

# **Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários:**

---

## **Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais**

**Carla Alexandra Pires Ferreira**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

**Orientação científica:** Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco  
Professora Doutora Maria Augusta Pereira Mata

Bragança, Junho 2018

# **Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários:**

---

**Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais**

**Carla Alexandra Pires Ferreira**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados.

**Orientação científica:** Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco  
Professora Doutora Maria Augusta Pereira Mata

Bragança, Junho 2018

*“Se fracassar, ao menos que fracasse ousando grandes feitos, de modo que a sua postura não seja nunca a dessas almas frias e tímidas que não conhecem nem a vitória nem a derrota.”*

*(Theodore Roosevelt)*

### **Dedicatória:**

Ao **meu filho Martim**, o maior amor de todos, o milagre da vida que me ensinou a rir até nos momentos de tristeza profunda, a lutar contra todos os obstáculos, a querer mais e melhor.

Ao rebento que cresce dentro de mim, a **minha Diana**. Espero ansiosamente por tê-la em meus braços.

Ao **meu marido** pela paciência e compreensão, à **minha irmã**, ao **meu pai** e sobretudo à **minha mãe**, aquela pessoa que por mais que tente retribuir nunca irei compensar. Todos eles foram essenciais nesta longa caminhada.

À **Dr.<sup>a</sup> Susana Ferreira**, a quem devo muito mais do que uma conquista. Sem ela não teria conseguido encontrar a luz ao fundo do túnel, traçar objetivos e metas.

Por último, a **mim mesma** por abraçar todos os projetos a que dedico, pela minha perseverança, pelo feitio teimoso e perfeccionista que me impulsiona na vida, mesmo quando sozinha nas minhas lutas.

### **Agradecimentos:**

À **minha família**, o meu maior património.

Aos **amigos** que estiveram do meu lado, e que longe ou perto me fazem companhia no coração.

À **Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco**, minha mentora e estímulo de aprendizagem.

À **Professora Doutora Maria Augusta Pereira Mata** pela coordenação e coorientação, pela ajuda em momentos de desânimo e de sentimento de incapacidade.

Aos **colegas de trabalho** por contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, pelo espírito de união e partilha.

A **todos os participantes** deste estudo de investigação e às **Entidades** que colaboraram na sua implementação.

## Resumo

O presente estudo foi desenhado com o objetivo de conhecer a relação entre Competência Emocional (CE) e Interdisciplinaridade, partindo do constructo teórico de Inteligência Emocional de Goleman (2003) e de CE de Veiga-Branco (2004a, 2005), e do princípio de Interdisciplinaridade, preconizado na legislação atual da RNCCI (Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro).

Para dar consecução ao objetivo global, foi desenvolvido um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Trabalho de Projeto para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Continuados pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. O trabalho é constituído por duas componentes: a primeira expõe o enquadramento teórico e a segunda o estudo empírico. Este partiu da aplicação de dois questionários, a uma amostra global de 78 participantes, constituída por dois grupos: um, de 64 profissionais de saúde pertencentes a UCSP's das ULS Guarda, E.P.E. e ULS Nordeste, E.P.E. (enquanto referenciadores para a RNCCI), e outro, de 14 cuidadores informais de utentes internados em UCCI's dos distritos de Bragança e Guarda cuja referenciação partiu das ditas UCSP's.

Os instrumentos de recolha de dados usados foram dois questionários elaborados para efeitos do presente estudo: um dirigido ao grupo dos cuidadores formais e outro ao dos cuidadores informais. O questionário aplicado ao primeiro grupo inclui a EVCE (Veiga-Branco, 2011), permitindo estabelecer correlações entre a CE e as respetivas cinco dimensões. O perfil de CE revela que o grupo amostral obtém um nível moderado alto para a “Autoconsciência” ( $x=5,11$ ;  $s\pm 0,77$ ), a “Automotivação” ( $x=4,98$ ;  $s\pm 0,72$ ) e a “Empatia” ( $x=4,73$ ;  $s\pm 0,78$ ), e um nível moderado para a “Gestão de Emoções” ( $x=4,59$ ;  $s\pm 0,54$ ) e a “Gestão de Emoções em Grupo” ( $x=4,54$ ;  $s\pm 0,72$ ). Também a CE Total revela um nível moderado alto ( $x=4,82$ ;  $s\pm 0,61$ ).

O estudo da relação entre estas dimensões e a “idade” revela que existe uma correlação positiva com todas à exceção da “Empatia” ( $r=-0,004$ ;  $p\text{-value}=0,976$ ); quanto à relação com a “satisfação dos profissionais relativa às funções desempenhadas” há diferenças estatisticamente significativas para a CE Total e as suas dimensões, excluindo-se a “Gestão de Emoções” ( $p\text{-value}=0,099$ ) e a “Empatia” ( $p\text{-value}=0,059$ ).

A diferença nas médias entre a “profissão” e o “sexo” revelam que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Ainda assim, os Enfermeiros

são os mais “autoconscientes” ( $x=5,168$ ;  $s\pm 0,786$ ), que melhor “gerem as suas emoções” ( $x=4,598$ ;  $s\pm 0,563$ ) e os mais “empáticos” ( $x=4,798$ ;  $s\pm 0,841$ ), os Assistentes Sociais são os que melhor “gerem as emoções em grupo” ( $x=4,607$ ;  $s\pm 0,472$ ) e os Médicos são os mais “motivados” ( $x=4,982$ ;  $s\pm 0,704$ ). Quanto ao “sexo” o género feminino é o que revela médias mais elevadas para a CE Total ( $x=4,86$ ;  $s\pm 0,59$ ) e todas as dimensões.

Os resultados foram comparados com outros estudos que utilizaram a mesma escala na recolha de dados, confirmando-se a elevada confiabilidade da EVCE. Por exemplo, foi corroborada a correlação entre a CE e a “Gestão de Emoções” apresentada por Agostinho (2010) ( $r=0,803$ ;  $p=0,000$ ) e entre a CE e a “Automotivação” encontrada por Veiga-Branco (1999) ( $r=0,854$ ;  $p=0,000$ ) e Vilela (2006) ( $r=0,777$ ;  $p=0,000$ ).

