



**Dora Margarida
Ribeiro Machado**

**RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIA
EMOCIONAL E COMPORTAMENTO
ASSERTIVO DOS ENFERMEIROS DAS
UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO
ACeS MAIA/VALONGO**



**DORA
MARGARIDA
RIBEIRO
MACHADO**

**RELAÇÃO ENTRE COMPETÊNCIA
EMOCIONAL E COMPORTAMENTO
ASSERTIVO DOS ENFERMEIROS DAS
UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO
ACeS MAIA/VALONGO**

Relationship between emotional competence and assertive behavior of nurses at the ACeS Maia/Valongo family health units

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Familiar, realizado sob a orientação científica da Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, e do Doutor João Paulo de Almeida Tavares, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao pai, à mãe, ao marido, à mana, às
sobrinhas e sobrinho e, como não poderia deixar de ser, aos
que sempre me acompanharam em longas sessões de estudo...
Suri e Hachi.

O júri

Presidente

Professor Doutor Alexandre Rodrigues
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás
Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de
Bragança

Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
(orientadora)

Agradecimentos

Dedico os meus especiais agradecimentos a todos os que, direta e indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho:

À Professora Doutora Assunção de Almeida pela motivação, disponibilidade, generosidade e confiança constantes;

Ao Professor Doutor João Tavares pelo pragmatismo, disponibilidade e apoio imediatos;

À ARS Norte por permitir a sua aplicação;

À Direção do ACeS Grande Porto III, Maia Valongo, pelo auxílio e interesse demonstrados;

À equipa da USF Pirâmides, em especial às minhas queridas colegas, pela paciência e solidariedade;

A todos os enfermeiros pela generosidade em participarem.

Palavras-chave

Inteligência Emocional; Comunicação; Assertividade; Enfermagem Familiar

Resumo

O presente relatório expõe o resultado das atividades efetuadas no Estágio de Natureza Profissional, realizado na Unidade de Saúde Familiar Pirâmides, entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021.

Tem como objetivos refletir sobre as aprendizagens resultantes da prática e o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Familiar e apresentar o estudo de investigação, realizado durante o estágio, denominado “Relação entre competência emocional e comportamento assertivo dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo”.

O Enfermeiro de Família, enquanto profissional que presta cuidados ao indivíduo e família, ao longo do ciclo vital e em diferentes contextos, deve desenvolver competências emocionais e comunicacionais para assegurar a eficácia, segurança e qualidade das relações que estabelece.

Deste modo, este estudo teve como objetivo analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar. Utilizou-se uma metodologia quantitativa, do tipo transversal descritivo-correlacional. A amostra foi constituída por 66 enfermeiros a exercer funções em Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo. Os dados foram recolhidos através de um questionário eletrónico, que foi constituído por 3 partes: características sociodemográficas e profissionais, questionário de competência emocional e questionário de comportamentos assertivos com o utente e com a equipa multidisciplinar. O período de colheita de dados decorreu de 19 de julho a 19 de agosto de 2021. Este estudo foi aprovado pela comissão de ética para a saúde. Os dados foram tratados com recurso ao *Statistical Package for Social Sciences*.

Da análise de dados concluiu-se que a amostra possui níveis elevados de competência emocional ($205,1 \pm 20,9$) e adota frequentemente comportamentos assertivos com o utente e com a equipa multidisciplinar ($4,86 \pm 0,65$). Além disso, as características sociodemográficas da amostra não se relacionaram de forma estatisticamente significativa, nem com as competências emocionais, nem com a adoção de comportamentos assertivos. Também não se verificou relação estatisticamente significativa entre a competência emocional da amostra e as suas características profissionais ou de satisfação laboral. Por outro lado, a experiência em outros serviços e o gosto pelo local de trabalho relacionaram-se de forma estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos. Também o tempo de serviço na carreira se correlacionou positivamente com a adoção de comportamentos assertivos. Verificou-se correlação positiva entre a competência emocional e a adoção de comportamentos assertivos ($r_s=0,339$, $p=0,005$). Também se verificou correlação entre a escala de comportamentos assertivos e as subescalas de competência emocional “capacidade para lidar com a emoção” ($r_s=0,327$, $p=0,007$) e “expressão emocional” ($r_s=0,406$, $p=0,001$). Verificou-se correlação entre a

subescala comportamentos assertivos com o utente e as subescalas de competência emocional “capacidade para lidar com a emoção” ($r_s=0,249$, $p=0,043$) e “expressão emocional” ($r_s=0,272$, $p=0,027$). Por fim, verificou-se correlação entre a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e a escala total de competências emocionais ($r_s=0,338$, $p=0,006$) e entre a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e as subescalas de competência emocional “capacidade para lidar com a emoção” ($r_s=0,324$, $p=0,008$) e “expressão emocional” ($r_s=0,406$, $p=0,001$).

Os resultados sustentam a importância da competência emocional no desenvolvimento de habilidades sociais, como a assertividade, ambas fundamentais para garantir o sucesso das relações mantidas pelo Enfermeiro de Família com utente, família e equipa multidisciplinar.

Keywords

Emotional Intelligence; Communication; Assertiveness; Family Nursing

Abstract

This report presents the results of the activities carried out in the Internship of Professional Nature, which took place at the Pirâmides Family Health Unit, between October 2020 and February 2021.

It aims to reflect on the learning experiences resulting from the practice and the development of specialized skills in Family Health Nursing, and to present the research study carried out during the internship, named "Relationship between emotional competence and assertive behavior of Nurses of the Family Health Units of ACeS Maia/Valongo".

The Family Nurse, as a professional who provides care to individuals and families throughout the life cycle and in different contexts, must develop emotional and communicational skills to ensure the effectiveness, safety, and quality of the relationships they establish.

Thus, this study aimed to analyze the relationship between the sociodemographic and professional characteristics of nurses of the Family Health Units of the ACeS Maia/Valongo and the emotional competence and assertive behaviors with patients and the multidisciplinary team. A quantitative, cross-sectional descriptive-correlational methodology was used. The sample was composed of 66 nurses working in Family Health Units of the ACeS Maia/Valongo. Data were collected through an electronic questionnaire composed of three parts: sociodemographic and professional characteristics, emotional competence questionnaire, and questionnaire on assertive behaviors with the patient and the multidisciplinary team. The data collection period was from July 19 to August 19, 2021. This study was approved by the ethics committee for health. Data were processed using the *Statistical Package for Social Sciences*.

Data analysis concluded that the sample had high levels of emotional competence ($205,1 \pm 20,9$) and frequently adopted assertive behaviors with the patient and the multidisciplinary team ($4,86 \pm 0,65$). In addition, the sociodemographic characteristics of the sample were not statistically significantly related to either emotional competence or the adoption of assertive behaviors. There was also no statistically significant relationship between the emotional competence of the sample and their professional characteristics or job satisfaction. On the other hand, experience in other services and liking for the workplace were statistically significantly related with the adoption of assertive behaviors. Also, the length of service in the career correlated positively with the adoption of assertive behaviors. There was a positive correlation between emotional competence and adoption of assertive behaviors ($r_s=0,339$, $p=0,005$). There was also a correlation between the assertive behaviors scale and the emotional competence subscales "ability to deal with emotion" ($r_s=0,327$, $p=0,007$) and "emotional expression" ($r_s=0,406$, $p=0,001$). There was a correlation between the assertive behaviors with the user subscale and the emotional competence subscales "ability to deal with emotion" ($r_s=0,249$, $p=0,043$) and "emotional expression" ($r_s=0,272$, $p=0,027$). Finally, there was a correlation between the assertive behaviors with the multidisciplinary team subscale and the total emotional competence scale ($r_s=0,338$, $p=0,006$) and between the assertive behaviors with

the multidisciplinary team subscale and the emotional competence subscales "capacity to deal with emotion" ($r=0,324$, $p=0,008$) and "emotional expression" ($r=0,406$, $p=0,001$).

The results support the importance of emotional competence in the development of social skills, such as assertiveness, both of which are essential to ensure the success of the relationships maintained by the Family Nurse with patients, families and the multidisciplinary team.

Abreviaturas e/ou siglas

% – Percentagem amostral

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

CA – Comportamentos assertivos

CAU – Comportamentos assertivos com o utente

CAE – Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar

CE – Competência emocional

CES – Comissão de Ética para a Saúde

CFI – *Comparative Fit Index*

CL – Capacidade para lidar com a emoção

Dp – Desvio padrão

EE – Expressão emocional

EEESF – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar

EF – Enfermeiro de Família

ESF – Enfermagem de Saúde Familiar

ESCQ – *Emotional Skills and Competence Questionnaire*

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

H – Kruskal-Wallis.

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

IE – Inteligência emocional

K-S – Kolmogorov-Smirnov

M – média

máx. – máximo

MDAIF – Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar

MESF – Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

mín. – mínimo

MSCEIT – Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test

N – Elementos da amostra

NNFI – *Non-Normed Fit Index*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Nível de significância

PE – Percepção emocional

QCE – Questionário de competência emocional

r – Pearson

R^2 – Squared Multiple Correlation Coefficient

RMSEA – *Root Mean-Squared Error of Approximation*

r_s – Rhó Spearman

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

t – TStudent

U – MannWhitney

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

VR – Valor de referência

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	12
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	13
2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	16
CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO	21
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	22
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
2.1. Emoção e Inteligência – Conceitos.....	23
2.2. Inteligência e competência emocionais.....	24
2.2.1. Influência das características sociodemográficas e profissionais na competência emocional.....	25
2.3. Comunicação em enfermagem.....	27
2.4. Habilidades e competências sociais – Assertividade.....	28
2.4.1. Influência das características sociodemográficas e profissionais na adoção de comportamentos assertivos.....	29
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Problemática e objetivos.....	32
3.2. Tipo de estudo.....	33
3.3. População e Amostra/ Caracterização dos Participantes.....	33
3.4. Instrumento de recolha de dados.....	34
3.5. Procedimentos de recolha de dados.....	36
3.6. Procedimentos de análise dos dados.....	36
3.7. Considerações éticas.....	37
4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	38
4.1. Caracterização sociodemográfica, profissional e de satisfação no trabalho.....	38
4.2. Caracterização da competência emocional.....	41
4.3. Caracterização da adoção de comportamentos assertivos.....	42
4.4. Teste de Hipóteses.....	43
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
5.1. Competência emocional e assertividade da amostra.....	55
5.2. Discussão de Hipóteses.....	56
5.2.1. Características sociodemográficas e competências emocionais.....	56
5.2.2. Características profissionais e competências emocionais.....	57
5.2.3. Características sociodemográficas e adoção de comportamentos assertivos.....	58
5.2.4. Características profissionais e adoção de comportamentos assertivos.....	58
5.2.5. Competências emocionais e adoção de comportamentos assertivos.....	60
6. CONCLUSÃO.....	62
6.1. Conclusões.....	62
6.2. Limitações do estudo.....	62
6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais.....	63

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	80
APÊNDICES.....	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa município da Maia	13
Figura 2 - Distribuição da população USF Pirâmides por freguesias Maiatas.....	14

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos utentes da USF Pirâmides por sexo e faixa etária	14
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros (n=66)	38
Tabela 3 - Caracterização dos enfermeiros em relação às variáveis profissionais (n=66).....	39
Tabela 4 - Caracterização dos enfermeiros em função da satisfação no trabalho (n=66).....	40
Tabela 5 - Pontuação do QCE e subescalas	41
Tabela 6 - Pontuação para o questionário de adoção de comportamentos assertivos e dimensões	42
Tabela 7 - Relação entre CE e variáveis sociodemográficas	44
Tabela 8 - Relação entre CE e variáveis profissionais	46
Tabela 9 - Relação entre CE e variáveis de satisfação no trabalho	47
Tabela 10 - Relação entre CA e variáveis sociodemográficas	49
Tabela 11 - Relação entre CA e variáveis profissionais	51
Tabela 12 - Relação entre CA e variáveis de satisfação no trabalho	52
Tabela 13 - Relação entre comportamentos assertivos e competência emocional.....	54

INTRODUÇÃO

O estágio de natureza profissional, do 1º semestre do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar (MESF), desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pirâmides, ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo, no período compreendido entre 19 de outubro de 2020 e 19 de fevereiro de 2021, num total de 540 horas.

Este instrumento formativo é essencial para a formação de profissionais e especialistas em enfermagem, por permitir o desenvolvimento de habilidades, o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos, a consolidação de conhecimentos teóricos, a reflexão de formas de atuação e o desenvolvimento de uma opinião crítica, norteadora de decisões mais conscientes e adequadas (Dias et al., 2014). Contribui para uma prática baseada em evidência, permitindo respostas assertivas, organizadas e congruentes, como esperado e exigido pela sociedade, para a facilitação de processos de transição, a disseminação de conhecimento e a inovação da prática clínica (L. Sousa et al., 2018). Aliás, são as evidências científicas que permitem respostas e práticas, por tomadas de decisão clínica, em contextos complexos, variáveis e imprevisíveis (P. Queirós & M. C. Figueiredo, 2015), como os apresentados em Enfermagem de Saúde Familiar (ESF).

Também os trabalhos científicos contribuem para a prática baseada na evidência (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN], 2012; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2006), pelo que, ao longo do estágio, foi desenvolvida uma investigação subordinada ao tema “Relação entre competência emocional e comportamento assertivo dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo”. O interesse pela área prendeu-se com o facto do Enfermeiro de Família (EF), ao assumir os cuidados ao indivíduo e família, ao longo do ciclo vital, se envolver em situações com conotação emocional que exigem uma gestão de emoções eficaz e uma comunicação assertiva.

O presente trabalho encontra-se dividido em três partes. A primeira parte documenta o percurso no desenvolvimento de competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (EEESF), descritas no Regulamento nº 428/2018, de 16 julho, onde se objetiva cuidar da família, como unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção, e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da ESF. A segunda parte descreve o percurso da investigação, que teve como principal objetivo relacionar as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo com a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar. E a terceira parte apresenta uma reflexão global do relatório, documentando as aprendizagens e dificuldades vivenciadas ao longo da Unidade Curricular (UC).

Considerando o tema em pesquisa, é relevante mencionar que, já em 1990, Peter Salovey e John D. Mayer publicaram um artigo abordando a importância e autonomia da Inteligência

Emocional (IE). Na última década, o tema ganhou especial importância na enfermagem por se perceber que a IE promove o bem-estar dos profissionais, causando impacto nos utentes e famílias (Raghubir, 2018). Aliás, para cuidar holisticamente é essencial que o enfermeiro seja capaz de gerir as suas emoções, proporcionando uma relação terapêutica eficaz e eficiente, num ambiente, percebido pelo indivíduo/família, como seguro (Francisco, 2017).

Por outro lado, também a comunicação, verbal e não verbal, do enfermeiro com o utente, família e equipa, interfere na segurança e qualidade dos cuidados. No processo comunicacional partilha-se informação capaz de influenciar indivíduos e comunidades na promoção da saúde e prevenção da doença (Borges, 2015). Recorrer à assertividade permite a expressão clara de sentimentos e desejos e a defesa dos direitos individuais, garantindo a liberdade do outro (H. Alves, 2016; Querido et al., 2020), um maior respeito, uma maior satisfação do indivíduo nas atividades diárias, uma maior segurança do utente (Haladin et al., 2015; Nakamura et al., 2017; Omura et al., 2017) e a aceleração do progresso da sua recuperação e a proteção do enfermeiro da pressão diária a que está exposto (H. Alves, 2016).

Posto isto, e procurando uma referência teórica para a execução do presente projeto, optou-se pela Teoria das Relações Interpessoais de Peplau. A teórica resgatou o sentido humano da prática de enfermagem, ao adotar uma vertente educativa e terapêutica e distanciar-se do modelo biomédico, incentivando o desenvolvimento da personalidade do profissional e valorizando as competências sociais e emocionais do enfermeiro, para melhorar a saúde do utente e família e assegurar cuidados mais seguros e eficazes (Mastrapa & Lamadrid, 2016).

Recorreu-se a um estudo quantitativo, transversal descritivo-correlacional, cuja questão de investigação foi “Qual a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos, com utentes e equipa multidisciplinar?”. A pertinência da investigação e os resultados obtidos fundamentaram-se numa revisão bibliográfica, que incidiu sobre a inteligência e competência emocionais, as habilidades sociais, de onde se destacou a assertividade, e a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau.

Ressalva-se que os resultados obtidos com esta investigação poderão promover o desenvolvimento de projetos que melhorem a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

**CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA
DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

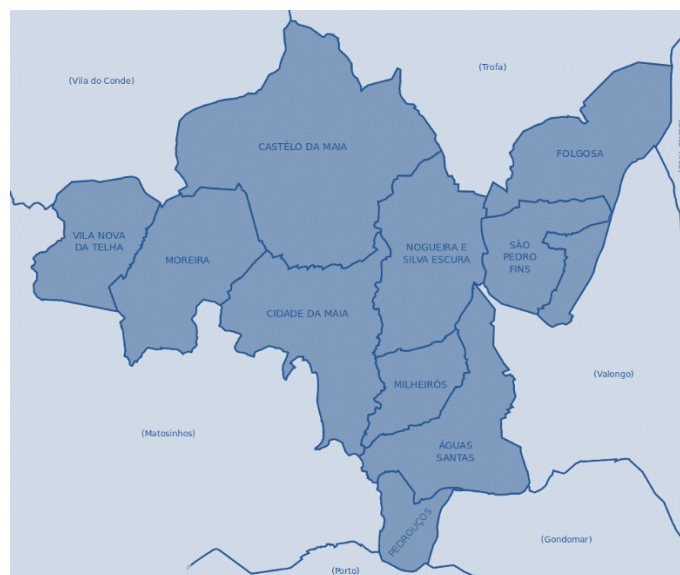
1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Considerando os objetivos e competências a desenvolver no âmbito da UC, o estágio decorreu na USF Pirâmides, situada no concelho da Maia, entre outubro de 2020 e fevereiro de 2021, sob supervisão da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Comunitária Isabel Silvério e orientação da Professora Doutora Assunção Almeida e do Professor Doutor João Tavares.

O município da Maia pertence ao distrito do Porto e é limitado a norte pelos concelhos da Trofa e de Santo Tirso, a leste por Valongo, a sudeste por Gondomar, a sul pelo Porto, a sudoeste por Matosinhos e a noroeste por Vila do Conde (Figura 1). Atualmente é um dos municípios mais avançados do país, com um papel importante na indústria, inovação e novas tecnologias, apresentando um contraste entre o exemplo de desenvolvimento económico e ambiental e zonas rurais, de fortes crenças religiosas e históricas, onde predomina a agricultura. Em 2011 a população residente ascendia aos 135306 habitantes, 64874 (47,9%) do sexo masculino e 70432 (52,1%) do sexo feminino, verificando-se um crescimento populacional sempre positivo (Instituto Nacional de Estatística, 2020).

Figura 1

Mapa município da Maia



Fonte: <http://jfmilheiros.pt/>

A USF Pirâmides, inaugurada a 27 de julho de 2009, pertence ao ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo, da Administração Regional de Saúde do Norte, é uma Unidade Modelo B, funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 20 horas, e conta com 7 enfermeiros, 7 médicos e 5 secretários clínicos.

Fica sediada num edifício onde também se integra a Direção do ACeS e mais uma USF. Articula o desenvolvimento dos seus cuidados com o Serviço Social, a Unidade de Saúde Pública, a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados e o Serviço de Atendimento a Situações de Urgência, que assegura os cuidados aos fins de semana e feriados. Quando encerrada, os

utentes deverão recorrer às alternativas Linha de Saúde 24 ou Centro Hospitalar Universitário de São João. À data de realização do estágio tinha inscritos 12777 utentes, 5928 do sexo masculino e 6849 do sexo feminino, distribuídos consoante Tabela 1.

Tabela 1

Distribuição dos utentes da USF Pirâmides por sexo e faixa etária

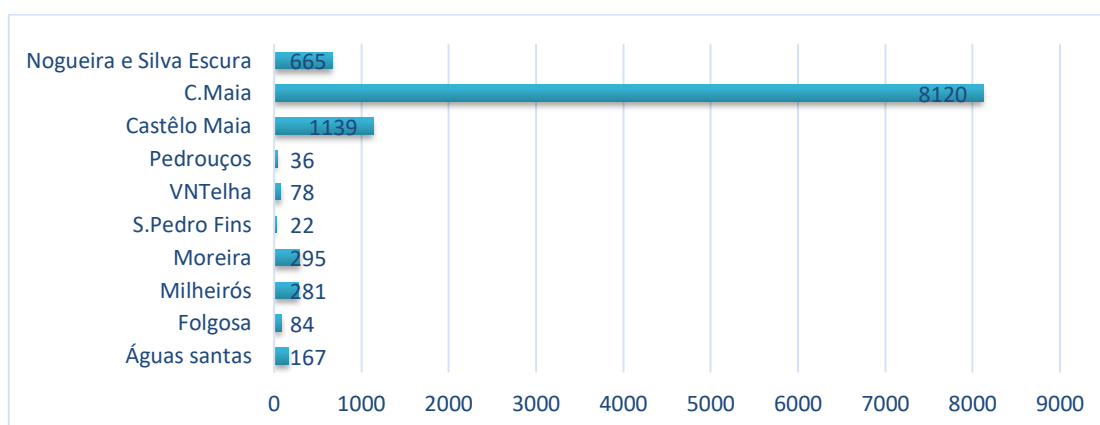
<i>Grupo etário</i>	<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>	<i>Total</i>
<i>0-14 anos</i>	892	950	1842
<i>15-19 anos</i>	391	374	765
<i>20-64 anos</i>	3706	4274	7980
<i>65-74 anos</i>	506	672	1178
<i>≥ 75 anos</i>	433	579	1012
	5928	6849	12777

Fonte: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10030/1131673/Pages/default.aspx>

Os utentes eram, na sua maioria, adultos em idade ativa e, apenas, 124 (0,97%) inscritos apresentavam dependência nos autocuidados. A sua residência distribuía-se pelo Continente e Arquipélagos, todavia a maioria habitava nos diferentes municípios do distrito do Porto, predominantemente na Cidade da Maia, distribuídos por freguesias consoante Figura 2.

Figura 2

Distribuição da população USF Pirâmides por freguesias Maiatas



Fonte: Câmara Municipal da Maia, 2016

Quando um utente se inscreve na USF é-lhe atribuído enfermeiro e médico, que desenvolvem a sua atividade com base no mesmo ficheiro de utentes e asseguram as diferentes consultas do Programa Nacional de Saúde, na USF ou no domicílio, de acordo com o grau de dependência. Durante todo o horário é disponibilizada a consulta aberta, para assegurar o atendimento de situações que não possam aguardar por marcação.

A lista atribuída para o presente estágio contava com 1828 utentes, 53,4% do sexo feminino e 46,5% do sexo masculino. Mais de metade (62,9%) eram adultos, 19,4% eram crianças/jovens e 17,7% eram idosos. O programa de saúde de dependência estava associado a 17 utentes, o de hipertensão arterial a 210, o de diabetes mellitus a 95, o de saúde materna a 4, o de tratamento de feridas/úlceras a 24, o de planeamento familiar a 623, o de rastreio oncológico a 60 e o de ostomias a 2.

