sendo que, o mesmo referiu que a dinâmica do serviço acaba por ser alterada com a integração de novos profissionais, uma vez, que requerem maior tempo de integração e adaptação a esta realidade. Esta contratação deve-se, sobretudo, aos enfermeiros que por motivos de ausência têm que ser substituídos.

Assim, podemos aperceber-nos que o papel do líder nas instituições de saúde é extremamente importante na gestão de cuidados, pois é um processo que envolve motivação e orientação da restante equipa, para atingir os objetivos impostos pelas instituições de saúde. O papel do líder assenta no planeamento, capacidade de organização, incentivo da equipa, capacidade de controlo situacional e capacidade de tomada de decisão.

Durante o estágio também pude colaborar com o enfermeiro tutor no papel de responsável de turno. O responsável de turno no SU assume um papel ativo na gestão, para além de estar aos cuidados, este profissional destacado para esta função deverá, preferencialmente, ser especialista e apresenta como funções: atualiza o plano de trabalho de enfermagem; procede à contabilização e registo de estupefacientes; comunica ao enfermeiro chefe possíveis avarias ou danos de material; toma decisões referentes a situações de emergência e promove a segurança dos doentes relativamente aos seus valores e bens materiais. Perante estas funções, o enfermeiro responsável também assume todas as funções do enfermeiro chefe na ausência deste.

Relativamente ao método de trabalho no SU é o método funcional em que é atribuído a cada enfermeiro, a execução de determinadas tarefas, apresentando como características específicas: divisão de trabalho e padronização de tarefas. Este método utilizado deve-se à variação do fluxo de doentes que dão entrada no SU, bem como, a intensidade dos cuidados e o estado de saúde dos doentes, apresentando como principal vantagem a eficiência, uma vez que os cuidados são executados com rapidez e com menor confusão ao nível das responsabilidades. Além disso, é possível atender os doentes com uma quantidade mínima de enfermeiros. Por outro lado, e como desvantagem deste método pode reduzir a qualidade dos cuidados prestados, gerar monotonia no trabalho e causar insatisfação dos enfermeiros, perante os cuidados (Costa, 2004).

Este método de trabalho surgiu durante a Segunda Guerra Mundial, como consequência da diminuição do número de enfermeiros para atender as vítimas, em que os enfermeiros menos qualificados assumiam as tarefas de menor complexidade,

desenvolvendo a capacidade e habilidade de repetição (Marquis e Huston, 2010). Neste sentido, podemos aperceber-nos do paralelismo que existe com o passar do tempo, em que o rácio de enfermeiros por doente no SU se encontra desajustado, face aos desafios impostos às organizações de saúde, sendo necessária a contratação de mais elementos de enfermagem.

No estágio de SU, o Processo de Enfermagem (PE) é orientado pela tomada de decisão. Em situações de urgência e emergência, o PE é realizado mentalmente, uma vez que o enfermeiro apresenta maior preocupação no cumprimento das prescrições médicas relacionadas com a administração de medicação, início de oxigenoterapia, entubação nasogástrica, entre outras, maioritariamente, intervenções interdependentes.

Em contexto de SU, estas intervenções são realizadas pela equipa de enfermagem, não sendo necessariamente, apenas um enfermeiro envolvido no plano de cuidados de um doente, ou seja, é realizado um trabalho em equipa (Alves, 2015). A avaliação do doente, centra-se na realização de uma avaliação inicial de enfermagem e na avaliação dos cuidados prestados., pois o primordial é responder às situações reais dos doentes e agir rapidamente, consoante as prioridades estabelecidas. As prioridades estabelecidas pelos enfermeiros relacionam-se a continuidade de cuidados, com o tempo de permanência no serviço e com a duplicação de informação (Alves, 2015).

Segundo Alves (2015), os enfermeiros em contexto de SU referem que procedem primeiramente ao registo dos diagnósticos e intervenções relacionados com a queixa principal de vinda ao SU, aos quais consideram como prioritários na prestação direta dos cuidados.:

Durante o estágio, foram necessários dados para a construção da avaliação inicial, que o doente não sabia responder ou encontrava-se incapaz de colaborar naquele momento. Nestas situações, a família desempenhou um papel fundamental, pois permitiu uma correta avaliação inicial, para posteriormente, todo o PE, seja implementado eficaz e eficientemente.

Recordo que neste estágio, a maioria dos dados da avaliação inicial de enfermagem estavam incompletos, quando os doentes eram dependentes e apresentavam limitações cognitivas. Isto deve-se, sobretudo, à ausência do prestador de cuidados no momento da admissão. Relativamente às prioridades estabelecidas pelo enfermeiro, vão de encontro às descritas anteriormente, relacionadas com a queixa principal que os motivou a recorrer ao SU.

No módulo de estágio do SMI uma das atividades desenvolvidas foram no sentido

de perceber a gestão de recursos humanos.

Com o intuito de aumentar a eficácia dos cuidados, a equipa de enfermagem encontra-se subdividida em equipas de trabalho, constituídas com quatro a cinco elementos, sendo um deles o responsável de equipa. É nomeado por quem faz o plano diário um enfermeiro responsável por turno, cabendo a este elemento a tomada de decisões nos turnos e na ausência do enfermeiro chefe. Esta divisão da equipa de trabalho é baseada, de acordo, com os procedimentos e normas institucionais.

As competências do enfermeiro responsável de turno, passam por gerir o serviço da forma mais conveniente; distribuir os doentes pelo plano de trabalho, tendo em conta, o grau de complexidade e de dependência; tomar as decisões mais adequadas e oportunas a cada situação, assumindo a responsabilidade da mesma; gerir em caso de catástrofe ou situações excecionais, conforme o Plano de Emergência da instituição, proceder à contabilização e registo de estupefacientes, efetuar pedidos de reposição de material ou medicação.

Para além de existir um enfermeiro responsável de turno, encontra-se destacado outro enfermeiro para o plano de ativação da emergência interna. Este último é nomeado pelo enfermeiro responsável, e para além de assegurar os cuidados aos doentes no próprio serviço, também assegura juntamente com um médico do SMI a emergência hospitalar interna da instituição.

No decorrer do estágio pude colaborar com o enfermeiro responsável de turno e, com o enfermeiro que se encontrava destacado para a emergência interna. Ao colaborar com este último, coincidiu com estar destacado o enfermeiro tutor, num turno onde foi ativado o serviço de emergência interna.

Relembro o caso, para o serviço de Imagiologia, com uma vítima do sexo feminino, que fez reação ao produto de contraste aquando a realização de uma TAC. À nossa chegada, a doente já se encontrava monitorizada, o carro de emergência do serviço já estava pronto a ser manuseado e podemos agir de imediato, através da administração de terapêutica, revertendo com sucesso o estado clínico da doente. Para mim é importante referenciar esta situação, uma vez que, o enfermeiro em complementaridade com a restante equipa multidisciplinar, proporciona cuidados de enfermagem, de modo, a promover a saúde e prevenir complicações.

Na prestação direta dos cuidados de enfermagem, o rácio de enfermeiro/doente é flexível, de acordo, com os níveis de cuidados necessários a prestar.

No Regulamento n.º 533/2014 - Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 233, de 2 de dezembro, recomendam-se os rácios mínimos de 1:2 em unidades de nível III. Na escala de serviço mensal, o número de enfermeiros é de 1 enfermeiro para 2 doentes, o que com base no que anteriormente se evidencia, podemos verificar que se rege pela dotação segura dos cuidados em vigor.

Visto que o estágio decorreu numa unidade de *nível III*, o rácio é de um enfermeiro por doente (OE, 2014), sendo que na prática, tal situação não acontece, pois existe uma grande carência ao nível dos recursos humanos. O fato desta metodologia ser um método individual de trabalho, não quer dizer, nem pode impedir que seja promovido o trabalho em equipa, devendo o enfermeiro conhecer os restantes doentes e disponibilizar ajuda para colaborar com os restantes colegas. Esta distribuição abrange as 24 horas, existindo em cada turno, um enfermeiro responsável, cuja função passa também pela distribuição de doentes pelos colegas.

Nesta unidade é utilizada a escala de avaliação da carga de trabalho de enfermagem, sendo considerada uma ferramenta de gestão, sendo a escala em uso *Therapeutic Intervention Scoring System 28 (TISS 28)*. Esta escala permite quantificar a carga de trabalho de enfermagem em cuidados intensivos, sendo avaliada uma vez por dia nas 24 horas prévias, e, tendo em conta as atividades básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e em intervenções específicas. O TISS 28 serve também para classificar os doentes em quatro classes (classes de Cullen), que ajudam a compreender o grau de vigilância necessário e a necessidade de estar internado numa UCI (Pinto e Pires, 2009).

O Processo de Enfermagem (PE) no SMI é efetuado de forma criteriosa, e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), tendo em conta, um plano de trabalho de enfermagem. No entanto e, dada a gravidade dos doentes, existem cuidados de enfermagem que requerem intervenção imediata e rápida, sendo por isso, elaborados e executados por vezes, mentalmente.

No domínio da gestão de cuidados prestei cuidados à pessoa em situação crítica de forma autónoma, com as tutoras de estágio e restante equipa, atendendo às necessidades do doente e priorizando as intervenções, de forma, a que os cuidados fossem prestados em tempo útil.

Na gestão de recursos materiais, pude também colaborar com o enfermeiro responsável de turno, na contabilização de estupefacientes que é realizada por turno e,

sujeita a preenchimento de impressos em formato de papel. Foi possível também realizar uma verificação de *stock* de fármacos, quanto ao prazo de validade.

Ao enfermeiro especialista em EMC cabe desenvolver competências que envolvam a liderança, enquanto enfermeiro responsável de turno, como forma de adequar os recursos humanos, com os recursos materiais existentes e disponíveis, para a promoção de cuidados seguros e com qualidade.

No Regulamento n.º361/2015, relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a Ordem dos Enfermeiros (2015), nos enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem, no que concerne, à organização dos cuidados especializados, é salientado o cumprimento da organização de cuidados especializados com a máxima qualidade e eficiência, através da dotação de enfermeiros especialistas, com o objetivo de alcançar a dotação adequada de enfermeiros, com as adequadas competências, no lugar certo e no tempo necessário, em prol do respeito pela dignidade do exercício profissional dos enfermeiros e da segurança dos doentes.

Competências adquiridas:

Identifiquei focos de instabilidade na pessoa em situação crítica, agindo de imediato; demonstrei conhecimentos ao nível da prestação de cuidados de enfermagem dentro da minha área de especialização; realizei a gestão de cuidados na área de EMC; colaborei nos processos de tomada de decisão com a restante equipa multidisciplinar; demonstrei capacidade de trabalhar em equipa, dando especial enfoque ao estabelecimento de relações interpessoais; demonstrei capacidade de executar cuidados de enfermagem com os recursos existentes.

2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais podemos remeter-nos para o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional. Este processo está intrinsecamente ligado à capacidade de comunicar de forma clara e concisa as conclusões, conhecimentos e raciocínios, implicando a promoção da segurança na prestação de cuidados, a humanização dos cuidados e a prática de

Enfermagem baseada na evidência. Neste âmbito, e, como futura enfermeira especialista, é essencial a produção de conhecimento na nossa profissão.

No âmbito da produção de conhecimento em Enfermagem, com a realização dos estágios no SU e SMI, foi possível fomentar, promover e desenvolver conhecimentos ao nível da Competência Emocional (CE).

A CE assume-se como uma temática com bastante pertinência para a atual complexidade dos contextos de trabalho, uma vez que, as emoções fazem parte do nosso constructo e têm sido, cada vez mais debatidas e, desenvolvidas em várias áreas da psicologia, da educação e da saúde. No entanto, ainda é um tema com escassos estudos a nível nacional, daí que o foco da temática seja investigar, de forma, a promover o seu desenvolvimento na comunidade científica e para a necessidade de refletir a mesma.

Neste sentido, a elaboração do estudo acerca da “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”, emergiu no módulo de estágio do SU, dada a evolução dos contextos de trabalho atuais, e o fato de a CE assumir-se como um fator inerente e intrínseco à qualidade e gestão de recursos humanos ao nível da saúde, sendo também como refere Alves (2012) considerada uma temática que contribui para um trabalho mais flexível entre as equipas multidisciplinares em contexto hospitalar. Este estudo apresentou como objetivo geral: identificar atitudes e comportamentos relativamente à competência emocional, mais frequentemente vivenciados nos enfermeiros que exercem funções nos serviços de Urgência e Medicina intensiva, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, sendo a população alvo os enfermeiros dos serviços de SU e do SMI.

O estudo desenvolveu-se em torno da pessoa em situação crítica, uma vez, que faz parte integrante do plano de estudos do Mestrado com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estabelecendo especial relação com as emoções, inerentes a que o enfermeiro deverá estar provido quando se depara com este tipo de doentes e, qual a abordagem necessária a realizar durante a prática destes cuidados.

Durante a realização do módulo de estágio relativo ao SU, desenvolvi um projeto de investigação (Apêndice II), acerca do tema, sendo posteriormente, solicitado parecer à Comissão de Ética e ao Conselho de Administração da instituição, que foi apenas aprovado em Dezembro de 2018 (Anexo I), data esta em que já tinha terminado o estágio. Uma vez que o tema foi transversal aos dois módulos de estágio e ambos decorreram na mesma instituição hospitalar, foi ainda possível aplicar o estudo no contexto de SU.

Após aprovação para o desenvolvimento do estudo, procedi à construção de um questionário, tendo como base para a construção do mesmo, a Escala de Veiga da Competência Emocional (EVCE), tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa. Foi solicitado o consentimento à autora que validou a mesma, para a sua utilização, tendo obtido a sua autorização (Anexo II).

O instrumento de Recolha de Dados (IRD), traduziu-se num questionário (Apêndice II) constituído por duas partes: a primeira, diz respeito, à caracterização da amostra, adequando-se à população alvo, constituída por questões fechadas e, por algumas, questões abertas de resposta curta; a segunda parte é constituída pela “Escala Veiga de Competência Emocional” (EVCE) (Veiga- Branco, 2011), onde as variáveis relativas às atitudes e comportamentos de cada uma das cinco capacidades da CE, foram descodificadas em afirmações, e, representadas nos 86 itens da escala.

A EVCE é um instrumento que tem produzindo vários estudos no âmbito do Perfil Emocional em profissionais de saúde e reúne consenso, relativamente à aplicabilidade do tema em contexto de prática de enfermagem, e, quanto à sua validade e compreensibilidade na avaliação das dimensões de competência emocional.

O processamento dos dados foi realizado com recurso aos sistemas informáticos Excel e SPSS®, sendo os resultados apresentados neste relatório, pretendendo, posteriormente, publicar numa revista científica.

Este estudo foi realizado fora do horário de trabalho dos enfermeiros, no seu tempo livre, não tendo como objetivo, identificar ou verificar comparações, entre os serviços da instituição. A cada participante foi entregue o IRD, em formato de papel, dentro de um envelope, com atribuição aleatória de um código numérico, não tendo sido possível a sua identificação.

Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia”, da Organização Mundial de Saúde e do Código Deontológico do Enfermeiro, assume-se o compromisso de respeitar não só o sigilo institucional, mas também o sigilo dos participantes.

Foi obtido um consentimento informado de cada participante, por escrito, através da entrega de uma declaração com esse propósito prévia à aplicação do questionário, a cada um dos participantes que aceitarem participar no estudo (modelo de consentimento informado realizado, remetido para Apêndice II),

Futuramente neste serviço irei realizar uma apresentação dos resultados acerca do estudo, juntamente com o desenvolvimento de uma formação relativa à CE, agendada mediante o plano de formação do serviço, uma vez que, considero essencial que estes

profissionais de saúde conheçam os resultados do estudo, bem como, as suas emoções, e tenham a oportunidade de refletir sobre a gestão das mesmas, sendo que, o compromisso é apresentar os resultados encontrados.

Ainda durante o estágio no SU, pude refletir acerca da identificação inequívoca de doentes, pois na realidade deste serviço e dada a afluência de doentes, a segurança deverá estar assegurada e na base de todos os cuidados prestados. Segundo a DGS (2011), na orientação nº 018/2011, refere que os profissionais de saúde deverão confirmar a identidade do doente, em todos os contatos a estabelecer, e, previamente à realização de algum tipo de intervenção, confirmando, neste caso, pelo menos dois dados inequívocos da sua identificação.

No estágio pude constatar que os enfermeiros confirmavam sempre a identidade do doente no decorrer dos procedimentos que estavam a executar. Neste sentido, aquando alguma ação desenvolvida junto do doente, confirmei o nome, data de nascimento e o número do processo clínico, junto do mesmo e através da pulseira de identificação, tendo sempre como prática, o estabelecimento de comunicação verbal com o próprio e, quando este não estava capaz de comunicar, optava sempre que possível, por confirmar junto do familiar e/ou cuidador (quando este estava presente!!).

Já no desenvolvimento do estágio relativo ao SMI, tive a oportunidade de realizar outra dinâmica ao nível do estudo e, com o intuito, de facilitar a adesão ao preenchimento do questionário e clarificação de conceitos inerentes ao desenvolvimento da competência emocional, optei por realizar uma formação em serviço, posterior ao preenchimento do questionário.

Previamente à sua realização foi elaborado um plano de sessão, o qual remeto para Apêndice III.

A formação baseou-se essencialmente, na clarificação de conceitos subjacentes à Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE), como a auto-motivação, auto-consciência, empatia, gestão de emoções e gestão de emoções em grupo. Estes conceitos constituem a base desta escala, logo seria pertinente proceder à descrição de cada um, estabelecendo uma relação com a prática de cuidados à pessoa em situação crítica. Durante a formação também foram apresentados dados preliminares relativos à primeira parte do questionário.

A apresentação da sessão de formação encontra-se no Apêndice III.