**Palavras-chave:** Competência Emocional, Inteligência Emocional, RNCCI, Interdisciplinaridade, Satisfação.

## Abstract

The present study was designed with the goal of understanding the relationship between Emotional Competence (EC) and interdisciplinarity, starting from the theoretical construct of Emotional Intelligence, Goleman (2003) and EC of Veiga-Branco (2004a, 2005), and the principle of interdisciplinarity, recommended in current legislation of RNCCI (Decree no. 50/2017, of 2 February).

To achieve the overall objective, we developed a quantitative, descriptive and correlational study, developed in the context of the Curricular Unit of “Trabalho de Projeto” to obtain the Master degree in “Cuidados Continuados” by Superior School of Health of the Polytechnic Institute of Bragança. The work consists of two components: the first sets out the theoretical framework and the second the empirical study. This broke the implementation of two questionnaires, a sample of 78 participants, comprised of two groups: a, 64 health professionals belonging to UCSP's of the ULS Guarda, E.P.E. and ULS Nordeste, E.P.E. (while referrers to RNCCI), and another 14 informal caregivers of users admitted to UCCI's of the districts of Bragança and Guarda whose referencing broke of UCSP's spoken.

The data collection instruments used were two questionnaires were developed for the purpose of this study: one directed to the group of formal caregivers and another to the informal caregivers. The questionnaire applied to the first group includes the EVCE (Veiga-Branco, 2011), allowing to establish correlations between the EC and the respective five dimensions. The profile of EC reveals that the sample group obtains a moderate level high for the "Consciousness" ( $x=5.11$ ;  $s\pm 0.77$ ), the "Motivation" ( $x=4.98$ ;  $s\pm 0.72$ ) and the "Empathy" ( $x=4.73$ ;  $s\pm 0.78$ ), and a moderate level for the "Management of Emotions" ( $x=4.59$ ;  $s\pm 0.54$ ) and "Management of emotions in Group" ( $x=4.54$ ;  $s\pm 0.72$ ). Also the Total EC reveals a moderate level high ( $x=4.82$ ;  $s\pm 0.61$ ).

The study of the relationship between these dimensions and the "age" reveals that there is a positive correlation with the exception of "Empathy" ( $r = -0,004$ ;  $p\text{-value}=0.976$ ); regarding the relationship with the "satisfaction of professionals concerning the functions performed" there are statistically significant differences for the EC and its dimensions, excluding the "Management of Emotions" ( $p\text{-value}=0.099$ ) and the "Empathy" ( $p\text{-value}=0.059$ ).

The difference in averages between the "profession" and "sex" reveals that there are no statistically significant differences between the groups. Still, the nurses are the

most "consciousness" ( $x=5.168$ ;  $s\pm 0.786$ ), which better "manage their emotions" ( $x=4.598$ ;  $s\pm 0.563$ ) and the more "emphatics" ( $x=4.798$ ;  $s\pm 0.841$ ), the social workers are the best "managing emotions in group" ( $x=4.607$ ;  $s\pm 0.472$ ) and doctors are the most "motivated" ( $x=4.982$ ;  $s\pm 0.704$ ). As for the "sex" the feminine gender is what reveals higher average for Total EC ( $x=4.86$ ;  $s\pm 0.59$ ) and all dimensions.

The results were compared with those of other studies that used the same scale in data collection, confirming the high reliability of EVCE. For example, was corroborated the correlation between the EC and the "Management of Emotions" presented by Agostinho (2010) ( $r=0.803$ ;  $p=0.000$ ) and between the EC and the "Motivation" found by Veiga-Branco (1999) ( $r=0.854$ ;  $p=0.000$ ) and Vilela (2006) ( $r=0.777$ ;  $p=0.000$ ).

**Keywords:** Emotional Competence, Emotional Intelligence, RNCCI, Interdisciplinarity, Satisfaction.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	7
<b>1. Contexto demográfico e sócio-económico em Portugal</b> .....	8
1.1. Envelhecimento das regiões .....	10
1.2. A importância das redes de suporte numa sociedade envelhecida.....	11
<b>1.2.1. Redes de suporte formais</b> .....	11
<b>1.2.2. Redes de suporte informais</b> .....	12
1.3. Impacto no Sistema Nacional de Segurança Social .....	13
1.4. Impacto na despesa pública com cuidados de saúde.....	14
1.5. Impacto na despesa pública com cuidados prolongados.....	15
<b>2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados</b> .....	16
2.1. Satisfação dos Utentes Vs Satisfação Profissional.....	18
<b>2.1.1. Satisfação do Utente</b> .....	18
<b>2.1.2. Satisfação Profissional</b> .....	20
2.2. Os Cuidados de Saúde Primários no âmbito da RNCCI.....	21
<b>2.2.1. CSP enquanto referenciadores para a RNCCI</b> .....	22
<b>2.2.2. Importância da interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras</b> ..	23
<b>3. Competência Emocional</b> .....	25
3.1. Sentimento Vs Emoção .....	25
3.2. Inteligência Emocional Vs Competência Emocional.....	26
3.3. Domínios ou Capacidades da CE.....	28
<b>3.3.1. Autoconsciência</b> .....	29
<b>3.3.2. Gestão de Emoções</b> .....	29
<b>3.3.3. Automotivação</b> .....	30
<b>3.3.4. Empatia</b> .....	31
<b>3.3.5. Gestão de emoções em grupo</b> .....	31
<b>4. Competência Emocional em contexto profissional</b> .....	33
<b>PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	35
<b>5. Metodologia de Investigação</b> .....	36
5.1. Materiais e Métodos .....	36
<b>5.1.1. Questões de Investigação a partir dos Objetivos do estudo</b> .....	36
<b>5.1.2. Tipo de Estudo</b> .....	37