Com a reforma de 2005 dos Cuidados de Saúde Primários surgiram os Enfermeiros de Família. Em 2010 a Ordem dos Enfermeiros criou o título de EEESF e em 2014 definiram-se, em Diário da República, os princípios e o enquadramento da sua atividade, certificando o corpo de conhecimento específico da sua especialização.

Assim, acordando com o regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento n.º 140, 2019), o MESF delineou os seguintes objetivos para a UC:

- desenvolver as competências comuns do Enfermeiro Especialista nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade;
- gerir cuidados e desenvolver aprendizagens profissionais;
- cuidar a família como uma unidade de cuidados;
- prestar cuidados específicos à família nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária;
- mobilizar os recursos da comunidade para a prestação de cuidados à família capacitando a mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento;
- identificar precocemente os determinantes da saúde com efeitos na saúde familiar;
- desenvolver em parceria com a família processos de gestão, promoção, manutenção e recuperação da saúde familiar, identificando e mobilizando os recursos necessários à promoção da sua autonomia;
- elaborar um relatório de estágio (Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro [ESSUA], 2020).

A sua concretização visa a aquisição e desenvolvimento das competências do EF, definidas pela OE (Regulamento n.º 428, 2018):

- Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção;
- Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar.

2. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Para produzir saúde são imprescindíveis a família e o foco de enfermagem na mesma (Calkin, 1990; M. Rodrigues & M. Costa, 2013). As USF oferecem melhores cuidados à família e o EF detém uma proximidade e centralidade que lhe possibilita uma posição privilegiada de intervenção, melhorando o acesso e adesão a cuidados de saúde, a efetividade de custos e a vigilância e prevenção de doenças crónicas (ICN, 2008; Luís, 2012; Pisco, 2011).

Respondendo a um dos objetivos do estágio e para concessão de estatuto será realizada uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências na área de ESF.

Desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista nos vários domínios (Regulamento n.º 140/2019), designadamente:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal:** durante o cuidado ao doente e família, salvaguardou os princípios da beneficência, não maleficência e justiça e respeitou os seus valores e crenças. Assegurou também a sua privacidade, o direito ao sigilo, considerando toda a informação colhida confidencial, e a autodeterminação, através da promoção do consentimento informado, livre e esclarecido, garantido pela explicação de intervenções e esclarecimento de dúvidas;

- **Melhoria contínua da qualidade:** no decorrer da situação pandémica colaborou na elaboração de procedimentos para uma atuação segura, na área de prevenção de infeções, tais como circuito do doente (com e sem complicações respiratórias) e do profissional, e promoção do contacto do utente via email;

- **Gestão dos cuidados:** neste âmbito teve oportunidade de colaborar nas decisões de equipa, que, dada a pandemia, assentavam fundamentalmente no condicionamento do acesso do utente à USF. Daí a importância do seu contributo na delegação de cuidados, à família e comunidade, após assegurada, através da sua supervisão, a segurança da sua execução. E, também, na referenciação para outros prestadores de saúde, quando a situação o exigiu. Teve ainda oportunidade de proporcionar uma eficiente utilização de recursos, ao colaborar na gestão do material, uma vez que a sua Enfermeira supervisora era responsável pela mesma;

- **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:** assegurou-o ao promover a revisão e aperfeiçoamento da prática de enfermagem, através do diagnóstico de necessidades formativas e do codesenvolvimento de formações para o utente, no âmbito da etiqueta respiratória, e para a equipa, com a apresentação de estudos de caso.

No âmbito da ESF (Regulamento n.º 428/2018), e assumindo o compromisso de ter a família como alvo de cuidados, desenvolveu as seguintes competências:

- **Cuidar da família, enquanto unidade de cuidados, e de cada um dos seus membros, ao longo do ciclo vital e aos diferentes níveis de prevenção** – aproveitando as consultas de enfermagem, referentes aos diferentes Programas Nacionais de Saúde, procurou, no desenvolvimento de cuidados globais ao longo do ciclo vital, estreitar laços com os familiares do utente em consulta, contribuindo para o despiste de situações comprometedoras do seu estado de saúde e para a realização de um plano de ação conjunto, com resposta às necessidades do utente e família. Como exemplos, surgem (i) as consultas de Saúde Materna que, sempre que possível, foram realizadas ao casal, permitindo uma vivência da transição com maior conhecimento e com menor risco de disfuncionalidade, e (ii) a realização de visitas domiciliárias preventivas, que permitiram desenvolver um relacionamento próximo com a família e adquirir um conhecimento realista e integral do meio social e físico onde a mesma se inseria e das suas necessidades, crenças, valores e práticas.

Assim, procurando **estabelecer uma relação com a família para promover a saúde, prevenir a doença e controlar situações complexas**, desenvolveu uma relação baseada na compreensão, respeito e confiança, com partilha de sentimentos e experiências, tornando-se referência na acessibilidade aos cuidados, com capacidade para avaliar o contexto familiar, detetar precocemente sinais de crise e vulnerabilidade, mobilizar recursos familiares, internos e externos, e planear e executar intervenções com vista ao equilíbrio familiar e rentabilização dos meios disponíveis. Além disso, preconizou uma abordagem sistémica, reconhecendo a família como unidade de cuidados em transformação. E, tal como defendido por M. H. Figueiredo (2012), estabeleceu uma abordagem colaborativa e de proximidade, promovendo a sua capacitação, ao facilitar a coconstrução de soluções para os seus problemas e o reconhecimento da sua competência na tomada de decisão e resolução dos mesmos.

Já no âmbito do processo familiar, **colheu dados pertinentes para o estado de saúde da família**, reforçando a sua atualização através (i) da recolha de dados hereditários e familiares, incidindo sobre aspetos abordados nas três dimensões do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (MDAIF), e (ii) da monitorização de respostas verbais e não verbais, de interação familiar, emitidas e observadas.

Além disso, compreendendo a unicidade de cada família **monitorizou as respostas a diferentes condições de saúde e de doença, em situações complexas**, voltando a sua atenção para a união e estado de saúde familiar, identificando pontos fortes e fracos de resposta, e assegurando a prescrição de intervenções e tarefas adequadas às possibilidades familiares e potencializadoras da sua gestão de saúde. Neste processo, considerou a transgeracionalidade e a influência das crenças, do ambiente, dos recursos e etapas de desenvolvimento familiar, elaborando planos de cuidados colaborativos, com recurso à

comunicação terapêutica focada em soluções, promovendo, assim, um contexto favorável à mudança (Bell, 2009; Gottlieb, 2016).

Desenvolveu a prática de enfermeiro de família baseada na evidência científica, através da mobilização de conhecimentos obtidos no âmbito do curso de mestrado e abordando o sistema familiar com aplicação de modelos de avaliação familiar, de onde se destaca o MDAIF.

Por forma a **intervir eficazmente na promoção e na recuperação do bem-estar da família, em situações complexas** fomentou um diálogo facilitador para partilha da história familiar, marcado pela relação de ajuda, respeito e saber ouvir, potenciando uma relação de segurança e confiança e um ambiente de suporte e de apoio. Na doença crónica, desenvolveu, colaborativamente com a família, um plano de cuidados capaz de reduzir os efeitos da doença na funcionalidade familiar e no doente. Possibilitou, dessa forma, a aquisição de competências familiares e diminui o número de intervenções e consultas, refletindo resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em suma, em situações complexas promoveu a saúde enquanto fenómeno contínuo, perspetivando o modelo salutogénico de Antonovsky (1996), considerando essencial o investimento em recursos pessoais que permitam a superação de stressores externos condicionantes.

A falta de metodologia e de conhecimento, um modelo biomédico enraizado, com documentação centrada na doença, e a falta de indicadores avaliativos de ganhos motivados pela ESF, justificam que, apesar de se preconizar uma visão holística do doente, os cuidados de enfermagem raramente integrem a família. Contudo, a ESF deve alicerçar-se no pensamento sistémico, tendo como cliente o sistema familiar, e intervir globalmente, nomeadamente em processos de transição, para promoção do equilíbrio funcional (M. H. Figueiredo, 2009). Assim, por forma a **facilitar a resposta da família em situação de transição complexa**, promoveu a partilha da história familiar, através de entrevistas motivacionais e de sessões de educação para a saúde familiares, onde identificou dinâmicas familiares e consciencializou para estratégias potenciadoras de resolução dos problemas identificados. Reconheceu à família o progresso efetuado e atualizou os objetivos a alcançar. Os dados colhidos, foram registados e atualizados no SClínico, convertendo a informação de alguns instrumentos de avaliação familiar em notas por extenso, por inexistência informática dessas ferramentas.

A discussão de práticas a melhorar, durante o estágio, permitiu a autonomia crescente na interpretação da família como unidade de cuidados. Assim, tendo em conta que a maioria dos elementos da equipa não tinha formação em ESF, e procurando **envolver-se ativa e intencionalmente na prática de enfermagem de saúde familiar**, elaborou e apresentou formações na área e estudos de caso, padronizados com a ESF, refletindo sobre a intervenção do EF, constituindo-se como um agente de mudança. Sugeriu a apresentação de uma formação em serviço sobre boas práticas de consultas à família e a alteração do

programa informático, para que o mesmo disponha de mais ferramentas de avaliação e elaboração de processos de cuidados familiares.

Para **formalizar a monitorização e avaliação das respostas da família às intervenções de enfermagem**, assentou o plano de cuidados no conhecimento teórico adquirido e avaliou o seu progresso e eficácia oportunamente, reajustando-o quando os resultados não eram os pretendidos. Pontualmente, em situações complexas, o limite temporal não permitiu avaliar os efeitos obtidos.

- **Liderar e colaborar nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar**, em que:

Como elemento central de uma equipa multidisciplinar **articulou com outras equipas de saúde, mobilizando os recursos necessários para a prestação de cuidados à família**. Assim, num processo de complementaridade, através da referenciação, articulou a sua prática com (i) outras áreas profissionais; (ii) equipas de prestação de cuidados, tal como a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, beneficiando da recuperação do utente e diminuindo o custo de serviços, por encurtamento de internamentos e hospitalizações; e (iii) parceiros comunitários, como Câmaras Municipais, para realização de projetos de promoção de saúde e prevenção de doença.

A experiência no MDAIF permitiu-lhe a excelência mestria do seu uso, tornando-se um apoio, na sua aplicação, para colegas e estudantes, pelo que **geriu o sistema de cuidados de saúde da família aos diferentes níveis de prevenção**. Além disso, durante a UC, apresentou, conjuntamente, a 16 de novembro de 2020, um seminário, aos estudantes de licenciatura da ESSUA, participou, a 26 e 27 de novembro de 2020, no II Congresso Internacional Silver Economy com um resumo, posteriormente publicado na revista INFAD, e, a 22 de janeiro de 2021, apresentou um estudo de caso, com base no MDAIF, à equipa de enfermagem da USF. Desta forma, estimulando a apresentação de resultados em publicações e congressos, incentivou colegas a questionarem a melhor evidência científica para a prática de cuidados.

Ser EF exige uma aquisição de competências que se tornou possível pelo suporte teórico do MESF, contrariando-se a ideia de estar associado ao local onde se exercem funções. Foi a teoria que evidenciou a família como foco de atenção e a necessidade de capacitação da mesma para a promoção do seu projeto de saúde, aumentando ganhos em saúde, diminuindo o recurso a cuidados de saúde secundários e facilitando a funcionalidade familiar. É necessário dotar as ferramentas informáticas com mais elementos para avaliação familiar e registo das intervenções efetuadas, potenciando os resultados obtidos em ganhos de enfermagem sensíveis a avaliação.

A falta de tempo e as dinâmicas impostas pela pandemia, nomeadamente na organização do serviço, com diminuição da consulta presencial e do número de elementos familiares na mesma, não permitiram, nem a aplicação sistemática do processo familiar, nem a integração constante

da família nos cuidados. Aliás, as consultas familiares, quando realizadas, foram oportunistas ou em contexto domiciliário. Também o uso de equipamento individual de proteção e o distanciamento social criaram barreiras na abordagem aos utentes e família, potenciando, ainda mais, a importância da gestão de emoções e da assertividade para assegurar uma recuperação e maximização da saúde (H. Alves, 2016; Macêdo et al., 2017). Por outro lado, a disponibilidade do grupo e o modelo de trabalho adotado – equipa de família – já habitual à discente, facilitaram a aprendizagem.

Face ao exposto, apesar das dificuldades evidenciadas pela pandemia, consideram-se atingidos os objetivos delineados para a UC.

CAPÍTULO II – ESTUDO EMPÍRICO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

Valorizam-se, cada vez mais, indivíduos capazes de mobilizar e aliar competências de relacionamento interpessoal a aspetos técnico-científicos (Montezeli, Almeida et al., 2018). Aliás, supõe-se que, quão mais emocionalmente competente for o indivíduo melhor sucedido será no trabalho e maior satisfação terá na vida (H. Alves, 2016). Daí a necessidade do enfermeiro possuir competências emocionais e habilidades sociais, que permitam um relacionamento eficaz com equipa e utente/família (Montezeli, Almeida et al., 2018). Destaca-se, nas habilidades sociais, a assertividade, porque a mesma auxilia na resolução de conflitos comportamentais e emocionais e possibilita o desenvolvimento de melhores relações interpessoais, ao permitir que o profissional exprima as suas opiniões, pensamentos e sentimentos adequadamente, sem impor ao outro as suas ideias (Macêdo et al., 2017).

A teoria de Peplau baseia-se no modelo psicodinâmico e centra-se na relação dinâmica enfermeiro-cliente. De acordo com esta conspeção, é essencial que o enfermeiro compreenda o seu próprio comportamento para que lhe seja possível ajudar os outros na identificação das causas dos seus problemas. A teórica define princípios e conceitos que suportam as relações interpessoais e transformam os cuidados em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal, particularmente relevantes na ESF (McCarthy & Aquino-Russell, 2009; O'toole & Welt, 1996, as cited in Vidal, 2014; V. Almeida et al., 2005). Daí a escolha desta teoria para nortear o desenvolvimento do presente estudo.

Tal como previsto nas suas competências, é imprescindível que o EEESF tenha capacidade para estabelecer relações com indivíduo e família, nomeadamente através da adoção de comportamentos assertivos e do desenvolvimento de competências emocionais que permitam uma resposta empática e de preocupação genuína, especialmente em situações em que a vulnerabilidade do indivíduo/família se transforma em ansiedade. Da presente reflexão surgiu a questão **“Qual a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos, com utentes e equipa multidisciplinar?”**.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O perfil de competências do EF (Regulamento n.º 428, 2018) enfatiza a aptidão que lhe é exigida ao nível das relações que estabelece. A Teoria do Relacionamento Interpessoal em Enfermagem defende a importância da postura do enfermeiro na aprendizagem e desenvolvimento da personalidade do utente/família, relacionando-a com a competência emocional e assertividade. Neste ponto será abordada a importância da inteligência e competências emocionais e da assertividade na prestação de cuidados de enfermagem, ao utente e família, relacionando-se a temática com a Teoria de Peplau.

2.1. Emoção e Inteligência - Conceitos

Foi o psiquiatra Júlio de Matos quem abordou a importância das emoções na tomada de decisão, intuindo conclusões que, na década de 90, António Damásio demonstrou (Serrado, 2020).

Damásio (2012) explica que as emoções se dividem em primárias e secundárias. As primeiras implicam uma pré-organização cerebral, por processamento e deteção pela amígdala cerebral, com alteração do processo cognitivo e posterior resposta aos estímulos. Não envolvem um reconhecimento do estímulo, basta que os córtices sensoriais iniciais reconheçam a(s) sua(s) característica(s) e que a amígdala a(s) receba(m) como um sinal. O processo não termina com a reação emocional, mas sim com a sensação da emoção, em relação ao estímulo que a desencadeou. E o sentir dos estados emocionais significa ter consciência das emoções, possibilitando uma flexibilidade de resposta, com base nas nossas interações com o meio. Por outro lado, as emoções secundárias iniciam-se com representações autónomas e organizadas que ocorrem em diversos córtices sensoriais iniciais. Num nível não consciente, redes no córtex pré-frontal reagem involuntária e automaticamente aos sinais das representações anteriormente descritas, baseando a sua resposta em disposições adquiridas, pelo que se tornam individuais. Mais uma vez, não conscientemente, automática e involuntariamente estas respostas são assinaladas à amígdala e ao cíngulo anterior que respondem (i) por ativação dos núcleos do sistema nervoso autónomo e envio de sinais ao corpo, através dos nervos periféricos; (ii) enviando sinais ao sistema motor; (iii) através da ativação dos sistemas endócrino e peptídico; e (iv) por ativação dos núcleos neurotransmissores não específicos no prosencéfalo basal e no tronco cerebral.

Em suma, a emoção define-se como a combinação de um processo de avaliação mental, simples ou complexo, com respostas dirigidas maioritariamente ao corpo, resultando num estado emocional do mesmo, mas também ao cérebro, resultando em alterações mentais. Por isso mesmo, são elas que possibilitam as nossas escolhas, das mais simples às mais complexas, e que marcam as nossas experiências (Damásio, 2012).

Por outro lado, inteligência é a capacidade de se fazerem escolhas, julgadas como melhores ou mais corretas, sendo mutável, ao longo do tempo e de acordo com as experiências pessoais do

indivíduo (Blanco et al., 2017; Passos & Ferreira, 2016), e fundamental na aquisição do conhecimento para a moderação das emoções (Serrado, 2020).

2.2. Inteligência e competência emocionais

A IE despertou um amplo interesse e validação no campo científico através de Mayer e Salovey, que propuseram uma teoria baseada em competências emocionais, focada na relação entre a emoção e a inteligência, enquanto competência que permite solucionar problemas. Esta teoria refere-se à inteligência como associação de capacidades cognitivas que processam a informação emocional e regulam as emoções. Em oposição existem os modelos mistos – Modelo de Goleman e Bar-On – que incluem as capacidades mentais, as disposições e os traços, como fatores essenciais para o atingimento do sucesso. Apesar de serem mais populares, são os modelos de competências que apresentam maior recetividade nos meios científicos e académicos (H. Alves, 2016).

A IE define-se como a aptidão para perceber, expressar e avaliar emoções, a capacidade de aceder e gerar sentimentos, sempre que facilitem o pensamento, a habilidade para compreender o crescimento emocional e intelectual e a capacidade para discernir o impacto dessas emoções, utilizando essa informação para afetar o comportamento positivamente. Inclui a autorregulação, a motivação, a empatia, o autoconhecimento e competências sociais (Kozub et al., 2016; Parsa-Yekta & Abdolrahimi, 2015). A competência emocional (CE) é a capacidade para aplicar os conceitos da IE no quotidiano, influenciando e liderando eficazmente indivíduos e grupos (Kozub et al., 2016), permitindo a gestão do stress, causador de inúmeros problemas, e a consolidação de relacionamentos pessoais e profissionais, ao possibilitar uma comunicação mais eficaz. Por isso, é essencial para o desempenho organizacional e para a saúde física e mental (Fortes, 2016; Sabzevar et al., 2016).

Para avaliação da IE, existem vários construtos, divididos em dois conjuntos: (1) os desenvolvidos no âmbito dos modelos de desempenho/performance, que se apresentam como mais objetivos e dispendiosos em tempo e recursos e mais aproximados a medidas clássicas de inteligência; e (2) os de autorrelato ou de relatos de terceiros, sujeitos à subjetividade das crenças do indivíduo, mais económicos e com acesso privilegiado à experiência individual. Nos modelos de performance, destaca-se o Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT), desenvolvido e baseado no modelo dos autores que lhe dão nome, que fornece um indicador do nível de desempenho emocional dos indivíduos em quatro fatores: (i) perceção, avaliação e expressão de emoções, do próprio e de outros, com base na observação de informações verbais e não verbais; (ii) utilização de emoções para facilitação de pensamento; (iii) compreensão e análise de emoções; e (iv) gestão de emoções, onde é essencial a tolerância para as emoções, sejam elas agradáveis ou desagradáveis. Estes fatores organizam-se num grau crescente de complexidade, isto é, dos processos psicológicos mais básicos (i) para os mais complexos (iv) (M. Costa, 2016; Teixeira & Araújo, 2018). Taksic baseou-se no mesmo para elaborar, um modelo de autorrelato, o Questionário de Competência Emocional (QCE), posteriormente

traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa, nomeadamente para enfermeiros, por Santos e Faria (A. C. Costa & Faria, 2009) (Anexo I).

Indivíduos com elevada IE ajustam mais eficazmente as suas reações aos eventos de vida desfavoráveis e tomam decisões que os expõem menos a situações adversas, vivenciando menores níveis de stress. Sabe-se que o EF é diariamente exposto a situações de morte e sofrimento e nem sempre consegue evitar um envolvimento emocional, a IE ajudará no reconhecimento e controlo eficaz das emoções, permitirá uma comunicação e um serviço de qualidade, com e para o utente, e uma gestão do stress e da tensão (Najafpour et al., 2020; Sabzevar et al., 2016). Por vezes considera-se que o enfermeiro fica imune à dor do outro, contudo, o que realmente acontece é que este profissional aprende a gerir as emoções, adaptando-se ao meio onde trabalha regulando, conseqüentemente, a sua saúde física e mental (M. Costa, 2016). Um enfermeiro emocionalmente competente expressa de fora mais livre os seus sentimentos e emoções (Sabzevar et al., 2016).

Gerir as emoções, como abordado na IE, previne que os sentimentos experimentados se repercutam negativamente nos cuidados prestados, permitindo uma atuação confiante, aumentando a satisfação e o empenho profissionais e diminuindo o esgotamento. Aliás, em contraponto, comportamentos emocionalmente incompetentes minam a cultura de segurança, contribuindo para erros, baixa satisfação dos clientes e aumento dos custos e da rotação de pessoal (Doas, 2011; Kozub et al. 2016). A IE permite que os enfermeiros cuidem e apoiem com maior qualidade os utentes, famílias e colegas (Raghubir, 2018), sejam mais eficazes e eficientes no exercício da sua profissão, nomeadamente a prestar apoio emocional (Francisco, 2017; Sharon & Greenberg, 2018) e aumentem o comportamento de cuidado, melhorando o seu desempenho e competência (Lewis, 2019). Estudos demonstram que o nível de atuação do enfermeiro, teórico e prático, é tanto maior, quanto maior o seu nível de IE (Sharon & Greenberg, 2018), já que a IE melhora o pensamento crítico destes profissionais (Michelangelo, 2015) e tem uma relação direta com o seu bem-estar psicológico (Burgos et al., 2018).

Em suma, os obstáculos emocionais que o enfermeiro deve gerir ao longo da sua vida profissional implicam uma reflexão e mudança de atitudes que melhorem a sua relação no trabalho, sendo essenciais as diferentes componentes da IE.

2.2.1. Influência das características sociodemográficas e profissionais na competência emocional

Analisando a literatura, a relação entre a CE e as características sociodemográficas não é consensual.