Torna-se importante enunciar que a realização desta formação, foi apresentada na última semana de estágio, logo já foi possível espelhar alguns dos resultados obtidos

acerca do preenchimento do questionário por parte dos enfermeiros do SMI, constituindo-se numa amostra de 21 participantes.

Uma vez que, o tratamento de dados relativo à segunda parte do questionário ainda não tinha sido efetuado na íntegra, foi comunicado aos enfermeiros que seria agendada nova formação para apresentação final dos resultados e, como forma de contribuir para o desenvolvimento da CE, participaria também nesta formação, a autora da escala utilizada no estudo, Dr.^a Professora Maria Augusta Veiga Branco, por iniciativa da própria.

Durante a realização deste estágio surgiu também a oportunidade de submeter um resumo acerca do estudo desenvolvido, no I Congresso Internacional de Inteligência Emocional que decorreu nos dias 21 a 23 de Fevereiro, em Bragança, a convite da autora da escala aplicada no estudo, no qual foi aceite um trabalho submetido para apresentação de uma comunicação livre. O resumo e a apresentação da comunicação livre encontram-se em Apêndice II.

Os resultados finais do estudo “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica” serão apresentados no capítulo referente a esta temática e enunciados no presente relatório.

Competências adquiridas:

Refleti acerca questões/problemas relacionados com o desenvolvimento da CE do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica através do desenvolvimento de um estudo; contribui para o desenvolvimento de competências emocionais do enfermeiro nestes contextos de estágio, através da realização de formação nesta área; desenvolvi, de forma autónoma e contínua, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional; desenvolvi um discurso pessoal e fundamentado; contribui para a melhoria da prestação de cuidados ao nível do reconhecimento por parte dos enfermeiros das suas emoções; contribui para o desenvolvimento de estudos na área da CE.

3. COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O estudo das emoções tornou-se um desafio na Investigação em Enfermagem. Estas, ocupam um papel fundamental e determinante no seu desenvolvimento ao nível dos enfermeiros, e, em várias fases da sua vida, que vão desde os processos formativos aos contextos de cuidados (Veiga-Branco, 2004). Face a este desafio, assistimos que na prática de cuidados são concebidas estratégias e vivências ao nível emocional, entre enfermeiro, doente e família e/ou cuidador, deixando espaço, para o foco da competência emocional (CE) do enfermeiro.

As competências do enfermeiro, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, não residem no simples fato de executar uma intervenção de uma ação ou tratamento, passam também pela forma, como os enfermeiros percecionam essa execução, tendo por base, sentimentos e emoções, uma vez, que estes estão sempre envolvidos no processo de saúde/doença e na dualidade cuidador/cuidado (Veiga-Branco, 2004).

Aliado a isto, e como futura especialista em EMC, este estudo pretende identificar atitudes e comportamentos vivenciados pelos enfermeiros que exercem contato direto com a pessoa em situação crítica. A CE é considerada uma competência básica para a vida (Bisquerria, 2003) e, quando aplicada a contextos hospitalares, potencia um trabalho mais flexível entre equipas multidisciplinares (Alves, 2012).

Durante o desenvolvimento dos estágios, pude refletir acerca das competências emocionais dos enfermeiros quando prestam cuidados à pessoa em situação crítica. Para muitos profissionais de enfermagem é um tema ainda pouco desenvolvido e estudado, mas quando deparados com o mesmo, afirmam que no exercício das suas funções e dadas as complexidades e exigências atuais nos seus locais de trabalho, tendem a agir em consonância com a restante equipa, mas muitas das vezes, esquecem-se que cada um é provido de emoções, e que os seus comportamentos e atitudes, nem sempre são da forma mais controlada e consciente, devendo por isso, existir formação e treino ao nível

da gestão das emoções e, de que forma, é que estas o afetam, para que assim, o tornem numa pessoa mais eficiente durante as suas atividades diárias, enquanto membros sociais ou profissionais (Veiga-Branco, 2004).

Neste sentido, torna-se imperativo que os enfermeiros conheçam as suas emoções e saibam geri-las e reconhecê-las nos outros, para que, posteriormente possam ajudar a pessoa cuidada no seu próprio processo de gestão de emoções, enquanto percorre o caminho da sua recuperação física, psicológica e emocional.

Partindo do objetivo geral do estudo que desenvolvi intitulado “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”, entende-se por CE como um conjunto de capacidades que permitem ao enfermeiro conhecer e gerir as suas próprias emoções, para que, posteriormente, se consiga motivar, de forma, a atuar perante situações-problema ou situações promotoras de conflito (Goleman, 1995; Veiga-Branco 2004, 2005, 2007). Para Veiga-Branco (2004), partindo do modelo de Goleman (1995, 1999), estas habilidades transformam-se em torno de cinco capacidades inerentes ao desenvolvimento da CE, sendo estas: *Autoconsciência, Gestão de emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Emoções em grupo*.

Assim, como futura EEMC, é possível entender e valorizar as competências que condicionam a nossa prática e o nosso comportamento, pois estes refletem o sentido de responsabilidade, permitindo cuidar a pessoa em situação crítica, de forma adaptada e holística.

Tendo como referência a definição de “pessoa em situação crítica”, definida pela OE (2018), que refere que são necessários meios avançados, recursos materiais e humanos que consigam dar resposta à situação adversa e, que permita a manutenção das necessidades básicas de vida, é essencial identificar atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados pelos enfermeiros que lhe prestam cuidados, para que posteriormente, possamos melhorar e aperfeiçoar técnicas, habilidades e capacidades em resposta, às necessidades da pessoa que cuidamos, tendo em vista, a promoção de cuidados seguros, eficazes e eficientes.

Com o intuito de organizar os dados provenientes do estudo, é também do interesse pessoal perceber, de que forma, a informação e as variáveis se relacionam entre si, procurando através da análise estatística dos dados, verificar a correlação da CE e suas capacidades, através do uso de tabelas e gráficos.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0 (Statistical Package for the Social Sciences). A análise estatística relativa à EVCE, obedeceu a um conjunto de critérios inerentes à sua aplicação, sendo que cada uma das capacidades enunciadas têm por base o construto de Goleman e, para o seu estudo ao nível correlacional foi utilizada a metodologia de inversão de itens.

A apresentação dos resultados obtidos durante a realização de estudo será seguidamente apresentada, de forma sucinta, enumerando as principais conclusões do mesmo. Os restantes resultados serão remetidos para o Apêndice IV.

Assim, no estudo obteve-se uma amostra(n) é constituída por 37 enfermeiros que exercem funções nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva, sendo que 56,76% do sexo feminino (n=21).

Os participantes em estudo apresentam idades compreendidas entre 27 e 54 anos, representando uma média de idade de 40,59 anos. Quanto ao estado civil, os elementos da amostra dividem-se entre solteiros (16,2%), casados (59,5%), divorciados (8,1%) e em união de fato (16,2%). Relativamente às habilitações literárias, a maioria da amostra apresenta licenciatura (51,4), seguido de especialidade (37,8%).

A situação profissional foi uma variável também considerada em estudo. A amostra apresentava idade média de tempo de serviço entre 1 e 31 anos, e na sua maioria, referem que gostavam do seu local de trabalho (97%, n=36); sentem que o seu chefe reconhece o seu trabalho (81%, n= 30); sentem que as suas ideias são escutadas e reconhecidas (78%, n= 29) e sentem-se realizados a nível profissional (76%, n=28).

No que se refere ao grau de importância atribuído às questões da situação profissional, e, de acordo, com uma escala temporal de *Likert* em que 1 “*sem importância*” e 5 “*muito importante*” foi considerado como sendo, “*muito importante*” a “relação interpessoal com os outros”, a “estabilidade emocional na relação com os outros”, a “estabilidade emocional na prestação de cuidados”, e, como sendo, “*bastante importante*” a “relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional” e a “relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional”. No que concerne à questão “...qual o nível de sucesso relativamente ao seu desenvolvimento pessoal”, os resultados indicam que atribuem o item “*bastante elevado*”.

Na análise dos resultados relativa à segunda parte do questionário, a distribuição da variável dependente CE, foi obtida através da média das cinco capacidades, descritas

com o estatuto de variáveis independentes para os itens da escala, e de acordo, com o IRD. Desta análise, e de acordo, com a escala de Likert de 7 pontos, variando de 1 “nunca” e 7 “sempre” foi possível concluir que os enfermeiros em estudo, têm a percepção que estão “por norma”: auto-conscientes, auto-motivados, gerem as suas emoções e gerem as emoções em grupo. Na capacidade *Empatia*, têm a percepção que são empáticos “frequentemente” quando prestam cuidados à pessoa em situação crítica. De uma forma geral, a amostra em estudo revela-se “por norma” emocionalmente competente (CE; X=4,27).

Realizando correlações entre as variáveis em estudo foi também possível verificar que existem diferenças em relação ao *sexo* e *habilitações literárias*.

Os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica, presentes em estudo, do *sexo* masculino (n=16) têm a percepção “por norma” de todas as capacidades da CE e da CE, já no *sexo* feminino (n=21), também apresentam “por norma” essa percepção, mas com exceção da *Empatia*, pois percecionam-se “frequentemente” empáticas, no cuidado à pessoa em situação crítica, existindo diferenças estatisticamente significativas nesta capacidade (p=0,003).

Quanto à variável *habilitações literárias* e, verificando-se a comparação entre enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas, os resultados demonstraram que o enfermeiro especialista, perceciona-se de forma “frequente” como um ser empático, quando comparado com enfermeiros generalistas, existindo diferenças estatisticamente significativas nesta variável e ao nível da especialidade (p=0,002).

Relativamente à análise fatorial da CE e suas capacidades, foi medida a fidelidade, a consistência interna e a correlação, através da determinação do Alfa de Cronbach (α), que de acordo, com os valores de referência de Pestana e Gageiro (2008), verificamos que a consistência interna da CE foi “muito boa”, e as suas capacidades assumiram itens de “boa”, à exceção da *Empatia* que apresentou valores de consistência interna “razoável” ($\alpha=0,712$).

Realizando uma análise geral e crítica, relativa às subescalas das capacidades da CE, foi possível concluir com o estudo, segundo a escala temporal de *Likert* entre 1 “nunca” e 7 “sempre”, que:

- **Auto-consciência:**

A amostra revela que o seu **comportamento relacional** no cuidado à pessoa em situação crítica, se altera “por norma”, deixando-se “absorver

por essas emoções(...)” e condicionando o seu comportamento, mas que ao mesmo tempo, a capacidade de atenção e o nível de raciocínio “*pouco frequente*” se alteram. Na **auto-percepção consciente**, os enfermeiros revelam de forma “*frequente*” atitudes de consciência perante o que sentem, perante o tipo de sentimentos que os invadem, conseguindo exprimir o que sentem de forma verbal e não verbal, assumindo “*muito frequente*” atitudes observadoras, em relação ao que se passa à sua volta e, atitudes racionais no que se refere aos sentimentos. Relativamente à **percepção positiva de si**, a amostra revela através dos resultados que em média e, de forma, “*frequente*” apresenta atitudes positivas (“...*encaro a vida pela positiva.*”) e autónomas (“...*independente dos medos e outras opiniões*”). Já na **percepção Negativa de si**, os participantes revelam que “por norma” não conseguem controlar os sentimentos negativos, mas por outro lado, revelam “pouco frequente”, uma atitude de instabilidade e com várias alterações de humor.

- **Gestão das emoções:**

Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna, a classificação de “boa” ($\alpha=0,870$). Nesta, são expressos pela amostra atitudes emocionais que vão desde a fuga, solidão, afastamento passivo, racionalização e readaptação emocional e transformação da energia emocional em física. “*Pouco frequente*” assume-se como a média que os participantes tendem a perceber acerca das suas atitudes negativas de fuga e solidão. O afastamento passivo traduz as **atitudes de afastamento**, face a situações de conflito, sendo que, os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica, tendem “*por norma*” a afastar-se de **conflitos** de forma consciente. Relativamente à **racionalização** e **readaptação emocional**, nos itens avaliados, é possível verificar que este item assumiu uma atribuição de “*frequente*” refletindo uma percepção de uma atitude racional, para uma posterior readaptação às emoções.

Os sujeitos da amostra revelam que, quando tentam ultrapassar as emoções e sentimentos negativos, assumem uma atribuição “*pouco frequente*” face à **prática de exercício físico**, quando percebem a gestão de emoções.

- **Auto-motivação:**

Nesta capacidade são expressadas atitudes emocionais, como a Iliteracia emocional, iliterados manipulados pela energia emocional, literacia emocional, racionalização do fluxo e, por último, estado do fluxo. No que concerne aos itens avaliados e, relativos à **iliteracia emocional**, a amostra revela, maioritariamente, uma atribuição “*pouco frequente*” na escala temporal de *Likert*, percecionando pouco frequentemente negativismo emocional (pessimismo, derrotismo, auto-piedade). Já no item **Literacia emocional**, os participantes revelam a atribuição “frequente”, que se traduz numa perceção positiva acerca das suas emoções, exprimindo capacidade de controlar os impulsos, “(...)arranjar energia e habilidade para enfrentar os problemas.”.

- **Empatia:**

Após análise dos resultados da subescala relativa à empatia, podemos destacar atitudes emocionais ao nível da valorização da expressão, literato emocional em conflito, sintonia relacional e valorização da expressão da oralidade. Dos itens avaliados, podemos verificar que: A **valorização da expressão** em média é “*frequente*” na amostra, assumindo-se como um aspeto crucial na expressão das emoções. A atitude emocional ao nível da expressão corporal, tom de voz, direção do olhar e a linguagem não verbal, são fatores que ocorrem com frequência nos enfermeiros quando prestam cuidados à pessoa em situação crítica. Da análise dos resultados, também podemos concluir que a **sintonia relacional** ocupa em média a atribuição “*frequente*” nos participantes, levando-nos a refletir que os enfermeiros desta amostra, percecionam frequentemente, atitudes de empatia, uma vez que, conseguem “*Registrar/perceber os sentimentos dos outros*”, sintonizar com o que os outros estão a sentir e mais uma vez, tendem a valorizar a comunicação não verbal.

- **Gestão de Emoções em Grupo:**

Esta capacidade manifesta atitudes emocionais ao nível da **estabilidade pessoal e emocional; controlo emocional e relacional**; e, **sincronismo**. Assim, perante a análise estatística dos resultados podemos verificar que: Relativamente às atitudes emocionais ao nível da **estabilidade pessoal e emocional**, em média, os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação

crítica manifestam na sua maioria, de forma, “*frequente*” percepções pessoais de positivismo emocional, demonstrando estabilidade no reconhecimento das emoções nos outros, mantendo relações estáveis ao longo do tempo e demonstrando capacidade em controlar as expressões das suas próprias emoções. Ao nível do **controle emocional e relacional**, podemos verificar que, em média, a maioria da amostra apresenta “*por norma*” clareza nas suas opções na relação com o outro, preferência de “(...)colocar-me frente a frente”, tendo a percepção de perceber como os outros se sentem. No que se refere ao **sincronismo**, os resultados demonstram que os enfermeiros em estudo, apresentam em média e na sua maioria, a atribuição “*por norma*” face a esta atitude emocional e, segundo a escala temporal de Likert. Assim, “*por norma*” percebem sentimentos de sintonia com os que os rodeiam, revelando uma capacidade de identificar sinais de mímica nos próprios gestos com o outro.

Comparando a percepção desta amostra em estudo, com amostras de alguns autores que realizaram estudos acerca da CE (Tabela nº1), nomeadamente nos estudos: Veiga-Branco (2005) acerca da CE em professores; Vilela (2006) acerca das capacidades de Inteligência emocional em enfermeiros; Rodrigues (2017) acerca da CE em profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico; podemos concluir que os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica têm a percepção de que, em média:

- ☑ “*Por norma*” são autoconscientes (X=4,32);
- ☑ “*Por norma*” gerem as suas emoções (x=3,79);
- ☑ “*Por norma*” são automotivados (X=3,98);
- ☑ “*Frequente*” são empáticos (X=4,73);
- ☑ “*Por norma*” gerem as emoções em grupo (X=4,53);
- ☑ “*Por norma*” se percebem com Competência emocional (X=4,27).

Podemos também comparar o estudo de Rodrigues (2017), visto que a amostra foi constituída por profissionais de saúde na abordagem ao doente crítico, é possível verificar que a presente amostra se aproxima desta, nomeadamente ao nível da Gestão de Emoções, Empatia e Gestão de Emoções em Grupo, revelando algo em comum e pelo fato de serem profissionais de saúde e na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Os resultados deste estudo foram semelhantes ao estudo de Vilela (2006), provavelmente por ambos os estudos apenas terem na sua amostra enfermeiros.

Autores	Capacidades					
	Autoconsciência	Gestão de Emoções	Auto-motivação	Empatia	Gestão de Emoções em Grupo	CE
Veiga-Branco (2005)	F/PN	PN	PN/F	F/PN	PN/F	PN/F
Vilela (2006)	PN	PF	PF	PN/F	PN	PN/F
Rodrigues (2017)	F	PN/F	F	F	PN/F	F
Presente estudo	PN	PN	PN	F	PN	PN

Tabela nº1 – Apresentação da análise comparativa entre a frequência temporal da CE das capacidades da CE nos autores e presente estudo

Assim, é possível concluir que os resultados da amostra em estudo, dão ênfase a resultados obtidos anteriormente em estudos relativos à temática Competência Emocional. Por outro lado, este estudo revelou alguns entraves ao nível da literatura, uma vez que, é uma temática com escassos referenciais anteriores e, ao nível da dimensão da amostra, que apesar de todo o trabalho e dedicação não foi representativa.

4. CONCLUSÃO

O caminho percorrido durante o desenvolvimento dos estágios, mostrou-se um trajeto de aprendizagem fulcral para a aquisição e aperfeiçoamento de competências especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, uma vez, que despertaram momentos de reflexão-crítica acerca da avaliação, planeamento e intervenção no cuidado à pessoa em situação crítica.