5.1.3.	<i>Universo e Amostra</i> .....	37
5.1.4.	<i>Instrumento de Recolha de Dados</i> .....	39
5.1.5.	<i>Variáveis em estudo</i> .....	42
5.2.	Métodos propriamente ditos.....	43
5.2.1.	<i>Procedimentos de aplicação dos instrumentos de recolha de dados</i> ..	43
5.2.2.	<i>Tratamento estatístico</i> .....	44
5.2.3.	<i>Problemáticas e Constrangimentos</i> .....	45
<b>6.</b>	<b>Apresentação dos resultados</b> .....	<b>47</b>
6.1.	Caracterização sociodemográfica da amostra .....	47
6.1.1.	<i>Amostra dos profissionais de saúde de CSP pertencentes às ULS Guarda, E.P.E. e ULS Nordeste, E.P.E.</i> .....	47
6.1.2.	<i>Amostra de cuidadores informais de utentes admitidos em unidades de internamento de CC dos distritos da Guarda e de Bragança.</i> .....	49
6.2.	Caracterização profissional da amostra de cuidadores formais .....	51
6.3.	Perfil de CE nos Profissionais de Saúde .....	57
6.4.	Relação entre o sexo, a CE e as dimensões da CE.....	59
6.5.	Relação entre a idade, a CE e as dimensões da CE.....	60
6.6.	Relação entre a profissão, a CE e as dimensões da CE.....	60
6.7.	Relação entre a satisfação relativa às funções desempenhadas, a CE e as dimensões da CE.....	61
6.8.	Satisfação dos prestadores de cuidados informais em relação aos profissionais de saúde .....	62
<b>7.</b>	<b>Discussão dos resultados</b> .....	<b>63</b>
	<b>Conclusões</b> .....	<b>73</b>
	<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>77</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>89</b>
	<b>ANEXO I</b> – RNCCI: População-alvo, operacionalização e tipologias de unidades.....	<b>90</b>
	<b>ANEXO II</b> – Projeto de Trabalho de Investigação.....	<b>91</b>
	<b>ANEXO III</b> – Questionário dirigido aos Cuidadores Formais .....	<b>92</b>
	<b>ANEXO VI</b> – Questionário dirigido aos Cuidadores Informais .....	<b>93</b>
	<b>ANEXO V</b> – Consentimento Informado dirigido aos Cuidadores Formais .....	<b>94</b>
	<b>ANEXO VI</b> – Consentimento Informado dirigido aos Cuidadores Informais .....	<b>95</b>
	<b>ANEXO VII</b> – Autorizações cedidas para aplicação dos IRD's.....	<b>96</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Apresentação comparativa das variáveis preditivas da Competência Emocional em vários estudos .....	34
<b>Tabela 2</b> - Apresentação sumária da distribuição geográfica da amostra em estudo ....	39
<b>Tabela 3</b> - Itens invertidos para as dimensões da CE na EVCE .....	41
<b>Tabela 4</b> - Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) obtidos para os cinco domínios da CE .....	41
<b>Tabela 5</b> - Distribuição da amostra por ULS .....	47
<b>Tabela 6</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "sexo" e "idade" .....	48
<b>Tabela 7</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "estado civil" .....	48
<b>Tabela 8</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "residência" e "condições habitacionais" .....	48
<b>Tabela 9</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "internamento na unidade de CC" .....	49
<b>Tabela 10</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "Centro de Saúde em que o utente se encontra inscrito" .....	49
<b>Tabela 11</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "sexo" e "idade" .....	50
<b>Tabela 12</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "estado civil" .....	50
<b>Tabela 13</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "escolaridade" .....	50
<b>Tabela 14</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "residência" .....	51
<b>Tabela 15</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "profissão" e "formação académica" .....	51

<b>Tabela 16</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "vencimento" e "profissão" .....	52
<b>Tabela 17</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "satisfação relativa às funções desempenhadas" e "desempenho da profissão na área de residência" .....	52
<b>Tabela 18</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "visibilidade acerca de si mesmo" e "profissão" .....	53
<b>Tabela 19</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "aceitação das suas opiniões" e "profissão" ..	53
<b>Tabela 20</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "formação em Cuidados Continuados" e "profissão" .....	54
<b>Tabela 21</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "referenciador para a RNCCI" e "profissão" ..	54
<b>Tabela 22</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "forma como é feita a referenciação para a RNCCI" .....	55
<b>Tabela 23</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "existência de elementos de todos os grupos profissionais para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI" .....	55
<b>Tabela 24</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "elementos inexistentes para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI" .....	55
<b>Tabela 25</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "forma como se procede para finalizar o processo de referenciação perante a inexistência de um grupo profissional" .....	56
<b>Tabela 26</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "sentimento de resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde" .....	56

<b>Tabela 27</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "troca de experiências de referenciação com outros colegas no local de trabalho" .....	56
<b>Tabela 28</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "sentimento de dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referenciação" .....	57
<b>Tabela 29</b> - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "conhecimento dos recursos existentes" .....	57
<b>Tabela 30</b> - Apresentação da distribuição dos valores médios das dimensões da CE e da CE Total.....	57
<b>Tabela 31</b> - Apresentação da análise correlacional entre as cinco dimensões da CE e a CE Total: coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> (r) e nível de significância (p).....	58
<b>Tabela 32</b> - Apresentação da distribuição dos valores da variável “Nível de CE” .....	59
<b>Tabela 33</b> - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s) e p-value da variável "sexo" em relação às dimensões da CE e da CE Total.....	59
<b>Tabela 34</b> - Apresentação da análise correlacional entre a variável "idade", a CE Total e as suas dimensões: coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> (r) e p-value .....	60
<b>Tabela 35</b> - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s), p-value, mínimo (min) e máximo (max) da variável "profissão" em relação à CE Total e as suas dimensões.....	61
<b>Tabela 36</b> - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s) e p-value da variável "satisfação relativa às funções desempenhadas" em relação à CE total e as suas dimensões .....	62
<b>Tabela 37</b> - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio padrão (s), mínimo (min) e máximo (max) da variável “grau de satisfação” dos prestadores de cuidados informais relativamente aos profissionais envolvidos no processo de referenciação .....	62

## **Índice de Figuras**

**Figura 1** - Pirâmides Etárias em Portugal e nos 28 Estados Membros da UE (2013)..... 8

**Figura 2** - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa em Portugal (1970-2014)..... 9

**Figura 3** - Idade média da população residente, por municípios (2005) ..... 10

## Índice de Siglas

$\alpha$  – alfa de Cronbach

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CC – Cuidados Continuados

CE – Competência Emocional

CID – Classificação Internacional da Doença

CSP – Cuidados de Saúde Primários

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa de Coordenação Local

ECR – Equipa de Coordenação Regional

EGA – Equipa de Gestão de Altas

E.P.E. – Entidade Pública Privada

ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

EVBCIE – Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional

EVCE – Escala Veiga de Competência Emocional

IE – Inteligência Emocional

INE – Instituto Nacional de Estatística

IP – Instituto Público

max – Máximo

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

min – Mínimo

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

p.p. – ponto percentual

r – coeficiente de correlação de *Pearson*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

s – desvio-padrão

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UC – Unidade de Convalescença

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCI – Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULDM – Unidade Longa Duração e Manutenção

ULS – Unidade Local de Saúde

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

x – média

## **Introdução**

O envelhecimento demográfico constitui atualmente uma das principais características das sociedades, como resultado do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade, não sendo Portugal uma exceção. Começou por ser encarado como uma catástrofe coletiva, que atormentava as sociedades industrializadas, tentando-se travar esta tendência sobretudo com recurso a políticas de incentivo à fecundidade em alguns países europeus, porém sem êxito (Rosa, 1996). Segundo as Nações Unidas, este processo continuará ao longo das próximas décadas, afetando, provavelmente, o mundo inteiro.