A idade, embora alguns trabalhos a relacionem positivamente com a CE, referindo que com os anos vem a experiência e, por conseguinte, um maior desenvolvimento de competências emocionais (Bento, 2012; Godinho, 2007; J. Alves et al., 2012; Najafpour et al., 2020; Srinivasan

& Samuel, 2016), outros sugerem que a criatividade diminui à medida que as pessoas envelhecem, diminuindo a CE (C. Cruz, 2018; Pérez-Fuentes et al., 2018).

A influência do sexo também se divide entre investigadores que atribuem valores de CE mais elevados às mulheres, por terem maior capacidade para interpretar as emoções nos outros (Bento, 2012) e vantagem natural para lidar com tensões emocionais (Cavaco, 2015). E entre os que atribuem aos homens, por serem mais capazes de identificar e resolver criativamente os problemas (C. Cruz, 2018), por melhor perceberem as suas emoções (Fortes, 2016) e por serem mais otimistas e confiantes, adaptando-se facilmente às situações e evitando pensamentos ruminativos (Agostinho, 2008).

O estado civil, divide-se em resultados que consideram que os maiores níveis de CE estão nos indivíduos casados, como consequência da sua experiência em situações difíceis e de responsabilidade, como as que o casamento acarreta (Srinivasan & Samuel, 2016). E os que concluem estar nos indivíduos solteiros, pelo facto dos casamentos serem cada vez mais tardios e se valorizar a independência na ultrapassagem dos obstáculos que a vida vai propondo, o que conduz a um aumento de competências emocionais (Cavaco, 2015).

As habilitações literárias serão as que porventura reúnem maior consenso, onde os autores defendem que quando superiores aumentam a CE (Kahraman & Hiçdurmaz, 2016; Rebelo & R. Martins, 2015). Porque a CE desenvolve-se com a aprendizagem e a experiência (M. Costa, 2016; Höpfl & Linstead, 1997) e porque um indivíduo com maior nível de CE estará mais disponível para encetar novas experiências, procurando por mais literacia e desenvolvendo, consequentemente, habilitações académicas (Mayer et al., 2004).

Voltando as atenções para as características profissionais, relacionando a CE com a categoria profissional verifica-se um acordo entre os autores, que assumem uma relação positiva entre as variáveis (Agostinho, 2008; Andrade et al., 2016; J. Alves et al., 2012). Isto porque, uma maior categoria profissional aumenta a formação específica, servindo de referência para situações posteriores e desenvolvendo formas que ajudam a lidar com as experiências emocionais, aumentando assim o nível de CE (J. Alves et al., 2012).

Também a experiência profissional parece influenciar positivamente a CE, já que as principais capacidades de IE se desenvolvem na infância, mas continuam maleáveis e, por isso, capazes de se desenvolverem, quer com a formação, quer com as experiências laborais (Höpfl & Linstead, 1997). Assim, a experiência nos processos formativos (Agostinho, 2008; Andrade et al., 2016; J. Alves et al., 2012; M. Costa, 2016) e em diferentes serviços (A. C. Costa & Faria, 2009), proporcionará mais oportunidades de desenvolvimento de CE.

O tempo de serviço não reúne consenso. Embora alguns autores refiram que várias aprendizagens reunidas, na gestão de diferentes situações, acumuladas ao longo dos anos de serviço, ao potenciarem um amadurecimento pessoal e profissional, aumentam a CE, (Agostinho 2008; J. Alves et al., 2012; Najafpour et al., 2020; Oliveira, 2019; Pérez-Fuentes et al., 2018;

Srinivasan & Samuel, 2016) outros consideram que um maior tempo de serviço diminui a CE, quer porque diminui a criatividade (C. Cruz, 2018), quer porque as organizações desvalorizam a integração e estimulação de competências das áreas social e interpessoal, valorizando maioritariamente questões técnico-práticas (A. C. Costa & Faria, 2009).

A influência do vínculo laboral também não é consensual. Por um lado, estão os que acreditam que o contrato a termo certo aumenta os níveis de IE (Agostinho, 2008), porque os indivíduos, habituados a uma situação de insegurança, são capazes de responder mais calmamente em situações de conflito. Por outro, estão os que admitem que um contrato a termo certo a diminui (M. Martins, 2018), porque a estabilidade contratual poderá apresentar-se como um fator influenciador para o desenvolvimento da mesma.

Por fim, a satisfação profissional parece não influenciar os níveis de CE (M. Cruz, 2018; Lopes & Branco, 2012), já que a satisfação se relacionará mais com a qualidade das relações interpessoais existentes no trabalho e não tanto com a CE (A. C. Costa & Faria, 2009).

2.3. Comunicação em enfermagem

Comunicar é parte integrante da vida do indivíduo e, por derivação do termo em latim *comunicare*, significa “pôr em comum”, “entrar em relação com”, “partilhar”. Define-se como um processo dinâmico, permanente e complexo, que permite emitir e receber mensagens, viabilizando a compreensão do indivíduo e do outro, e a adaptação, modificação e transformação do meio onde se inserem, construindo uma realidade social. É uma ferramenta essencial para o desenvolvimento do ser humano, porque permite que o mesmo expresse as suas necessidades, partilhe experiências, coopere, descubra a sua essência e amplie a sua consciência (Sequeira, 2016).

O primeiro axioma da comunicação revela que não é possível não comunicar, pelo que estamos em contínuo processo comunicativo (H. Alves, 2016). Sabe-se que 7% da comunicação é verbal, 38% paralinguística e 55% corporal (Sequeira, 2016) e que a forma não verbal da comunicação implica uma contrapartida afetiva da maneira de ser do indivíduo (H. Alves, 2016).

Para a enfermagem a comunicação é crucial, porque é nela que se apoia para a realização das atividades inerentes ao cuidar e ao trabalho em equipa, destacando-se a transmissão de conhecimentos e a relação terapêutica de ajuda (Sequeira, 2016). Daí a influência deste processo na cultura de segurança do local de trabalho (World Health Organization [WHO], 2016a). A parte não verbal da comunicação é igualmente relevante, já que as perceções emocionais do recetor e do emissor desencadeiam, em ambos, outras emoções (H. Alves, 2016).

Porém, apesar da enfermagem demandar o desenvolvimento de relações interpessoais efetivas, atualmente é perceptível a falta de hábitos solidários nos enfermeiros, que, não raras vezes, adotam posturas extremamente racionais e relações egocêntricas, resultando na desumanização de cuidados e conflitos interpessoais (Montezeli & Haddad, 2016). Frequentemente, mais do que

a comunicação verbal do profissional de saúde, é o seu comportamento distante e frio que precipita reações de frustração ou cólera no doente e família (H. Alves, 2016). Assim, torna-se essencial trabalhar estas interações, tornando-as mais eficazes, nomeadamente por desenvolvimento de habilidades sociais (Montezeli & Haddad, 2016).

2.4. Habilidades e competências sociais - Assertividade

Ser socialmente competente implica utilizar as habilidades sociais de que se dispõe de forma adequada, ao momento e ambiente social (Galvão, 2020). As habilidades sociais definem-se como classes de comportamentos sociais que permitem uma adequada atuação nas relações interpessoais. Incluem habilidades de comunicação, assertividade, empatia, sentimento positivo, civilidade e trabalho. Destaca-se a assertividade como uma das mais importantes (Montezeli, Almeida et al., 2018).

Uma comunicação só é eficaz e efetiva se assertiva (Montezeli, Almeida & Haddad, 2018). A falta desta habilidade poderá gerar conflitos, frustrações e perda de informação primordial, colocando em causa soluções de resposta no processo de cuidados (P. Silva, 2018). Tornar-se mais assertivo é uma das chaves para o sucesso das relações com utentes e famílias, ao potenciar um maior reconhecimento e respeito do enfermeiro, enquanto pessoa e profissional (Haladin et al., 2015). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016b) identifica a comunicação assertiva como essencial no desafio global para a segurança do utente.

Comunicar de forma assertiva significa defender os direitos pessoais básicos, sem que para isso se violem os direitos dos outros. Neste estilo comunicativo o indivíduo expressa aberta e honestamente os seus direitos, pensamentos, sentimentos e desejos, assumindo a responsabilidade pelas suas ações e permitindo que os restantes façam as suas próprias escolhas e sejam livres de manifestar o seu ponto de vista (H. Alves, 2016; Querido et al., 2020). Implica, ainda, que regularmente se faça uma apreciação positiva pelo que os outros fazem, mantendo-se o autocontrole e agindo de igual para igual. Desta forma, contribui para a construção de relações interpessoais eficazes e satisfatórias (H. Alves, 2016).

A comunicação assertiva verbal implica a escolha das palavras a utilizar, a sua clareza, o ritmo da fala, o timbre vocal e o saber escutar. Neste componente comunicacional expressam-se as necessidades e/ou insatisfações e propõem-se soluções satisfatórias. Na comunicação assertiva não verbal estão implícitos o tom e entoação de voz, os silêncios, a distância entre interlocutor e recetor, a altura do interlocutor e a sua postura corporal, os gestos utilizados, a expressão facial e o contacto visual (H. Alves, 2016).

Tornar-se assertivo pode levar a um maior reconhecimento e respeito, como enfermeiro e pessoa, a uma maior satisfação no desempenho das tarefas e no relacionamento com a equipa e com o utente, a uma maior segurança deste último, (Haladin et al., 2015; Nakamura et al., 2017; Omura et al., 2017) e ao progresso da sua cura e melhoria do seu bem-estar e do

profissional (H. Alves, 2016). Além disso, pode proteger o enfermeiro da pressão diária a que está exposto e de situações desencadeadoras de stress e de depressão (H. Alves, 2016).

Por tudo isto, é fundamental uma comunicação assertiva em enfermagem, que evite conflitos e permita um cuidado ao utente, enquanto ser holístico. Não está, contudo, clarificado na literatura se atualmente os enfermeiros são ou não assertivos (Haladin et al., 2015). Mas, sabe-se que a assertividade não é uma característica inata e fatores como a punição, a modelagem, a falta de oportunidade, padrões culturais e crenças pessoais e a incerteza sobre os próprios direitos, podem condicionar o seu uso, daí a importância do seu treino (M. Galassi & J. Galassi, 2010/1977).

Em 2004, Amaro e Jesus elaboraram a Escala de Avaliação de Comportamentos Assertivos em Enfermeiros, que comporta duas subescalas: A, que avalia comportamentos assertivos com os utentes; e B que avalia comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar (Anexo II).

2.4.1. Influência das características sociodemográficas e profissionais na adoção de comportamentos assertivos

São poucos os estudos que abordam a influência das características sociodemográficas e profissionais na assertividade.

Ainda assim, é perceptível que a influência da idade não é consensual. Embora alguns estudos (Gerry, 1989; Hernández et al., 1997; Ilhan et al., 2016; Montañez & Acelas, 2011; Paterson et al., 2002) afirmem que a assertividade está relacionada com uma maior maturidade, e por isso indivíduos mais velhos tendem a ser mais assertivos e indivíduos mais novos ficarão desconfortavelmente tensos quando adotam a assertividade como resposta (Galaz & Loving, 2004; Kilkus, 1993; Kruse, 1992; Vagos & Pereira, 2010). Outros (Kilkus, 1993) referem que se relaciona de forma negativa com os níveis de assertividade, onde enfermeiros mais velhos serão menos assertivos, muito devido à evolução recente de independência que a profissão tem vivido.

Avaliando a influência do sexo, o estudo encontrado (Vagos & Pereira, 2010) defende que indivíduos do sexo feminino são mais assertivos, por serem mais emocionais.

V. Sousa e Araujo (2015), refletindo sobre a influência do estado civil, referem que os indivíduos casados apresentam uma menor assertividade, devido à diminuição do repertório de habilidades sociais, causada pelo decréscimo da rede social onde se envolvem para favorecimento da relação com o cônjuge.

As habilitações literárias, de acordo com o estudo de Kilkus (1993) influenciam positivamente a adoção de comportamentos assertivos, porque o desafio para concluir um grau académico superior exige mais assertividade e, ao mesmo tempo, um maior nível de formação académica trará mais conhecimento e, com isso, uma autonomia superior, resultando em comportamentos mais assertivos.

Por outro lado, nas características profissionais, a categoria profissional relaciona-se positivamente com a adoção de comportamentos assertivos, onde os indivíduos com posições de chefia tendem a ser mais assertivos (Amaro & Jesus, 2007; Amaro & Jesus, 2008).

Além disso, Amaro e Jesus (2007) identificam uma maior assertividade nos indivíduos que apresentam um vínculo ao quadro da instituição, porque, a incerteza do contrato poderá apresentar-se como um fator destabilizador, ao impedir projetos a longo prazo, resultando em comportamentos menos adequados dentro da equipa (H. Almeida, 2009).

Concomitantemente, os mesmos autores (Amaro & Jesus, 2008), referem uma relação estatisticamente significativa e positiva entre a satisfação laboral e a assertividade.

2.5. Teoria de Peplau

O recurso a um referencial teórico permite que o enfermeiro desenvolva a sua prática com base num raciocínio crítico e orientado. Como já referido, ao longo da sua atividade, o enfermeiro estabelece relações com os utentes e famílias, tendo a comunicação como principal vetor. A Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau, desenvolvida em 1952, descreve a importância dessas relações, enquanto processo interpessoal terapêutico e significativo (Mastrapa & Lamadrid, 2016). Tem, por isso, como objetivo identificar conceitos e princípios que suportem as relações interpessoais em enfermagem e como principais focos o enfermeiro e o cliente (V. Almeida et al., 2005).

Peplau utiliza o termo enfermagem psicodinâmica para descrever este relacionamento, defendendo que a postura que o enfermeiro adota vai interferir na aprendizagem do utente, ao longo do processo de cuidado, e que é função do profissional auxiliar no desenvolvimento da personalidade, sendo-lhe, por isso, exigido o uso de métodos e princípios que orientem o processo de solução de problemas quotidianos. Adicionalmente, descreve o método de relação interpessoal em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução (V. Almeida et al., 2005). Isto é, na prática do cuidar, nomeadamente em ESF, é essencial que o EF, ao ser procurado pelo utente e família, seja capaz de identificar as suas necessidades, através da comunicação verbal e não verbal emanada. Valer-lhe-á, por isso, no percurso da relação terapêutica, o recurso às competências emocionais, nomeadamente à empatia, (Caswell et al., 2015), e às competências sociais, como a comunicação assertiva (McCarthy & Aquino-Russell, 2009). Após um relacionamento interpessoal efetivo o utente explora o que a relação lhe oferece, é definido um plano terapêutico e o profissional deverá recorrer, uma vez mais, à empatia para oferecer os cuidados mais adequados à situação. A resolução é parte final de todo o processo interpessoal, onde se espera que as necessidades do utente/família tenham sido satisfeitas (Freire et al., 2013).

Fica clara a distância desta teoria do modelo biomédico e a sua ligação com um cuidado personalizado e humanizado, pelo que são essenciais as competências sociais, como a

assertividade, e as emocionais, para promover a melhoria do estado do utente e família e uma prestação de cuidados mais segura e eficaz (Mastrapa & Lamadrid, 2016).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Durante a fase metodológica o investigador elege o plano da sua investigação, definindo os meios para realização do mesmo. Determina, portanto, o desenho, variável com o objetivo do estudo, que lhe permitirá dar resposta às suas questões de investigação e/ou verificar as hipóteses. Após determinado o tipo de estudo, é definida a população e a amostra, são elaborados os métodos de medida/tratamento de variáveis e determinado o método de colheita de dados (Fortin, 2009).

3.1. Problemática e objetivos

Quer a competência emocional, quer a comunicação assertiva, permitem uma atuação confiante em enfermagem, com aumento da satisfação, segurança e qualidade dos cuidados prestados e das relações mantidas com utente, família e equipa multidisciplinar. Neste contexto, decidiu-se estudar as competências emocionais e os comportamentos assertivos dos enfermeiros a trabalhar em USF do ACeS Maia/Valongo.

Este estudo teve como questão de investigação:

“Qual a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos, com utentes e equipa multidisciplinar?”

Definiu-se como objetivo geral: analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar.

Deste assomaram os seguintes objetivos específicos:

- descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo;
- identificar as competências emocionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo;
- identificar os comportamentos assertivos dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo, com os utentes e equipa multidisciplinar;
- analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e a sua competência emocional;
- analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os comportamentos assertivos com os utentes e equipa multidisciplinar;

- analisar a relação entre a competência emocional dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os comportamentos assertivos com os utentes e equipa multidisciplinar.

No intuito de direcionar o presente estudo e relacionar algumas variáveis, tendo por base a fundamentação teórica realizada, foram definidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Há uma relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e as suas competências emocionais;

Hipótese 2: Há uma relação entre as características profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e as suas competências emocionais;

Hipótese 3: Há uma relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos;

Hipótese 4: Há uma relação entre as características profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos;

Hipótese 5: Há uma relação entre as competências emocionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos.

As hipóteses apresentadas são simples de causalidade, uma vez que afirmam que a variável independente causa mudança da dependente (Fortin, 2009).

3.2. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal descritivo-correlacional.

O método quantitativo objetiva explicar e prever um fenómeno, por medida das variáveis e análise dos dados numéricos obtidos. A generalização dos resultados implica uma amostra representativa da população em estudo e, após aplicação do instrumento de recolha de dados, são tratados os dados obtidos, permitindo a confirmação, ou não, das hipóteses levantadas (Fortin, 2009).

O estudo transversal tem como objetivo medir a frequência de determinado fator numa população em específico, os dados são colhidos num só momento, recorrendo-se, nomeadamente, ao questionário (Fortin, 2009).

Um estudo descritivo-correlacional explora a relação entre as variáveis e descreve a mesma. As relações estabelecidas permitem circunscrever o fenómeno em estudo e poderão servir para formular hipóteses, que necessitarão de uma verificação empírica (Fortin, 2009).

3.3. População e Amostra/ Caracterização dos Participantes

Após determinado o desenho de investigação, chega o momento de definir a população que permitirá obter a informação pretendida (Fortin, 2009).

Considerando as dificuldades implicadas pela pandemia, por Sars-CoV-2, optou-se por circunscrever o presente estudo ao ACeS Grande Porto III Maia/Valongo. Definiu-se como população os enfermeiros que, à data de aplicação do instrumento de recolha de dados, se encontravam a exercer funções nas USF do ACeS Maia/Valongo.

O ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo dispõe de 16 USF, onde 109 enfermeiros (95 do sexo feminino e 14 do sexo masculino) executam funções como EF. Foram enviados 108 questionários, via email, já que ao número anteriormente apresentado se excluiu a investigadora, tendo-se obtido 66 respostas (n=66), correspondendo a uma taxa de resposta de 61,1%.

A amostragem deste estudo assumiu um carácter não-probabilístico, por conveniência, por se tratar de indivíduos facilmente acessíveis (Fortin, 2009).

3.4. Instrumento de recolha de dados

Para definir as competências emocionais e os comportamentos assertivos, com os utentes e equipa multidisciplinar, dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo, considerou-se pertinente o recurso a um questionário de recolha de dados estruturado (Apêndice I), uma vez que permite a recolha factual de informação sobre os questionados, onde os enviesamentos são quase impossíveis (Fortin, 2009). Este instrumento dividiu-se em três partes:

Parte I – Questionário sociodemográfico, que caracteriza a amostra, por abordagem de variáveis como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo de serviço, categoria profissional, vínculo contratual, experiência e realização profissional.

Parte II – QCE, que se apresenta como um instrumento capaz de avaliar multidimensionalmente o comportamento emocional do indivíduo. Deriva do *Emotional Skills and Competence Questionnaire* (ESCQ) de Taksic, baseado no modelo de Mayer e Salovey e foi adaptado e validado para o contexto português por Santos e Faria (2005).

É uma medida de autorrelato, constituída por 45 itens divididos por três subescalas: (i) percepção emocional, com 15 itens equivalentes a 90 pontos; (ii) expressão emocional, 14 itens totalizando 84 pontos; e (iii) capacidade de lidar com a emoção, 16 itens equivalendo a 96 pontos (A.C. Costa & Faria, 2014). Apresentando-se sob a forma de uma escala Likert de seis pontos, variando entre *Nunca* (A) e *Sempre* (F).

A validação intercultural do construto, aplicada ao contexto académico, demonstrou resultados aceitáveis e a validade convergente e divergente apresentaram valores de $r=0,50$ e $r=0,60$, respetivamente. Para avaliar a validade convergente comparou-se em teste-reteste, com um mês de intervalo, obtendo-se $r=0,75$ e $p<0,0001$ na subescala *percepção emocional*, $r=0,68$ e $p<0,0001$ na subescala *expressão emocional*, $r=0,64$ e $p<0,0001$ na subescala *capacidade para lidar com a emoção* e $r=0,69$ e $p<0,0001$ na *escala total*. Para avaliar a validade divergente compararam-se os resultados das subescalas com um conjunto de

construtos de competência emocional, tais como satisfação e autoeficácia, revelando-se significativas. A confiabilidade foi avaliada através do Alpha de Cronbach, com um resultado global de 0,88, sendo que na dimensão *capacidade para lidar com a emoção* apresentou um Alpha de 0,65, na *expressão emocional* 0,80 e na *percepção emocional* 0,84. Os índices de ajustamento local e global foram aceitáveis, com saturações de itens entre 0,55 e 0,78, coeficiente de R² (Squared Multiple Correlation Coefficient) entre 0,31 e 0,60 e valores de *Non-Normed Fit Index* (NNFI) de 0,93, *Comparative Fit Index* (CFI) de 0,94 e de *Root Mean-Squared Error of Approximation* (RMSEA) de 0,04. Qualidades psicométricas que admitem a sua aplicação em outros contextos (A. C. Costa & Faria, 2014; Faria & Santos, 2017; Stocker & Faria, 2012). No presente estudo o valor de Alpha de Cronbach foi de 0,953, considerando-se muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014).

Ressalva-se que o QCE não possui normas específicas de aplicação para as subescalas, pelo que, em consonância com outros autores (Faria & Santos, 2017), para cada uma das dimensões, optou-se por se calcular um valor de referência (VR), através da multiplicação do valor intermédio de cada subescala – 3,5 – pelo seu número de itens. Abaixo do valor de referência existe baixa competência na subescala e acima a competência da subescala é elevada. Para o valor total do Questionário, em consonância com Andrade et al. (2016), atribuiu-se o valor de 1 a 6 consoante a variação das respostas entre o *Nunca* e *Sempre*, sendo que a competência emocional varia da seguinte forma: elevada ≥ 200 pontos; moderada entre 193 e 199 pontos; baixa ≤ 192 pontos.

Parte III – Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos enfermeiros, que avalia a adoção de comportamentos comunicacionais assertivos, desenvolvida e validada por Amaro e Jesus (2007).

Inclui duas subescalas: (A) avalia os comportamentos assertivos com os utentes e é constituída por 6 itens; (B) avalia os comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e é constituída por 18 itens. É uma escala Likert, com 6 itens, variando entre *Nunca* (1) e *Sempre* (6).