A realização deste relatório também evidencia as atividades desenvolvidas e planeadas, previamente, em projeto de estágio e direcionadas para os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

A reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de EMC revelou-se extremamente enriquecedora e construtiva, permitindo a sensibilização e consciencialização das capacidades adquiridas ao longo do estágio, quer a nível pessoal, académico e profissional, sensibilizando-me para áreas que carecem de maior investimento como futura enfermeira especialista e mestre, nomeadamente no âmbito da gestão de cuidados, competências técnicas, comunicacionais e científicas relacionadas com a pessoa em situação crítica.

O desenvolvimento do estudo «Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica», foi um tema transversal a ambos os estágios, e, tornou-se uma mais valia para os serviços onde estagiei, uma vez que, é um tema ainda com escassos estudos, desenvolvidos a nível nacional e, com aplicação e validação para a população de enfermagem. Por outro lado, conduziu à auto-reflexão dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, através da implementação do estudo e, posterior partilha entre pares.

Através da auto-reflexão, foi possível evidenciar e avaliar o meu desempenho e responsabilidade na aquisição de autonomia, tomada de decisão, que se foi espelhando no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

No estágio de SU, fui capaz de desenvolver competências especializadas na abordagem à pessoa em situação crítica, através da prestação de cuidados com qualidade e segurança, adequados às exigências do próprio serviço, aplicando o Processo de Enfermagem, de forma holística e individual, tendo sempre como foco da minha prática, a pessoa e a sua família e/ou cuidador. Neste sentido, foram desenvolvidas competências ao nível das relações interpessoais e relacionais, centradas e adequadas às necessidades de cada doente e, na fase do ciclo vital que estariam a vivenciar.

Ao nível do estágio do SMI, pude comprovar que mesmo com o ambiente complexo e detentor de todo um manancial de equipamento técnico sofisticado, é possível prestar cuidados à pessoa em situação crítica de forma humanizada, adequando toda a panóplia de tecnologia, ao processo de saúde/doença que a mesma estaria a vivenciar.

A realização destes estágios, nos serviços de SU e SMI, também se tornou em momentos de observação e aprendizagem, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, bem como, a realização do Processo de Enfermagem direcionado para os problemas e prioridades específicas de cada doente, família e/ou cuidador.

Com base nos conhecimentos provenientes da minha prática profissional e espelhados ao longo de todo o curso de mestrado com EEMC, considero que fui um veículo de mudança ao nível do desenvolvimento de competências emocionais nos enfermeiros que, diariamente, cuidam da pessoa em situação crítica, procurando dar ênfase às capacidades inerentes, identificando atitudes e comportamentos experienciados para a prestação de cuidados especializados a este nível, fomentando também a partilha de conhecimento entre pares.

Durante todo este processo, assumi o dever de responsabilidade pela visibilidade da área de especialização em EMC, respeitando as crenças, valores, cultura e emoções da pessoa em situação crítica e sua família e/ou cuidador, tendo em conta, a sua privacidade, consentimento informado e integridade, demonstrando sempre o respeito pelos princípios éticos e deontológicos que se encontram inerentes ao desenvolvimento da profissão de Enfermagem.

As dificuldades sentidas na Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, passaram sobretudo, pela capacidade de sintetizar as ideias e selecionar os aspetos mais

importantes a abordar. A meu ver, existiram muitas atividades que ficaram por descrever neste relatório, no entanto, foram relatadas as que tiveram mais contributo para o meu desenvolvimento como futura enfermeira EEMC.

A realização dos estágios também teve uma forte contribuição para a minha vida profissional de enfermagem. Pude desenvolver maior segurança, face a técnicas menos desenvolvidas, mostrar qualidade nos cuidados prestados, tomar decisões fundamentadas, tendo sempre como base, o processo de auto-reflexão e a evidência científica.

Desta forma, devo enunciar a importância da integração nas equipas multidisciplinares e orientação, por parte dos enfermeiros chefes e tutores, permitindo o desenvolvimento de competências, em conformidade, com os objetivos definidos no projeto de estágio. Com o desenvolvimento do estudo acerca da competência emocional, pretendo dar visibilidade à Enfermagem, através de publicações e participação em eventos relacionados com o tema.

Sem dúvida, que o desenvolvimento deste curso trouxe bastantes contributos para mim, sobretudo ao nível do processo de prestação de cuidados especializados em EMC, pois na minha prática diária, poderei responder a situações complexas, face à área de especialização, desenvolvendo intervenções diferenciadas e autónomas no processo de cuidar da pessoa e da sua família e/ou cuidador.

No entanto, o caminho não finda com a conclusão do Relatório, pois pretendo participar em mais eventos, de forma, a divulgar os resultados encontrados relativos à CE dos enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica, bem como, publicar um artigo sobre o tema, numa revista científica indexada, encontrando-me neste momento a realizar a redação do mesmo, e, ainda a alargar o estudo da CE a outros contextos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, T. (2015). *A pessoa em situação crítica em contexto de urgência dos cuidados de enfermagem prestados... aos cuidados de enfermagem documentado*. Tese de Mestrado. Viana do Castelo. Portugal.

Almeida, M.; Ribeiro, J. (2008). *Stress dos clientes nos cuidados intensivos*. Revista Referência, II série – nº7. 79-88.

Alves, J.; Ribeiro, C.; Campos, S. (2012). *A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares*, Revista Referência, III série – nº7.

Batista, J.; Vasconcelos, P.; Miranda, R.; Amaral, T.; Geraldês, J.; Fernandes, A.; (2017). *Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos*. Revista de Enfermagem Research, 83-92.

Bisquerra, R. (2009) *Psicopedagogía de las emociones*. Editorial Síntesis. Madrid

Brachine, J.; Peterlini, M.; Pachera, M. (2012). *Método Bundle de redução de infeção da corrente sanguínea relacionada com cateteres centrais*. Revista Gaúcha Enf. Brasil.

Capdevila, J.;(2013). *El Catéter periférico: El gran olvidado de la infección nosocomial*. Ver Esp Quimioter. p. 13-17.

Chapman, R.; Watkins, R.; Bushby, A.; & Combs, S. (2012). *Family-witnessed resuscitation: Perceptions of nurses and doctors working in an Australian emergency department*. Emergency Medicine, 1-10

Carlotti, A.; (2012) – *Acesso Vascular*. Revista Medicina. Vol. 45, nº2, p. 208-214.

Casimiro, S. (2015). *Padrões da Qualidade na Administração e Gestão de Enfermagem*. Relatório de Estágio de Gestão em Enfermagem. Porto.

Choi, H.; Shin, S.; Ro, Y; Kim, D.; (2012). *A before and after intervention trial for reducing unexpected events during the intrahospitalar transport of emergency patients*. The American Journal of Emergency Medicine, p. 1433-1440.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, J. (2004) *Métodos de prestação de cuidados*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Viseu. Portugal.

Costa, M., (2014). *Cultura de segurança do doente num hospital da região centro, percepção dos profissionais*. Tese de mestrado. Coimbra.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: edições Almedina.

Dias, C. (2010). *Prevenção da Infecção Nosocomial - ponto de vista do especialista*. Revista Portuguesa de Medicina Intensiva. Vol.17, p. 47-53.

Direção Geral da Saúde (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

Direção Geral da Saúde (2007). Comissões de Controlo de Infecção. *Circular Normativa Nº18/DSQC/DSC*, p. 1-5. Lisboa. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2008). *Manual de operacionalização - Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2010). Programa Nacional da Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde – *vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea*. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2013a) – *Plano Nacional de Saúde: 3.3 Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde*. Portugal.

Direção Geral da Saúde (2013b) – *Precauções Básicas do Controlo de Infeção*. Lisboa. Portugal.

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma n.º 021/2015 de 16/12/2015. “*Feixe de Intervenções*” de *Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação*. Lisboa, Portugal

Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos doentes - Despacho n.º 1400-A/2015*. Diário da República, 2.ª série -N.º 28 -10 de fevereiro de 2015, 3882(2) - 3882(10). Lisboa.

Duarte. S.; Stipp, M.; Mesquita, M.; Silva, M. (2012). *O Cuidado de Enfermagem no Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca: Um Estudo de Caso*. *Pesquisa*, 16 (4), 657-665.

Dornelles, C.; Oliveira, G.; Schwonke, C. & Silva, J. (2012). *Experiências de doentes críticos com a Ventilação Mecânica Invasiva*. Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, Vol. 16 (4), p. 796-801.

Elkin, M.; Perry, A.; Potter, P. (2005). *Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-96-7.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3a edição). Loures: Lusociência.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.

Friedrich, D.; Gonçalves, A.; Sá, T.; Sanglard, L.; Duque, D.; & Oliveira, G. (2010). *O portfólio como avaliação: análise de sua utilização na graduação de enfermagem*. *Revista Latino Am Enfermagem*.

Goleman (1999). *Trabalhar em Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa.

Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa.

Goleman, D. (2005). *Trabalhar em Inteligência Emocional* (3ªed.). Temas e Debates. Lisboa.

Goleman, D. (2006). Prefácio, in R. Boyatzis e A. McKee, *O Poder da Liderança Emocional*. Rio de Janeiro. Editora Campus.

Goleman, D. (2009). *Inteligência Emocional* (13ª ed). Temas e Debates. Lisboa.

Gouveia, C. (2017) – “Cuidados especializados ao doente crítico desde o ambiente urgente ao ambiente cirúrgico”. Relatório de estágio. Funchal.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice*. New York: Springer.

López, B.; Ruiz-García, V. (2005) - *Heparina frente a cloruro sódico 0,9% para mantener permeables los cateteres venosos centrales. Una revisión*.

Lopes, T. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros - Na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados*, Dissertação de Mestrado apresentado ao Instituto Politécnico de Bragança; Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, Portugal.

Mações, M. (2014). *Manual de Gestão Moderna: teoria e prática*. Coimbra, Grupo Almedina.

Maroco, J. (2014). *Análise Estatística: Com o SPSS Statistics*. 6ª ed. Lisboa.

Marquis, B.; Huston, C. (2010). *Administração e Liderança em Enfermagem*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Martin, A.; Rabelo, J.; Barreto, S.; & Marcon, S. (2016). *Presença da família durante o atendimento emergencial: Percepção do paciente vítima de trauma*. *Aquichan*, 16(2), 193-204

Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. (2015). Despacho n.º 13427/2015. *Diário da República n.º 228/2015, Série II de 2015-11-20*, pp. 33814 - 33816.

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2014). Despacho no 10319/2014. *Diário da República, 2ª série - No 153- 11 de Agosto de 2014*, pp. 20673-20678.

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Lista de indicadores para monitorização da qualidade - Despacho n.º 5739/2015. *Diário da República n.º 104/2015, Série II de 2015-05-29*, 13878 - 13879. Lisboa.

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. (2015). Plano Nacional para Segurança dos doentes 2015-2020 -Despacho n.º 1400 - A/2015 - *Diário da República n.º 28/2015, Série II de 2015-02-10*, 3882(2)-3882(10). Lisboa.

Ministério da Saúde. (1991). Decreto-lei 437/91. *Diário da República n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08.*, 5723 - 5741. Lisboa.

Oliveira, A.; Parreira, P.; (2010). – *Intervenções de enfermagem e flebitis decorrentes de cateteres venosos periféricos*. Revisão sistemática da literatura. *Revista Referência* Vol. III, no 2., pp. 137-147. Coimbra

Organização Mundial da Saúde (2009). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*. Obtido de <https://www.dgs.pt/.../classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. p. 1-17.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Dotações seguras salvam vidas. *Dia Internacional do Enfermeiro*.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 122/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, de 18 de fevereiro de 2011*.

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Regulamento no 533/2014 publicado em Diário da República, 2.ª série – nº 233 - 2 de Dezembro de 2014*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. 1- 112. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido de Ordem dos enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_V F_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Regulamento n.º 361/2015 publicado em Diário da República, 2ª série - N.º123 - 26 de Junho de 2015*.

Pestana, M.; Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: complementariedade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa.

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). *Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39.

Pina, E.; Silva, M.; Silva, E.; Uva, A. (2010). *Infeção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infeções da corrente sanguínea (septicémia)*. Rev Port Saúde Pública, vol.28.

Pinto, V.; Conceição, A. (2008). *Os Enfermeiros na Espiral do Conforto*. Revista Sinais Vitais, 80. 5-12.

Pott, F.; Stahlhoefer, T.; Felix, J. & Meier, M. (2013). *Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico*. Revista Brasileira de Enfermagem, 66(2), 174- 179.

Ribeiro, C. (2016). *“Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”* Projeto de estágio. Setúbal.

Rodrigues, P. (2017). *Determinantes da Competência Emocional de Profissionais de Saúde na Abordagem ao Doente Crítico*. Dissertação de Mestrado. Bragança. Portugal.

Sá, F.; Botelho, M.; & Henriques, M.;(2015). *Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro*. Pensar Enfermagem, 19(1), 32-46.

Silva, A. (2007). *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. Tese de Mestrado. Porto.

Silva, R.; Amante, L. (2015). *Checklist para o transporte intra-hospitalar de pacientes internados na unidade de terapia intensiva*. Texto & Contexto Enfermagem, pp. 539-547.

Soares, J.; Próspero, F.; (2016) - *Serviço de Urgência, o elo mais fraco ou a vítima da desorganização dos sistemas*; pág.10-13; Gestão Hospitalar.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes Críticos - Recomendações*. p. 1-48.

Souza, A.; Oliveira, J.; Dias, D.; Nicola, A.; (2016). *Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário*. Rev Rene. [Em linha]. Jan-Fev; 16 (1). pp. 114-122.

Veiga-Branco, M. (2004a). *Competência Emocional*. Quarteto. Coimbra.

Veiga-Branco, M. (2004b). *Auto-motivação*. Quarteto. Coimbra.

Veiga-Branco, M. (2005). *Competência Emocional em professores. Um estudo em discurso do campo educativo*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação apresentada na U. Porto.

Veiga-Branco, M. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In coord. A.A. Candeias & L.S. Almeida, *Inteligência Humana: Investigação e aplicações*. Quarteto. Coimbra. P.361-379.

Veiga-Branco, M. (2009). *Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVBCIE): partes I e III*. In Mendonça, Susana Sobral. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Penafiel: editorial Novembro p.162-164.

Veiga-Branco, A. (2011). *Auto-motivación como factor de la competencia emocional*. In XVII Congreso Internacional Infad. Roma.

Veiga-Branco, A.; Lopes, T. (2012). *Nursing emotional Competence profile: exploratory study in continued care national network*. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012. Porto.

Veiga-Branco, M. (2018). *Escala Veiga de Competência Emocional*. In Rodrigues, P.A.R. & Veiga-Branco, M. A. R. (Ori). (2018). *Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico*, (pp. 67-75). Biblioteca Digital do IPB, Escola Superior de Saúde, Teses de Mestrado ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos.

Veiga-Branco, M. (2018). Escala Veiga de Competência Emocional. In Ferreira, C. A. P., Veiga-Branco, M. A. R., Mata, M. A. (Ori). (2018) Competência emocional e interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras das unidades de cuidados de saúde primários: uma perspetiva de cuidadores formais e informais. (Anexo I) Biblioteca Digital do IPB, Escola Superior de Saúde, Teses de Mestrado ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos.

Vilela, A. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado. Aveiro. Portugal.

Xavier, S.; Nunes, L. & Basto, M. (2014), *Competência Emocional do Enfermeiro: a significação do constructo*, in Pensar Enfermagem, vol.18, nº2, 2ºsem.

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

6. APÊNDICES

Apêndice I

Norma associada ao uso de cateteres venosos periféricos no Serviço de Urgência

Instituição	Norma n° _____	Elaborado por: Ana Cristina Costa Marques Aprovado por: _____
	Data de criação: 01/11/2018	
	Próxima revisão: _____	

Título:

Uso de cateteres venosos periféricos no Serviço de Urgência

1. Fundamentação Teórica

A inserção de CVP para administração de terapêutica Endovenosa é uma prática diária em ambiente hospitalar, exigindo por parte dos enfermeiros competências na realização desta técnica (Ribeiro, 2016). Pelo facto de ser um procedimento invasivo a sua inserção, fixação e manuseamento poderá resultar numa IACS, com implicância direta para o doente, uma vez, que os doentes portadores de CVP têm maior risco de desenvolverem complicações infecciosas, comparativamente com os que não possuem (DGS, 2008).

Atualmente, os CVP fazem parte do material clínico indispensável, uma vez, que são utilizados para administração de terapêutica, transfusão de hemoderivados, aporte nutricional e sempre que necessário o acesso direto à corrente sanguínea do doente. Quando este procedimento é efetuado, o enfermeiro deverá assumir responsabilidade em todos os momentos de colocação dos mesmos, desde avaliar e seleccionar o calibre do CVP até à explicação do procedimento ao doente, durante o desenvolvimento da técnica de inserção e quando vigia a perfusão da medicação (Elkin, Perry e Potter, 2005).

A prevenção de infeção e o reconhecimento precoce do aparecimento de sinais inflamatórios deve constituir-se num princípio inerente a todos os cuidados de enfermagem que tenham como finalidade a qualidade e a segurança do doente (Souza *et al*, 2015).

As recomendações relativas à prevenção ou minimização da infeção associada ao CVP deve englobar a segurança do doente e o custo-benefício, uma vez, que e recorrendo à análise de

vários estudos, é evidenciado que o risco de infecção diminui quando há uniformização de práticas na assepsia e que a punção e manutenção de acessos venosos por profissionais de saúde com pouca prática clínica pode levar ao aumento do risco de infecção e colonização. (Ministério da Saúde, 2006).

2. Objetivos

Orientar os enfermeiros para reduzir o risco de infecção associado ao cateter venoso periférico, em contexto de Serviço de Urgência.

3. Destinatários

Enfermeiros do Serviço de Urgência (área de OBS).