O envelhecimento demográfico, associado a alterações no padrão epidemiológico e à estrutura e comportamentos sociais e familiares em Portugal, é determinante para as necessidades em saúde, tendo sido criada em Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta visa a implementação de unidades e equipas de cuidados a vários níveis (tipologias), dirigidas a pessoas em situação de dependência, no sentido de contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade, ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados, em interligação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho define os Cuidados Continuados (CC) como

o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (p.3857)

Desta feita, pressupõe-se a existência de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, para levar a cabo cuidados e ações paliativas, permitir a continuidade e integração de cuidados e definir um plano individual de intervenção à pessoa dependente ou com perda de funcionalidade, seja em contexto de institucionalização ou no domicílio.

A Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro procede a alterações do Decreto-Lei n.º 136/2015, de 28 de julho que revoga o Decreto-Lei que deu origem à RNCCI e também o seu subsequente (Decreto-Lei n.º 8/2010, de 28 de janeiro, alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 22/2011 de 10 de fevereiro), cujas principais alterações dizem respeito

aos Cuidados Paliativos e aos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, no sentido de agilizar e desmaterializar o processo de ingresso na RNCCI.

À data da sua criação, a RNCCI assentava num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, organizado em três fases, num horizonte de 10 anos, sendo que em 2016 a cobertura deveria atingir os 100%.

O funcionamento da RNCCI assenta em três níveis de coordenação – nacional, regional e local, em estreita relação entre Cuidados Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários (CSP). Na perspetiva da continuidade de cuidados destacam-se as Unidades Locais de Saúde (ULS) que prestam cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população.

Os CSP representam a primeira linha de contacto da população, de um modo global, com o Sistema Nacional de Saúde (SNS) cujos cuidados devem ser orientados para a equidade conforme previsto na Declaração de Alma-Ata, e que significa justiça social.

Atualmente as políticas de saúde em geral (Loureiro *et al.*, 2013; Pedro *et al.*, 2016; Morais, 2016) e as instituições de saúde em particular, visam a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes, sendo essencial a capacitação das equipas de saúde. O objetivo primordial dos CSP é a procura do mais alto nível de saúde da população na área geográfica a seu cargo (Torres, 2011). Assim, de acordo com os autores citados, a articulação dos cuidados de saúde constitui elemento chave na racionalização e potencialização dos recursos existentes.

Atendendo à existência de diferentes tipos de prestadores de cuidados de saúde é fundamental que haja uma referenciação eficaz dos utentes dentro do sistema de saúde, por fim, por um lado, a reduzir os custos e o desperdício, e, por outro, a promover a complementaridade e maximizar a rentabilidade (Torres, 2011).

O aumento da eficácia e da eficiência dos cuidados de saúde passa pelo controle dos custos e das assimetrias regionais, sendo de extrema importância a articulação das equipas e dos profissionais que as integram aos diferentes níveis.

Sendo o objetivo dos profissionais, a partir da sua competência de capacitação em termos de promoção da saúde (Loureiro *et al.*, 2013), a atuação junto do utente e família/cuidador informal e comunidade, com a identificação de problemáticas, implementação e avaliação dos meios usados para as solucionar, torna-se imprescindível o conceito de interdisciplinaridade. Falar em interdisciplinaridade é, cada vez mais, sinónimo de trabalho em equipa.

Meirelles (1998) encara

a equipe como um grupo de pessoas, que desenvolve um trabalho de forma integrada e com objetivo comum, com interdependência, lealdade, cooperação e coesão entre os membros do grupo, a fim de atingirem a maior eficácia nas suas atividades. Esta equipe é construída e vivida pelos seus membros, que trabalham de forma dinâmica suas emoções, sentimentos e expectativas até atingirem equilíbrio e participação verdadeira de todos os membros do grupo nas ações. (p.15)

Segundo o autor supramencionado (1998),

a organização dos serviços de saúde em linhas disciplinares e a proliferação de especialidades têm resultado na fragmentação do cuidado, com o equívoco nos diagnósticos e terapêuticas, distribuição de pessoal recursos e informações insuficientes. A superação de tais falhas requer uma abordagem interdisciplinar e cuidados integrais. (p.1)

A avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde surge como um indicador de qualidade, que por sua vez promove a avaliação da qualidade dos cuidados sendo essencial para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde, devendo ser, por isso, uma prática frequente.

O conceito de satisfação apresenta várias definições, mas para muitos autores trata-se de uma sensação agradável de reconhecimento próprio após uma necessidade satisfeita.

A satisfação profissional interfere profundamente na qualidade do cuidado prestado e na satisfação do utente/cliente (Kenagy, Berwick e Shore, 1999). Importa, contudo, referir que satisfação profissional não é sempre sinónimo de motivação no trabalho. A satisfação tal como a motivação, não se encontra relacionada somente com aspetos intrínsecos ao indivíduo; a satisfação profissional – mais do que a motivação – depende também de fatores extrínsecos, tratando-se, por isso, de um processo dinâmico entre o ser humano e as capacidades adaptativas aos contextos laborais. Neste processo de inter face dinâmico e desenvolvimentista, insere-se o conjunto de *skills* socio emocionais que dizem respeito à Competência Emocional (CE). Esta é a razão pela qual o conceito surge nesta pesquisa, com o estatuto de Objeto de Estudo. Por exemplo, importa de forma clara, perceber os níveis de capacidade para gerir as suas emoções, de automotivação, de empatia e de gestão social de emoções, no sentido de poder aceder aos seus níveis adaptativos e funcionais, em contextos mais vastos de inter-relação com os outros, nomeadamente em contextos de interdisciplinaridade.