Obteve um Alpha de Cronbach de 0,760 na subescala A, 0,895 na subescala B e 0,898 no total (Amaro & Jesus, 2007). Também A. M. Costa (2009), ao longo do seu estudo obteve um valor de Alpha de Cronbach para o total da escala de 0,914 permitindo estimar uma boa confiabilidade da mesma. Neste estudo obteve-se um Alpha de Cronbach de 0,940 revelando muito boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2014).

Acordando com os autores da escala (Amaro & Jesus, 2007), as respostas obtidas permitem classificar a adoção de comportamentos assertivos em três níveis: [1-3] pouca frequência; [3-4] alguma frequência; [4-6] muita frequência.

Por não se encontrar nenhum trabalho em que constasse o uso em simultâneo das duas escalas acima referidas e para assegurar que o questionário, dada a sua extensão, não provocava

desinteresse recorreu-se a um pré-teste (Fortin, 2009). Foi aplicado no mês de outubro de 2020 a um grupo de 18 enfermeiros, a exercer funções em USF e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) das zonas Centro e Sul do País, não tendo sido sugeridas alterações.

3.5. Procedimentos de recolha de dados

Previamente à realização do estudo, foi solicitada autorização, via email, para a recolha de dados à Direção do ACeS Grande Porto III, Maia/Valongo, que mereceu parecer favorável (Apêndice II), bem como a cada um dos 16 Coordenadores das USF envolvidas, tendo também merecido igual parecer (Apêndice III). No requerimento foi apresentada a responsável pelo estudo, os objetivos do mesmo e foi assumida a salvaguarda pelos princípios da Declaração de Helsínquia.

A 19 de julho de 2021 foi enviado, por email, a cada enfermeiro a exercer funções em USF do ACeS Maia/Valongo, um link com o questionário elaborado na aplicação *google forms*. No mesmo constavam as instruções de preenchimento, os objetivos do estudo e a salvaguarda de anonimato. Este instrumento ficou disponível até 19 de agosto do mesmo ano e a cada dez dias, para incentivar à participação, foi enviado um lembrete, via email, a todos os participantes.

3.6. Procedimentos de análise dos dados

Após recolha e numeração dos questionários, os dados obtidos foram introduzidos e tratados na ferramenta informática Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 27.

A apresentação dos dados realizou-se em duas frações distintas: (i) caracterização da amostra, com análise descritiva dos valores das características mais importantes das variáveis; (ii) testes de hipóteses. Na análise das características sociodemográficas e profissionais recorreu-se a estatística descritiva, nomeadamente, frequência, percentagem, média, mediana, mínimo, máximo e desvio padrão. O estudo da normalidade da distribuição foi realizado através do Kolmogorov-Smirnov (K-S), por a amostra contar com mais de 50 elementos (Pestana & Gageiro, 2014).

Para avaliar a relação de independência entre uma variável quantitativa e uma variável qualitativa dicotómica recorreu-se ao teste TStudent (t), ou o correspondente não paramétrico MannWhitney (U). Para avaliar a relação de independência entre uma variável quantitativa e uma variável qualitativa policotómica recorreu-se ao Teste ANOVA, ou o correspondente não paramétrico Kruskal Wallis (H). Para avaliar a relação de independência entre duas variáveis quantitativas ou para duas variáveis qualitativas ordinais foi aplicado o teste Pearson (r), ou correspondente não paramétrico Rhó Spearman (r_s), sendo que: $r < 0,2$ – associação muito fraca; $0,2 \leq r < 0,4$ – associação fraca; $0,4 \leq r < 0,7$ – associação moderada; $0,7 \leq r < 0,9$ – associação elevada; $0,9 \leq r \leq 1$ – associação muito elevada (Pestana & Gageiro, 2014).

Foi calculada a consistência interna das variáveis métricas - QCE e escala de comportamentos assertivos - bem como de cada uma das suas dimensões, através do *Alpha de Cronbach*

(Pestana & Gageiro, 2014). Na testagem de hipóteses foi utilizado um nível de significância de 5%.

3.7. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (Apêndice IV). A participação foi anónima e voluntária e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice V).

4. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Os resultados provenientes da aplicação do instrumento de colheita de dados, selecionado para dar resposta aos objetivos, questão e hipóteses da investigação, apresentam-se neste ponto.

4.1. Caracterização sociodemográfica, profissional e de satisfação no trabalho

As características sociodemográficas incluem as variáveis sexo, estado civil, habilitações literárias e idade.

A amostra foi constituída por 66 enfermeiros, com uma média de idade de $47,61 \pm 6,5$ anos, que variava entre os 36 e os 59 anos. A maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino (81,8%), casados (74,2%) e licenciados (86,4%) (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros (n=66)

Variáveis qualitativas	N	%		
Sexo				
Feminino	54	81,8%		
Masculino	12	18,2%		
Estado civil				
Solteiro	1	1,5%		
Casado	49	74,2%		
União de facto	5	7,6%		
Divorciado/Separado	11	16,7%		
Habilitações literárias				
Bacharelato	1	1,5%		
Licenciatura	57	86,4%		
Pós-graduação	4	6,1%		
Mestrado	4	6,1%		
Doutoramento	0	-		
Variáveis quantitativas	M	Dp	mín.	máx.
Idade	47,61	6,5	36	59

Legenda: N-elementos da amostra; %-percentagem amostral; M-média; Dp-desvio padrão; mín.-mínimo; máx.-máximo.

Ressalva-se que, para teste de hipóteses, na variável estado civil, agruparam-se os elementos da amostra que se encontravam solteiros aos que se encontravam divorciados/separados, formando a variável descomprometidos, e agruparam-se os “casados” com os que se encontravam em situação de “união de facto”, formando a variável “comprometidos”. Nas

habilitações literárias optou-se por se excluir o único elemento com bacharelato e agruparam-se os elementos com pós-graduação aos elementos com mestrado, variável que se denominou “pós-graduada”.

Nas características profissionais encontram-se as variáveis: categoria profissional; experiência em outros serviços; formação em ESF; vínculo à USF; e tempos de serviço na carreira, na categoria profissional e na USF.

A amostra dividiu-se igualmente entre as categorias de Enfermeiro (50%) e de Enfermeiro Especialista (50%), sendo que a maioria tinha experiência em outros serviços (65,15%), não tinha formação em ESF (57,58%) e encontrava-se em contrato em funções públicas (77,27%). As médias de tempo de serviço na carreira foi de 23,65±6,98 anos (variando entre os 0 e os 37 anos), na categoria profissional foi de 17,39±9,24 anos (variando entre os 0 e os 33 anos) e na USF foi de 11,59±3,43 anos (variando entre os 2 e os 17 anos) (Tabela 3).

Tabela 3

Caracterização dos enfermeiros em relação às variáveis profissionais (n=66)

Variáveis qualitativas	N	%		
Categoria				
Enfermeiro	33	50%		
Enfermeiro Especialista	33	50%		
Enfermeiro Gestor	0	-		
Experiência em outros serviços				
Sim	43	65,15%		
Não	23	34,85%		
Formação em ESF				
Sim	28	42,42%		
Não	38	57,58%		
Vínculo à USF				
Contrato a termo certo	11	16,67%		
Contrato a termo incerto	4	6,06%		
Contrato em função pública	51	77,27%		
Variáveis quantitativas	M	Dp	mín.	máx.
Tempo de serviço na carreira	23,65	6,98	0	37
Tempo na categoria profissional	17,39	9,24	0	33
Tempo de serviço na USF	11,59	3,43	2	17

Legenda: N-elementos da amostra; %-percentagem amostral; M-média; Dp-desvio padrão; mín.-mínimo; máx.-máximo.

Optou-se por se diferenciar das características sociodemográficas e profissionais variáveis que condicionam a satisfação no trabalho, sendo elas o gosto pelo local de trabalho, a consideração de que as ideias do próprio são escutadas e colocadas em prática e que possui as condições de trabalho adequadas e o sentimento de realização profissional.

Mais de três quartos dos enfermeiros da amostra (92,42%) gostavam do seu local de trabalho e consideravam que as suas ideias eram escutadas e colocadas em prática (77,3%). Pouco mais de metade (54,5%) considerava ter as condições de trabalho adequadas e 74,2% sentiam-se realizados enquanto enfermeiros (Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização dos enfermeiros em função da satisfação no trabalho (n=66)

Variáveis qualitativas	N	%
Gosto pelo local de trabalho		
Sim	61	92,42%
Não	5	7,6%
Consideram que as suas ideias são escutadas e colocadas em prática		
Sim	51	77,3%
Não	15	22,7%
Consideram ter as condições de trabalho adequadas		
Sim	36	54,5%
Não	30	45,5%
Sentimento de realização profissional		
Sim	49	74,2%
Não	17	25,8%

Legenda: N-elementos da amostra; %-percentagem amostral.

4.2. Caracterização da competência emocional

Da análise do QCE evidenciou-se uma média de 205,1±20,9 (mínimo 139 e máximo 243), sendo a competência emocional, dos elementos da amostra, considerada elevada. Em relação às subescalas a que apresentou o valor mais elevado foi a capacidade para lidar com a emoção (73,12±7,74; VR: 56), seguida da percepção emocional (67,24±7,87; VR: 52,5). A que apresentou um valor médio mais baixo foi a expressão emocional (64,76±7,64; VR: 49) (Tabela 5). Não obstante, a média de respostas, nas 3 subescalas, foi superior ao valor de referência.

Na subescala *capacidade para lidar com a emoção* (CL), os itens “Quando estou feliz e bem-humorado(a), estudo e trabalho melhor” (M=5,05±0,849) e “Tento manter o bom humor” (M=5,00±0,679) foram os que obtiveram valores médios mais elevados. E as asserções “Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar” (M=3,67±1,086) e “Consigno facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar” (M=4,23±0,837) foram as que obtiveram valores médios mais baixos. Na subescala *expressão emocional* (EE) os valores médios mais elevados foram para as afirmações “Consigno reconhecer a maioria dos meus sentimentos” (M=4,92±0,664) e “Normalmente sei as razões porque me sinto mal” (M=4,89±0,767). E os valores médios mais baixos foram para os itens “As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor” (M=4,11±0,963) e “Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo” (M=4,41±0,976). Na subescala *percepção emocional* (PE) foram as asserções “Consigno perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados” (M=4,91±0,601) e “Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição” (M=4,74±0,563), que obtiveram valores médios mais elevados. E “Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu” (M=4,11±0,862), “Consigno detetar a inveja disfarçada nos outros” (M=4,15±1,026) e “Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor” (M=4,15±0,932) as que obtiveram valores médios mais baixos. No apêndice VI apresentam-se os valores médios por item de cada subescala.

Tabela 5

Pontuação do QCE e subescalas

	M (VR)	Dp	mín.	máx.
Capacidade para lidar com a emoção (CL)	73,12 (56)	7,74	47	88
Expressão Emocional (EE)	64,76 (49)	7,64	46	80
Percepção Emocional (PE)	67,24 (52,5)	7,87	46	82
QCE – total da escala	205,1	20,9	139	243

Legenda: M-média; VR-valor de referência; Dp-desvio padrão; mín-mínimo; máx.-máximo.

4.3. Caracterização da adoção de comportamentos assertivos

Da análise da adoção de comportamentos assertivos (CA) pelos enfermeiros, evidenciou-se uma média de $4,86 \pm 0,65$ (mínimo 3,46 e máximo 6). Da análise das subescalas Comportamentos assertivos com o utente (CAU) e Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar (CAE) os valores médios foram respetivamente de $5,09 \pm 0,63$ e $4,78 \pm 0,73$ (Tabela 6).

Os itens com pontuações médias mais elevadas na dimensão CAU foram “Procuro conhecer os utentes e tratá-los com o seu nome” ($M=5,45 \pm 0,706$) e “Perante um utente impossibilitado de comunicar verbalmente, procuro uma alternativa viável” ($M=5,35 \pm 0,774$). E os com valores médios mais baixos foram “Perante um utente que recusa um determinado tratamento recorro a documentos escritos como forma de validar, junto do utente, a necessidade de realização dos referidos tratamentos” ($M=4,61 \pm 1,149$) e “Ao verificar que um utente falta ao respeito a outro utente, explico-lhe de forma clara que essa atitude não é correta, tentando não ser agressivo” ($M=4,55 \pm 1,010$). Na dimensão CAE os itens com pontuações mais elevadas foram “Quando um membro da equipa multidisciplinar tem um desempenho perfeito, não sinto dificuldades em elogiá-lo” ($M=5,21 \pm 1,144$) e “Sempre que um membro da equipa multidisciplinar me procura, disponibilizo-lhe tempo e atenção” ($M=5,15 \pm 0,808$). E com valores médios mais baixos foram “Quando discordo de algumas decisões dos meus superiores hierárquicos, não tenho dificuldade em exprimi-lo” ($M=4,23 \pm 1,064$) e “Perante membros da equipa multidisciplinar hostis não sinto receio de exprimir a minha opinião” ($M=4,26 \pm 1,305$). Ainda assim, realizando a estatística descritiva de cada uma das questões associadas às subescalas, é possível referir que nas duas subescalas a média das respostas, por item, revelou sempre valores condicentes com a adoção muito frequente de comportamentos assertivos. No apêndice VII apresentam-se os valores médios por item de cada subescala.

Tabela 6

Pontuação para o questionário de adoção de comportamentos assertivos e dimensões

	M	Dp	mín.	máx.
Comportamentos assertivos com o utente (CAU)	5,09	0,63	3,83	6,00
Comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar (CAE)	4,78	0,73	2,89	6,00
Comportamentos assertivos – total da escala (CA)	4,86	0,65	3,46	6,00

Legenda: M-média; Dp-desvio padrão; mín-mínimo; máx.-máximo.

4.4. Teste de Hipóteses

Neste ponto serão apresentados os resultados dos testes realizados para análise das hipóteses formuladas.

Hipótese 1: Há uma relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e as suas competências emocionais.

Em relação às variáveis sociodemográficas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala total e subescalas do QCE e o sexo, o estado civil e as habilitações (hab.) literárias (Tabela 7). Também não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a escala total do QCE e subescalas e a variável idade.

Tabela 7

Relação entre CE e variáveis sociodemográficas

Variáveis qualitativas	Total QCE		CL		EE		PE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Sexo								
Feminino	207,00	U=296,50	74,500	U=267,5	66,00	U=318,00	69,00	U=318,0
Masculino	206,00	p=0,647	76,00	p=0,346	66,00	p=0,920	67,50	p=0,920
Estado civil								
Descomprometido	214,50	U=258,00	76,00	U=262,00	67,50	U=287,50	70,50	U=262,00
Comprometido	203,50	p=0,272	73,50	p=0,302	66,00	p=0,543	67,00	p=0,302
Hab. Literárias								
Licenciatura	207,00	U=192,00	76,00	U=197,00	66,00	U=163,00	68,00	U=227,00
Pós-Graduada	205,00	p=0,472	73,00	p=0,535	63,50	p=0,193	68,00	p=0,984
Variável quantitativa		Teste estatístico		Teste estatístico		Teste estatístico		Teste estatístico
Idade		r=0,108 p=0,387		r=0,065 p=0,602		r=0,090 p=0,474		r=0,136 p=0,277

Legenda: U – teste Mann Whitney; r – Pearson; p – nível de significância.

Hipótese 2: Há uma relação entre as características profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e as suas competências emocionais.

Em relação às variáveis profissionais não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as escalas total e subescalas do QCE e a variável vínculo à USF (Tabela 8). Igualmente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala total e as subescalas do QCE e as variáveis categoria profissional, experiência em outros serviços e formação em ESF (Tabela 8). Também não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as escalas total e subescalas do QCE e os tempos de serviço na carreira, na categoria profissional e na USF (Tabela 8).

Em relação às variáveis de satisfação no trabalho - gosto pelo local de trabalho, consideração de que as ideias do próprio são escutadas e colocadas em prática, condições de trabalho adequadas e sentimento de realização profissional – também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as mesmas e a escala total do QCE e cada uma das suas dimensões (Tabela 9).

Tabela 8

Relação entre CE e variáveis profissionais

Variáveis qualitativas	Total QCE		CL		EE		PE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Vínculo à USF								
Termo certo	207,00	H(2)=0,254 $p=0,881$	73,00	H(2)=0,738 $p=0,692$	65,00	H(2)=0,198 $p=0,906$	66,00	H(2)=0,356 $p=0,837$
Termo incerto	204,00		73,00		66,00		67,00	
Funções Públicas	210,00		75,00		66,00		70,00	
Categoria Profissional								
Enfermeiro	202,00	U=467,50 $p=0,323$	74,00	U=499,00 $p=0,559$	66,00	U=472,50 $p=0,355$	66,00	U=454,00 $p=0,245$
Enfermeiro Especialista	211,00		76,00		68,00		70,00	
Experiência outros serviços								
Sim	207,00	U=424,50 $p=0,346$	75,00	U=422,50 $p=0,331$	66,00	U=478,00 $p=0,824$	69,00	U=427,00 $p=0,363$
Não	207,00		76,00		65,00		68,00	
Formação ESF								
Sim	205,00	U=521,00 $p=0,886$	73,50	U=481,00 $p=0,507$	66,00	U=487,50 $p=0,563$	67,50	U=510,00 $p=0,775$
Não	207,50		75,50		66,00		68,50	
Variável quantitativas	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico	Teste estatístico
Tempo de serviço na carreira	$r_s=0,116$ $p=0,353$	$r_s=0,060$ $p=0,635$	$r_s=0,085$ $p=0,499$	$r_s=0,097$ $p=0,437$				
Tempo de serviço na USF	$r_s=0,125$ $p=0,317$	$r_s=0,109$ $p=0,383$	$r_s=0,070$ $p=0,575$	$r_s=0,145$ $p=0,247$				
Tempo de serviço na categoria profissional	$r=-0,019$ $p=0,880$	$r=0,048$ $p=0,704$	$r=-0,123$ $p=0,324$	$r=0,023$ $p=0,857$				

Legenda: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância; r_s – Rhó de Spearman; H – Kruskal-Wallis.

Tabela 9

Relação entre CE e variáveis de satisfação no trabalho

Variáveis qualitativas	Total QCE		CL		EE		PE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Gosto local trabalho								
Sim	207,00	U=148,50 $p=0,925$	75,00	U=135,50 $p=0,689$	66,00	U=120,00 $p=0,450$	68,00	U=114,00 $p=0,368$
Não	200,00		70,00		64,00		71,00	
Sentimento ideias escutadas								
Sim	205,00	U=351,00 $p=0,630$	75,00	U=372,50 $p=0,878$	66,00	U=373,00 $p=0,884$	67,00	U=312,00 $p=0,280$
Não	210,00		73,00		66,00		70,00	
Condições trabalho adequadas								
Sim	204,50	U=520,50 $p=0,802$	75,00	U=524,50 $p=0,841$	66,00	U=521,00 $p=0,806$	67,50	U=497,50 $p=0,584$
Não	207,50		75,00		66,00		69,00	
Realização como enfermeiro								
Sim	207,00	U=364,00 $p=0,441$	74,00	U=362,00 $p=0,423$	66,00	U=361,00 $p=0,415$	68,00	U=376,50 $p=0,557$
Não	205,00		76,00		68,00		69,00	

Legenda: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância.

Hipótese 3: Há uma relação entre as características sociodemográficas dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos.

Em relação às variáveis sociodemográficas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as escala total e subescalas de CA e o sexo, o estado civil e as habilitações literárias. Também não se verificou correlação estatisticamente significativa entre a variável idade e a escala total de adoção de CA e cada uma das suas dimensões (Tabela 10).

Tabela 10*Relação entre CA e variáveis sociodemográficas*

Variáveis qualitativas	Total CA		CAU		CAE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Sexo		U=259,50		U=295,00		U=249,50
Feminino	5,02	$p=0,283$	5,33	$p=0,628$	4,97	$p=0,215$
Masculino	4,66		5,00		4,69	
Estado civil		U=216,00		U=278,00		U=208,50
Descomprometido	5,04	$p=0,072$	5,33	$p=0,442$	5,08	$p=0,055$
Comprometido	4,83		5,16		4,75	
Hab. Literárias		U=215,00		U=212,50		U=225,50
Licenciatura	4,96	$p=0,795$	5,16	$p=0,756$	4,94	$p=0,960$
Pós-Graduada	5,16		5,33		4,97	
Variável quantitativas		Teste estatístico		Teste estatístico		Teste estatístico
Idade		$r=0,150$ $p=0,229$		$r=0,081$ $p=0,518$		$r=0,155$ $p=0,213$

Legenda: U – teste Mann Whitney; r – Pearson; p – nível de significância.

Hipótese 4: Há uma relação entre as características profissionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos.

Em relação à adoção de comportamentos assertivos não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala total e subescalas de comportamento assertivos e a variável profissional vínculo à USF. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a escala de adoção de comportamentos assertivos e subescalas com as variáveis categoria profissional e formação em ESF (Tabela 11). Verificou-se evidência estatística para afirmar que a adoção de comportamentos assertivos difere consoante a experiência em outros serviços para a escala total ($U(2)=317,50$, $p=0,017$), para a subescala CAU ($U(2)=330,500$, $p=0,027$) e para a subescala CAE ($U(2)=340,00$, $p=0,037$), sendo o valor da mediana mais elevado nos profissionais com experiência em outros serviços (Tabela 11).

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a escala total e as subescalas de adoção de comportamentos assertivos e os tempos de serviço na USF e na categoria profissional. Contudo, verificou-se uma correlação significativa, positiva e fraca entre o tempo de serviço na carreira e a escala total de CA ($r_s=0,304$, $p=0,013$) e a dimensão CAE ($r_s=0,333$, $p=0,006$) (Tabela 11).

Verificou-se evidência estatística para afirmar que a adoção de comportamentos assertivos varia consoante o gosto pelo local de trabalho, para a escala total ($U(2)=52,00$, $p=0,012$) e para a dimensão CAE ($U(2)=43,50$, $p=0,005$), sendo o valor de mediana superior nos profissionais que gostam do seu local de trabalho (Tabela 12). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre as restantes variáveis de satisfação no trabalho com a escala total de CA e suas subescalas.

Tabela 11

Relação entre CA e variáveis profissionais

Variáveis qualitativas	Total CA		CAU		CAE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Vínculo à USF		H(2)=3,920		H(2)= 1,443		H(2)=3,956
Termo certo	3,96	$p=0,141$	4,66	$p=0,486$	3,88	$p=0,138$
Termo incerto	5,06		5,16		4,94	
Funções Públicas	4,96		5,33		5,00	
Categoria Profissional		U=398,50		U=395,50		U=413,00
Enfermeiro	4,83	$p=0,061$	4,83	$p=0,055$	4,72	$p=0,091$
Enfermeiro Especialista	5,16		5,33		5,05	
Experiência outros serviços		U=317,50		U=330,500		U=340,00
Sim	5,08	$p=0,017$	5,33	$p=0,027$	4,94	$p=0,037$
Não	4,62		4,83		4,55	
Formação ESF		U=514,00		U=521,00		U=510,00
Sim	4,87	$p=0,815$	5,16	$p=0,886$	4,80	$p=0,775$
Não	5,00		5,16		4,97	
Variável quantitativas		Teste estatístico		Teste estatístico		Teste estatístico
Tempo de serviço na carreira		$r_s=0,304^*$ $p=0,013$		$r_s=0,180$ $p=0,147$		$r_s=0,333^{**}$ $p=0,006$
Tempo de serviço na USF		$r_s=0,011$ $p=0,929$		$r_s=-0,133$ $p=0,288$		$r_s=0,036$ $p=0,774$
Tempo de serviço na categoria profissional		$r=0,032$ $p=0,800$		$r=-0,070$ $p=0,574$		$r=0,074$ $p=0,557$

Legenda: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância; r_s – Rhó de Spearman; H – Kruskal-Wallis.