4. Cuidados inerentes à utilização de cateter venoso periférico

Lavagem das mãos:

Higienizar as mãos antes e após a inserção de cateteres venosos periféricos e, para qualquer tipo de manipulação mesmos dispositivos:

Higienizar as mãos com água e sabonete antisséptico quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas;

Utilizar preparação alcoólica para as mãos, quando as mesmas não estiverem visivelmente sujas;

O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos.

Seleção do cateter e local de inserção:

Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;

Não usar cateteres periféricos para infusão contínua de produtos viscosos, para nutrição parentérica com mais de 10% de dextrose ou outros aditivos que resultem em osmolaridade final acima de 900 mOsm/L, ou para qualquer solução com osmolaridade acima de 900 mOsm/L;

Para atender à necessidade da terapia intravenosa devem ser selecionados cateteres de menor calibre e comprimento de cânula;

Em adultos, as veias de escolha para inserção de cateter venoso periférico são as das superfícies dorsal e ventral dos antebraços.

As veias de membros inferiores não devem ser utilizadas a menos que seja absolutamente

necessário, em virtude do risco de embolias e tromboflebitas.

Deve evitar a área anticubital.

Não selecionar as veias do dorso da mão, pelo risco de contaminação.

Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para a inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar locais no membro não dominante.

Evitar região de flexão, membros comprometidos por lesões como feridas abertas, infecções nas extremidades, veias já comprometidas (infiltração, flebite, necrose), áreas com infiltração e/ou extravasamento prévios, áreas com outros procedimentos planejados.

Preparação da pele:

Um novo cateter periférico deve ser utilizado a cada tentativa de punção no mesmo paciente;

Em caso de sujidade visível no local da futura punção, removê-la com água e sabão antes da aplicação do antisséptico;

O local de inserção do cateter periférico não deverá ser tocado após a aplicação do antisséptico.

Em situações onde se prever necessidade de palpação do sítio calçar luvas estéreis;

Realizar fricção da pele com solução a base de álcool;

O tempo de aplicação da solução alcoólica é de 1,5 a 2,0 minutos. Indica-se que a aplicação do álcool deve ser realizada com movimentos circulares (dentro para fora);

Aguarde a secagem espontânea do antisséptico antes de proceder à punção;

A remoção dos pêlos, quando necessária, deverá ser realizada com tricotomizador elétrico ou tesouras.

Limitar no máximo a duas tentativas de punção periférica por profissional e, no máximo, quatro no total.

Múltiplas tentativas de punções causam dor, atrasam o início do tratamento, comprometem o vaso, aumentam custos e os riscos de complicações.

Doentes com dificuldade de acesso requerem avaliação minuciosa multidisciplinar para discussão das opções apropriadas

Estabilização do cateter:

Estabilizar o cateter significa preservar a integridade do acesso, prevenir o deslocamento do dispositivo e a sua perda.

A estabilização dos cateteres não deve interferir na avaliação e monitorização do local de inserção ou dificultar/impedir a administração de terapia medicamentosa.

Esta deve ser realizada com técnica asséptica e, de modo, a prevenir a perda do cateter não devem ser utilizadas fitas adesivas e suturas, pois podem conter microrganismos patogénicos.

O adesivo de fixação deve ser trocado imediatamente, se houver suspeita de contaminação e sempre quando húmido, solto, sujo ou com a integridade comprometido.

Flush e manutenção do CVP:

Realizar o flush e aspiração para verificar o retorno de sangue antes de cada infusão para garantir o funcionamento do cateter e prevenir complicações;

Realizar o flush antes de cada administração para prevenir a mistura de medicamentos incompatíveis;

Não utilizar soluções em grandes volumes (como, por exemplo, frascos de soro) como fonte para obter soluções para flush;

Recomenda-se o uso de 5 mL de solução Cloreto de Sódio 0,9% em seringa de volume de 10 mL.

-Local de inserção do cateter:

Avaliar o local de inserção do cateter periférico e áreas adjacentes quanto à presença de rubor, edema e drenagem de secreções por inspeção visual e palpação sobre o penso intacto e valorizar as queixas do paciente em relação a qualquer sinal de desconforto, como dor e parestesia.

Remoção do cateter:

O CVP deve ser removido, assim que, não existam medicamentos endovenosos prescritos e caso o mesmo não tenha sido utilizado nas últimas 24 horas.

Este deve ser inserido em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica e trocado logo que possível.

Remover o CVP na suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.

Rotineiramente o cateter periférico não deve ser trocado em um período inferior a 96 horas.

Registos informáticos:

Registar o local, calibre e data de inserção do cateter.

Registar possíveis complicações provenientes da execução da técnica.

Bibliografia

- ELKIN, Martha; PERRY, Anne; POTTER, Patrícia – Intervenções de enfermagem e procedimentos clínicos. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-96-7.
- LÓPEZ-BRIZ, E. ; RUIZ-GARCÍA, V. (2005) - Heparina frente a cloruro sódico 0,9% para mantener permeables los cateteres venosos centrales. Una revisión sistemática. Farmacia Hospitalaria. Vol. 29, nº 4, p. 258-264.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) – Programa Nacional de Controlo de Infeção – Recomendações para a Prevenção da Infeção Associada aos Dispositivos Intravasculares. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008) – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde. Manual de Operacionalização. [Em linha]. Direção Geral de Saúde (DGS), Lisboa.
- RIBEIRO, Cristina (2016) - “Procedimentos de Enfermagem da Cateterização Venosa Periférica na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde”. Relatório de Projeto. Setúbal.
- SOUZA, Angela Elisa Breda Rodrigues de [et al] – Prevalência de flebites em pacientes adultos internados em hospital universitário. Rev Rene. [Em linha]. Jan-Fev; 16 (1). pp. 114-122.

Apêndice II

Estudo da “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

Projeto de investigação

Informação sobre o projeto

Título: Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

Investigador Principal

Nome: Ana Cristina Costa Marques

Orientação

Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

População-alvo

Enfermeiros que exercem funções nos serviços de atendimento à pessoa em situação crítica, nomeadamente nos Serviços de Urgência e Medicina Intensiva de um hospital a norte de Portugal.

Pertinência do estudo

Nos últimos tempos, a incidência de estudos acerca das emoções na enfermagem tem vindo a desenvolver-se de forma exponencial. Com a evolução dos contextos da prática de cuidados de enfermagem, existe necessidade do desenvolvimento de competências emocionais do enfermeiro, uma vez que, este assume-se como o profissional mais próximo do doente e deverá estar provido de capacidades “(...) que lhe permitem conhecer, regular, atingir e gerir fenómenos emocionais, de modo a construir e manter relações interpessoais em ambiente afetivo, o qual se enforma em torno de cinco dimensões, e se transforma igualmente em cinco capacidades”(Xavier, Nunes & Bastos, 2014).

Este projeto foi realizado com o objetivo de identificar quais as atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados nos enfermeiros que exercem funções nos serviços de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, num hospital a norte de Portugal, nos serviços de SU e SMI através da aplicação da Escala Veiga Branco de Competência Emocional (EVCE), cuja tradução e adaptação foi desenvolvida para a população portuguesa,

mais concretamente para os enfermeiros. Obteve-se o consentimento para a sua utilização pela autora que efetuou a validação.

Palavras Chave: Competência emocional; Enfermeiros; Situação crítica.

Material e Métodos

Nível de conhecimento: Estudo descritivo e observacional

Controlo sobre as variáveis: Não experimental

Colheita de dados: Através da aplicação de um instrumento de colheita num único momento a cada um dos participantes, que cumpram os requisitos do estudo enquanto trabalhadores ao nível de Serviço de Urgência e Unidade de Medicina Intensiva.

O requisito dos participantes para este estudo é unicamente serem enfermeiros a exercer funções nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva.

Amostra: Não probabilística: Intencional, sendo selecionados enfermeiros que executam funções nos serviços supra referenciados, num hospital a norte de Portugal.

Este trabalho terá a duração de 4 meses (ver tabela nº1) em que será solicitada a colaboração dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva para o preenchimento do questionário relativo à Escala Veiga Branco de Competência Emocional (EVCE) (Veiga Branco, 2009). A EVCE é um instrumento que tem produzido vários estudos no âmbito do Perfil Emocional em profissionais de saúde e reúne consenso, relativamente à aplicabilidade do tema em contexto de prática de enfermagem, e, quanto à sua validade e compreensibilidade na avaliação das dimensões de competência emocional.

Considerando que o questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa e no âmbito da enfermagem, foi solicitada autorização ao respetivo autor, tendo obtido o seu consentimento.

O processamento dos dados será feito com recurso ao sistema informático SPSS®, sendo os resultados apresentados no relatório final do mestrado e, publicados numa revista científica.

Este estudo será realizado fora do horário de trabalho dos enfermeiros, no seu tempo livre, não procurando identificar ou verificar comparações entre instituições. O que se pretende conhecer são as atitudes e comportamentos dos profissionais, enquanto enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica.

Será entregue a cada participante que aceitar participar, o instrumento de recolha de dados em formato papel, dentro de um envelope e com um código numérico atribuído aleatoriamente, pelo investigador principal.

Ano	2018					2019	
Mês	08	09	10	11	12	01	02
Revisão da Literatura	x	x	x				
Seleção do Instrumento				x	x		
Colheita de dados					x	x	
Publicação dos Resultados							x

Tabela nº1 - Cronograma do estudo

Considerações éticas

Considerando as recomendações da “Declaração de Helsínquia”, da Organização Mundial de Saúde e do Código Deontológico do Enfermeiro, assume-se o compromisso de respeitar não só o sigilo institucional, mas também o sigilo dos participantes.

Não será necessária a identificação dos participantes, sendo a estes atribuído um código que nunca será divulgada, nem será possível de identificar, a instituição onde exercem funções. Será obtido um consentimento por escrito, através da entrega de uma declaração de consentimento informado, prévia à aplicação do questionário, a cada um dos participantes que aceitarem participar no estudo.

Referências Bibliográficas:

- Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: da conceção à realização. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas no processo de investigação. Loures: Lusodidacta
- Goleman, D. (1995). Emotional intelligence: Why can it matter more than I.Q.? New York: Bantam.

- Goleman, D. (1998). What makes a leader? In *Harvard Business Review*, 76 (6), p.91-102.
- Goleman (1999). *Trabalhar em Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa.
- Goleman, D. (2003). *Inteligência Emocional*. Temas e Debates. Lisboa.
- Goleman, D. (2005). *Trabalhar em Inteligência Emocional (3a ed.)*. Temas e Debates. Lisboa.
- Goleman, D. (2006). Prefácio, in R. Boyatzis e A. McKee, *O Poder da Liderança Emocional*. Rio de Janeiro. Editora Campus.
- Goleman, D. (2009). *Inteligência Emocional (13aed)*. Temas e Debates. Lisboa;
- Goleman, D.; Boyatzis, R. & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: insights from the Emotional Competence Inventory (ECIs). In Bar-On and J.D.A. Parker (eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass, p.343-362.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. 2º. do Regulamento nº. 124/2011 2.ª Série — nº. 35
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Regulamento nº.361/2015, 2ª. série, Nº. 123
- Veiga-Branco, A. (2004a). *Competência Emocional*. Quarteto. Coimbra.
- Veiga-Branco, A. (2004b). *Auto-motivação*. Quarteto. Coimbra.
- Veiga-Branco, A. (2005). *Competência Emocional em professores*. Um estudo em discurso do campo educativo. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação apresentada na U. Porto.
- Veiga-Branco, A. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In coord. A.A. Candeias & L.S. Almeida, *Inteligência Humana: Investigação e aplicações*. Quarteto. Coimbra. P.361-379.
- Veiga-Branco, A. (2009). *Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVBCIE): partes I e III*. In Mendonça, Susana Sobral. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Penafiel: editorial Novembro p.162-164.
- Veiga-Branco, A. R. (2011). *Auto-motivación como factor de la competencia emocional*. In XVII Congreso Internacional Infad. Roma.
- Veiga-Branco, A. e Lopes, T. (2012). *Nursing emotional Competence profile: exploratory study in continued care national network*. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012. Porto.

- Vila, V.S.C. e Rossi, A. (2002). O significado cultural do Cuidado Humanizado em Unidades de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. In Rev. Latino-am Enfermagem, março-abril 10(2), p. 137-144,
- Vilela, A. (2006). Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros: validação de um instrumento de medida. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública. Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Xavier, S.; Nunes, L. & Basto, M. (2014), Competência Emocional do Enfermeiro: a significação do constructo, in Pensar Enfermagem, vol.18, nº2, 2ºsem.



CATOLICA
INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

Questionário

Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

Trabalho realizado no âmbito do Mestrado de Enfermagem com Especialização em
Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa

Investigador (a): Ana Marques

Sob orientação

Prof.ª Doutora Patrícia Coelho

Caro(a) Sr. (a) Enfermeiro (a),

Vou desenvolver um estudo sobre a **Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica**, cujo objetivo do trabalho é identificar as atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados pelo Sr. (a) Enfermeiro (a), neste contexto específico de prestação de cuidados (Serviço de Urgência e Serviço de Medicina Intensiva).

Para atingir tal finalidade, é imprescindível a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. Caso aceite participar no mesmo, este é constituído por duas partes – a primeira referente à caracterização do participante em estudo e, a segunda inclui a **“Escala Veiga de Competência Emocional” (EVCE)**, adaptada e validada à população portuguesa pela Sr.ª Doutora Professora Maria Augusta Veiga Branco que autorizou a utilização da mesma para este estudo.

Para a validade e utilidade das respostas, o preenchimento do questionário deverá ser o mais próximo possível do **«que é/sente»** e não do **«que deveria ser/sentir»**, pelo que **deve responder a todas as questões atendendo a estes pressupostos.**

A **confidencialidade** das respostas está assegurada pelo que, após o preenchimento, deverá selá-lo no envelope fornecido. Em nenhum local deverá colocar o seu nome, no entanto, ao questionário será atribuído apenas um código aleatório, no sentido de facilitar o posterior processamento dos dados.

As respostas a este questionário refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, e, os valores podem assumir-se na escala de Likert de 7 pontos, variando entre “Nunca” e “Sempre”:

1 Nunca	2 Raramente	3 Pouco frequente	4 Por norma	5 Frequente	6 Muito frequente	7 Sempre
------------	----------------	----------------------	----------------	----------------	----------------------	-------------

Obrigada pela sua participação.

Atenciosamente,

Ana Marques

PARTE I - Caracterização do participante em estudo

1. Idade: _____anos (completos)
2. Género:
 - Masculino
 - Feminino
3. Estado Civil:
 - Solteiro
 - Casado
 - Divorciado
 - Viúvo
 - União de facto
4. Habilitações Literárias:
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Especialidade
 - Mestrado
 - Doutoramento
5. Relativamente à sua situação profissional atual:
 - 5.1. Tempo de serviço: _____(anos)
 - 5.2. Gosta do seu local de trabalho? Sim ____ Não ____
 - 5.3. Sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho? Sim ____ Não ____
 - 5.4. Sente que as suas ideias são escutadas e reconhecidas? Sim ____ Não ____
 - 5.5. Sente-se realizado a nível profissional? Sim ____ Não ____

Assinale apenas com um círculo, a resposta que traduz a sua opinião em cada questão:

6. Considera a sua relação interpessoal com os outros importante para o seu sucesso profissional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

7. Considera a sua estabilidade emocional importante na relação interpessoal com os colegas de trabalho?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

8. Considera a sua estabilidade emocional importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

9. Considera importante a relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

10. Considera importante a relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

11. Ao longo da sua experiência profissional, qual o nível de sucesso relativamente ao seu desenvolvimento pessoal?

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Normal	Bastante elevado	Muito elevado

PARTE II – Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE)

Leia atentamente as afirmações seguintes e assinale o algarismo a frequência temporal que corresponde ao seu caso pessoal.

I

1. Perante uma **situação/relação negativa** na minha vida, **sinto que** ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...):

a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1	2	3	4	5	6	7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7
d) 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.	1	2	3	4	5	6	7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	1	2	3	4	5	6	7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1	2	3	4	5	6	7
h) 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.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:

a) Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...	1	2	3	4	5	6	7
b) Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...	1	2	3	4	5	6	7
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.	1	2	3	4	5	6	7
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:

a) Instável, com várias mudanças de humor.	1	2	3	4	5	6	7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	1	2	3	4	5	6	7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	1	2	3	4	5	6	7
e) <i>Ruminativa</i> , sempre a " <i>matutar</i> ".	1	2	3	4	5	6	7
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	1	2	3	4	5	6	7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	1	2	3	4	5	6	7
h) Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

II

1. 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:

a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	1	2	3	4	5	6	7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranjei algo que gosto de fazer...	1	2	3	4	5	6	7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me...	1	2	3	4	5	6	7
d) Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade...	1	2	3	4	5	6	7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo...	1	2	3	4	5	6	7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por **emoções** e sentimentos **negativos** (fúria, cólera, irritação) normalmente:

a) Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e fico a pensar nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1	2	3	4	5	6	7
c) 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.	1	2	3	4	5	6	7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela **ansiedade**, sinto:

a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	1	2	3	4	5	6	7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	1	2	3	4	5	6	7
c) Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	1	2	3	4	5	6	7
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	1	2	3	4	5	6	7
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

4. Quando me sinto **deprimido(a), verifico que:**

a) Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto alívio se comer ou beber.	1	2	3	4	5	6	7
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1	2	3	4	5	6	7
d) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

III

1. Reconheço-me como uma **pessoa:**

a) Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.	1	2	3	4	5	6	7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	1	2	3	4	5	6	7
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	1	2	3	4	5	6	7
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	1	2	3	4	5	6	7
f) Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	1	2	3	4	5	6	7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	1	2	3	4	5	6	7
h) Capaz de ter/ " <i>arranjar</i> " energia e habilidade para enfrentar os problemas.	1	2	3	4	5	6	7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	1	2	3	4	5	6	7
j) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Imagine uma **atividade de quotidiano (exemplo: prestação de cuidados de enfermagem). Durante a atividade, **normalmente** sinto que:**

a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1	2	3	4	5	6	7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7

d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega/ professor/ amigo aprova?).	1	2	3	4	5	6	7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1	2	3	4	5	6	7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1	2	3	4	5	6	7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1	2	3	4	5	6	7
h) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, etc), sinto que:

a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...	1	2	3	4	5	6	7
c) Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir “down”, como alguém sem grande interesse...	1	2	3	4	5	6	7
d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)...	1	2	3	4	5	6	7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

IV

1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:

a) “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1	2	3	4	5	6	7
c) “Ler” os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:

a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1	2	3	4	5	6	7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
c) O tom de voz.	1	2	3	4	5	6	7
d) A direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direcções).	1	2	3	4	5	6	7
e) Os gestos (mãos, corpo).	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

3. No quotidiano, e numa situação de conflito (desentendimento ou discussão pessoal...) dou-me conta que:

a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas...	1	2	3	4	5	6	7
b) Tendo a ficar recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado...	1	2	3	4	5	6	7
c) Fico recetivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta. Mantenho-me tranquilo	1	2	3	4	5	6	7
d) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

V

1. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:

a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	1	2	3	4	5	6	7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	1	2	3	4	5	6	7
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	1	2	3	4	5	6	7
f) Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.	1	2	3	4	5	6	7
g) Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	1	2	3	4	5	6	7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
i) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas), reconheço que me acontece:

a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	1	2	3	4	5	6	7
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	1	2	3	4	5	6	7
c) Entrar em " <i>sincronismo de estado de espírito</i> ".	1	2	3	4	5	6	7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
e) Preferir colocar-me frente a frente.	1	2	3	4	5	6	7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
g) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

Obrigada pela sua colaboração.