Parte-se do pressuposto de que, se um indivíduo é capaz de responder adequadamente ao trabalho, gerindo as suas emoções de forma assertiva, mesmo quando submetido a situações de grande *stress*, será à partida um indivíduo com

excelente Inteligência Emocional (IE), sendo estas capacidades fundamentais para potenciar a sua satisfação no trabalho (Dong e Howard, 2006). Assim, considera-se a CE, um objeto pertinente em estudo, neste contexto laboral.

### **Estudar a Competência Emocional**

Falar de IE não significa meramente saber expressar os sentimentos, mas antes saber geri-los consoante a situação vivida e expressá-los adequadamente e de forma efetiva. O conceito de IE inicial (Mayor e Salovey, 1990), reformulado gradualmente, terá originado em autores como Saarni (2002) e Bisquerra (2003), outros *skills* mais detalhados, e em Goleman (2000, p.33) a sua especificação como *“uma capacidade apreendida, baseada na inteligência emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho”*.

Veiga-Branco (2005) defende que a CE não é uma perceção ou capacidade virtual mas antes uma execução, e que se torna mensurável quando alguém atinge um nível desejado de realização. A autora divide este conceito em cinco domínios ou capacidades: “Autoconsciência”, “Gestão de Emoções”, “Automotivação”, “Empatia” e “Gestão de Emoções em Grupos”, sendo as três primeiras competências intrapessoais e as restantes interpessoais ou sociais (Veiga-Branco, 2004, 2005).

Os profissionais de saúde estão, cada vez mais, obrigados a defrontar desafios, a trabalhar em equipa, numa abordagem interdisciplinar pela complexidade das situações de saúde e de doença, o que lhes exige a aquisição de competências emocionais (Costa e Faria, 2009b). Desta feita, Veiga-Branco (2004) é defensora que a literacia emocional não pode, nem deve acabar na formação dos técnicos de saúde, visando o crescimento emocionalmente inteligente dos mesmos.

Este Trabalho de Projeto surge no âmbito do curso de Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, motivado pelas problemáticas encontradas em meio laboral, no que concerne à referenciação de pessoas em situação de dependência para a RNCCI, nomeadamente à inexistência de equipa multidisciplinar e interdisciplinar designada na lei, e que conduz à insatisfação dos utentes e desmotivação dos profissionais de saúde, muitas vezes incapazes de gerir as emoções. Assim, todo o estudo se centrará na Competência Emocional, na Interdisciplinaridade e na Satisfação.

Surge como principal objetivo: **analisar a relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários.**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional, tendo como objetivos específicos:

- Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo;
- Conhecer o perfil de CE dos profissionais das equipas referenciadoras das unidades de CSP;
- Conhecer o nível de capacidades intrapessoais (autoconsciência e automotivação) e interpessoais (gestão de emoções, empatia e gestão de emoções em grupos) dos profissionais das equipas referenciadoras das unidades de CSP;
- Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores formais enquanto elementos de equipas interdisciplinares dos CSP, relativamente ao vencimento, visibilidade acerca de si mesmo e funções desempenhadas;
- Conhecer os contextos de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipas interdisciplinares referenciadoras dos CSP;
- Conhecer a componente funcional de referência de utentes para a RNCCI (através dos CSP) em dois distritos diferentes: Bragança e Guarda;
- Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores informais relativamente às equipas interdisciplinares dos CSP;
- Conhecer a relação entre o nível das capacidades da CE e o sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar

No sentido de dar prossecução a estes objetivos, foram aplicados dois instrumentos de recolha de dados – questionários – a dois grupos amostrais diferentes:

- profissionais de saúde (cuidadores formais) pertencentes a Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) das Unidades Locais de Saúde (ULS) da Guarda, E.P.E. e Nordeste, E.P.E.,
- prestadores de cuidados informais de utentes internados em Unidades de Cuidados Continuados Integrados dos distritos de Bragança e Guarda.

O questionário dirigido aos profissionais de saúde é constituído por três partes: as duas primeiras relativas à caracterização sociodemográfica e profissional, e a última ao instrumento de medida Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) (Veiga-Branco, 2011), relacionada com variáveis comportamentais e atitudinais respeitantes aos cinco domínios da CE propostos pela autora.

O questionário direccionado aos cuidadores informais é formado por uma primeira parte referente à caracterização sociodemográfica e outra a uma escala de avaliação de satisfação em relação aos profissionais do Centro de Saúde, feita pela autora deste estudo.

O estudo encontra-se dividido em duas grandes partes: o enquadramento teórico e o estudo empírico. A primeira parte encontra-se segmentada por capítulos correspondentes à pesquisa bibliográfica que deu origem à fundamentação teórica das problemáticas em estudo:

- 1 – o **contexto demográfico e socioeconómico em Portugal** que aborda temas como o envelhecimento das regiões; a importância das redes de suporte numa sociedade envelhecida (redes de suporte formais e informais); impacto no Sistema Nacional de Segurança Social; impacto na despesa pública com cuidados de saúde; impacto na despesa pública com cuidados prolongados;
- 2 – **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** que inclui aspetos contemplados na legislação em vigor remetidos para **Anexo I** por não serem alvo do estudo; satisfação dos utentes Vs satisfação profissional; os CSP no âmbito da RNCCI (CSP enquanto referenciadores para a RNCCI; importância da interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras);
- 3 – **Competência Emocional** com alusão à diferença entre sentimento e emoção; Inteligência Emocional Vs Competência Emocional; domínios ou capacidades da CE;
- 4 – **Competência Emocional em Contexto Profissional.**

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico propriamente dito incluindo a metodologia de investigação, a apresentação e discussão dos resultados, as conclusões e limitações do estudo. Seguem-se as referências bibliográficas e os anexos.