Tabela 12*Relação entre CA e variáveis de satisfação no trabalho*

Variáveis qualitativas	Total CA		CAU		CAE	
	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico	Mediana	Teste estatístico
Gosto local trabalho						
Sim	5,00	U=52,00	5,16	U=131,00	4,94	U=43,50
Não	4,20	$p=0,012$	5,16	$p=0,601$	3,77	$p=0,005$
Sentimento ideias escutadas						
Sim	5,04	U=273,50	5,33	U=303,50	4,94	U=275,50
Não	4,66	$p=0,095$	5,16	$p=0,225$	4,72	$p=0,101$
Condições trabalho adequadas						
Sim	4,96	U=505,50	5,00	U=494,50	4,86	U=519,50
Não	4,98	$p=0,657$	5,33	$p=0,556$	4,94	$p=0,792$
Realização como enfermeiro						
Sim	5,00	U=367,00	5,33	U=358,00	4,94	U=370,50
Não	4,96	$p=0,468$	5,00	$p=0,389$	4,89	$p=0,500$

Legenda: U – teste Mann Whitney; p – nível de significância.

Hipótese 5: Há uma relação entre as competências emocionais dos enfermeiros das USF do ACeS Maia/Valongo e os seus comportamentos assertivos.

Quando correlacionadas a escala de comportamentos assertivos e dimensões com a escala e subescalas de competência emocional, verificaram-se correlações significativas, positivas e fracas entre a escala total de CA e a escala total do QCE ($r_s=0,339$, $p=0,005$) e entre a escala total de CA e a subescala capacidade para lidar com a emoção ($r_s=0,327$, $p=0,007$). Verificou-se correlação significativa, positiva e moderada entre a escala total de CA e a subescala expressão emocional ($r_s=0,406$, $p=0,001$) (Tabela 13).

Também se verificou correlação significativa, positiva e fraca entre a subescala comportamentos assertivos com o utente e as subescalas capacidade para lidar com a emoção ($r_s=0,249$, $p=0,043$) e expressão emocional ($r_s=0,272$, $p=0,027$) (Tabela 13).

Verificou-se correlação significativa, positiva e fraca entre a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e a escala total do QCE ($r_s=0,338$, $p=0,006$) e entre a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e a subescala capacidade para lidar com a emoção ($r_s=0,324$, $p=0,008$). Verificou-se também correlação significativa, positiva e moderada entre a subescala comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e a subescala expressão emocional ($r_s=0,406$, $p=0,001$) (Tabela 13).

Tabela 13

Relação entre comportamentos assertivos e competência emocional

		TCA	CAU	CAE	TCE	CL	EE	PE
TCA	r_s	1,000	,766**	,976**	,339**	,327**	,406**	,231
	p	.	,000	,000	,005	,007	,001	,062
	N	66	66	66	66	66	66	66
CAU	r_s	,766**	1,000	,622**	,234	,249	,272	,152
	p	,000	.	,000	,058	,043	,027	,223
	N	66	66	66	66	66	66	66
CAE	r_s	,976**	,622**	1,000	,338**	,324**	,406**	,224
	p	,000	,000	.	,006	,008	,001	,071
	N	66	66	66	66	66	66	66
TCE	r_s	,339**	,234	,338**	1,000	,919**	,866**	,932**
	p	,005	,058	,006	.	,000	,000	,000
	N	66	66	66	66	66	66	66
CL	r_s	,327**	,249	,324**	,919**	1,000	,687**	,835**
	p	,007	,043	,008	,000	.	,000	,000
	N	66	66	66	66	66	66	66
EE	r_s	,406**	,272	,406**	,866**	,687**	1,000	,724**
	p	,001	,027	,001	,000	,000	.	,000
	N	66	66	66	66	66	66	66
PE	r_s	,231	,152	,224	,932**	,835**	,724**	1,000
	p	,062	,223	,071	,000	,000	,000	.
	N	66	66	66	66	66	66	66

Legenda: ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades); * A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades); r_s – Rhó de Spearman; p – nível de significância; N – elementos da amostra.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram objetivos do presente estudo relacionar a competência emocional e a adoção de comportamentos assertivos dos enfermeiros, quer entre si, quer com as características sociodemográficas e profissionais.

Neste ponto será realizada a discussão de resultados, fundamentada na literatura e evidência científica mais recentemente publicadas, ainda que escassas.

5.1. Competência emocional e assertividade da amostra

Os valores de autoperceção de competência emocional neste estudo foram elevados ($205,1 \pm 20,9$), indo ao encontro de outros estudos realizados também com enfermeiros (Agostinho, 2008; A. M. Costa, 2009; Dusseldorp et al., 2011; M. Cruz, 2018). Resultados diferentes tiveram Srinivasan e Samuel (2016) e Vilela (2006), estudos em que os enfermeiros apresentaram uma autoperceção média de competência emocional baixa. Contudo as amostras eram constituídas por enfermeiros a exercer funções em hospitais. Aliás, a diferença poderá residir nesse mesmo fator, já que parece existir uma relação significativa entre a CE e as tarefas desempenhadas, onde enfermeiros com maior organização e método no processo de decisão clínica e maior proximidade com o utente, como os que executam funções em USF, tendem a apresentar valores mais elevados de CE (E. Jesus, 2004).

Sabe-se que as competências emocionais são fundamentais para destacar a inovação, essencial à profissão de enfermagem. Ser enfermeiro implica trabalhar em equipa, sob pressão, reconhecer e responder às suas emoções e às dos outros, mantendo a capacidade para se motivar e motivar o outro, e isto é ser emocionalmente inteligente (Cadman & Brewer, 2001; Primo & Bucci, 2020). Daí que os resultados obtidos neste estudo não surpreendam, mais ainda quando a subescala que obteve valores médios mais elevados foi “capacidade para lidar com a emoção”, essencial em profissionais que diariamente se cruzam com situações de utentes e famílias que exigem uma capacidade superior para resistir ao envolvimento emocional.

Já no que concerne à assertividade, no presente estudo, o valor médio de adoção de comportamentos assertivos, quer com o utente, quer com a equipa multidisciplinar, foi elevado ($4,86 \pm 0,65$), corroborando com as investigações, realizadas igualmente com enfermeiros, de H. Almeida (2009), Amaro e S. Jesus (2008), A. M. Costa (2009) e Kilkus (1993). Considerando que a assertividade se apresenta como a melhor forma para expressar a competência emocional do indivíduo (Primo & Bucci, 2020), numa equipa com perceção de competência emocional elevada não seria de esperar uma perceção de adoção de comportamentos assertivos inferior. O comportamento assertivo mais utilizado com o utente foi “procuro conhecer os utentes e tratá-los com o seu nome”, tal como verificado no estudo de A. M. Costa (2009) e com a equipa foi “quando um membro da equipa multidisciplinar tem um desempenho perfeito, não sinto dificuldades em elogiá-lo”. Efetivamente, no decorrer do seu desempenho o EF procura conhecer os seus utentes e famílias e adota comportamentos que o aproximem dos seus clientes, tais

como registar o nome pelo qual gostam de ser tratados. Além disso, faz parte do trabalho em equipa potenciar e promover o desenvolvimento dos seus membros, nomeadamente por reconhecimento de competências e saberes (Neves, 2012), pelo que não é de estranhar a capacidade dos enfermeiros em reconhecerem o mérito dos elementos da sua equipa. Por outro lado, “perante um utente que recusa um determinado tratamento recorro a documentos escritos como forma de validar, junto do utente, a necessidade de realização dos referidos tratamentos” e “quando discordo de algumas decisões dos meus superiores hierárquicos, não tenho dificuldade em exprimi-lo” foram os comportamentos assertivos menos utilizados com o utente e com a equipa, respetivamente. De referir que o primeiro comportamento se poderá relacionar com o recurso ao modelo paternalista, onde o enfermeiro tende a tomar decisões por achar tratar-se do melhor para o utente, sem esperar ser questionado (Cotrim, 2011; O. Almeida, 2011; Reis, 2011), sendo que, por outro lado, também ainda não está enraizado na nossa cultura valermos de documentos para validar a informação dada. Já o segundo comportamento poderá ser reflexo de outros achados do estudo, como o facto de 22,7% da amostra considerar que as suas ideias não são escutadas nem colocadas em prática, quase metade (45,5%) considerar que não possui as condições de trabalho adequadas e 25,8% não se sentir realizado profissionalmente. Além disso, os dois comportamentos, ao implicarem uma tomada de decisão fundamentada, exigem formação e estudo, mas baixos salários e uma carreira com progressão lenta podem justificar a desmotivação de investimento na profissão. Assim como, a falta de tempo, motivada por um excesso de trabalho, e a fraca visibilidade dos ganhos de enfermagem na saúde das famílias podem justificar um menor envolvimento na área científica.

5.2. Discussão de Hipóteses

5.2.1. Características sociodemográficas e competências emocionais

Em relação às variáveis sociodemográficas, incluídas neste estudo, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa com a competência emocional e dimensões. Estes dados vão ao encontro de estudos internacionais e nacionais que não evidenciam esta diferença entre a CE e (i) a idade (A. M. Costa, 2009; Andrade et al., 2016; Cavaco, 2015; Dusseldorp et al., 2011; Fortes, 2016; Francisco, 2017; Gregório, 2008; Kahraman & Hiçdurmaz, 2016; Rebelo & R. Martins, 2015); (ii) o sexo (A. M. Costa, 2009; Andrade et al., 2016; M. Cruz, 2018; Dusseldorp et al., 2011; Gerits et al., 2004; Gregório, 2008; Kahraman & Hiçdurmaz, 2016; M. Martins, 2018; M. Silva, 2012; Rebelo & R. Martins, 2015; Srinivasan & Samuel, 2016; Vilela, 2006); (iii) o estado civil (A. M. Costa, 2009; Andrade et al., 2016; Bento, 2012; Francisco, 2017; Kahraman & Hiçdurmaz, 2016; M. Martins, 2018; Rebelo & R. Martins, 2015); e (iv) as habilitações literárias (Andrade et al., 2016; Bento, 2012; Fortes, 2016; M. Martins, 2018).

Kahraman e Hiçdurmaz (2016) explicam que a CE pode ser desenvolvida em qualquer idade, por indivíduos de diferentes sexos e com diferentes estados civis. Além disso, está em estudo uma amostra com idade média de $47,61 \pm 6,5$ anos, que, após a evolução decorrida da adolescência e fase de jovem adulto, já terá atingido a estabilização da CE (M. Sousa, 2013).

Ainda assim, em relação às habilitações literárias é difícil encontrar autores que excluam a sua relação com o desenvolvimento da CE, pelo que a falta de relação detetada poderá dever-se ao facto de estarmos perante uma amostra com níveis de formação elevados.

5.2.2. Características profissionais e competências emocionais

Em relação às variáveis profissionais e de satisfação laboral, incluídas neste estudo, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa com a competência emocional, nem com cada uma das suas dimensões. Estes dados vão ao encontro de estudos internacionais e nacionais que não evidenciam esta diferença entre a CE e (i) categoria profissional (Codier et al., 2008; Francisco, 2017; Gregório, 2008; M. Martins, 2018; M. Silva, 2012); (ii) experiência profissional (Dusseldorp et al., 2011; M. Martins, 2018; Rebelo & R. Martins, 2015); (iii) tempos de serviço, na carreira, na USF e na categoria profissional (A. C. Costa & Faria, 2009; A. M. Costa, 2009; Bento, 2012; Codier et al., 2008; M. Cruz, 2018; Gregório, 2008; Kahraman e Hiçdurmaz, 2016; P. Rodrigues, 2017; Rebelo & R. Martins, 2015; M. Silva, 2012); (iv) vínculo laboral (M. Martins, 2018; Pérez-Fuentes et al., 2018; Rebelo & R. Martins, 2015); e (v) satisfação laboral (M. Cruz, 2018; Lopes & Branco, 2012).

Os resultados parecem apontar que a CE pode não ser influenciada pelas variáveis profissionais. Contudo, neste estudo, importa considerar alguns pontos que podem explicar estes resultados. Primeiro, a não inclusão da categoria de enfermeiros gestores, que de acordo com J. Alves et al. (2012), tendem a apresentar níveis de CE mais elevados, por pertencerem a uma categoria profissional que diariamente toma decisões que influenciam as emoções do próprio e do outro. Segundo, um tempo na carreira elevado ($23,65 \pm 6,98$), com ou sem experiência em outros serviços, uma formação superior e uma média de anos de serviço na categoria profissional elevada, como o verificado na amostra, implicam um elevado número de experiências, que, por sua vez, aumentam o leque de competências emocionais, contribuindo, assim, para os valores elevados verificados neste estudo. Terceiro, o facto do vínculo laboral não influenciar as CE dos enfermeiros, mesmo entre os enfermeiros com termo certo, demonstra que este profissional consegue gerir o stress e as emoções, na sua relação com os utentes e equipa, e que a situação de maior precariedade laboral não se reflete na sua capacidade para perceber, expressar e avaliar emoções. Por último, não se verificar diferença quando relacionada a CE com a satisfação laboral poderá dever-se ao facto de um nível mais elevado de CE, como é o caso, influenciar a saúde e produtividade, o que irá diminuir níveis de exaustão emocional (M. Cruz, 2018), condicionando positivamente o gosto pelo trabalho.

5.2.3. Características sociodemográficas e adoção de comportamentos assertivos

Em relação às variáveis sociodemográficas incluídas neste estudo não se verificou uma diferença estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos, nem com cada uma das suas subescalas. Estes dados vão ao encontro de estudos internacionais e nacionais que não evidenciam diferença entre a adoção de comportamentos assertivos e (i) a idade (Arrindell et al., 1990; Vagos & Pereira, 2010); (ii) o sexo (Gerry, 1989; Kılıç & Sevinç, 2017; Kilkus, 1993; K. Silva et al., 2017); (iii) o estado civil (Vagos & Pereira, 2010); e (iv) as habilitações literárias (Vagos & Pereira, 2010).

Na presente investigação, apesar de se verificar uma ausência de relação entre a idade e a adoção de comportamentos assertivos, o facto é que a média destes comportamentos na amostra é elevada e as idades além de verificarem alguma homogeneidade (mín. 36; máx. 59), implicam já maior maturidade ($47,61 \pm 6,5$ anos), o que, poderá sugerir, tal como defendido por diversos autores (Galaz & Loving, 2004; Kilkus, 1993; Kruse, 1992; Vagos & Pereira, 2010), que a maturidade aumenta a assertividade.

Por outro lado, a ausência de relação entre o sexo e a adoção de comportamentos assertivos, pode dever-se, tal como explica K. Silva et al. (2017), ao facto da assertividade não se relacionar diretamente com questões biológicas, mas sim comportamentais, pelo que será um comportamento aprendido e não uma habilidade social de natureza fisiológica.

Já o resultado obtido para a relação com o estado civil, pode dever-se ao facto da amostra deste estudo, ser constituída por enfermeiros, que diariamente lidam com utentes, famílias e equipa multidisciplinar, mantendo uma rede social ampla, que ajuda a trabalhar as habilidades sociais, justificando o elevado número de adoção de comportamentos assertivos, independentemente do estado civil.

A falta de relação das habilitações literárias com comportamentos assertivos, poderá advir do facto de neste estudo todos terem grau académico elevado (licenciatura ou superior), parecendo ser certo que o conhecimento aumenta a assertividade (Amaro & Jesus, 2007).

5.2.4. Características profissionais e adoção de comportamentos assertivos

Também em relação a algumas das variáveis profissionais incluídas neste estudo não se verificou uma diferença estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos, nem com cada uma das suas subescalas. Esta dados vão ao encontro de estudos internacionais e nacionais que não evidenciam esta diferença entre a assertividade e (i) a categoria profissional (Gerry, 1989); e (ii) o vínculo laboral (H. Almeida, 2009).

Ressalvam-se alguns pontos que podem explicar estes resultados. Primeiro a não inclusão da categoria de enfermeiros gestores, já que de acordo com Amaro e Jesus (2008), serão os enfermeiros em cargo de chefia que tenderão a apresentar maior assertividade. Além disso, no caso das USF, as duas categorias – Enfermeiro e Enfermeiro Especialista – desempenham as funções com o mesmo grau de autonomia e responsabilidade. Segundo, poderão ser explicações para a ausência de relação verificada entre a adoção de comportamentos assertivos e o vínculo laboral o aumento de trabalho, motivado pela pandemia, que trará consigo alguma estabilidade, e o facto da filosofia das USF não se alterar mediante o contrato de trabalho do indivíduo.

Já a variável experiência em outros serviços relacionou-se de forma estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos. Apesar de não se encontrarem estudos que relacionassem estas duas variáveis, o facto é que, já em 1989, Gerry explicava que pelo conhecimento que as diferentes experiências proporcionam, o enfermeiro ganha poder, resistindo a situações de exploração, através de respostas mais assertivas onde faça expor as suas ideias e valores. Experimentar outros serviços implica o contacto com diferentes profissionais e utentes, em contextos e modelos organizacionais distintos, logo mais experiências, que se refletem numa capacidade aumentada para expressar pensamentos e emoções, mais autoconfiança, maior capacidade para gerir os conflitos e conceção de uma melhor relação com o utente (Benner, 2001; Bronfenbrenner, 2002).

A formação em ESF não se relacionou de forma estatisticamente significativa com a adoção de comportamentos assertivos. E, muito embora, também não se tenham encontrado estudos que relacionassem estas variáveis, o facto é que se poderá considerar esta formação como um incremento de habilitações literárias e, como anteriormente indicado, trata-se de uma amostra já com níveis elevados académicos e que adota frequentemente comportamentos assertivos.

Por outro lado, o tempo de serviço na carreira correlacionou-se de forma positiva com a adoção de comportamentos assertivos, ao contrário do verificado no estudo de A. M. Costa (2009) que não encontrou correlação entre as variáveis. O mesmo não se verificou com os tempos de serviço na USF e na categoria profissional que não se correlacionaram com a assertividade. Uma possível explicação será o facto das experiências profissionais, com utentes e equipa, decorrerem essencialmente do tempo de serviço como enfermeiros, independentemente do local onde exerçam a sua atividade e do tempo na categoria profissional. Por outro lado, verificam-se médias elevadas nas duas categorias (tempo na categoria profissional= $17,39 \pm 9,24$; tempo de serviço na USF= $11,59 \pm 3,43$) que justificam um nível superior de confiança, com equipa e utente, e, por isso, uma adoção frequente de comportamentos assertivos.

As variáveis de satisfação com o trabalho não influenciaram os CA, exceto o gosto pelo local de trabalho. Ainda que, no seu estudo com dirigentes de um grupo empresarial, S. Queirós (2015) tenha concluído que a assertividade se relacionava com a satisfação laboral, esta diferença pode justificar-se, por um lado, pelo elevado nível de CA desta amostra, que se reflete na diminuição do risco de conflitos no local de trabalho e melhores relações interpessoais, aumentando a

satisfação e desempenho profissionais (A.M. Costa, 2009). E, por outro, porque a adoção de comportamentos assertivos, em contexto laboral, se relaciona mais com capacidade para regular as emoções, conhecimento do trabalhador dos seus direitos assertivos e maior facilidade em expressar assertivamente sentimentos positivos, por uma cultura mais permissiva para os mesmos (Freitas, 2001). E não tanto com o sentimento de ideias escutadas e colocadas em prática, condições adequadas de trabalho e sentimento de realização profissional. Aliás, o facto do profissional sentir que as suas ideias não são escutadas, não impede que as exponha de forma assertiva, quando muito, poderá inibir a sua apresentação.

5.2.5. Competências emocionais e adoção de comportamentos assertivos

No presente estudo verificou-se correlação positiva entre a competência emocional e a adoção de comportamentos assertivos, tal como no estudo de A. M. Costa (2009). As habilidades sociais, de onde se destaca a assertividade, são cruciais para perceber e influenciar a resposta de outros, durante as interações sociais (Spence, 2003). Indivíduos com habilidades sociais mais elevadas tendem a sentir-se bem consigo mesmos, têm maior facilidade em expressar-se e sentem confiança para assumir responsabilidades e realizar autonomamente atividades, pressupondo um nível de competência emocional mais elevado (Couto et al., 2012). Então, a reciprocidade entre estas variáveis poderá dever-se ao facto da aprendizagem de competências sociais se revelar como um fator de proteção para problemas emocionais (A. M. Costa, 2009), ensinando o indivíduo a redirecionar e transformar os seus impulsos comportamentais, adequando-os às exigências sociais (D. Alves, 2006). Tavares (2014) resume esta correlação ao explicar que a assertividade e a IE se complementam, já que a IE atua como elemento protetor e adaptativo a situações sociais, facilitando a perceção e descodificação, por parte do indivíduo, dos contextos sociais que o envolvem e que exigem atuações diferenciadas. No entanto, a vantagem potenciada pela IE, de pouco valerá se se verificarem os efeitos negativos de um comportamento não assertivo, tais como danos nas relações sociais. A assertividade apresenta-se como uma habilidade que possui uma componente afetiva e cognitiva que protege da desregulação emocional que possa existir, mesmo quando se trate de indivíduos emocionalmente competentes.

Também se verificou uma correlação entre a escala total de CA, as subescalas de adoção de comportamentos assertivos com o utente e com a equipa multidisciplinar e duas das subescalas do QCE - capacidade para lidar com a emoção e expressão emocional. Efetivamente, o ensino de competências emocionais ajuda a reconhecer e a gerir emoções, o que promove a capacidade para lidar e exprimir as mesmas, a sua utilização em relações interpessoais e o desenvolvimento de comportamentos assertivos (Koolae et al., 2016).

Contudo, não se verificou correlação entre a subescala perceção emocional e a escala de CA. Este achado poderá relacionar-se com o facto da habilidade para expressar as emoções de forma adequada – assertividade – se correlacionar mais com a capacidade para lidar com as

mesmas (Santos & Faria, 2005), ressaltando-se que, na área da saúde, a percepção emocional é fundamental para compreender o sofrimento do outro (Pérsico, 2011).

Em suma, as emoções são essenciais para o desenvolvimento de habilidades sociais, contribuindo para a regulação das relações, que são fulcrais nos enfermeiros, principalmente para os que diariamente lidam com famílias (Matsumoto et al., 2008).

6. CONCLUSÃO

No presente ponto serão apresentadas as principais conclusões do estudo de investigação, decorridas da análise e discussão dos resultados, e explanadas as suas limitações e implicações para a prática profissional.