Ana Marques

**Declaração de Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação
em estudo de investigação**

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Título do estudo: Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

Enquadramento: O estudo decorrerá na ULSM – Hospital Pedro Hispano, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto de Ciências da Saúde do Porto sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho.

Explicação do Estudo: Este estudo tem como objetivo identificar atitudes e comportamentos relativamente à competência emocional, mais frequentemente vivenciados nos enfermeiros que exercem funções nos serviços de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, através da aplicação da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

Confidencialidade e anonimato: O/A investigador(a) garante a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; promete anonimato (não registo de dados de identificação), ou seja, a identificação dos participantes nunca será tornada pública; assegurar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade e individualmente através da utilização de códigos.

Identificação do/a investigador/a – Ana Cristina Costa Marques, enfermeira no serviço de Cirurgia B da ULSM – Hospital Pedro Hispano, com o contato móvel 914223910 e endereço eletrónico anaccmarques88@gmail.com.

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

Assinatura/s de quem pede consentimento:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina.

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, sendo garantida a confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA /S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O /A INVESTIGADOR /A , OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

Resumo para apresentação de comunicação livre no I Congresso em Inteligência Emocional

Autores:

Ana Marques¹, Patrícia Coelho²

¹- Enfermeira no serviço de Cirurgia Geral da ULSMatosinhos, Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto.

² - Professor Auxiliar Convidado da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Doutor em Enfermagem, Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Título:

Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica.

Eixo temático:

Competência emocional e Negócios, Local de Trabalho e Configurações organizacionais

Introdução:

Da evolução dos contextos da prática dos cuidados de enfermagem emergiu a necessidade do desenvolvimento de competências emocionais.

O objetivo desta pesquisa é identificar as atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados pelos enfermeiros que exercem funções num serviço de medicina intensiva, num hospital do norte de Portugal.

Metodologia:

Estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por 21 enfermeiros de um Serviço de Medicina Intensiva.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros em situação laboral ativa de um hospital a norte de Portugal e no cuidado direto à pessoa em situação crítica que previamente ingressaram no estudo após solicitação de consentimento informado e explicação dos objetivos e procedimentos inerentes ao estudo.

Após obtenção do consentimento e autorização da Comissão de Ética da instituição, os enfermeiros preencheram um questionário em formato de papel, com um código atribuído pelos investigadores, de forma, a assegurar a confidencialidade, anonimato e sigilo dos dados.

A fase de colheita de dados foi durante o mês de Dezembro de 2018.

Instrumento de Recolha de Dados:

Para a colheita de dados foi utilizada a Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE) previamente autorizada pela autora que traduziu e validou para Portugal.

Os participantes deveriam responder a um questionário constituído por duas partes: a primeira relativa aos dados sociodemográficos, composta por questões abertas e de resposta curta; a segunda parte foi utilizada a EVCE.

Resultados:

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva e inferencial, utilizando-se o software SPSS-24.0. Foram utilizados testes não paramétricos.

Para correlacionar as dimensões em estudo foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. Para comparar as dimensões foi utilizado o teste de Mann-Whitney.

A amostra total foi constituída por 21 enfermeiros, verificando-se a maioria era do sexo masculino (n=12; 57%), não sendo esta diferença estatisticamente significativa (p=0,513). Quanto às habilitações académicas, aproximadamente metade dos participantes tinha apenas Licenciatura (n=10; 47,6%); quanto aos restantes tinham também Especialidade (n=8; 38,1) e com Mestrado (n=3; 14,3%) No que concerne às questões da situação profissional, a totalidade dos participantes gosta do seu local de trabalho e sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho; apenas 1 participante sente que as suas ideias não são escutadas e reconhecidas e 3 participantes não se sentem realizados a nível profissional. Da correlação da Competência Emocional e subdimensões verificamos que à exceção da Gestão das Emoções, todas as subdimensões apresentam correlações positivas fortes, estatisticamente significativas, com a Competência Emocional. Auto-Consciência apresenta uma correlação positiva forte com a Auto-Motivação (r=,812) e correlações positivas moderadas com a Empatia (r=,435) e com a Gestão das Emoções em Grupo (r=,488). A Auto-Motivação apresenta correlações positivas moderadas com a Empatia (r=,524) e com a Gestão das Emoções

em Grupo ($r=,438$). A Empatia apresenta uma correlação positiva forte com a Gestão das Emoções em Grupo ($r=,716$).

A Gestão das Emoções em Grupo é a única subdimensão que não apresenta correlações estatisticamente significativas com as restantes subdimensões.


Conclusão:


Apesar de a amostra não ser representativa, verificou-se que o enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica apresenta capacidade de automotivação, empatia, gestão de emoções e autoconsciência, uma vez que os dados indicam a forte correlação positiva destas capacidades com a Competência emocional.

No que concerne, à Gestão de emoções em grupo seria uma capacidade a trabalhar com os participantes, através de formação em serviço, com um autor de referência na área da Competência Emocional.

Descritores/Palavras-chave: Competência Emocional; Enfermeiro; Pessoa em situação crítica

Comunicação livre apresentada no I Congresso em Inteligência Emocional

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO


Emotional Intelligence  **Inteligência Emocional**
Education, Inclusion, Development | Educação, Inclusão, Desenvolvimento
2019 February 21-23 · Bragança · Portugal

COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Autores: Ana Marques & Patrícia Coelho

Bragança, 22 de Fevereiro de 2019

I Congresso Internacional em Inteligência Emocional e III Seminário Internacional em Inteligência Emocional – Educação, Inclusão e Desenvolvimento, IPB (CIIE/SIE2019)

 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

SUMÁRIO

- Enquadramento do estudo;
- Metodologia do estudo;
- Apresentação e discussão dos resultados;
- Conclusão.

ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

- **Competência Emocional:** um conjunto de capacidades que permitem à pessoa conhecer e gerir as suas próprias emoções, para que, posteriormente, se consiga motivar, de forma, a atuar perante situações-problema ou situações promotoras de conflito.
 - Goleman (1995); Veiga-Branco (2004, 2005, 2007)

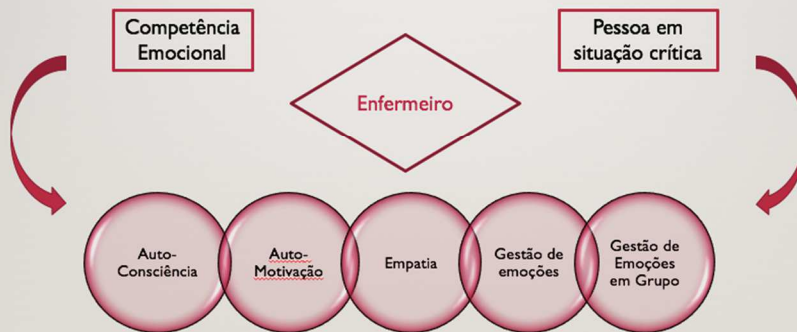
ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

- É um *“conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais, bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia”*.
 - Bisquerra e Pérez Escoda (2007)

ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

- **“Pessoa em situação crítica”** é aquela que necessita de meios avançados, recursos materiais e humanos que consigam dar resposta, face à situação adversa que vivencia.
 - Ordem dos Enfermeiros (2018)

ENQUADRAMENTO DO ESTUDO



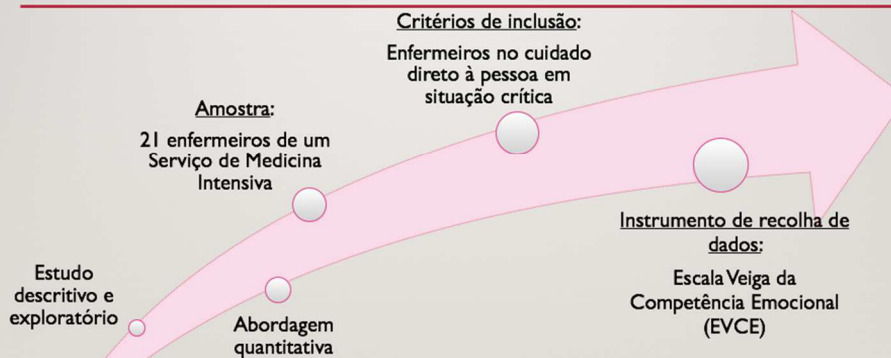
“Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

Objetivo geral:

Identificar as atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados pelo enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica.

“Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

METODOLOGIA



INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

I Parte

Questionário

Caraterização da amostra (composta por questões abertas e de resposta curta);

II Parte

Escala Veiga da Competência Emocional.

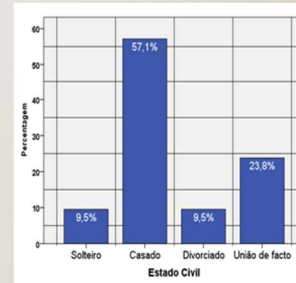
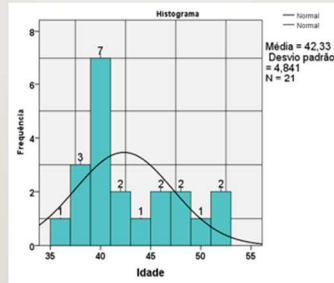
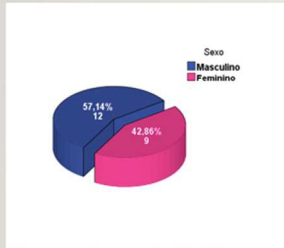
TRATAMENTO DOS DADOS

- Estatística descritiva e indiferenciada, através do software SPSS-24.0;
- Testes não paramétricos;
- Alfa de Cronbach– fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens.

RESULTADOS

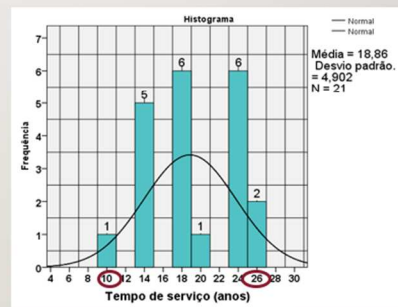
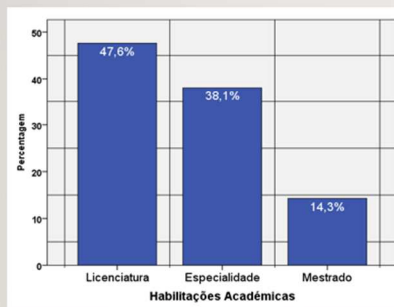
CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

I PARTE



RESULTADOS

CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA



RESULTADOS

I PARTE

Questões relativas à situação profissional

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Gosta do seu local de trabalho?	21	100%	0	0
Sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho?	21	100%	0	0
Sente que as suas ideias são escutadas e reconhecidas?	20	95,2%	1	4,8%
Sente-se realizado a nível profissional?	18	85,70%	3	14,3%

RESULTADOS

I PARTE

Questões relativas à situação profissional

	Média	dp	Mín	Máx
Considera a sua relação interpessoal com os outros importante para o seu sucesso profissional?	4,52	0,60	3	5
Considera a sua estabilidade emocional importante na relação interpessoal com os colegas de trabalho?	4,62	0,59	3	5
Considera a sua estabilidade emocional importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?	4,52	0,60	3	5
Considera importante a relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional?	4,48	0,60	3	5
Considera importante a relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional?	4,19	0,93	2	5

(1=Sem importância | 2=Pouco importante | 3=Indiferente | 4=Bastante importante | 5=Muito importante)

RESULTADOS

I PARTE

Questões relativas à situação profissional

	Média	dp	Min	Máx
Ao longo da sua experiência profissional, qual o nível de sucesso relativamente ao seu desenvolvimento pessoal?	3,86	0,57	3	5
(1=Muito baixo 2=Baixo 3=Normal 4=Bastante elevado 5=Muito elevado)				



RESULTADOS

II PARTE

	Nr. Itens	Alpha de Cronbach
Competência Emocional	86	0,924
Auto-Consciência	20	0,876
Gestão das Emoções	19	0,680
Auto-Motivação	21	0,828
Empatia	12	0,758
Gestão das Emoções em Grupo	14	0,862

- **Competência emocional** apresentou consistência interna “*muito boa*”
- Capacidades da Competência Emocional:
 - A **Auto-consciência**, a **Auto-motivação** e a **Gestão de Emoções em Grupo** assumiram valores de consistência interna classificadas como “*boa*”;
 - A **Gestão de Emoções** é uma capacidade a trabalhar, uma vez que, foi classificada como “*fraca*”.

Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach (α).

Alfa de Cronbach (α)	Consistência Interna
1,00 - 0,90	Muito boa
0,80 - 0,90	Bom
0,70 - 0,80	Razovel
0,60 - 0,70	Fraca
$\leq 0,60$	Inadmissível

Fonte: Pestana & Gageiro (2008)



RESULTADOS

II PARTE

	Média	dp	Mínimo	Máximo
Competência Emocional	4,66	0,49	4,01	6,05
Auto-Consciência	5,11	0,80	3,50	6,40
Gestão das Emoções	4,41	0,58	2,89	5,40
Auto-Motivação	5,05	0,61	3,76	6,14
Empatia	4,77	0,64	3,83	6,67
Gestão das Emoções em Grupo	4,43	0,74	3,14	6,43

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito freqüente | 7=Sempre)

- Em média e, na escala temporal de Likert:
- Os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica, assumem-se “por norma” emocionalmente competentes, tendo a perceção que estão, de forma, “freqüente”:
- Auto-conscientes;
- Auto-motivados;
- Empáticos quando cuidam da pessoa em situação crítica.

RESULTADOS

II PARTE

	Competência Emocional	Auto-Consciência	Gestão das Emoções	Auto-Motivação	Empatia
Auto-Consciência	,803**				
Gestão das Emoções	0,376	0,186			
Auto-Motivação	,783**	,812**	0,358		
Empatia	,741**	,435*	0,055	,524*	
Gestão das Emoções em Grupo	,753**	,488*	0,038	,438*	,716**

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

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

Verificamos que a **Competência Emocional** e todas as suas capacidades estabelecem entre si correlações positivas e estatisticamente significativas, à exceção da **Gestão de Emoções**.

- Existem correlações entre a Competência Emocional e as suas capacidades quando comparados com a idade dos participantes em estudo?

	Idade
Competência Emocional	0,321
Auto-Consciência	0,147
Gestão das Emoções	-0,139
Auto-Motivação	0,276
Empatia	0,309
Gestão das Emoções em Grupo	,545*

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

Da correlação entre a Competência Emocional, as dimensões e a idade dos participantes verificamos uma correlação positiva moderada estatisticamente significativa com a Gestão das Emoções em Grupo ($r=,545$).

- Existem correlações entre a Competência Emocional e as suas capacidades quando comparados com o género dos participantes ?

	Masculino (n=12)		Feminino (n=9)		p
	Média	Dp	Média	Dp	
Competência Emocional	4,53	0,34	4,84	0,62	0,227
Auto-Consciência	5,05	0,63	5,20	1,02	0,545
Gestão das Emoções	4,37	0,56	4,47	0,64	0,915
Auto-Motivação	4,96	0,41	5,17	0,82	0,393
Empatia	4,53	0,54	5,07	0,66	0,027
Gestão das Emoções em Grupo	4,19	0,60	4,75	0,83	0,165

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

- Existe uma diferença estatisticamente significativa na Empatia ($p=0,027$), cujo grau de ocorrência foi superior no sexo feminino.

- Existem correlações entre a Competência Emocional e as suas capacidades quando comparados os anos de serviço?

	Anos de serviço
Competência Emocional	0,243
Auto-Consciência	0,044
Gestão das Emoções	0,163
Auto-Motivação	0,063
Empatia	0,060
Gestão das Emoções em Grupo	.486*

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

Da correlação das dimensões em estudo e os anos de serviço verificamos uma correlação positiva moderada estatisticamente significativa com a Gestão das Emoções em Grupo ($r=.486$).

- Existem correlações entre a Competência Emocional e as suas capacidades quando comparadas com as habilitações literárias dos participantes?