**PARTE I**  
**ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

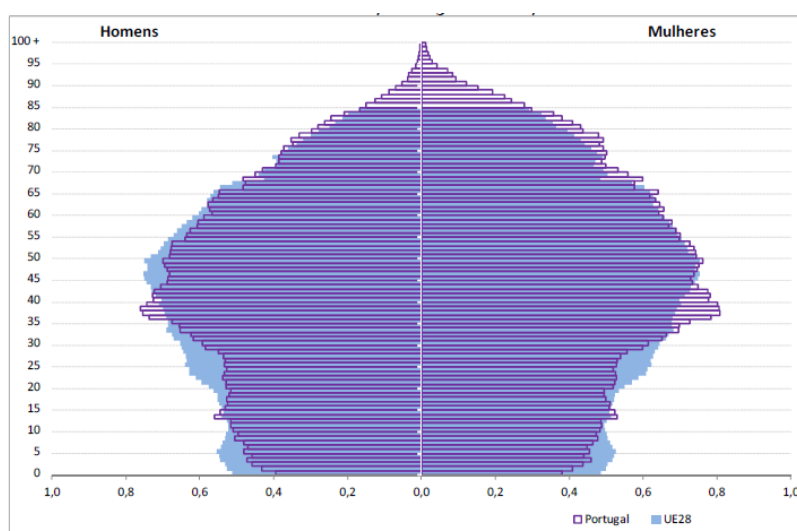
## 1. Contexto demográfico e socioeconómico em Portugal

O envelhecimento demográfico é um fenómeno sem precedentes, estando na sua origem diversas causas e com repercussões a vários níveis, constituindo um desafio constante para as sociedades. Este abrange todos os países desenvolvidos e também os países em desenvolvimento, prevendo-se proporções significativas e preocupantes com o decorrer dos anos.

Oliveira cit. por Sousa (2009) distingue dois tipos de envelhecimento: o *envelhecimento da base da pirâmide etária* (relacionada com a redução significativa de crianças e jovens) e o *envelhecimento do topo de pirâmide etária* (relacionado com a esperança média de vida). Associadas a estes tipos de envelhecimento surgem a redução das taxas de natalidade e de fecundidade e o declínio das taxas de mortalidade, com consequente aumento da esperança média de vida.

Analisando as pirâmides etárias sobrepostas é evidente o duplo envelhecimento demográfico para Portugal e os 28 Estados Membros da União Europeia (UE) no ano 2013, apresentando a base da pirâmide um estreitamento mais evidente em Portugal, ao passo que o seu topo se alarga de forma semelhante no conjunto dos Estados Membros.

**Figura 1** - Pirâmides Etárias em Portugal e nos 28 Estados Membros da UE (2013)



Fonte: INE. (2015). *Envelhecimento da População residente em Portugal e na União Europeia*, p.8.

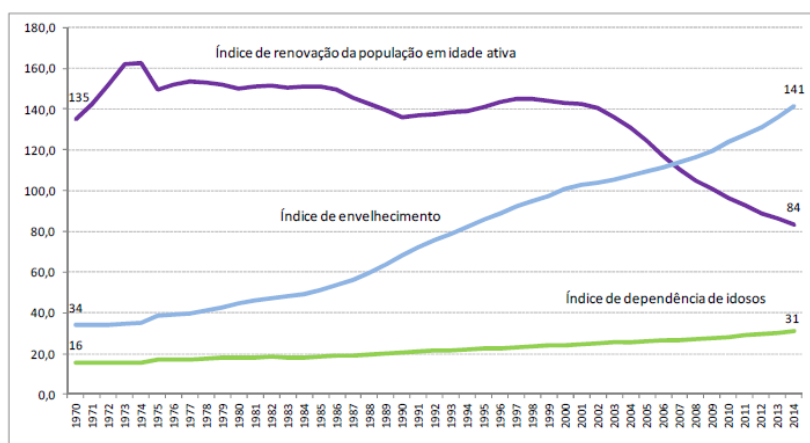
O sentido da evolução demográfica coloca sérios desafios aos países, como sejam a sustentabilidade do relacionamento económico entre gerações ou a competitividade económica.

De acordo com o INE (2015), Portugal apresentava no conjunto dos 28 Estados Membros da UE o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento, o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa e o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.

A população idosa é predominantemente constituída por mulheres, uma vez que estas apresentam maior esperança média de vida. Em 2013, a uma escala mundial, havia 85 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 60 e mais anos, e 61 homens por cada 100 mulheres no grupo etário dos 80 e mais anos.

Em pé de igualdade ao aumento do índice de envelhecimento, também o índice de dependência de idosos aumentou consideravelmente. Contrariamente, o índice de renovação da população em idade ativa tem vindo a diminuir.

**Figura 2** - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa em Portugal (1970-2014)



Fonte: INE. (2015). *Envelhecimento da População residente em Portugal e na União Europeia*, p.3.

Espera-se que o ciclo de vida seja maior no futuro, pelo aumento da esperança média de vida e uma redução do número de filhos por casal. Assim, é fulcral a procura de soluções para os desafios da sustentabilidade dos sistemas de saúde e de segurança social, bem como o combate de fenómenos de desemprego estrutural e exclusão dos trabalhadores mais velhos, o desenvolvimento de políticas de integração da população idosa, entre outros (Sousa, 2009).

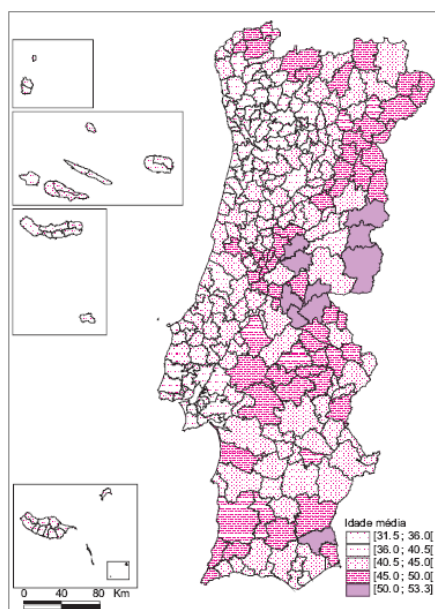
Atendendo à necessidade de novos produtos e serviços, a atividade económica e o contexto socioeconómico altera-se, surgindo novas profissões. Surgem ainda políticas de incentivo à natalidade, de proteção da parentalidade, de promoção da imigração, de promoção do envelhecimento ativo e políticas de adequação da proteção social ao ciclo de vida de forma a atenuar os efeitos decorrentes do envelhecimento.

### 1.1. Envelhecimento das regiões

O envelhecimento demográfico afeta de forma transversal o país, porém este não é igual em todas as regiões, nem tampouco em municípios.

Resultados apresentados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2005) concluem que 214 dos 308 municípios teriam uma idade média superior à do país na sua globalidade (40,6 anos). Destes, 10 municípios do interior do país teriam uma idade média superior a 50 anos, contrastando com 6 concelhos das regiões autónomas que apresentavam uma média inferior a 35 anos de idade.