6.1. Conclusões

Literatura e diplomas legais salientam a importância que a competência emocional e as habilidades sociais, de onde se destaca a assertividade, representam para uma prática de enfermagem segura e eficaz. Contudo, a influência que as características sociodemográficas e profissionais exercem sobre as mesmas não é clara.

Neste estudo, nem a competência emocional, nem a assertividade se relacionaram de forma estatisticamente significativa com as características sociodemográficas da amostra. Além disso, a competência emocional também não se relacionou com as características profissionais. Já a assertividade relacionou-se de forma estatisticamente significativa e positiva com a experiência em outros serviços e o gosto pelo local de trabalho e correlacionou-se positivamente com o tempo de serviço na carreira. Verificou-se, também, correlação positiva entre a competência emocional e a adoção de comportamentos assertivos, entre a competência emocional e a adoção de comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar, entre a escala de comportamentos assertivos e as subescalas de competência emocional “capacidade para lidar com a emoção” e “expressão emocional” e entre as subescalas comportamentos assertivos com o utente e comportamentos assertivos com a equipa multidisciplinar e as subescalas de competência emocional “capacidade para lidar com a emoção” e “expressão emocional”.

Os resultados evidenciam a importância da competência emocional no desenvolvimento de habilidades sociais. Ambas cruciais para um ajuste das relações mantidas pelo EF. E, ainda que a influência das características sociodemográficas e profissionais, por cruzamento com a literatura, não fique claro no seu desenvolvimento, é certo que podem ser aprendidas. Assim, reconhecendo a influência destas características para uma atuação mais crítica, desviada de uma modelo biomédico, longe de conflitos e que permite cuidar de forma holística, é essencial que os enfermeiros procurem mais formação na área.

6.2. Limitações do estudo

Os resultados obtidos devem considerar-se com alguma prudência, pelas limitações que encerram, de onde se destacam: (i) a colheita de dados foi realizada por questionários de autopreenchimento, que podem ser tendenciosos, já que as respostas podem estar sujeitas ao viés de desejabilidade; (ii) a amostra era muito específica, pelo que os dados podem não replicar-se a outros profissionais da área da saúde, nomeadamente enfermeiros que executem funções em outras áreas e níveis de prevenção; (iii) o estudo foi restringido a um ACEs, recorrendo-se a uma amostragem de carácter não-probabilístico, não permitindo uma generalização dos

resultados; (iv) o desenho do estudo não permitiu determinar se os scores obtidos na assertividade e na IE se mantinham constantes ao longo do tempo e/ou se foram influenciados pela pandemia vivida e conseqüente aumento de funções; (v) a amostra foi predominante feminina, já que em Portugal o maior parte dos enfermeiros é do sexo feminino (OE, 2021) e, ainda assim a taxa de resposta foi inferior no sexo feminino, factos que podem ter limitado os resultados obtidos; (vi) e, por fim, a pandemia vivida justificou um atraso na resposta do parecer da CES, implicando a distribuição dos questionários em tempo de férias e limitando o tempo da sua aplicação, o que pode justificar a menor adesão.

É também importante referir que se verifica uma escassez de estudos no âmbito da assertividade, nomeadamente em enfermeiros, e que a correlacionem com a IE, limitando a comparação dos resultados obtidos. Também, que seja do conhecimento da investigadora, não foi encontrado nenhum estudo capaz de analisar fatores no ambiente de trabalho que promovessem ou inibissem a assertividade. Por outro lado, os estudos realizados na IE incidem mais no modelo de IE de Goleman, havendo escassez de literatura para o modelo utilizado.

6.3. Implicações para a prática profissional /propostas de alteração de práticas profissionais

Apesar de investigações realizadas revelarem que o desenvolvimento da IE pode melhorar as habilidades sociais dos enfermeiros (Koolae et al., 2016) e que a assertividade ajuda a prevenir conflitos, aumenta a satisfação laboral e melhora o relacionamento com a equipa (Haladin et al., 2015; Nakamura et al., 2017; Omura et al., 2017), verifica-se uma lacuna no reconhecimento da importância das competências emocionais e da comunicação assertiva em enfermagem.

Torna-se, por isso, imperativo a participação em formações e o desenvolvimento de projetos que as envolvam. Daí que seja intenção da autora adquirir mais conhecimentos na área e divulgar e publicar os resultados obtidos com o seu estudo, nomeadamente apresentando-os em reunião de serviço e realizando uma ação formativa no ACeS Maia/Valongo, com possibilidade de replicação para outros ACeS. Na referida formação, à apresentação dos resultados deverá somar-se o esclarecimento da importância do treino da IE e da assertividade para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Desta forma, constituir-se-á, também, uma oportunidade para refletir sobre as experiências profissionais vividas, promovendo a autocompreensão, fundamental na IE, e a assertividade.

Diferentes estudos (Omura et al., 2017; Koolae et al., 2016) demonstram também a importância da inclusão de disciplinas na área da IE e da assertividade no Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo que seria aliciante, talvez como projeto para um Doutoramento, incluir as mesmas no Curso de Licenciatura em Enfermagem e avaliar os seus efeitos na aquisição de competências. Até porque, a investigação neste campo encontra-se em fase de desenvolvimento, sendo, por isso, reduzida.

Dada a especificidade da população em estudo, seria igualmente interessante aplicar a mesma investigação em UCSP e comparar com os resultados obtidos, para determinar se se verificam diferenças nos resultados que possam relacionar-se com as características de gestão que separam estas Unidades.

Ressalva-se que, no âmbito do estágio e das pesquisas realizadas para execução do presente projeto, foi elaborado um poster com reflexão da evolução histórica do EF e um estudo de caso e apresentados no “2nd International Congress of Health and Well-being Intervention”, realizado em 28 e 29 de maio de 2021, pelo Instituto Piaget University Campus of Viseu. A autora foi ainda corresponsável pela elaboração de dois artigos apresentados no Congresso Internacional “Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que diseñan la práctica clínica” celebrado online a partir do Instituto Politécnico de Bragança nos dias 28 e 29 de abril de 2021. Um deles, abordava a importância da IE nos cuidados de saúde, tendo sido publicado posteriormente na revista INFAD. Teve ainda oportunidade de colaborar no XXIX Congresso Internacional INFAD “Confianza en tiempos de crisis” realizado online no Instituto Politécnico de Coimbra entre 6 e 8 de maio de 2021, com uma revisão integrativa da literatura, onde foi abordado o impacto do SARS-CoV-2 na saúde das pessoas, posteriormente publicado na revista científica INFAD.

SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

O presente relatório retrata o percurso na aquisição de competências específicas do EEESF, para obtenção do grau de Mestre em ESF, englobando a prática clínica, realizada em contexto de estágio na USF Pirâmides, e a metodologia de investigação clínica, que aborda competências emocionais e sociais, imprescindíveis para o cuidado à família e para relação com uma equipa multidisciplinar.

O estágio profissional possibilitou a execução de atividades e a prestação de cuidados, planeados de acordo com a concretização dos objetivos delineados e com base em conhecimentos adquiridos durante a teoria, que permitiram uma abordagem crítico-reflexiva, baseada em evidência científica. Desta forma, constituiu uma mais-valia na formação académica e no enriquecimento pessoal e profissional.

O processo formativo permitiu compreender que o ciclo de vida do indivíduo ocorre dentro de um ciclo de vida familiar. A família apresenta-se como um sistema dinâmico, em equilíbrio, que se desenvolve ao longo do tempo e que detém variadas funções, tais como socialização primária, segurança, apoio e resposta às necessidades específicas de cada estadió da vida. Nesta perspetiva sistémica a família foi abordada de forma global, tendo em conta que a mudança de uma parte altera todo o sistema. Foi também considerada a sua não somatividade, já que o todo é superior à soma das partes; a sua homeostase, pela capacidade de autorregulação para manter o equilíbrio, mesmo quando desafios sugerem a mudança; a sua morfogênese, porque é um sistema que absorve informações do meio, que suscitam a mudança; a sua circularidade, porque a relação entre os membros dá-se nos dois sentidos; e a sua capacidade de retroalimentação, pelo princípio de feedback.

Ao longo do estágio privilegiou-se, por isso, uma abordagem centrada na família com a implementação de cuidados em parceria com a mesma, tendo como objetivo principal potenciar as suas forças, competências e recursos. Durante a prática de cuidados adotou-se como metodologia de avaliação familiar o MDAIF, recorrendo-se à entrevista semiestruturada e a estratégias de observação de respostas verbais e não verbais, efetuando os registos na plataforma informática SClinico. Este modelo teórico, reconhecendo a complexidade do sistema familiar, permitiu sistematizar a colheita de dados, estabelecer diagnósticos e direcionar intervenções, que incentivavam a família à elaboração de soluções capazes de gerar mudança e validavam tomadas de decisão familiar. Nem sempre foi possível avaliar os resultados das intervenções aplicadas, porque algumas das mudanças surgiram após o ensino clínico.

O trabalho realizado com as famílias permitiu constatar a importância e posição privilegiada que o EF tem para, de forma especializada, avaliar e intervir junto das famílias, permitindo o desenvolvimento das suas potencialidades, com vista ao equilíbrio. Ainda, que se ressalvem a dificuldade em conciliar o tempo de estágio com a prática profissional, marcada pela pandemia por Sars-Cov-2, e todas as limitações que o vírus causou na aproximação com utente e famílias.

Por seu turno, a investigação permitiu descrever a competência emocional e a assertividade dos enfermeiros a exercer funções em USF do ACeS Maia/Valongo, compreender de que forma se relacionam com as características sociodemográficas e profissionais e se correlacionam entre si. Em tempos pandémicos, destacam-se os resultados alcançados, onde profissionais, levados ao extremo da exaustão (Velo, 2020), conseguiram manter níveis de autoperceção de competência emocional e de assertividade elevados, enfatizando a sua capacidade de resiliência. Por isso mesmo, é intenção partilhar as evidências obtidas, quer com os elementos do ACeS, quer em congressos e publicações.

É, ainda, essencial fazer referência à importância da orientação e fundamentação da investigação com base na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau. Desta forma, foi viável interligar, com propriedade, à prática de enfermagem aspetos maioritariamente relacionados com a área da psicologia.

Em suma, considera-se demonstrado, de forma científica, a importância de competências sociais e emocionais na enfermagem e a necessidade de formação na área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, L. M. C. F. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos* [Master's thesis, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/3350>
- Almeida, H. F. O. (2009). *Comunicação, stresse e estratégias de adaptação nos enfermeiros do instituto português de oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, EPE* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/17916>
- Almeida, O. M. O. (2011). *O consentimento informado na prática do cuidar em enfermagem* [Master's thesis, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/22448>
- Almeida, V. C., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), 202-210. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt&format=pdf>
- Alves, D. R. P. (2006). *O emocional e o social na idade escolar: Uma abordagem dos preditores da aceitação pelos pares* [Master's thesis, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação]. Repositório Aberto Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/19962>
- Alves, H. (2016). *Competências motivacionais, emocionais e comunicacionais em estudantes estagiários da área da saúde* [Doctoral dissertation, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/9005>
- Alves, J. A. C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 33-42. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966003>
- Amaro, H. J., & Jesus, S. N. (2007). Comportamentos comunicacionais assertivos e burnout nos profissionais de Enfermagem. *Nursing*, (221), 6 -16. <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2884-comportamentos-comunicacionais-assertivos-e-burnout-nos-profissionais-de-enfermagem#.X9EK6tj7RPZ>
- Amaro, H. J., & Jesus, S. N. (2008). Assertividade e Satisfação Profissional nos Enfermeiros: Um estudo exploratório. In M. M. M. Siqueira, S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Org.), *Psicologia da Saúde – Teoria e Pesquisa* (pp. 301 - 320). Universidade Metodista de São Paulo.

- Andrade, A., Martins, R., Cunha, M., Albuquerque, C., & Ribeiro, O. (2016). Professional factors and emotional competence in healthcare professionals. *The European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*, 424-431. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.40>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arrindell, W. A., Sanderman, R., & Ranchor, A. (1990). The scale for interpersonal behaviour and the wolpe-lazarus assertiveness scale: A correlational comparison in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 11(5), 509–513. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(90\)90064-x](https://doi.org/10.1016/0191-8869(90)90064-x)
- Bell, J. M. (2009). Family Systems Nursing: Re-examined. *Journal of family nursing*, 15(2), 123–129. <https://doi.org/10.1177/1074840709335533>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (A. Queirós, Trad.). Quarteto Editora.
- Bento, M.C.B.F. (2012). *Relação entre inteligência emocional e burnout nos enfermeiros de hemodiálise: Um estudo exploratório* [Master's thesis, Instituto Superior de Línguas e Administração de Leiria]. Repositório Científico Lusófona. <http://hdl.handle.net/10437/3372>
- Blanco, M., J., O., Carvalho, G., & Araújo, R. (2017). O que é inteligência? Percepções de professores do ensino fundamental. *Revista Espacios*, 38(50), 25-34. <http://www.revistaespacios.com/a17v38n50/17385025.html>
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1346>
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados* (M. Veronese, Trad.). Artmed.
- Burgos, A., Paris, A., Salcedo, A., Lobos, J., & Contreras, F. (2018). Inteligencia emocional y bienestar psicológico en profesionales de enfermería del sur de Chil. *Medisur*, 16(2), 259-266. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3885/2549>
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321–324. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>
- Calkin, J. (1990). Escape into a higher order. In J. M. Bell, W. L. Watson, & L. M. Wright (Eds.), *The cutting edge of family nursing* (pp. 1-5). Family Nursing Unit Publications.

- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(35). <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>
- Cavaco, C. I. M. (2015). *A relação entre inteligência emocional e o burnout em médicos e enfermeiros* [Master's thesis, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais]. Sapiencia Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/8648>
- Codier, E., Kooker, B. M., Shultz, J. (2008). Measuring the emotional intelligence of clinical staff nurses - An approach for improving the clinical care environment. *Nursing administration quarterly*, 32(1), 8–14. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305942.38816.3b>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. ICN.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. ordemenfermeiros.pt. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- Costa, A. C., & Faria, L. S. (2009). A inteligência emocional no contexto de enfermagem: Estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE). *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, 4016-4029. <https://www.educacion.udc.es/grupos/qipdae/documentos/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c295.pdf>
- Costa, A. C., & Faria, L. S. (2014). Avaliação da inteligência emocional: A relação entre medidas de desempenho e de autorrelato. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 339-346. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000300011>
- Costa, A. M. G. (2009). *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros* [Master's thesis, Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação de Beja]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/240>
- Costa, M. (2016). *Inteligência Emocional: Da teoria ao estudo da sua relação com o bem-estar subjetivo em adultos portugueses e brasileiros* [Master's thesis, Universidade da Beira Interior, Ciências Sociais e Humanas]. Repositório Digital da Universidade Beira Interior. <http://hdl.handle.net/10400.6/5788>
- Cotrim, H. M. T. S. (2011). *Da escola para o exercício: Atitudes éticas dos estudantes de enfermagem e dos enfermeiros no cuidar do doente em fase paliativa* [Master's thesis, Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4383>

- Couto, G., Vandenberghe, L.M., Tavares, W.M., & Silva, R.L. (2012). Interações e habilidades sociais entre universitários: Um estudo correlacional. *Estudos De Psicologia*, 29(supl.1), 667-677. <http://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500003>
- Cruz, C. I. F. (2018). *A influência da inteligência emocional enquanto fator de proteção no stress: Que especificidades nos profissionais de saúde?* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=voSnQUUk>
- Cruz, M. I. E. C. (2018). *Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: Contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28136>
- Damásio, A. (2012). *O erro de Descartes: Emoção, razão e o cérebro humano*. (3ª ed.). Companhia das Letras.
- Dias, E. P., Stutz, B. L., Resende, T. C., Batista, N. B., & Sene, S. S. (2014). Expectativas de alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em instituições de saúde. *Revista Psicopedagogia*, 31(94), 44-55. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862014000100006&lng=pt&tlng=pt
- Doas, M. (2011). Emotional competence makes a difference (for staff and patients!). *Journal of Christian nursing: a Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 28(1), 34-37. <https://doi.org/10.1097/cnj.0b013e3181ffd313>
- Dusseldorp, L. R. V., Meijel, B. K. V., & Derksen, J. J. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of clinical nursing*, 20(3-4), 555-562. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03120.x>
- Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. (2020). *Guia Orientador de Estágio*. Aveiro.
- Faria, L., & Santos, N. L. (2017). Questionário de competência emocional revisitado (QCE). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Adaptação, Desenvolvimento e Sucesso Académico dos Estudantes do Ensino Superior: Instrumentos de Avaliação* (pp. 70-79). Associação para o Desenvolvimento da Investigação em Psicologia da Educação.
- Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* [Doctoral dissertation, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/20569>
- Figueiredo, M. H. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar - Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Lusociência.

- Fortes, I. (2016). *A gestão emocional na relação com o outro* [Master's thesis, Universidade Europeia, Laureate International Universities]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/12388>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Francisco, E. F. S. S. (2017). *Atitude dos enfermeiros e a família na área hospitalar* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Unidade de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/4534>
- Freire, M., Nery, I., Silva, G., Luz, M., Rodrigues, I., & Santos, L. (2013). Cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama embasado na teoria do relacionamento interpessoal. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7(12), 7209-7214. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i12a12396p7209-7214-2013>
- Freitas, J. S. (2001). *O comportamento assertivo e a motivação dos professores da escola técnica da universidade federal do Paraná* [Master's thesis, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico]. Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/106506>
- Galassi, M. D. & Galassi, J.P. (2010). *Assert yourself* (C. Dias & G. Gabriel, Trans.). GAPsi-Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. (Obra original publicada em 1977). <https://ciencias.ulisboa.pt/sites/default/files/fcul/institucional/gapsi/Assertividade.pdf>
- Galaz, M., & Loving, R. (2004). *Escala multidimensional de asertividad (EMA)*. Manual Moderno.
- Galvão, R. (2020). *Treino de competências sociais da pessoa com esquizofrenia: Intervenção especializada em enfermagem de saúde mental no domínio do funcionamento social* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Évora, Escola Superior de Saúde]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35204>
- Gerits, L., Derksen, J. J. L., & Verbruggen, A. B. (2004). Emotional intelligence and adaptive success of nurses caring for people with mental retardation and severe behavior problems. *Mental Retardation*, 42(2), 106-121. [https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2004\)42<106:EIAASO>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2004)42<106:EIAASO>2.0.CO;2)
- Gerry, E. M. (1989). An investigation into the assertive behaviour of trained nurses in general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 14(12), 1002-1008. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01510.x>
- Godinho, M. L. R. M. F. (2007). *A inteligência emocional na actividade de enfermagem* [Master's thesis, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4680>

- Gottlieb, L. N. (2016). *O Cuidar em enfermagem baseado nas forças*. Lusodidacta.
- Gregório, F. A. S. (2008). *Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros* [Master's thesis, Universidade do Algarve - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. Sapientia Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/732>
- Haladin, N., Ibrahim, N., & Rajab, A. (2015). Nurses' assertive communication: A review and future directions. *LSP International Journal*, 2(2), 27-35. https://www.researchgate.net/publication/327971387_Nurses%27_Assertive_Communication_A_Review_and_Future_Directions
- Hernández, A. M., Mirabent, J., Sariol, T., & Boix, E. (1997). Asertividad de los profesionales de enfermería frente a situaciones conflictivas de tipo relacional con el enfermo y/o los familiares. *Revista Enfermería Clínica*, 7(5), 212-216.
- Höpfl, H., & Linstead, S. (1997). Introduction: Learning to feel and feeling to learn: Emotion and learning in organizations. *Management Learning*, 28(1), 5–12. <https://doi.org/10.1177/1350507697281001>
- Ilhan, N., Sukut, Ö., Akhan, L. U., & Batmaz, M. (2016). The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Elsevier*, 39(abril), 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.026>
- Instituto Nacional de Estatística, PORDATA. (2020, december 15). *População residente, média anual: total e por faixa etária*. pordata.pt. <https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente++m%C3%A9dia+anual+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10>
- Jesus, E. H. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva no processo da decisão clínica de enfermagem* [Doctoral dissertation, Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <http://hdl.handle.net/10216/9768>
- Kahraman, N. & Hiçdurmaz, D. (2016). Identifying emotional intelligence skills of Turkish clinical nurses according to sociodemographic and professional variables. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1006-1015. <https://doi.org/10.1111/jocn.13122>
- Kılıç, S. P., & Sevinç, S. (2017). The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 29(4), 379–386. <https://doi.org/10.1177/1043659617716518>
- Kilkus, S. P. (1993). Assertiveness among professional nurses. *Journal of advanced nursing*, 18(8), 1324–1330. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18081324.x>

- Koolae, A., Yaghoobee, Z., Falsafinejad, M., & Rahmatizadeh, M. (2016). Effectiveness of emotional intelligence on assertiveness and self-esteem in high school girl students. *Middle East Journal of Psychiatry and Alzheimers*, 7(1), 10-14. <https://doi.org/10.5742/MEPA.2016.92816>
- Kozub, E., Brown, L., & Ecoff, L. (2016). Strategies for success: Cultivating emotional competence in the clinical nurse specialist role. *AACN Advanced Critical Care*, 27(2), 145-151. <http://dx.doi.org/10.4037/aacnacc2016771>
- Kruse J. M. (1992). What kinds of nurses most assert themselves?. *Nursing management*, 23(3), 66. <https://doi.org/10.1097/00006247-199203000-00019>
- Lewis, S. (2019). Emotional intelligence in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of hospice and palliative nursing*, 21(4), 250-256. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000561>
- Lopes, T., & Branco, V. A. (2012, July 6-7). *Realização profissional (RP) e competência emocional (CE) dos enfermeiros da rede nacional cuidados continuados (RCCI)* [Paper presentation]. I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação, Oliveira de Azeméis. <http://hdl.handle.net/10198/10859>
- Luís, V. (2012). *De enfermeira a enfermeira de família: Abordagem dinâmica de famílias com idoso dependente* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/1228>
- Macêdo, W., Vieira, G., Silva, K., & Lira, P. (2017). Assertividade: Uma diversidade entre as áreas de conhecimento. In L. Elias, F. Versuti, A. Pinola, S. Loureiro, M. Santos, M. Zanini, & J. Campos (Org.), *Anais do VI Seminário Internacional de Habilidades Sociais - Habilidades sociais e relações interpessoais: Teoria, pesquisa e prática* (pp. 257-258). <Livro-de-resumos-VI-SIHS-final-04-10-2018.pdf> (ufscar.br)
- Martins, M. P. C. (2018). Inteligência emocional nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria [Master's thesis, Universidade da Beira Interior - Ciências Sociais e Humanas]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/9573>
- Mastrapa, Y., & Lamadrid, M. (2016). Relación enfermera-paciente: Una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana De Enfermería*, 32(4). <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
- Matsumoto, D., Yoo, S. H., & Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(6), 925-937. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.6.925>

- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1503_02
- McCarthy, C., & Aquino-Russell, C. (2009). A comparison of two nursing theories in practice: Peplau and Parse. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 34-40. <https://doi.org/10.1177/0894318408329339>
- Michelangelo, L. (2015). The overall impact of emotional intelligence on nursing students and nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2(2), 118-124. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.157596>
- Montañez, W. C., & Acelas, A. L. R. (2011). Asertividad: Una habilidad social necesaria en los profesionales de enfermería y fisioterapia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20(Esp.), 81-87. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71421163010>
- Montezeli, J. H., Almeida, K. P., & Haddad, M. C. F. L. (2018). Nurses' perceptions about social skills in care management from the perspective of complexity. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017048103391>
- Montezeli, J. H., & Haddad, M. C. F. L. (2016). Habilidades sociais e à prática profissional em enfermagem/ Social skills and professional practice in nursing/ Habilidades sociales y la práctica profesional en enfermería. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 15(1), 1-2. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i1.32767>
- Najafpour, J., Keshmiri, F., Rahimi, S., Bigdeli, Z., Niloofar, P., & Homauni, A. (2020). Effect of emotional intelligence on the quality of nursing care from the perspectives of patients in educational hospitals. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 8(1), 37-43. <https://doi.org/10.22038/PSJ.2020.41216.1233>
- Nakamura, Y., Yoshinaga, N., Tanoue, H., Kato, S., Nakamura, S., Aoishi, K., & Shiraishi, Y. (2017). Development and evaluation of a modified brief assertiveness training for nurses in the workplace: A single-group feasibility study. *BMC Nursing*, 16, 29. <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0224-4>
- Neves, M. M. A. M. C. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários - revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(8), 125-134. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239967014>
- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência emocional dos enfermeiros: Contributos da supervisão clínica* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28831>

- Omura, M., Maguire, J., Levett-Jones, T., & Stone, T. (2017). The effectiveness of assertiveness communication training programs for healthcare professionals and students: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 76(Nov), 120-128. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Ordem dos Enfermeiros Nacional: Anuário estatístico*. ordemenfermeiros.pt. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/bu/2020_Anu%C3%A1rioEstatisticos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. ordemenfermeiros.pt. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Parsa-Yekta, Z., & Abdolrahimi, M. (2015). Concept analysis of emotional intelligence in nursing. *Nurs Pract Today*, 2(4), 158-163. <https://npt.tums.ac.ir/index.php/npt/article/view/75>
- Passos, A., & Ferreira, T. (2016). *Tesarac - O livro da Inteligência Competitiva*. Livrus Negócios Editoriais.
- Paterson, M., Green, J. M., Basson, C J., & Ross, F. (2002). Probability of assertive behaviour, interpersonal anxiety and self-efficacy of South African registered dietitians. *The official journal of the British Dietetic Association*, 15(1), 9–17. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2002.00326.x>
- Pérez-Fuentes, M. C., Jurado, M. M. M., Linares, J. J. G., & Ruiz, N. F. O. (2018). The role of emotional intelligence in engagement in nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), 1-13. <https://doi.org/10.3390/ijerph15091915>
- Pérsico, L. (2011). *Guia da Inteligência Emocional*. Bertrand Editora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Sílabo.
- Pisco, L. (2011). Reforma da atenção primária em Portugal em duplo movimento: Unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de centros de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2841-2852. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2841-2852/pt>
- Primo, F. V., & Bucci, S. (2020) Comunicação assertiva como recurso da inteligência emocional no ambiente corporativo. *Empreendedorismo, Gestão e Negócios*, 9(9), 275-290. <https://fatece.edu.br/arquivos/arquivos-revistas/empreendedorismo/volume9/Fabiana%20Valerio%20Primo;%20Steffano%20Bucci.pdf>

- Queirós, P. J. P., & Figueiredo, M. C. B. (2015, abril 15). *Enfermagem, de ciência aplicada a ciência humana prática: Da racionalidade técnica à prática reflexiva*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/275640022_ENFERMAGEM_DE_CIENCIA_APLICADA_A_CIENCIA_HUMANA_PRATICA_DA_RACIONALIDADE_TECNICA_A_PRATICA_REFLEXIVA
- Queirós, S. F. P. (2015). *Satisfação laboral e desempenho profissional: Um estudo de caso para diagnóstico e intervenção* [Master's thesis, Faculdade de Letras da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/81071>
- Querido, A., Tomás, C., Laranjeira, C., Carvalho, D., & Valentim, O. (2020). *Evidências em Saúde Mental: Da conceção à ação*. Instituto Politécnico de Leiria. <https://doi.org/10.25766/j4hy-dg37>
- Raghubir, A. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using odgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 8(1), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
- Rebelo, A. C., & Martins, R. L. (2015). Inteligência emocional dos profissionais de saúde da rede nacional de cuidados continuados integrados. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 67-84. <https://www.readcube.com/articles/10.7559%2Fgestaoedesenvolvimento.2015.272>
- Regulamento n.º 140/2019 de Entidades administrativas independentes e Administração autónoma. (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 428/2018 de Entidades administrativas independentes e Administração autónoma. (2018). Diário da República: II série, n.º 135. <https://dre.pt/application/conteudo/115698616>
- Reis, T. F. A. (2011). *Decisão clínica (partilhada) em enfermagem: Vivências de quem é cuidado* [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Repositório Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/20082>
- Rodrigues, M., & Costa, M. (2013). Enfermeiro de família: Que representação?. *Salutis Scientia - Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 42-52. <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31021>
- Rodrigues, P. A. R. (2017). *Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/14784>

- Sabzevar, A., Sarpoosh, H., Esmaeili, F., & Khojeh, A. (2016). The effect of emotional intelligence training on employed nurses. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 3(3), 46-53. <https://www.researchgate.net/publication/307950718> The effect of emotional intelligence training on employed nurses
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg>
- Santos, N. L., & Faria, L. (2005). Inteligência emocional: Adaptação do emotional skills and competence questionnaire (ESCQ) ao contexto português. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da UFP*, 2, (pp. 275-289). <http://hdl.handle.net/10284/668>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Serrado, R. (2020). Emoção, sentimento e razão: diálogos entre Júlio de Matos e António Damásio. História. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 10(1), 198-217. <https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/8280/7567>
- Sharon, D., & Greenberg, K. (2018). Does the level of emotional intelligence affect the degree of success in nursing studies?. *Nurse Education Today*, 64, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.030>
- Silva, K. K. O., Carvalho, S. Q. C., Gouveia, C. N. N. A., Macêdo, W. K. R., Vieira, G. C., Lira, P. D. G. & Guimarães, R. G. (2017). Investigação da assertividade em relação ao género: Existe diferença?. In L. C. S. Elias, F. M. Versuti, A. R. Pinola, S. R. Loureiro, M. A. Santos, M. R. G. C. Zanini & J. R. Campos (Org.), *Habilidades sociais e relações interpessoais: Teoria, pesquisa e prática*, (pp. 315-316). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.
- Silva, M.C.N. (2012). *Validação do questionário de desenvolvimento emocional em adultos – QDE_A* [Master's thesis, Instituto Politécnico do Porto – APNOR – Associação de Politécnicos do Norte]. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.22/4521>
- Silva, P. (2018, Março 29). Comunicar - “Uma arte”. *Nursing Edição Portuguesa*, Artigos Científicos 2018. <https://www.nursing.pt/comunicar-uma-arte/>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O., & Antunes, A. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, S2(23), 31-39. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1287>
- Sousa, M. R. O. (2013). *Estudo diferencial da competência emocional de formadores* [Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa, Escola Superior de Saúde]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. <http://hdl.handle.net/10284/3768>

- Sousa, V. F. S., & Araujo, T. C. C. F. (2015). Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900–915. <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014>
- Spence, S. H. (2003). Social skills training with children and young people: Theory, evidence and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 84-96. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00051>
- Srinivasan, K., & Samuel, U. A. (2016). A Study on emotional intelligence of staff nurses working in Villupuram district. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science*, 21(3), 34-39. <http://www.iosrjournals.org/iosr-ihss/papers/Vol.%2021%20Issue3/Version-4/F2103043439.pdf>
- Stocker, J., & Faria, L. (2012). Competência percebida no ensino secundário: Do conceito à avaliação através de um questionário composto. *Psicologia*, 26(2), 113-140. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v26i2.273>
- Tavares, A. R. M. S. C. (2014). *Assertividade e inteligência emocional de mãos dadas na promoção do emprego* [Master's thesis, Universidade dos Açores, Departamento de Ciências e Educação]. Repositório da Universidade dos Açores. <http://hdl.handle.net/10400.3/3371>
- Teixeira, F., & Araújo, A. (2018). Propriedades psicométricas do Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test - MSCEIT V2.0: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 3(48), 163-176. <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.14>
- Vagos, P., & Pereira, A. (2010). A proposal for evaluating cognition in assertiveness. *Psychological Assessment*, 22(3), 657-665. <https://doi.org/10.1037/a0019782>
- Veloso, R. S. S. (2020). *Burnout nos profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19* [Master's thesis, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/130699>
- Vidal, M. (2014). *Competências de enfermagem na realização autónoma de intervenções de âmbito psicoterapêutico à mulher com neoplasia da mama* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16323>
- Vilela, A. C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida* [Master's thesis, Universidade de Aveiro – Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4946>

World Health Organization. (2016a). *Human factors: Technical series on safer primary care*.
World Health Organization.

World Health Organization. (2016b). *Transitions of care: Technical series on safer primary care*.
World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I

Questionário de competência emocional

Parte II – Questionário de Competência Emocional (QCE)

Autor: Vladimir Taksic' (2000)

Adaptação Portuguesa: L. Faria & N. Lima Santos (2005)

Leia atentamente as afirmações seguintes. Assinale, com um círculo ou uma cruz a letra que corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

A Nunca	B Raramente	C Poucas vezes	D Algumas vezes	E Frequentemente	F Sempre
------------	----------------	-------------------	--------------------	---------------------	-------------

1	Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	A	B	C	D	E	F
2	Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	A	B	C	D	E	F
3	Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	A	B	C	D	E	F
4	Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	A	B	C	D	E	F
5	Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	A	B	C	D	E	F
6	Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	A	B	C	D	E	F
7	As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	A	B	C	D	E	F
8	Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	A	B	C	D	E	F
9	Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	A	B	C	D	E	F
10	Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	A	B	C	D	E	F
11	Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	A	B	C	D	E	F
12	Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	A	B	C	D	E	F
13	Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	A	B	C	D	E	F
14	Exprimo bem as minhas emoções.	A	B	C	D	E	F
15	Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	A	B	C	D	E	F
16	Quando estou de bom humor, é difícil ficar maldisposto(a).	A	B	C	D	E	F
17	Consigo exprimir a forma como me sinto.	A	B	C	D	E	F
18	Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	A	B	C	D	E	F
19	Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	A	B	C	D	E	F
20	Consigo descrever o meu estado emocional atual.	A	B	C	D	E	F
21	Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	A	B	C	D	E	F
22	Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	A	B	C	D	E	F
23	Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	A	B	C	D	E	F

24	Consigno descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	A	B	C	D	E	F
25	Quando estou feliz e bem-humorado(a), estudo e trabalho melhor.	A	B	C	D	E	F
26	O meu comportamento reflete os meus sentimentos mais profundos.	A	B	C	D	E	F
27	Consigno detetar a inveja disfarçada nos outros.	A	B	C	D	E	F
28	Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	A	B	C	D	E	F
29	As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	A	B	C	D	E	F
30	Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	A	B	C	D	E	F
31	Consigno facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	A	B	C	D	E	F
32	Normalmente sei as razões por que me sinto mal.	A	B	C	D	E	F
33	Percebo quando alguém se sente culpado.	A	B	C	D	E	F
34	Procuo moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	A	B	C	D	E	F
35	Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	A	B	C	D	E	F
36	Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	A	B	C	D	E	F
37	Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	A	B	C	D	E	F
38	Consigno nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
39	Percebo quando alguém está em baixo.	A	B	C	D	E	F
40	Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	A	B	C	D	E	F
41	Consigno reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	A	B	C	D	E	F
42	Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	A	B	C	D	E	F
43	Tento manter o bom humor.	A	B	C	D	E	F
44	Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	A	B	C	D	E	F
45	No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	A	B	C	D	E	F

Anexo II

Escala de avaliação de comportamentos assertivos em enfermeiros

Escala dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros

Jesus, Saúl Neves e Amaro, Hugo João (2005)

Leia atentamente as afirmações seguintes. Assinale, com um círculo ou uma cruz o número que corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Muitas vezes	5 Quase sempre	6 Sempre
------------	----------------	---------------	-------------------	-------------------	-------------

Sub-escala A: Comportamentos Assertivos com os Utentes	
1. Ao verificar que um utente falta ao respeito a outro utente, explico-lhe de forma clara que essa atitude não é correta, tentando não ser agressivo.	1 2 3 4 5 6
2. Perante um utente impossibilitado de comunicar verbalmente, procuro uma alternativa viável.	1 2 3 4 5 6
3. Quando um utente sente necessidade de falar, escuto-o empaticamente, procurando compreendê-lo.	1 2 3 4 5 6
4. Procuro conhecer os utentes e tratá-los pelo seu nome.	1 2 3 4 5 6
5. Ao comunicar com um utente procuro utilizar uma voz firme, segura e com um tom agradável.	1 2 3 4 5 6
6. Perante um utente que recusa um determinado tratamento recorro a documentos escritos como forma de validar, junto do doente, a necessidade de realização dos referidos tratamentos.	1 2 3 4 5 6
Sub-escala B: Comportamentos Assertivos com a Equipa Multidisciplinar	
1. Sempre que um membro da equipa multidisciplinar me procura, disponibilizo-lhe tempo e atenção.	1 2 3 4 5 6
2. Quando discordo de algumas decisões dos meus superiores hierárquicos, não tenho dificuldade em exprimi-lo.	1 2 3 4 5 6
3. Acredito que as minhas ideias são tão importantes como as dos outros e tenho o direito de as exprimir.	1 2 3 4 5 6
4. Procuro a opinião dos membros da equipa multidisciplinar sempre que me sinto inseguro em relação a um determinado procedimento.	1 2 3 4 5 6
5. Se um elemento da equipa tem uma atitude incorreta comigo, chamo-o à parte e confronto-o com o facto.	1 2 3 4 5 6
6. Ao fornecer indicações aos restantes membros da equipa multidisciplinar procuro ser objetivo e coerente.	1 2 3 4 5 6
7. Exprimo sem dificuldades as minhas opiniões perante os meus superiores hierárquicos.	1 2 3 4 5 6
8. Perante membros da equipa multidisciplinar hostis não sinto receio de exprimir a minha opinião.	1 2 3 4 5 6
9. Quando um membro da equipa multidisciplinar tem um desempenho perfeito, não sinto dificuldades em elogiá-lo.	1 2 3 4 5 6
10. Perante um conflito procuro factos que me ajudem a compreender a situação e a tomar uma eventual decisão.	1 2 3 4 5 6
11. Não sinto dificuldade em delegar tarefas aos membros da equipa multidisciplinar.	1 2 3 4 5 6
12. Ao repreender um elemento da equipa multidisciplinar procuro olhá-lo nos olhos, mantendo uma postura facial coerente.	1 2 3 4 5 6
13. Ao dialogar com os meus superiores hierárquicos, mantenho um tom de voz suave e exprimo livremente a minha opinião.	1 2 3 4 5 6
14. Não sinto receio em pedir ajuda a outros elementos da equipa multidisciplinar, mesmo que isso os leve a pensar que não sou competente.	1 2 3 4 5 6
15. Quando existe um problema na equipa multidisciplinar, procuro contribuir para a sua resolução, realizando críticas construtivas e dando espaço ao feedback.	1 2 3 4 5 6
16. Quando tenho um problema com um membro da equipa multidisciplinar procuro conversar diretamente com essa pessoa.	1 2 3 4 5 6
17. Procuro aceitar as críticas feitas pelos membros da equipa multidisciplinar, encarando-as como um momento de crescimento pessoal.	1 2 3 4 5 6
18. Se ao conversar com um membro da equipa multidisciplinar sobre determinado assunto, verificar que a minha opinião é errada, assumo esse facto sem dificuldade.	1 2 3 4 5 6

APÊNDICES

Apêndice I

Questionário de recolha de dados

Caraterização do Participante



Descrição (opcional)

1. Idade (anos completos) *

Texto de resposta curta

2. Sexo *

- Feminino
- Masculino

3. Estado Civil *

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Divorciado/Separado
- Viúvo
- Outro

4. Habilitações literárias *

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

5. Tempo de serviço na carreira (anos completos) *

Texto de resposta curta

6. Categoria profissional *

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro Gestor
- Outra

Se na questão anterior selecionou a opção "outra", por favor refira qual.

Texto de resposta curta

7. Tempo de serviço na categoria profissional (anos completos) *

Texto de resposta curta

8. Tempo de serviço em USF (anos completos) *

Texto de resposta curta

9. Tem experiência profissional em outros contextos de cuidados? *

- Sim
- Não

⋮

Se respondeu "sim" à questão anterior, por favor refira qual/quais serviço(s)

Texto de resposta longa

10. Tem formação em Enfermagem de Saúde Familiar? *

Sim

Não



11. Qual o seu vínculo à USF? *

Contrato de muita curta duração

Contrato a termo Certo

Contrato a termo incerto

Contrato sem termo - Efetivo(a)

Contrato com trabalhador estrangeiro não comunitário ou apátrida

Contrato a tempo parcial

Recibos Verdes

12. Gosta do seu local de trabalho? *

Sim

Não



13. Sente que as suas ideias são escutadas e colocadas em prática? *

Sim

Não

14. Considera que tem as condições de trabalho adequadas? *

Sim

Não

15. Sente-se realizado como Enfermeiro(a)? *

Sim

Não

Questionário de Competência Emocional (QCE)

De acordo com as afirmações seguintes, assinale a opção que corresponde à sua opinião:

*

	Nunca	Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando alguma coisa me desagradar, demonstro-o logo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exprimo bem as minhas emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quando estou de bom humor, é difícil ficar maldisposto(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo exprimir a forma como me sinto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo descrever o meu estado emocional atual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo descrever os sentimentos de uma pessoa a partir da expressão da sua cara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando estou feliz e bem-humorado(a), estudo e trabalho melhor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

O meu comportamento reflete os meus sentimentos mais profundos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo detetar a inveja disfarçada nos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente sei as razões por que me sinto mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebo quando alguém se sente culpado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebo quando alguém está em baixo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tento manter o bom humor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros

De acordo com as afirmações seguintes, assinale a opção que corresponde à sua opinião:

Sub-Escala A - Comportamentos Assertivos com os Utentes *

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Ao verificar que um utente falta ao respeito a outro utente, explico-lhe de forma clara que essa atitude não é correta, tentando não ser agressivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perante um utente impossibilitado de comunicar verbalmente, procuro uma alternativa viável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando um utente sente necessidade de falar, escuto-o empaticamente, procurando compreendê-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro conhecer os utentes e tratá-los pelo seu nome.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao comunicar com um utente procuro utilizar uma voz firme, segura e com um tom agradável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Perante um utente que recusa um determinado tratamento recorro a documentos escritos como forma de validar, junto do doente, a necessidade de realização dos referidos tratamentos.

Sub-escala B: Comportamentos Assertivos com a Equipa Multidisciplinar *

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre	Sempre
Sempre que um membro da equipa multidisciplinar me procura, disponibilizo-lhe tempo e atenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando discordo de algumas decisões dos meus superiores hierárquicos, não tenho dificuldade em exprimi-lo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acredito que as minhas ideias são tão importantes como as dos outros e tenho o direito de as exprimir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro a opinião dos membros da equipa multidisciplinar sempre que me sinto inseguro em relação a um determinado procedimento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se um elemento da equipa tem uma atitude incorreta comigo, chamo-o à parte e confronto-o com o facto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>Ao fornecer indicações aos restantes membros da equipa multidisciplinar procuro ser objetivo e coerente.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Exprimo sem dificuldades as minhas opiniões perante os meus superiores hierárquicos.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Perante membros da equipa multidisciplinar hostis não sinto receio de exprimir a minha opinião.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Quando um membro da equipa multidisciplinar tem um desempenho perfeito, não sinto dificuldades em elogiá-lo.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Perante um conflito procuro factos que me ajudem a compreender a situação e a tomar uma eventual decisão.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Não sinto dificuldade em delegar tarefas aos membros da equipa multidisciplinar.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>Ao repreender um elemento da equipa multidisciplinar procuro olhá-lo nos olhos, mantendo uma postura facial coerente.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ao dialogar com os meus superiores hierárquicos, mantenho um tom de voz suave e exprimo livremente a minha opinião.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não sinto receio em pedir ajuda a outros elementos da equipa multidisciplinar, mesmo que isso os leve a pensar que não sou competente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando existe um problema na equipa multidisciplinar, procuro contribuir para a sua resolução, realizando críticas construtivas e dando espaço ao feedback.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando tenho um problema com um membro da equipa multidisciplinar procuro conversar diretamente com essa pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procuro aceitar as críticas feitas pelos membros da equipa multidisciplinar, encarando-as como um momento de crescimento pessoal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se ao conversar com um membro da equipa multidisciplinar sobre determinado assunto, verificar que a minha opinião é errada, assumo esse facto sem dificuldade.

Apêndice II

Parecer do ACeS Grande Porto III Maia/Valongo

*Concedido com o parecer do Conselho de Porto III de Aces Maia/Valongo
Fernando Filgueiras
Diretor Executivo*

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 14 DATA: 12/11/2020

PARA: Diretor Executivo

DE: Conselho Clínico e de Saúde

ASSUNTO: Parecer sobre projeto de investigação – “Relação entre a competência emocional e os comportamentos assertivos dos Enfermeiros das USFs do Aces Maia/Valongo”

A Enfª Dora Margarida Ribeiro Machado a exercer atividade profissional na USF Pirâmides e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Universidade de Aveiro, solicita autorização para desenvolver o estudo supracitado.

O objetivo do estudo consiste em analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros a exercer funções em USFs do Aces Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar.

A amostra do estudo é constituída pelos enfermeiros a exercer funções nas USFs e que se encontrem em situação ativa aquando da colheita de dados.

A recolha da informação é efetuada através da aplicação de um questionário para autopreenchimento que está dividido em duas partes. A primeira comporta a caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda avalia as competências emocionais e os comportamentos assertivos dos enfermeiros, com os utentes e a equipa multidisciplinar, de acordo com uma escala adaptada por Saúl Jesus e Hugo Amaro.

A investigadora compromete-se a manter a confidencialidade da informação recolhida, que será apenas usada para os fins científicos a que se destina, e assume eventuais despesas inerentes ao desenvolvimento deste projeto.

Refere igualmente que o presente estudo vai ser submetido para apreciação da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN e que vai ser solicitada autorização aos Coordenadores das USFs participantes.

Face ao exposto entendemos ser de autorizar o pedido, desde que exista parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, que deverá ser remetido ao Aces para conhecimento, bem como as autorizações dos Coordenadores das USF que vão colaborar no projeto. No final da investigação deverá também ser entregue ao Aces um exemplar do estudo realizado.