	Licenciatura (n=10)		Especialidade (n=8)		p
	Média	Dp	Média	Dp	
Competência Emocional	4,48	0,35	4,96	0,57	0,062
Auto-Consciência	5,00	0,78	5,41	0,72	0,286
Gestão das Emoções	4,22	0,65	4,70	0,46	0,142
Auto-Motivação	4,95	0,59	5,29	0,51	0,182
Empatia	4,56	0,54	5,04	0,80	0,154
Gestão das Emoções em Grupo	4,14	0,62	4,83	0,87	0,109

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

Os enfermeiros com especialidade tendem em média, a perceberem, de forma, “frequente” as suas emoções, quando comparados com os enfermeiros de cuidados gerais.

RESULTADOS

CAPACIDADES	Estudo: "Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica"
Competência Emocional	"por norma"
Auto - Consciência	"frequente" / "por norma"
Gestão de Emoções	"por norma" / "frequente"
Auto - Motivação	"frequente"
Empatia	"por norma" / "frequente"
Gestão de Emoções em Grupo	"por norma"

Comparando com outros estudos...

CAPACIDADES	Veiga-Branco (2005)	Rodrigues (2017)	Presente estudo
Competência Emocional	PN/F	F	PN
Auto - Consciência	F/PN	F	F/PN
Gestão de Emoções	PN	PN/F	PN/F
Auto - Motivação	PN/F	F	F
Empatia	F/PN	F	PN/F
Gestão de Emoções em Grupo	PN/F	PN/F	PN

CONCLUSÃO

- Os resultados do estudo são semelhantes aos resultados encontrados na literatura.
- Na literatura não existem muitos estudos sobre a Competência Emocional nos enfermeiros.
- Dimensão da amostra não foi representativa, apesar de todo o trabalho e empenho.
- Resultados obtidos contribuirão para melhorar e aperfeiçoar técnicas no desenvolvimento da Competência Emocional dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica.

Obrigada pela atenção...

E-mail: anacristina.marques@ulsm.min-saude.pt



Apêndice III

Sessão de formação acerca da “Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

Plano de sessão de formação em competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

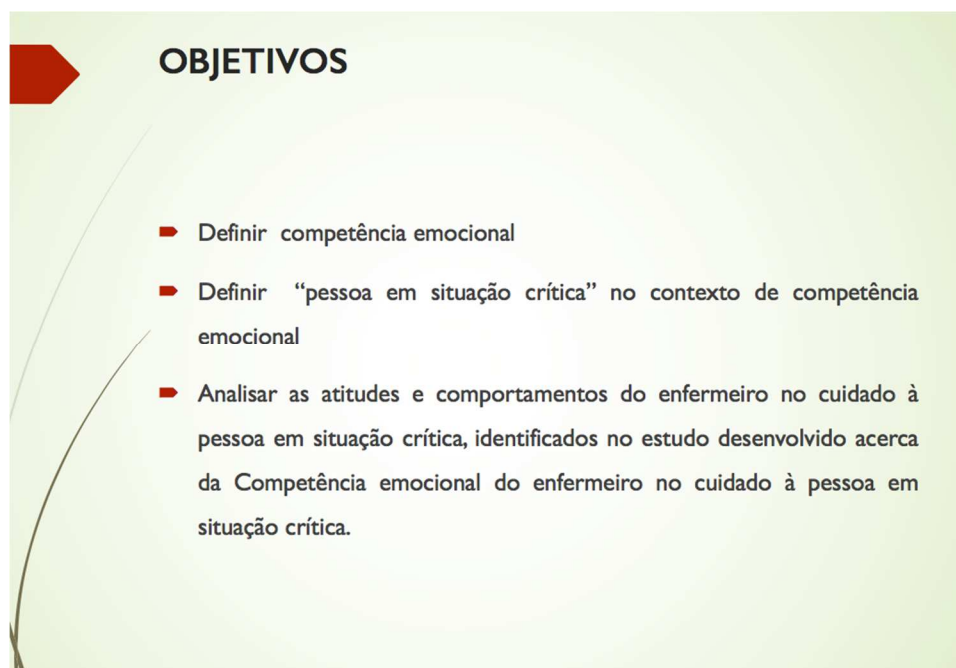
Tema	Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica
Duração	15 minutos
Formandos	Enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva
Local	Centro de formação

Objetivo	Conteúdos	Metodologia
<p><u>Objetivo geral:</u></p> <p>Adquirir conhecimentos relacionados com a competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica.</p> <p><u>Objetivos específicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir competência emocional; • Definir pessoa em situação crítica; • Descrever o perfil do enfermeiro emocionalmente competente. 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Definição de competência emocional <input checked="" type="checkbox"/> Definição de “pessoa em situação crítica” <input checked="" type="checkbox"/> Análise das atitudes e comportamentos do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica, identificados no estudo desenvolvido acerca da Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica <input checked="" type="checkbox"/> Descrição o perfil do enfermeiro emocionalmente competente <input checked="" type="checkbox"/> Definição de estratégias que devem ser desenvolvidas para a aquisição de um perfil de competência emocional 	<p><u>Método:</u></p> <p>Expositivo</p> <p><u>Recursos didáticos:</u></p> <p>Projeto multimédia</p> <p>Computador</p> <p>Diapositivos</p>

	Conteúdos previstos
Introdução (5 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> Apresentação do formador e formandos <input checked="" type="checkbox"/> Pertinência do tema da sessão de formação <input checked="" type="checkbox"/> Introdução ao tema <input checked="" type="checkbox"/> Apresentação dos objetivos da sessão
Desenvolvimento (10 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> Definir competência emocional <input checked="" type="checkbox"/> Abordar as 5 capacidades da Competência Emocional <input checked="" type="checkbox"/> Definir pessoa em situação crítica <input checked="" type="checkbox"/> Apresentação dos resultados obtidos nos questionários efetuados aos enfermeiros do serviço referente ao estudo “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica” <input checked="" type="checkbox"/> Descrever o perfil do enfermeiro emocionalmente competente <input checked="" type="checkbox"/> Estratégias a serem desenvolvidas para a aquisição de um perfil de competência emocional
Conclusão (5 minutos)	<input checked="" type="checkbox"/> Esclarecimento de dúvidas <input checked="" type="checkbox"/> Síntese da formação <input checked="" type="checkbox"/> Avaliação

Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação foi efetuada de forma reflexiva, através de questões dirigidas aleatoriamente aos formandos em formato de brainstorming; • Relativamente aos resultados apresentados, apesar de serem ainda preliminares, os enfermeiros do serviço, bem como, o enfermeiro chefe, mostraram uma atitude bastante positiva e satisfatória, em relação aos mesmos, ficando á espera dos resultados finais. A equipa, de uma forma, geral sentiu que a realização desta formação teve um impacto no âmbito da prestação de cuidados no dia-a-dia, referindo que muitas das vezes, sentem necessidade de treino ao nível das estratégias a serem desenvolvidas para a aquisição de um perfil de competência emocional.

Formação desenvolvida no SMI acerca da Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica



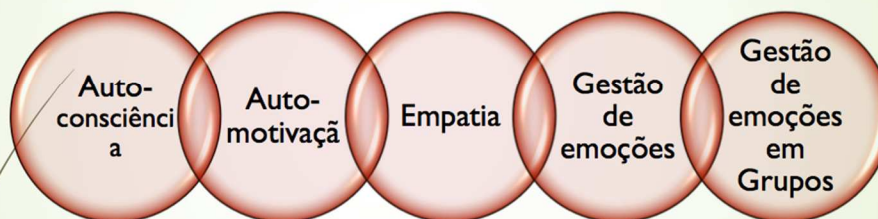
COMPETÊNCIA EMOCIONAL

- Conjunto de **capacidades** que permitem ao indivíduo conhecer-se, de forma, a atingir e gerir as suas emoções, para que, se possa motivar perante situações que se revelem problemáticas e geradoras de conflito. (Goleman ,1995; Veiga Branco 2004, 2005, 2007).

ENFERMAGEM:

É um “conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais, bom como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia”. (Bisquerra e Pérez Escoda, 2007)

CAPACIDADES DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL



Veiga-Branco (2004)

AUTO-CONSCIÊNCIA

- “(...) é uma capacidade de reconhecer in loco, tendo a percepção do que acontece no seu corpo e o que está a sentir”.

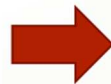
▪ Goleman (2004)



CONHECER AS NOSSAS PRÓPRIAS
FORÇAS, FRAQUEZAS E
EMOÇÕES... E QUAL O SEU
IMPACTO NOS OUTROS...

AUTO-MOTIVAÇÃO

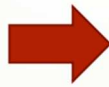
- A auto motivação surge como uma capacidade que o individuo apresenta para ser mais eficiente e para fazer frente às adversidades da vida.



SER CAPAZ DE COLOCAR
TODAS AS EMOÇÕES PARA
ATINGIR UM DETERMINADO
OBJETIVO/META.

EMPATIA

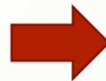
- A empatia significa conhecer e reconhecer, compreender, observar e ouvir o outro, através da comunicação verbal e não verbal.
- Obriga a que a pessoa já tenha desenvolvido em si as capacidades de auto-consciência e gestão das suas emoções..



CONSIDERAR OS
SENTIMENTOS E EMOÇÕES
DOS OUTROS.

GESTÃO DE EMOÇÕES

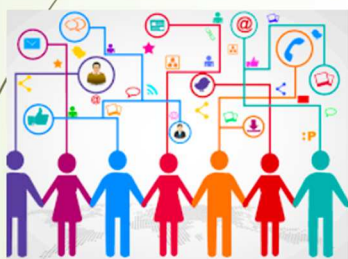
- Capacidade de gerir as nossas emoções, de forma consciente, e, compreender de que forma é que nos afetam, conseguindo posteriormente fazer a gestão das mesmas.



SER CAPAZ DE CONTROLAR OU
REDIRECIONAR EMOÇÕES
DISRUPTIVAS E IMPULSOS

GESTÃO DAS EMOÇÕES EM GRUPO

É a capacidade de reconhecer os sentimentos nos outros, conseguindo agir de forma a influenciá-los.



GERIR AS RELAÇÕES
INTERPESSOAIS DE FORMA A
DIRECIONAR OS OUTROS
PARA O QUE PRETENDEMOS.

PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

- *“...é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”*



REQUER

- Ordem dos Enfermeiros (2018)

CUIDADOS DE ENFERMAGEM:

- Identificação de focos de atenção, de forma, a prevenir ou antecipar possíveis complicações;
- Tomada de decisão;
- Registos de enfermagem;
- Gestão de recursos;
- Cumprimento do plano de prevenção e controlo de infeção;
- Trabalho em equipa multidisciplinar;

COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Objetivo geral:

- Identificar as atitudes e comportamentos mais frequentemente vivenciados pelo enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

COMPETÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Objetivos específicos

- Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo;
- Conhecer o perfil de Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica;
- Contribuir para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação crítica, através da divulgação dos resultados e disponibilização para formação a nível institucional com um autor de referência sobre o tema em estudo.

RESULTADOS OBTIDOS

Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

PARTE I - Caracterização do participante em estudo

- Idade: _____ anos (completos)
- Gênero:
 - Masculino
 - Feminino
- Estado Civil:
 - Solteiro
 - Casado
 - Divorciado
 - Viúvo
 - União de facto
- Habilitações Literárias:
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Especialidade
 - Mestrado
 - Doutoramento
- Relativamente à sua situação profissional atual:
 - Tempo de serviço: _____ meses
 - Gosta do seu local de trabalho? Sim ____ Não ____
 - Sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho? Sim ____ Não ____
 - Sente que as suas ideias são escutadas e reconhecidas? Sim ____ Não ____
 - Sente-se realizado à nível profissional? Sim ____ Não ____

Assinale apenas com um círculo, a resposta que traduz o seu espírito em cada questão.

6. Considera a sua relação interpessoal com os outros importante para o seu sucesso profissional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

7. Considera a sua estabilidade emocional importante na relação interpessoal com os colegas de trabalho?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica

8. Considera a sua estabilidade emocional importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

9. Considera importante a relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

10. Considera importante a relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional?

1	2	3	4	5
Sem importância	Pouco importante	Indiferente	Bastante importante	Muito importante

11. Ao longo da sua experiência profissional, qual o nível de sucesso relativamente ao seu desenvolvimento pessoal?

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Normal	Bastante elevado	Muito elevado



RESULTADOS OBTIDOS



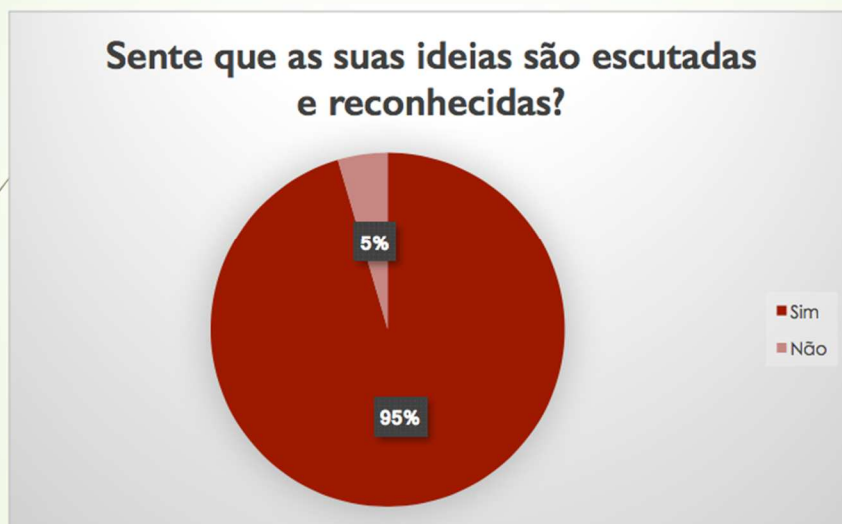
RESULTADOS OBTIDOS



RESULTADOS OBTIDOS



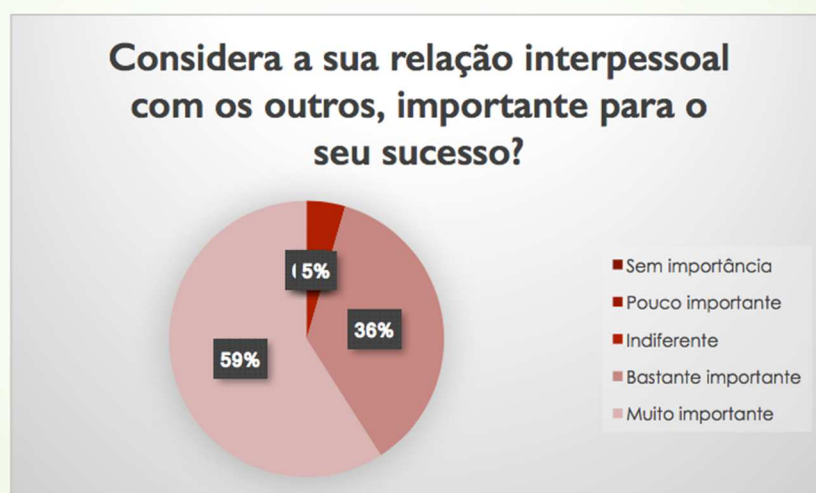
RESULTADOS OBTIDOS



RESULTADOS OBTIDOS

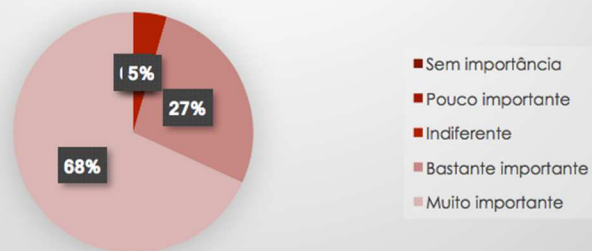


RESULTADOS OBTIDOS



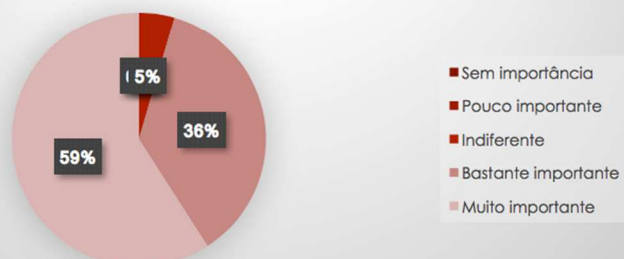
RESULTADOS OBTIDOS

Considera a sua estabilidade emocional importante, na relação interpessoal com os colegas de trabalho?



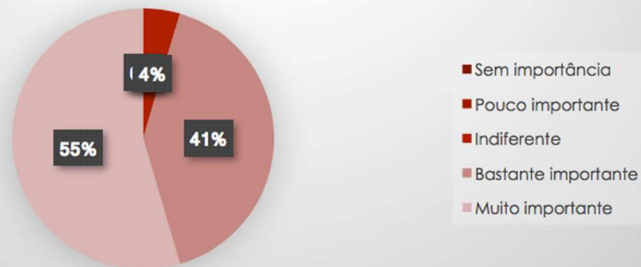
RESULTADOS OBTIDOS

Considera a sua estabilidade emocional importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?



RESULTADOS OBTIDOS

Considera importante a relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional?

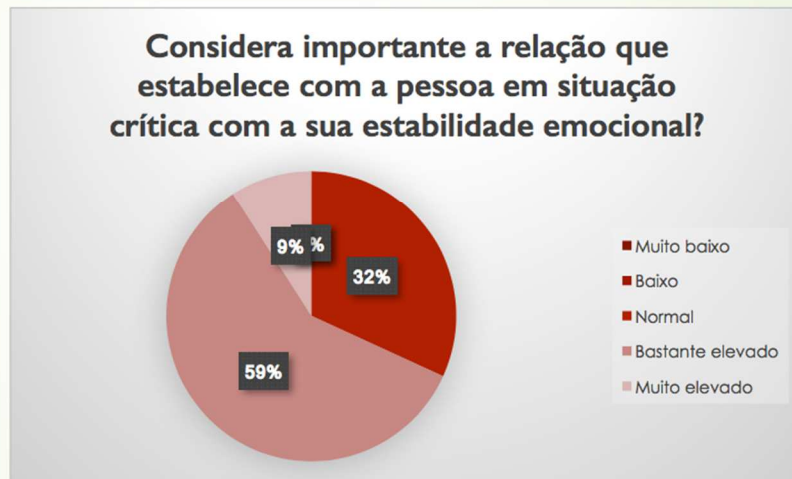


RESULTADOS OBTIDOS

Considera importante a relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional?