**Figura 3** - Idade média da população residente, por municípios (2005)



Fonte: INE. (2007). *Revista de Estudos Demográficos*, 40, p. 30

Analisando a idade média da população residente por municípios em 2005 verifica-se que o interior centro, norte e Alentejo apresentavam a média de idades mais elevadas ao invés de Lisboa, Porto e regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

## 1.2. A importância das redes de suporte numa sociedade envelhecida

O envelhecimento demográfico tem maior relevância do ponto de vista social. O grau de dependência acrescido ou a perda de autonomia dos idosos conduz à pressão das unidades de suporte. No contexto de envelhecimento emergem os conceitos de redes de suporte formais e informais, que visam prestar um conjunto alargado de serviços para satisfazer as necessidades básicas quotidianas, potenciando o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida do idoso (Sousa, 2009).

### ***1.2.1. Redes de suporte formais***

Sousa *et al* cit. por Sousa (2009) descreve as *redes de suporte formais ou institucionais* como um conjunto de serviços e equipamentos de apoio aos idosos, tais como os Centros de Dia, os Lares (atualmente designados por ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos), os Centros de Convívio ou os Serviços de Apoio Domiciliário. Neste sentido surge o conceito de cuidador formal, sendo ele o profissional prestador de cuidados ao utente com contrapartida financeira, não descurando os pressupostos de autonomia e bem-estar.

Os Centros de Dia disponibilizam um conjunto de serviços, sejam eles cuidados diretos ou possibilidade de atividades lúdicas e recreativas, que contribuem diariamente para o bem-estar do idoso, enriquecimento das relações interpessoais, manutenção dos níveis de atividade e ainda para a sustentabilidade deste no seu seio familiar. O objetivo do Centro de Dia não é substituir as funções da família mas antes colaborar com ela.

Os Centros de Convívio têm os mesmos objetivos dos Centros de Dia, não obstante encontram-se mais vocacionados para a ocupação dos tempos livres, apresentando-se como unidades de apoio sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas pelos idosos de uma comunidade. Estão direcionados para populações idosas com menor grau de dependência e maior poder económico.

As Estruturas Residenciais Para Idosos surgem na necessidade de institucionalização, estando voltadas para situações de maior dependência. Por norma,

esta resposta é evitada pela família sendo considerada em último recurso (Pimentel cit. por Sousa, 2009).

A preocupação das famílias relativamente a manter o idoso perto de si é notória mas atendendo às condições económicas e habitacionais, por vezes, é difícil fazê-lo. Também a conflituosidade das relações familiares, divergência de interesses, desinteresse por parte da família ou incapacidade da mesma em contornar o declínio de autonomia ou doença do idoso são fatores importantes a ter em consideração. Daqui imana a importância dos profissionais (prestadores formais) e das Estruturas Residenciais.

Atualmente podem-se encontrar como resposta, embora temporária e de acordo com os critérios de referenciação, as Unidades de Cuidados Continuados. Estas serão abordadas especificamente no capítulo seguinte.

### ***1.2.2. Redes de suporte informais***

As *redes de suporte informais*, também nomeadas por Sousa (2009) como *redes naturais de ajuda*, identificam-se como o conjunto de pessoas que prestam apoio não institucional ao idoso, podendo fazer parte delas a família, os amigos e os vizinhos.

O cuidador informal procura responder às necessidades quotidianas do idoso sem tirar contrapartida financeira, concedendo-lhe, à semelhança do cuidador formal, maior autonomia e bem-estar.

Os cuidados prestados pela rede informal segundo Imaginário cit. por Sousa (2009) caracterizam-se pelas dimensões cultural e afetiva. Na perspetiva de Sousa cit. por Sousa (2009) os cuidados desenvolvem-se em dois domínios: o *apoio instrumental* – orientado para as necessidades do idoso com diminuição de autonomia física, temporária ou permanente, e o *apoio psicológico* – orientado para a satisfação da vida quotidiana e bem-estar psicológico.

Normalmente é a família que assume a maioria dos cuidados ao idoso dependente, existindo dentro da própria família um cuidador principal que assegura a maior parte do apoio.

De salientar que o conceito de família tem vindo a sofrer modificações ao longo do tempo, assim como as suas próprias estruturas, valores e funções. A condição económica da sociedade atual, a opção de carreira profissional e a emancipação da

mulher, são não só condicionantes no número de filhos como na disponibilidade para cuidar de familiares dependentes. As funções das famílias foram asseguradas, gradualmente, por serviços públicos e privados para colmatar as necessidades da pessoa dependente (Imaginário, 2004).

O autor supramencionado destaca algumas funções para compreender a importância da família na rede de suporte informal:

- Função de procurar defender e proporcionar apoio emocional e segurança aos seus membros;
- Responsabilidade no processo de socialização e na educação dos seus membros;
- Relevância na dimensão afetiva, na compressão e companheirismo dos seus membros;
- Função relacionada com a saúde dos seus membros, procurando o bem-estar de cada um;
- Função de suporte aos membros com mais idade da família.

Os vizinhos e amigos embora menos importantes que a rede familiar, são pessoas que têm uma relação de grande proximidade, sendo considerados cuidadores informais secundários. Estes prestam cuidados complementares, constituindo uma importante fonte de suporte diário, motivados pela sua vontade e espontaneidade.

Para Pimentel (2001) a descaracterização da sociedade promovida de forma crescente pelo individualismo e pelas relações breves e impessoais leva à dificuldade na manutenção e reprodução de modos de vida associados a formas de solidariedade. No entanto, esta tendência em meios pequenos, sobretudo nos rurais, é contrariada, assumindo a rede de vizinhança especial importância no apoio aos idosos, devido à proximidade existente.

### 1.3. Impacto no Sistema Nacional de Segurança Social

A institucionalização da Segurança Social só foi possível após 1974. A democratização das instituições e da sociedade iniciada nessa altura incluiu pela primeira vez, no programa do primeiro governo provisório, medidas de política social para substituição progressiva dos sistemas de previdência e de assistência por um

sistema integrado de segurança social, a proteção de riscos até então ignorados (maternidade, primeira infância, invalidez e velhice) e a criação de um sistema nacional de saúde (Maia cit por Mendes, 1995).

O objetivo da Segurança Social segundo Mendes (1995) passa pela garantia de recursos, subentendendo-se a substituição do rendimento, por um lado, e o rendimento de compensação e as prestações não pecuniárias, por outro, segundo uma lógica de satisfação de necessidades básicas.