Em caso de concordância propõe-se dar conhecimento do presente à investigadora requerente, Enfª Dora Machado, – dmrmachado@arsnorte.min-saude.pt

P.º Conselho Clínico e de Saúde
Aces Maia/Valongo
Dr. Rui Santos
Vogal do Conselho Clínico

Apêndice III

Pareceres dos coordenadores das diferentes USF do ACeS Grande Porto III Maia/Valongo

USF Alfena

13/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

Re: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Rafaela Carolina Oliveira Campos <rcampos@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 12/11/2020 10:36

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmrmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa noite enfermeira Dora,

O seu pedido foi deferido.

Pode, depois de obtidas as autorizações necessárias, aplicar o questionário às enfermeiras da USF Alfena.

Bom trabalho e se precisar de algo mais, disponha.

Cumprimentos
Rafaela Campos

Obter o [Outlook para Android](#)

USF Alto da Maia

Re: FW: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

João Luís Costa Leite <costaleite.usfam@gmail.com>

seg, 30/11/2020 01:18

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmrmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Bom dia

Li o seu mail hoje e lamento não lhe ter respondido atempadamente o que lhe faço agora. Concordamos e autorizamos a realização de um estudo, através da aplicação de um questionário aos Enfermeiros da USF Alto da Maia, para efeitos de Dissertação. Deverá contactar a equipa de enfermagem para esse efeito.

Com os melhores cumprimentos

Dr. João Costa Leite
Médico de Família
Coordenador da USF Alto da Maia

USF Bela Saúde

13/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

RE: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Lígia Marisa Barbosa Silva <lmsilva@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 12/11/2020 20:29

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>; Susana Cruz <susanacruz.ermesinde@gmail.com>

Bom dia,

Já tive a resposta da equipa de enfermagem podendo contar com a colaboração da USF Bela Saúde para a realização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Lígia Silva
Coordenadora USF Bela Saúde

USF Bela Saúde

Rua da Bela n.º735
4445-344 Ermesinde, PORTUGAL
TEL: +351 229 698 525 FAX: +351 229 698 528
usf.belasaude@arsnorte.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



USF Emílio Peres

25/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

Re: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Sergio Aires Abreu Goncalves <saagoncalves@arsnorte.min-saude.pt>

qua, 25/11/2020 05:08

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Cara Dra. Dora Machado,

Dado o carácter apresentado e dada a disponibilidade que alguns profissionais manifestaram poderá proceder à aplicação do questionário do estudo que esta desenvolver.

Com os meus melhores cumprimentos,
Sérgio Gonçalves
Coordenador USF Emílio Peres

USF Ermesinde

20/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

RE: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Ana Carla Ribeiro Ferreira Pinto <acpinto@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 19/11/2020 21:05

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Bom dia Enfª Dora Machado,

peço-lhe desculpas pela demora na resposta, mas teve que ser discutida e aprovada em reunião de serviço.

Deste modo, posso-lhe transmitir, que da nossa parte contribuiremos para o que necessitar, estando autorizado o seu trabalho de investigação na USF Ermesinde.

Ao dispor,

USF Íris

11/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

RE: Pedido para autorização de estudo de investigação

Maria Isabel Cortijo Oliveira <micoliveira@arsnorte.min-saude.pt>

seg, 09/11/2020 01:17

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa tarde

Em resposta ao solicitado a USF Íris autoriza a aplicação do questionário.

Melhores cumprimentos,

Isabel Cortijo
Coordenadora Unidade de Saúde Familiar Íris, Castelo da Maia
ACeS Grande Porto III - Maia Valongo

USF Lidador

RE: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Maria Alberta Coelho Magalhaes <malberta.magalhaes@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 19/11/2020 08:20

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa noite

Desculpe se não respondi, mas estava convencida que já estava respondido

Evidentemente que tem todo o apoio para este projecto

Maria Alberta Magalhães

USF Odisseia

Re: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Maria Manuel Cardoso Marques <mmcmarques@arsnorte.min-saude.pt>

qua, 11/11/2020 05:48

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Cara enfermeira Dora,

Autorizo a realização do estudo pretendido.

Melhores cumprimentos,

Maria Manuel Marques

Coordenadora


USF Pedras Rubras

FW: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

António Serrano <amoreiraserrano@hotmail.com>

qua, 18/11/2020 23:25

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

 1 anexos (290 KB)

Questionário final.pdf;

Bom Dia Enf Dora ,

Conforme lhe tinha dito não há qualquer inconveniente por parte da USF Pedras Rubras ,desde que tenha parecer favoravel dos Aces Maia/ Valongo.

Com os melhores cumprimentos ,

António Serrano

USF Pirâmides

RE: Pedido para autorização de estudo de investigação

Vania Alexandra Cepeda Oliveira <vacoliveira@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 05/11/2020 01:27

Para: USF Pirâmides <usf.piramides@arsnorte.min-saude.pt>; Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa tarde Enfermeira Dora Machado,

Venho por este meio, tal como solicitado, autorizar a realização do respetivo trabalho na Unidade de Saúde Familiar Pirâmides.

Com os melhores cumprimentos

Vânia Oliveira

Coordenadora USF Pirâmides

USF Santa Justa

Re: FW: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Marisa Maia <emalisa.maia@gmail.com>

seg, 30/11/2020 02:39

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa tarde Sra Enfermeira

A Equipa da USF Sta Justa concorda com a aplicação do questionário às Sras Enfermeira para o seu estudo de investigação.

Cumprimentos

Marisa Maia

USF Saúde em Família

Re: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação

Susana Cristina Almeida Moreira Figueiredo <scamfigueiredo@arsnorte.min-saude.pt>

sex, 06/11/2020 21:26

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Enf. Dora

Não vejo qualquer inconveniente, já dei conhecimento aos seus colegas na Unidade do seu pedido de colaboração.

Que corra pelo melhor.

Cumprimentos

Coordenadora da USF Saúde em Família

Drª Susana Figueiredo

USF Saúde em Família



usf.saudeemfamilia@arsnorte.min-saude.pt

tf:229774710; fax: 229774719

USF S. João do Sobrado

RE: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Vanessa Aires Silva Neves <vneves@arsnorte.min-saude.pt>

seg, 16/11/2020 00:58

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa tarde, Enfermeira Dora

Autorizo à Sra. Enfermeira Dora Margarida Ribeiro Machado a realização de um inquérito aos enfermeiros da USF S. João de Sobrado, para realização de estudo de investigação.

Atenciosamente,

Vanessa Aires

Coordenadora da USF S. João de Sobrado

USF Terras da Maia

Re: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Ana Rita Alves Sousa <arasousa@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 12/11/2020 03:05

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>; luzia oliveira <luziaoliveiramao@gmail.com>

Boa tarde,

O tema foi abordado em reunião da USF Terras da Maia.

A Sr. Enf Luzia Oliveira respondeu em nome da equipa da USF, assim pode contar com a colaboração da Unidade saúde familiar Terras da Maia.

Melhores cumprimentos

Ana Alves

Coordenadora USF Terras da Maia

USF Valongo

RE: Pedido para autorização de estudo de investigação

USF Valongo <usf.valongo@arsnorte.min-saude.pt>

qui, 05/11/2020 09:40

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Ex.ma Sr Enf Dora

Após auscultar as enfermeiras da USF Valongo sou a autorizar a aplicação do questionário às Sr.ª Enf.ª da nossa Unidade

Com os melhores cumprimentos

Margarida Abreu Aguiar
Coordenadora da USF Valongo



USF Viver Mais

11/11/2020

Correio – Dora Margarida Ribeiro Machado – Outlook

RE: Solicitação de autorização para realização de estudo de investigação

Emilia Celeste Silva Mendes <ecsmendes@arsnorte.min-saude.pt>

qua, 11/11/2020 07:48

Para: Dora Margarida Ribeiro Machado <dmrmachado@arsnorte.min-saude.pt>

Boa Tarde

Venho por este meio autorizar a realização de estudo através da aplicação de um questionário aos Enfermeiros da USF Viver Mais para efeito de dissertação.

“Relação entre a competência emocional e os comportamentos assertivos dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo”.

Emília Mendes

Coordenadora da USF Viver Mais

Apêndice IV

Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER DATA: 2021-06-03
REFERÊNCIA: CE/2021/53

PARA: CONSELHO DIRETIVO

DE: COMISSÃO DE ÉTICA

ASSUNTO ...: PI 20210018 - RELAÇÃO ENTRE A COMPETÊNCIA EMOCIONAL E
OS COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS DOS ENFERMEIROS DAS
UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO ACES MAIA/VALONGO

A - Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES), da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T20210018, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela Investigadora Dora Margarida Ribeiro Machado, estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar na Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, em consórcio com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e com o Instituto Politécnico de Bragança e Enfermeira na Unidade de Saúde Familiar (USF) Pirâmides, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Grande Porto III Maia/Valongo, sobre o projeto "Relação entre a competência emocional e os comportamentos assertivos dos enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo".

2. Fazem parte do processo de avaliação o curriculum vitae da Investigadora, o protocolo de investigação, com referência à metodologia a adotar, cronograma, recursos necessários e declaração de compromisso de confidencialidade dos dados e da utilização destes apenas neste projeto, bem como da entrega a esta CES de uma cópia do resultado final do trabalho. Fazem também parte do processo as autorizações para utilização dos questionários e escalas para recolha de dados, dos respetivos autores, bem como o parecer favorável do Diretor Executivo do ACeS, bem como dos Coordenadores das USF onde se propõe desenvolver a investigação.

3. Trata-se de um estudo estudo descritivo, transversal e correlacional com uma abordagem quantitativa, que pretende analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros a exercer funções em USF do ACeS Maia/Valongo e a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar.

4. A população em estudo são os enfermeiros que desempenham funções no ACeS Maia / Valongo, constituindo critérios de inclusão para amostra: desempenharem funções em USF do referido ACeS, que se encontrem em situação ativa durante o período de recolha de dados (excluindo os que se encontrem de licença, baixa ou férias) e que aceitem participar voluntariamente no estudo.

5. Para recolha de dados, irá ser utilizado um questionário anónimo composto por 3 partes: a primeira integra um questionário sociodemográfico, concebido pela investigadora, a segunda e terceira partes são compostas pelo Questionário de Competência Emocional e pela Escala de Avaliação dos Comportamentos Assertivos dos Enfermeiros, respetivamente, tendo a investigadora obtido autorização dos autores para a utilização dos respetivos questionário e escala neste estudo. Será salvaguardada a confidencialidade e o anonimato dos participantes no processo de recolha de informação, que ocorrerá após consentimento informado livre e esclarecido dos participantes

EXARADO NA ATA Nº 2021_28
REUNIÃO DE 2021-07-08

DELIBERADO AUTORIZAR
2021-07-08

Carlos Nunes
Presidente do CD

Maria Clara Castro

Maria Clara Castro
Vice Presidente do CD

Paula Duarte
Vogal do CD

Ponciano Oliveira
Vogal do CD

À consideração superior
2021-06-28

Pedro Teixeira
Vice-Presidente da CES

6. Os dados obtidos, através do instrumento de colheita de dados, serão armazenados e guardados em sistemas de informação de propriedade da investigadora, mantendo-se sob sua guarda, durante o período estritamente necessário para utilização neste trabalho de investigação, procedendo-se posteriormente à sua destruição.

B - Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Estão garantidos os princípios éticos da igualdade, justiça e autonomia, encontrando-se salvaguardado o respeito pelos valores, interesses e opções pessoais dos participantes em todas as fases do estudo, garantindo a privacidade e confidencialidade dos seus dados.

2. Os dados serão recolhidos por profissionais de saúde competentes e mantidos confidenciais para efeitos da investigação.

3. Está garantido o uso responsável e racional dos recursos para investigação.

C - Conclusões

1. A CES reconhece relevância ao estudo e pertinência dos seus resultados.

2. Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

Decisão aprovada por unanimidade em reunião do dia 27 de maio de 2021



Sílvia Cunha
Técnica Superior



Rua Santa Catarina, 1288
4000-447 PORTO

Tel: 220411000
Fax: 220041005

arsn@arsnorte.min-saude.pt
www.arsnorte.min-saude.pt

Apêndice V

Termo Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

RELAÇÃO ENTRE A COMPETÊNCIA EMOCIONAL E OS COMPORTAMENTOS ASSERTIVOS DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DO ACeS MAIA/VALONGO



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

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.

Título do estudo: Relação entre a competência emocional e os comportamentos assertivos dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo

Enquadramento: No âmbito da Investigação para realização de um relatório de estágio do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar, na Universidade de Aveiro em consórcio com a Universidade de Trás os Montes e Alto Douro e o Instituto Politécnico de Bragança, pretende-se desenvolver um estudo sobre a competência emocional e os comportamentos assertivos dos Enfermeiros das Unidades de Saúde Familiar do ACeS Maia/Valongo. O presente projeto tem como orientadores a Professora Doutora Assunção das Dores Laranjeira de Almeida e o Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares.

Explicação do estudo: O estudo a desenvolver será quantitativo do tipo descritivo correlacional, tem como população os Enfermeiros do ACeS Maia/Valongo e como população alvo os Enfermeiros que exercem funções em Unidades de Saúde Familiar do mesmo ACeS, pelo que não se optou por nenhum tipo de amostragem. O objetivo geral do estudo é analisar a relação entre as características sociodemográficas e profissionais dos Enfermeiros em estudo e a competência emocional e os comportamentos assertivos com os utentes e com a equipa multidisciplinar. Será disponibilizado um questionário a cada participante para preenchimento. Não haverá lugar a gravações (áudio ou vídeo) no estudo.

Condições e financiamento: Não está previsto o pagamento de deslocações ou outras contrapartidas. Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pelo investigador. O estudo tem carácter voluntário da participação e é garantida a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. Este estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato: É garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo. O anonimato é garantido (não se procederá ao registo de dados de identificação), garantindo que a identificação dos participantes nunca será tornada pública.

Agradeço a sua colaboração.

Dora Margarida Ribeiro Machado, Enfermeira na USF Pirâmides – Maia
Contacto telefónico: 964305077
Endereço eletrónico: dmmachado@arsnorte.min-saude.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento. 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 que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a. *

Sim

Não

Apêndice VI

Valores médios por item de cada subescala do QCE

Tabela resumo das médias, desvio padrão, mínimo e máximo por cada item, organizado por subescalas- QCE

Questão	M	Dp	mín.	máx.	N
1. Consigo manter-me de bom humor, mesmo que alguma coisa má aconteça.	4,56	,897	1	6	66
4. Consigo manter-me de bom humor, mesmo quando os que me rodeiam estão de mau humor.	4,38	,799	2	6	66
7. As experiências desagradáveis ensinam-me o que não devo fazer.	4,80	,749	3	6	66
10. Quando alguém me elogia, trabalho com maior entusiasmo.	4,91	,836	2	6	66
13. Quando não gosto de uma pessoa, arranjo maneira de lho mostrar.	3,67	1,086	2	6	66
16. Quando estou de bom-humor, é difícil ficar maldisposto(a).	4,56	,963	1	6	66
19. Quando estou de bom humor, todos os problemas parecem ter solução.	4,48	,789	2	6	66
22. Quando estou com alguém que me admira, tenho cuidado com a forma como me comporto.	4,33	1,043	1	6	66
25. Quando estou feliz e bem-humorado(a), estudo e trabalho melhor.	5,05	,849	1	6	66
28. Se eu quiser mesmo, consigo resolver problemas que parecem sem solução.	4,26	1,027	1	6	66
31. Consigo facilmente persuadir um amigo de que não há razões para se preocupar.	4,23	,837	2	6	66
34. Procuo moderar as emoções desagradáveis e reforçar as positivas.	4,67	,751	3	6	66
37. Não há nada de mal com o modo como habitualmente me sinto.	4,68	,683	3	6	66
40. Cumpro os meus deveres e obrigações com prontidão, em vez de estar a pensar neles.	4,85	,685	3	6	66
43. Tento manter o bom humor.	5,00	,679	2	6	66
45. No que me diz respeito, é normal sentir o que sinto agora.	4,70	,784	3	6	66
Capacidade para lidar com a emoção (CL)	73,12	7,74	47	88	66
2. Consigo exprimir os meus sentimentos e emoções em palavras.	4,56	,806	2	6	66
5. Quando alguma coisa me desagrada, demonstro-o logo.	4,41	,976	2	6	66

8. Consigo facilmente arranjar maneira de me aproximar das pessoas de quem gosto.	4,85	,728	2	6	66
11. Consigo facilmente descrever as emoções que estou a sentir.	4,58	,786	3	6	66
14. Exprimo bem as minhas emoções.	4,44	,862	2	6	66
17. Consigo exprimir a forma como me sinto.	4,53	,827	3	6	66
20. Consigo descrever o meu estado emocional atual.	4,82	,742	3	6	66
23. Posso afirmar que conheço bem o meu estado emocional.	4,85	,685	3	6	66
26. O meu comportamento reflete os meus sentimentos mais profundos.	4,52	,980	2	6	66
29. As pessoas são sempre capazes de descrever o meu estado de humor.	4,11	,963	2	6	66
32. Normalmente sei as razões porque me sinto mal.	4,89	,767	3	6	66
35. Considero fácil manifestar carinho a pessoas do sexo oposto.	4,52	,808	3	6	66
38. Consigo nomear e descrever a maioria dos meus sentimentos.	4,77	,719	3	6	66
41. Consigo reconhecer a maioria dos meus sentimentos.	4,92	,664	3	6	66
Expressão Emocional (EE)	64,76	7,64	46	80	66
3. Quando encontro alguém conhecido, apercebo-me logo da sua disposição.	4,74	,563	3	6	66
6. Quando vejo como alguém se sente, geralmente sei o que lhe aconteceu.	4,11	,862	2	6	66
9. Consigo perceber a diferença, se os meus amigos estão tristes ou dececionados.	4,91	,601	3	6	66
12. Consigo facilmente notar as mudanças de humor nos meus amigos.	4,71	,576	3	6	66
15. Consigo facilmente fazer feliz um amigo no dia do seu aniversário.	4,64	,816	2	6	66
18. Ao observar uma pessoa junto de outras, sou capaz de descrever bem as suas emoções.	4,30	,784	2	6	66
21. Consigo perceber quando alguém se sente desanimado.	4,68	,683	3	6	66
24. Consigo descrever os sentimentos de outra pessoa a partir da expressão da sua cara.	4,50	,770	3	6	66
27. Consigo detetar a inveja disfarçada nos outros.	4,15	1,026	2	6	66
30. Percebo quando alguém tenta esconder o seu mau humor.	4,15	,932	1	6	66

33. Percebo quando alguém se sente culpado.	4,39	,875	2	6	66
36. Percebo quando alguém tenta esconder os seus verdadeiros sentimentos.	4,23	,837	2	6	66
39. Percebo quando alguém está em baixo.	4,59	,554	3	5	66
42. Percebo quando o comportamento de alguém varia em função do seu humor.	4,56	,787	2	6	66
44. Sei como surpreender de forma agradável cada um dos meus amigos.	4,58	,842	2	6	66
Perceção Emocional (PE)	67,24	7,87	46	82	66

Legenda: M-média; Dp-desvio padrão; mín-mínimo; máx.-máximo; N-elementos da amostra.

Apêndice VII

Valores médios por item de cada subescala da Escala de Comportamentos Assertivos

Tabela resumo das médias, desvio padrão, mínimo e máximo por cada item, organizado por subescalas- Escala de Comportamentos Assertivos

Questão	M	Dp	mín.	máx.	N
1. Ao verificar que um utente falta ao respeito a outro utente, explico-lhe de forma clara que essa atitude não é correta, tentando não ser agressivo.	4,55	1,010	3	6	66
2. Perante um utente impossibilitado de comunicar verbalmente, procuro uma alternativa viável.	5,35	,774	3	6	66
3. Quando um utente sente necessidade de falar, escuto-o empaticamente, procurando compreendê-lo.	5,24	,703	4	6	66
4. Procuro conhecer os utentes e tratá-los com o seu nome.	5,45	,706	4	6	66
5. Ao comunicar com um utente procuro utilizar uma voz firme, segura e com um tom agradável.	5,36	,694	4	6	66
6. Perante um utente que recusa um determinado tratamento recorro a documentos escritos como forma de validar, junto do utente, a necessidade de realização dos referidos tratamentos.	4,61	1,149	1	6	66
Comportamentos assertivos com o utente (CAU)	5,09	0,63	3,83	6,00	66
1. Sempre que um membro da equipa multidisciplinar me procura, disponibilizo-lhe tempo e atenção.	5,15	,808	3	6	66
2. Quando discordo de algumas decisões dos meus superiores hierárquicos, não tenho dificuldade em exprimi-lo.	4,23	1,064	2	6	66
3. Acredito que as minhas ideias são tão importantes como as dos outros e tenho o direito de as exprimir.	4,94	,943	2	6	66
4. Procuro a opinião dos membros da equipa multidisciplinar sempre que me sinto inseguro em relação a um determinado procedimento.	5,06	,943	2	6	66
5. Se um elemento da equipa tem uma atitude incorreta comigo, chamo-o à parte e confronto-o com o facto	4,36	1,062	2	6	66
6. Ao fornecer indicações aos restantes membros da equipa multidisciplinar procuro ser objetivo e coerente.	5,03	,928	3	6	66
7. Exprimo sem dificuldades as minhas opiniões perante os meus superiores hierárquicos.	4,56	1,054	2	6	66

8. Perante membros da equipa multidisciplinar hostis não sinto receio de exprimir a minha opinião.	4,26	1,305	1	6	66
9. Quando um membro da equipa multidisciplinar tem um desempenho perfeito, não sinto dificuldades em elogiá-lo.	5,21	1,144	1	6	66
10. Perante um conflito procuro factos que me ajudem a compreender a situação e a tomar uma eventual decisão.	4,89	,947	2	6	66
11. Não sinto dificuldade em delegar tarefas aos membros da equipa multidisciplinar.	4,55	1,279	1	6	66
12. Ao repreender um elemento da equipa multidisciplinar procuro olhá-lo nos olhos, mantendo uma postura facial coerente.	4,76	1,096	2	6	66
13. Ao dialogar com os meus superiores hierárquicos, mantenho um tom de voz suave e exprimo livremente a minha opinião.	4,61	,926	2	6	66
14. Não sinto receio em pedir ajuda a outros elementos da equipa multidisciplinar, mesmo que isso os leve a pensar que não sou competente.	5,03	1,123	1	6	66
15. Quando existe um problema na equipa multidisciplinar, procuro contribuir para a sua resolução, realizando críticas construtivas e dando espaço ao feedback.	5,00	1,023	2	6	66
16. Quando tenho um problema com um membro da equipa multidisciplinar procuro conversar diretamente com essa pessoa.	4,68	1,192	1	6	66
17. Procuro aceitar as críticas feitas pelos membros da equipa multidisciplinar, encarando-as como um momento de crescimento pessoal.	4,79	,937	2	6	66
15. Se ao conversar com um membro da equipa multidisciplinar sobre determinado assunto, verificar que a minha opinião é errada, assumo esse facto sem dificuldade.	5,03	1,052	2	6	66
Comportamentos assertivos com a equipa (CAE)	4,78	0,73	2,89	6,00	66