RESULTADOS OBTIDOS



Apêndice IV

Análise dos resultados obtidos acerca do estudo: “Competência Emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

Análise dos resultados obtidos no estudo “Competência emocional do enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”

☑ Caracterização da amostra

A amostra é constituída por 37 enfermeiros que exercem funções nos serviços de Urgência e Medicina Intensiva, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

Relativamente à caracterização da amostra quanto ao género, a maioria é do sexo feminino, correspondendo a 56,76% da amostra (gráfico 1).

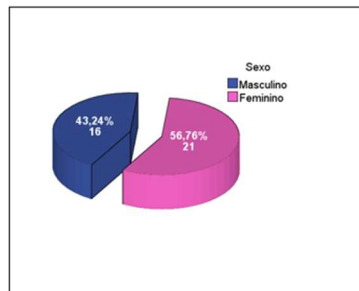


Gráfico 1 – Apresentação da amostra por género

Os participantes apresentam idades compreendidas entre 27 e 54 anos, representando uma média de idades de 40,59 anos (gráfico 2).

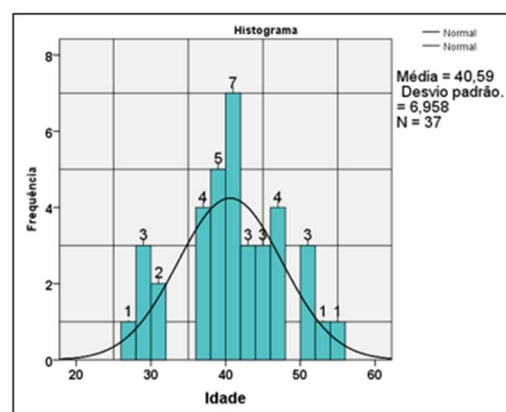


Gráfico 2 – Apresentação da distribuição de valores da média (%) e desvio padrão para a variável da amostra “idade”

Relativamente ao estado civil, os elementos da amostra dividem-se entre solteiros (16,2%), casados (59,5%), divorciados (8,1%) e em união de facto (16,2%), sendo na sua maioria casados, num total de 22 participantes (gráfico 3).

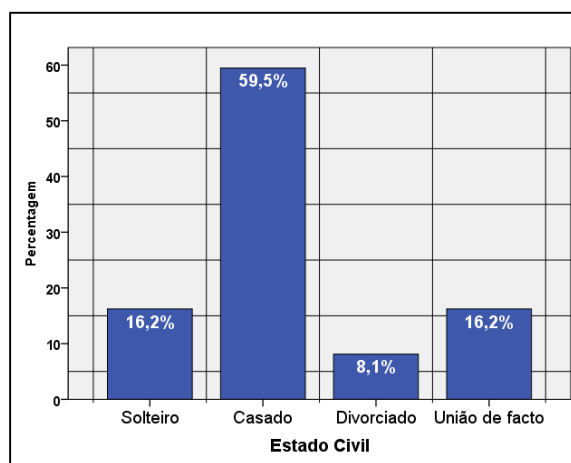


Gráfico 3 – Apresentação da amostra relativa à variável “estado civil”

Quanto às habilitações literárias (gráfico 4), a maioria da amostra tem licenciatura (51,4%), seguido de especialidade (37,8%).

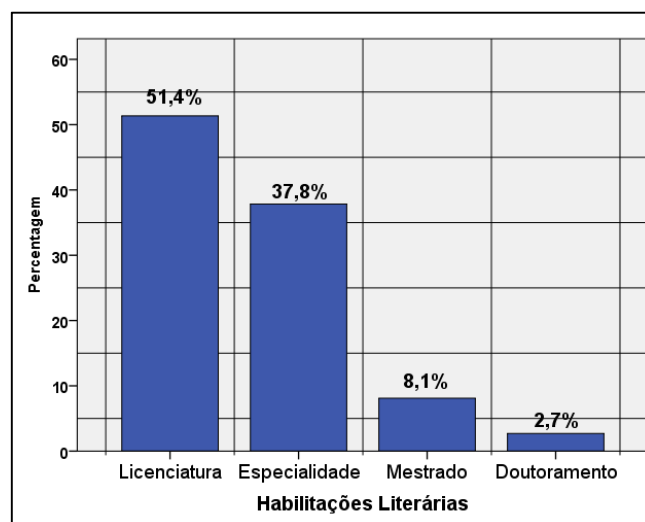


Gráfico 4 – Apresentação da amostra relativa à variável “habilitações literárias”

Relativamente à situação profissional, a amostra apresentava uma idade média de tempo de serviço entre 1 e 31 anos, representando uma média de 17,41 anos de serviço (gráfico 5).

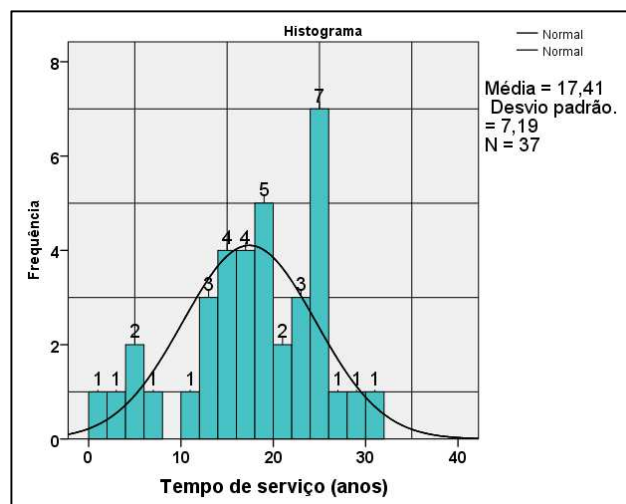


Gráfico 5 – Apresentação da amostra relativa à variável “tempo de serviço”

No que concerne, às questões relacionadas com a situação profissional (Tabela 1), a maioria dos participantes gosta do seu local de trabalho (97%), sendo que 81% da amostra sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho.

	Sim		Não	
	n	%	n	%
Gosta do seu local de trabalho?	36	97%	1	3%
Sente que o seu chefe reconhece o seu trabalho?	30	81%	7	19%
Sente que as suas ideias são escutadas e reconhecidas?	29	78%	8	22%
Sente-se realizado a nível profissional?	28	76%	9	24%

Tabela nº1 – Distribuição das questões da situação profissional

Relativamente ao grau de importância, atribuído às questões da situação profissional (Tabela 2), foi considerado, como sendo, **muito importante** a “relação interpessoal com os outros”, a “estabilidade emocional na relação com os outros” e a “estabilidade emocional na prestação de cuidados”; e, como sendo, **bastante importante** a “relação com os colegas e a estabilidade emocional”, e a “relação com a pessoa em situação crítica e a estabilidade emocional”.

	Média	dp	Mín	Máx
Considera a sua relação interpessoal com os outros importante para o seu sucesso profissional?	4,57	0,55	3	5
Considera a sua estabilidade emocional importante na relação interpessoal com os colegas de trabalho?	4,62	0,55	3	5
Considera a sua estabilidade emocional importante na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica?	4,54	0,61	3	5
Considera importante a relação que estabelece com os colegas de trabalho com a sua estabilidade emocional?	4,41	0,64	3	5
Considera importante a relação que estabelece com a pessoa em situação crítica com a sua estabilidade emocional?	4,11	0,88	2	5
(1=Sem importância 2=Pouco importante 3=Indiferente 4=Bastante importante 5=Muito importante)				

Tabela nº2 - Distribuição das questões da situação profissional

Relativamente ao grau de sucesso do desenvolvimento pessoal ao longo da experiência profissional (Tabela 3), os resultados indicam **um grau tendencialmente bastante elevado** (média=3,76).

	Média	dp	Mín	Máx
Ao longo da sua experiência profissional, qual o nível de sucesso relativamente ao seu desenvolvimento pessoal?	3,76	0,68	2	5
(1=Muito baixo 2=Baixo 3=Normal 4=Bastante elevado 5=Muito elevado)				

Tabela nº3 - Distribuição das questões da situação profissional

☑ **Perfil de Competência Emocional dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica**

A distribuição dos valores da variável dependente, a Competência Emocional, foi obtida através da média das cinco capacidades, descritas com o estatuto de variáveis independentes para os itens da escala e, de acordo, com o Instrumento de Recolha de dados.

Na Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE), os valores assumem-se numa escala de Likert de 7 pontos, variando entre 1 “nunca” e 7 “sempre”, levando a concluir que a amostra se revela emocionalmente competente, com uma **média de 4,27**, no valor 4, cuja atribuição “*por norma*”.

Relativamente às capacidades da CE, a amostra em estudo, apresenta valores próximos a um valor médio de frequência temporal de “*por norma*”, com a exceção da Empatia (X= 4,73) que apresenta um valor de “*frequente*” (Tabela nº4).

Os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica têm a percepção que estão “*por norma*”:

- Auto - conscientes (X= 4,32);
- Auto – motivados (X=3,98);
- Gerem as suas emoções (X=3,79);
- Gerem as emoções em grupo (X =4,53)

Na capacidade relativa à Empatia têm a percepção que são empáticos “frequentemente” no cuidado à pessoa em situação crítica.

	Média	Dp	Mínimo	Máximo
Competência Emocional	4,27	0,59	2,91	5,62
Auto-Consciência	4,32	0,79	2,80	6,05
Gestão das Emoções	3,79	0,88	1,00	5,68
Auto-Motivação	3,98	0,95	2,43	5,67
Empatia	4,73	0,61	3,67	6,17
Gestão das Emoções em Grupo	4,53	0,69	2,86	6,43

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Frequente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

Tabela 4 – Apresentação da análise descritiva da Competência Emocional e das suas capacidades retratadas na EVCE

Relativamente às capacidades que caracterizam o perfil da Competência Emocional da amostra foi determinado o coeficiente de correlação de Spearman entre as capacidades, demonstrando as correlações positivas e estatisticamente significativas.

Desta correlação, a amostra apresenta todas as correlações estatisticamente significativas, verificando-se que todas as capacidades da CE contribuem positivamente para a Competência Emocional (Tabela nº 5).

	Competência Emocional	Auto-Consciência	Gestão das Emoções	Auto-Motivação	Empatia
Auto-Consciência	,863**				
Gestão das Emoções	,836**	,777**			
Auto-Motivação	,847**	,853**	,703**		
Empatia	,671**	,346*	,363*	0,303	
Gestão das Emoções em Grupo	,487**	0,093	0,141	0,122	,732**

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

Tabela nº 5 – Apresentação da análise correlacional entre as cinco capacidades da CE e a Competência Emocional: coeficiente de correlação de Spearman

Relativamente às correlações existentes entre as capacidades da CE, podemos analisar, de forma, decrescente que:

- A **Auto-consciência** apresenta correlações positivas com a **Gestão de Emoções** ($r=0,777$) e com a **Auto-Motivação** ($r= 0,853$);
- A **Gestão de Emoções** apresenta uma correlação positiva com a **Auto-Motivação** ($r=0,703$);
- A **Empatia** apresenta correlação positiva com a **Gestão das Emoções** em Grupo ($r=0,732$).

Por outro lado, e no que se refere à correlação existentes entre as capacidades da CE e a Competência Emocional, podemos verificar segundo a tabela nº5, que, por ordem decrescente, temos inicialmente a Auto-consciência ($r=0,863$), Auto-Motivação ($r=0,847$), a Gestão de Emoções ($r=0,836$), seguidas da Empatia ($r=0,671$) e da Gestão de Emoções em Grupo ($r=0,487$).

Na análise dos resultados também foi possível verificar as correlações existentes na amostra, relativamente às variáveis sexo, idade e anos de serviço.

Assim, verificou-se relativamente à variável “**sexo**” (tabela nº6), que:

- Os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica do **sexo masculino** (n=16), têm a percepção “*por norma*” de todas as capacidades da CE e da Competência Emocional.
- No **sexo feminino** (n=21), têm a percepção “*por norma*” de todas as capacidades, com exceção da **Empatia** (r=4,97), pois percebem-se *frequentemente* empáticas no cuidado à pessoa em situação crítica, existindo diferenças estatisticamente significativas nesta capacidade (p=0,003).

	Masculino (n=16)		Feminino (n=21)		Dif.	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Competência Emocional	4,07	0,58	4,42	0,57	-0,35	0,074
Auto-Consciência	4,20	0,83	4,40	0,77	-0,21	0,442
Gestão das Emoções	3,68	0,95	3,88	0,85	-0,20	0,510
Auto-Motivação	3,76	0,90	4,14	0,98	-0,39	0,226
Empatia	4,40	0,57	4,97	0,52	-0,57	0,003
Gestão das Emoções em Grupo	4,31	0,58	4,70	0,73	-0,40	0,084

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

Tabela nº 6 – Apresentação da análise

correlacional entre as cinco capacidades da CE e a Competência Emocional: variável sexo.

Relativamente à variável “**habilitações literárias**”, e verificando a comparação das capacidades da CE e da Competência Emocional, concluiu-se que o **enfermeiro com especialidade** quando comparado com o enfermeiro de cuidados gerais, quando inseridos no contexto de cuidados à pessoa em situação crítica, **perceciona-se como um ser empático (Empatia p=0,020)**, existindo diferenças estatisticamente significativas nesta variável e ao nível da especialidade (Tabela nº 7).

	Sem Especialidade (n=23)		Com Especialidade (n=14)		Dif.	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Competência Emocional	4,17	0,59	4,43	0,59	-0,26	0,195
Auto-Consciência	4,26	0,82	4,41	0,76	-0,16	0,562
Gestão das Emoções	3,65	0,95	4,02	0,74	-0,37	0,225
Auto-Motivação	3,99	0,93	3,95	1,02	0,05	0,890
Empatia	4,55	0,52	5,02	0,64	-0,47	0,020
Gestão das Emoções em Grupo	4,40	0,66	4,76	0,69	-0,37	0,120

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

Tabela nº 7 - Apresentação da análise correlacional entre as cinco capacidades da CE e a Competência Emocional: variável enfermeiro com especialidade e enfermeiro de cuidados gerais

No estudo, e através da realização das correlações também foi possível obter resultados estatisticamente significativos ao nível da variável relativa aos serviços.

Assim, da comparação das capacidades da CE em função do serviço (Tabela nº8), os resultados indicam que os **enfermeiros do Serviço de Medicina Intensiva (SMI)** quando comparados com o Serviço de Urgência (SU), assumem-se frequentemente auto-conscientes, auto-motivados, gerem as emoções, gerem as emoções em grupo, e, são empáticos no cuidado à pessoa em situação crítica.

	SU (n=16)		SMI (n=21)		Dif.	p
	Média	Dp	Média	Dp		
Competência Emocional	3,90	0,43	4,76	0,39	-0,86	0,000
Auto-Consciência	3,83	0,52	4,95	0,61	-1,12	0,000
Gestão das Emoções	3,38	0,87	4,34	0,56	-0,96	0,000
Auto-Motivação	3,28	0,50	4,89	0,53	-1,61	0,000
Empatia	4,56	0,62	4,94	0,52	-0,38	0,055
Gestão das Emoções em Grupo	4,43	0,74	4,67	0,61	-0,23	0,316

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Freqüente | 6=Muito freqüente | 7=Sempre)

Tabela nº 8 - Apresentação da análise correlacional entre as cinco capacidades da CE e a Competência Emocional: variável SU e SMI

Análise fatorial da Competência Emocional

A segunda parte do questionário foi relativo à Escala Veiga da Competência Emocional, cujos indicadores foram sujeitos à Análise Fatorial das Componentes Principais integradas em cada uma das subescalas relativas às cinco capacidades da Competência em Estudo (variável dependente).

A análise fatorial dos resultados relativos às subescalas das capacidades da Competência Emocional, foi efetuada com base, nas indicações fornecidas pela autora da escala em estudo.

Para medir o grau de consistência interna foi determinado o Alfa de Cronbach (α), que segundo Pestana e Gageiro (2008), indica fidelidade, correlação e homogeneidade dos itens, permitindo desta forma, um grau de confiança e exatidão dos mesmos valores ao longo do tempo. A consistência interna do estudo, seguiu os seguintes valores de referência:

Valores do Coeficiente Alfa de Cronbach (α).

Alfa de Cronbach (α)	Consistência Interna
1,00 - 0,90	Muito boa
0,80 - 0,90	Boa
0,70 - 0,80	Razoável
0,60 - 0,70	Fraca
$\leq 0,60$	Inadmissível

Fonte: Pestana & Gageiro (2008)

Remetendo para o estudo, a consistência interna da Competência Emocional (tabela nº 9), segundo Pestana e Gageiro (2008), foi “ *muito boa* ” ($\alpha=0,946$).

Quanto às capacidades da CE, apenas a Empatia assumiu valores de consistência interna relativos a “ *razoável* ” ($\alpha=0,712$), sendo às restantes capacidades, atribuídas uma consistência interna de “ *boa* ”.

	Nr. Itens	Alpha de Cronbach
Competência Emocional	86	0,946
Auto-Consciência	20	0,852
Gestão das Emoções	19	0,870
Auto-Motivação	21	0,896
Empatia	12	0,712
Gestão das Emoções em Grupo	14	0,865

Tabela nº 9 – Coeficiente de Alfa Cronbach da Competência Emocional e suas capacidades

Autoconsciência

Relativamente à primeira subescala da EVCE, a 1ª capacidade é referente à Autoconsciência. Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna, a classificação de “ *boa* ” ($\alpha=0,852$), e nesta subescala são expressadas atitudes emocionais que vão desde alterações a nível racional e relacional, passando por uma auto-perceção consciente e perceção positiva de si, até uma perceção negativa de si.

Os resultados obtidos no estudo, revelam que os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica, segundo a escala temporal de *Likert*, entre 1 “ *nunca* ” e 7 “ *sempre* ”, mostram:

- a) A amostra revela que o seu **comportamento relacional** no cuidado à pessoa em situação crítica, se altera “ *por norma* ”, deixando-se “ *absorver por essas emoções(...)* ” e condicionando o seu comportamento, mas que ao mesmo tempo, a capacidade de atenção e o nível de raciocínio “ *pouco frequente* ” se alteram.

Tabela nº10, itens avaliados 1c); 2a); 2b); 2c).

- b) No que se refere à **auto-perceção consciente**, os enfermeiros revelam de forma “ *frequente* ” atitudes de consciência perante o que sentem, perante o tipo de sentimentos que os invadem, conseguindo exprimir o que sentem de forma verbal e não verbal, assumindo “ *muito frequente* ” atitudes observadoras, em relação ao que se passa à sua volta e, atitudes racionais no que se refere aos sentimentos.

Tabela nº10, itens avaliados 1d); 1e); 1g) 1h); 3b); 3c); 3f).

- c) Relativamente à **percepção positiva de si**, a amostra revela através dos resultados que em média e, de forma, “*frequente*” apresenta atitudes positivas (“...encaro a vida pela positiva.”) e autônomas (“...independente dos medos e outras opiniões”).

Tabela nº10, itens avaliados 3d) 3f) 3g) 3h).

- d) Na **percepção Negativa de si**, os participantes revelam que “por norma” não conseguem controlar os sentimentos negativos, mas por outro lado, revelam “pouco frequente”, uma atitude de instabilidade e com várias alterações de humor.

Tabela nº10, itens avaliados 1f) e 3a).

(1) AUTOCONSCIÊNCIA				
1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...)				
	Média	Dp	Min	Máx
a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	4,64	1,53	1	7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pomenor(es) que me fizeram sentir mal.	3,83	1,72	1	7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	3,64	1,55	1	6
d) 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.	4,58	1,59	1	7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	5,03	1,57	1	7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	3,67	1,90	1	7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	4,97	1,44	1	7
h) 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.	4,59	1,71	1	7
2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:				
a) Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...	3,39	1,50	1	7
b) Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...	3,53	1,40	1	6
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.	3,83	1,59	1	6
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...	3,47	1,76	1	6
3. Reconheço que tenho tendência a atuar, como uma pessoa:				
a) Instável, com várias mudanças de humor.	3,39	1,69	1	7
b) Observadora, consciente do que se passa à minha volta.	5,75	0,98	4	7
c) Racional, no que respeita aos meus sentimentos.	5,56	1,07	3	7
d) Positiva, encaro a vida pela positiva.	5,44	1,21	2	7
e) Ruminativa, sempre a “matutar”.	3,39	1,62	1	6
f) Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.	5,11	1,22	3	7
g) Azarada, não tenho sorte na vida.	3,56	1,89	1	7
h) Autônoma, independente dos medos e outras opiniões.	4,94	1,49	1	7
(1=Nunca 2=Raramente 3=Pouco frequente 4=Por norma 5=Frequente 6=Muito frequente 7=Sempre)				

Tabela nº 10 – Subescala da CE: Autoconsciência

Gestão das Emoções

A 2ª capacidade da EVCE é a Gestão de Emoções.

Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna, a classificação de “boa” ($\alpha=0,870$).

Nesta, são expressos pela amostra atitudes emocionais que vão desde a fuga, solidão, afastamento passivo, racionalização e readaptação emocional e transformação da energia emocional em física.

a) “*Pouco frequente*” assume-se como a média que os participantes tendem a perceber acerca das suas atitudes negativas de fuga e solidão.

Tabela nº11, itens avaliados 2b) 2d) 3a) 3e) 4a).

b) O afastamento passivo traduz as **atitudes de afastamento**, face a situações de conflito, sendo que, os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica, tendem “*por norma*” a afastar-se de **conflitos** de forma consciente.

Tabela nº11, itens avaliados 1a) 1b) 1c) 3b) 3d) .

c) Relativamente à **racionalização e readaptação emocional**, nos itens avaliados, é possível verificar que este item assumiu uma atribuição de “*frequente*” refletindo uma percepção de uma atitude racional, para uma posterior readaptação às emoções.

Tabela nº 11, itens avaliados 1e) 1f) 3c).

d) Os sujeitos da amostra revelam que quando tentam ultrapassar as emoções e sentimentos negativos, assumem uma atribuição “*pouco frequente*” face à **prática de exercício físico**, quando percebem a gestão de emoções.

Tabela nº 11, itens avaliados 4b) 4c).

(2) GESTÃO DAS EMOÇÕES				
1. 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:				
	Média	Dp	Min	Máx
a) Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	4,51	1,48	1	7
b) Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração. Arranji algo que gosto de fazer...	4,41	1,44	1	7
c) Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente. Fiquei quieto a tranquilizar-me...	3,95	1,41	1	6
d) Fiz exercício físico ativo (aeróbio). Gastei a energia em atividade...	3,62	1,93	1	7
e) Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira. Pensei melhor naquilo...	4,61	1,38	1	7
f) Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavalei a causa da minha raiva. Pensei nos porquês...	4,58	1,46	1	7
2. Quando, no quotidiano, sou invadido(a) por emoções e sentimentos negativos (fúria, cólera, irritação) normalmente:				
a) Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	3,11	1,82	1	7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e fico a pensar nas palavras/pessoas/atitude que o causaram.	3,35	1,84	1	6
c) 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.	2,35	1,34	1	6
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	4,22	1,58	1	7
3. Quando o meu estado de espírito é negativo e foi originado pela ansiedade, sinto:				
a) Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	3,27	1,69	1	7
b) Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	3,86	1,40	1	6
c) Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	4,17	1,28	1	6
d) Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	3,69	1,39	1	6
e) Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	3,53	1,64	1	7
4. Quando me sinto deprimido(a), verifico que:				
a) Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	3,47	2,14	1	7
b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	4,89	2,00	1	7
c) Sinto alívio se comer ou beber.	3,36	1,58	1	6
c) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	3,08	1,59	1	7
(1=Nunca 2=Raramente 3=Pouco frequente 4=Por norma 5=Frequente 6=Muito frequente 7=Sempre)				

Tabela nº 11 – Subescala da CE: Gestão das Emoções

Automotivação

A automotivação assume-se como a 3ª capacidade da CE. Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna, a classificação de “boa” ($\alpha=0,896$).

Nesta capacidade são expressadas atitudes emocionais como a iliteracia emocional, iliterados manipulados pela energia emocional, literacia emocional, racionalização do fluxo e, por último, estado do fluxo.

- a) No que concerne aos itens avaliados e, relativos à **iliteracia emocional**, a amostra revela, maioritariamente, uma atribuição “*pouco frequente*” na escala temporal de

Likert, percecionando pouco frequentemente negativismo emocional (pessimismo, derrotismo, auto-piedade).

Tabela nº 12, itens avaliados 1c) 1d) 1e) 1f) 2d) 3c).

- b) Já no item **Literacia emocional**, os participantes revelam a atribuição “frequente”, que se traduz numa perceção positiva acerca das suas emoções, exprimindo capacidade de controlar os impulsos, “(...)arranjar energia e habilidade para enfrentar os problemas.”.

Tabela nº12, itens avaliados 1a) 1b) 1h) 1i).

(3) AUTOMOTIVAÇÃO				
	Média	Dp	Min	Máx
1. Reconheço-me como uma pessoa:				
a) Com capacidade para controlar os meus impulsos e agir após pensar.	4,92	1,34	2	7
b) Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	4,64	1,55	2	7
c) Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	3,65	1,80	1	7
d) Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	3,35	2,11	1	7
e) Derrotista (não tenho sorte na vida).	3,43	2,29	1	7
f) Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	3,57	2,01	1	7
g) Capaz de sair de qualquer sarilho.	4,70	1,20	1	7
h) Capaz de ter/ “arranjar” energia e habilidade para enfrentar os problemas.	5,16	0,96	3	7
i) Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	5,05	1,27	3	7
2. Imagine uma atividade de quotidiano (exemplo: prestação de cuidados de enfermagem). Durante a atividade, normalmente sinto que:				
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	3,60	1,32	1	6
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	2,84	1,36	1	6
c) Vou fazendo o que devo, c/ o estado de espírito preocupado c/ outras coisas.	3,22	1,51	1	7
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega/ professor/ amigo aprova?).	3,46	2,04	1	7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	4,27	1,52	1	7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	3,30	1,56	1	7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	5,27	1,54	1	7
3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, etc), sinto que:				
a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...	3,67	1,70	1	7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...	4,58	1,44	1	7
c) Invade-me a auto-piedade. Acabo por me sentir “down”, como alguém sem grande interesse...	3,75	1,98	1	7
d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)...	3,40	1,96	1	7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	3,69	1,88	1	7

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Frequente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

¶

Tabela nº 12 – Subescala da CE: Automotivação

Empatia

A empatia surge como a 4ª Capacidade da CE, presente na EVCE.

Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna, a classificação de “razoável” ($\alpha=0,712$).

Após análise dos resultados da subescala relativa à empatia, podemos destacar atitudes emocionais ao nível da valorização da expressão, literato emocional em conflito, sintonia relacional e valorização da expressão da oralidade.

Dos itens avaliados, podemos verificar que:

- a) A **valorização da expressão** em média é “frequente” na amostra, assumindo-se como um aspeto crucial na expressão das emoções. A atitude emocional ao nível da expressão corporal, tom de voz, direção do olhar e a linguagem não verbal, são fatores que ocorrem com frequência nos enfermeiros quando prestam cuidados à pessoa em situação crítica.

Tabela nº13, itens avaliados 2b) 2c) 2d) 2e).

- b) Da análise dos resultados, também podemos concluir que a **sintonia relacional** ocupa em média a atribuição “frequente” nos participantes, levando-nos a refletir que os enfermeiros desta amostra vivem frequentemente atitudes de empatia, uma vez que, conseguem “Registrar/perceber os sentimentos dos outros”, sintonizar com o que os outros estão a sentir e mais uma vez, tendem a valorizar a comunicação não verbal.

Tabela nº13, itens avaliados 1a) 1b) 1c) 1d).

(4) EMPATIA				
	Média	Dp	Min	Máx
1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz de:				
a) “Registrar”/perceber os sentimentos dos outros.	5,14	1,11	3	7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	4,38	1,09	2	7
c) “Ler” os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	5,16	1,01	3	7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	4,89	1,20	2	7
2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:				
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	4,78	1,32	2	7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	5,24	1,06	3	7
c) O tom de voz.	4,97	1,24	2	7
d) A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	5,28	1,15	3	7
e) Os gestos (mãos, corpo).	4,89	1,20	3	7
3. No quotidiano, e numa situação de conflito (desentendimento ou discussão pessoal...) dou-me conta que:				
a) Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir. Percebo que me sinto bem a ouvir as pessoas...	4,32	1,53	1	7
b) Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável. Fico irritado...	3,32	1,42	1	6
c) Fico receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta. Mantenho-me tranquilo	4,32	1,43	1	7

(1=Nunca | 2=Raramente | 3=Pouco frequente | 4=Por norma | 5=Frequente | 6=Muito frequente | 7=Sempre)

¶

Tabela nº 13 – Subescala da CE: Empatia

Gestão das Emoções em Grupo

A Gestão de Emoções em Grupo assume-se como a 5ª capacidade da CE.

Esta capacidade apresenta ao nível da consistência interna ($\alpha = 0,865$) traduzindo-se em “boa”.

Esta capacidade manifesta atitudes emocionais ao nível da **estabilidade pessoal e emocional; controlo emocional e relacional; e, sincronismo.**

Assim, perante a análise estatística dos resultados podemos verificar que:

- a) Relativamente às atitudes emocionais ao nível da **estabilidade pessoal e emocional**, em média, os enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica manifestam na sua maioria, de forma, “*frequente*” perceções pessoais de positivismo emocional, demonstrando estabilidade no reconhecimento das emoções nos outros, mantendo relações estáveis ao longo do tempo e demonstrando capacidade em controlar as expressões das suas próprias emoções.

Tabela nº 14, itens avaliados 1b) 1c) 1d) 1e) 1f) 1h)

- b) Ao nível do **controlo emocional e relacional**, podemos verificar que, em média, a maioria da amostra apresenta “*por norma*” clareza nas suas opções na relação com o outro, preferência de “*(...)colocar-me frente a frente*”, tendo a perceção de perceber como os outros se sentem.

Tabela nº14, itens avaliados: 1g) 2b) 2e).

- c) No que se refere ao **sincronismo**, os resultados demonstram que os enfermeiros em estudo, apresentam em média e na sua maioria, a atribuição “*por norma*” face a esta atitude emocional e, segundo a escala temporal de Likert. Assim, “*por norma*” percecionam sentimentos de sintonia com os que os rodeiam, revelando uma capacidade de identificar sinais de mímica nos próprios gestos com o outro.

Tabela nº14, itens avaliados: 2c) 2d) 2f).

(5) GESTÃO DAS EMOÇÕES EM GRUPO				
	Média	Dp	Min	Máx
1. No que respeita ao meu relacionamento com as outras pessoas (relações pessoais, sociais, profissionais), os procedimentos que normalmente me identificam:				
a) Consigo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.	4,95	0,94	3	7
b) Ajusto-me emocionalmente com os sentimentos que deteto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.	4,81	1,15	3	7
c) Consigo dar expressão verbal aos sentimentos coletivos.	4,62	1,09	2	6
d) Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.	4,46	1,12	2	6
e) As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.	5,43	1,24	3	7
f) Tenho habilidade para controlar a expressão das minhas próprias emoções.	4,76	1,28	2	7
g) Nas minhas relações com os outros, digo claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.	4,57	1,24	3	7
h) Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.	5,16	1,07	4	7
2. Relativamente à comunicação com grupos (pessoas e/ou colegas), reconheço que me acontece:				
a) Captar os sentimentos deles e parece que começo a absorvê-los.	4,08	1,16	2	6
b) Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.	4,43	1,12	2	7
c) Entrar em "sincronismo de estado de espírito".	4,38	1,19	2	7
d) Dar comigo a fazer os mesmos gestos, ou gestos concordantes com a outra pessoa.	3,41	1,17	1	6
e) Preferir colocar-me frente a frente.	4,22	1,29	2	7
f) Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.	4,19	0,91	3	7
(1=Nunca 2=Raramente 3=Pouco frequente 4=Por norma 5=Freqüente 6=Muito freqüente 7=Sempre)				

Tabela nº 14 – Subescala da CE: Gestão de Emoções em Grupo

7. ANEXOS

Anexo I

Parecer da Comissão de Ética da instituição para realização do estudo

Parecer da Comissão Ética

	INFORMAÇÃO	
--	------------	--

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento
De: Comissão de Ética

Assunto: **Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "Competência emocional dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica"**

INFORMAÇÃO

Exmo. Senhor,

A Comissão de Ética apreciou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "**Competência emocional dos enfermeiros no cuidado à pessoa em situação crítica**", cuja autora é Ana Cristina Costa Marques aluna de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

A Comissão de Ética deliberou, por unanimidade, nada opor à realização do estudo, desde que, a investigadora prescindida da variável idade, ou então, que a colheita deste dado seja efectuada por categorias/intervalos, a fim de manter o anonimato.

Com os melhores cumprimentos

 :)

 _____ 

Anexo II

Consentimento da autora para utilização da Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE)

Consentimento da autora para autorização da utilização da Escala Veiga da Competência Emocional (EVCE)



Aceitação de Utilização da Escala Veiga de Competência Emocional

Para os devidos efeitos, e porque assim foi solicitado por Ana Cristina Costa Marques, estudante do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, sob orientação da Professora Doutora Sílvia Patrícia Fernandes Coelho, a desenvolver o estudo intitulado “Competência Emocional do Enfermeiro no cuidado à pessoa em situação crítica”, apresenta-se o respetivo consentimento para a utilização da Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

No respeito integral pelos direitos de autor, a indicação como referência no estudo, poderá ser uma das seguintes:

Veiga-Branco, M.A.R. (2018). Escala Veiga de Competência Emocional. In Rodrigues, P.A.R. & Veiga-Branco, M. A. R. (Ori). (2018). Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico, (pp. 67-75). Biblioteca Digital do IPB, Escola Superior de Saúde, Teses de Mestrado ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. <http://hdl.handle.net/10198/14784>

Veiga-Branco, M.A.R. (2018). Escala Veiga de Competência Emocional. In Ferreira, C. A. P., Veiga-Branco, M. A. R., Mata, M. A. (Ori). (2018) Competência emocional e interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras das unidades de cuidados de saúde primários: uma perspetiva de cuidadores formais e informais. (Anexo I) Biblioteca Digital do IPB, Escola Superior de Saúde, Teses de Mestrado ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. <http://hdl.handle.net/10198/17872>

Atenciosamente,

Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Sciences of Education, PhD

Health Education, Master

Neuroeducation, PG

Coordinator Professor - Higher Health School, Polytechnical Institute, Bragança

Erasmus+ PSI-Well Project Coordinator (Portugal, IPB): "Building Bridges: Promoting Social Inclusion and Wellbeing for Families of Children with Special Needs" <https://www.facebook.com/PSI-WELL-203397606770321/>

Department of Social Sciences and Gerontology

Post Graduation in Emotional Education Coordinator

Chairman Direction PAIDEIA - Open Platform - Association for Development of Emotional Education

Telf (+351)273330950

Av. D. Afonso V

5300-121 Bragança, Portugal