Tal como a maioria dos membros da União Europeia, o sistema de Segurança Social Português enfrenta um desafio de sustentabilidade, com o aumento do peso da despesa com pensões pelo aumento do número de pensionistas em consequência do envelhecimento demográfico, e redução do valor das contribuições e, por conseguinte das receitas, pela diminuição da população ativa.

Para contrariar o desequilíbrio do sistema, os Governos e Parceiros Sociais têm vindo desde 2006 a acordar pacotes de medidas com vista ao reforço da estrutura da segurança social e a sustentabilidade social, económica e financeira.

#### 1.4. Impacto na despesa pública com cuidados de saúde

Os cuidados de saúde relacionados com o envelhecimento da população são uma forte componente da despesa pública total. De acordo com Sousa (2009), a Comissão Europeia apresentava projeções para Portugal, no período de 2007-2060, de 1,9 p.p. do PIB de despesa pública com cuidados de saúde associados ao envelhecimento demográfico.

Os anos de legislatura iniciada em junho de 2011 são marcados pelo programa de auxílio financeiro internacional a Portugal, que abarcou um conjunto de compromissos de políticas públicas assinado com entidades que ficaram conhecidas por Troika e incluíram o Banco Central Europeu, a Comissão Europeia e o Fundo Monetário Internacional. No campo da saúde, foram acordados múltiplos compromissos de atuação, com cortes de despesa pública, sendo um exemplo os cortes salariais nos profissionais de saúde do setor público. O grande desafio que se colocou então foi o de garantir a capacidade assistencial do SNS.

As principais medidas instauradas assentaram em nove áreas: taxas moderadoras; setor do medicamento; padrão de prescrição de medicamentos e de meios

complementares de diagnóstico e terapêutica; gestão de prestação de cuidados de saúde no SNS; cuidados de saúde primários; capital humano e profissionais de saúde; subsistemas de saúde; redução de benefícios fiscais; relações de aquisição de bens e serviços de saúde ao setor privado, com e sem fins lucrativos.

O programa formal de ajustamento cessou no verão de 2014, pese embora continue a haver um acompanhamento próximo da economia portuguesa, e das políticas públicas por parte das entidades que emprestaram fundos a Portugal.

O Ministério da Saúde do XIX Governo Constitucional estabeleceu, por sua vez, um objetivo claro: que todos os portugueses no final de 2014 tivessem acesso a um médico de família. Este não foi atingido, existindo ainda uma proporção considerável de utentes inscritos em Unidades Familiares que não têm médico de família atribuído. Não obstante, durante o período de crise económica não ocorreu qualquer colapso dos cuidados de saúde primários em termos de acesso dos utentes ao médico de família, havendo também uma melhoria no que diz respeito à eliminação das desigualdades geográficas (Moura e Barros, 2015).

Em contrapartida, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), através do seu Relatório Primavera (2015), descreve que a dita crise económica interferiu no acesso aos cuidados de saúde, tanto nas dimensões de oferta como de procura, realçando ainda o acesso aos cuidados de saúde devido a razões estruturais, como sejam a transição demográfica e epidemiológica.

### 1.5. Impacto na despesa pública com cuidados prolongados

O envelhecimento demográfico assume na despesa pública um papel preponderante pelo facto de que os cuidados prolongados são muitas vezes dirigidos à população idosa.

Na perspetiva de Sousa (2009), as redes de cuidados formais e informais são importantes não só para o idoso mas também como variáveis na despesa pública e privada. A alteração das estruturas familiares e o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho conduzem à necessidade de criação de mais instituições e equipamentos de apoio a idosos (redes formais), inevitavelmente com mais custos para o país. Segundo o mesmo autor, a despesa projetada pela Comissão Europeia para 2060 foi de 0,1 p.p. do PIB Português.

## 2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Em Portugal, à semelhança dos países desenvolvidos, o envelhecimento demográfico apresenta-se como um sério desafio às políticas sociais. Não obstante, as situações de dependência não são restritas a este grupo etário, existindo pessoas dependentes de todas as idades seja por acidentes ou patologias de evolução prolongada e/ou incapacitantes.

Não sendo a rede de serviços, ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, capazes de responder de forma integrada e articulada às necessidades das pessoas em situação de dependência (Gonçalves, 2010), são integrados os cuidados continuados (CC) na esfera dos serviços prestados à população portuguesa em Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005.

A definição de políticas de saúde integradas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, com a determinação do desenvolvimento de cuidados de proximidade aos idosos e pessoas em situação de dependência, através da criação de um novo modelo de serviços de cuidados, foi uma das metas do Programa do XVII Governo, em 2005, tornando-se possível a articulação entre os vários serviços e instituições de saúde e de apoio social.

Os objetivos deste modelo de cuidados assentam na promoção da autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências, das famílias enquanto rede de suporte informal, cujas intervenções privilegiam a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais, sempre que este se mostre fulcral no processo de reabilitação.

Na visão de Campos (2008, p. 107), a criação e desenvolvimento da RNCCI *“(...) foi uma das mais importantes reformas do sistema de saúde desde que em 1978 foram criadas em Portugal as condições de acesso universal aos cuidados de saúde”*. O autor acrescenta que o objetivo do sistema de saúde será cada vez menos o tratamento das doenças das pessoas, mas antes a responsabilização pela manutenção da saúde da população.

Os CC só fazem sentido na perspetiva holística, em que cada pessoa é vista como um todo, sendo necessárias equipas interessadas, motivadas, empenhadas com objetivos comuns, linguagem aferida e liderança (Branco e Santos, 2010).

À pessoa em situação de dependência no seio das unidades ou equipas da RNCCI, de acordo com o Art.º 4º do Capítulo III da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro devem ser garantidos os direitos:

- À integridade física, psíquica e moral;
- À identidade pessoal e reserva da vida privada;
- À não discriminação;
- Ao respeito pela sua decisão, ou do seu representante, quanto aos procedimentos a efetuar no âmbito da prestação de cuidados, em conformidade com a legislação vigente;
- À participação do próprio e dos seus familiares ou dos cuidadores informais, na elaboração do plano individual de intervenção;
- À confidencialidade dos dados do processo individual, assim como outras informações clínicas;
- À participação, sempre que possível, dos familiares ou dos cuidadores informais no apoio ao utente, desde que este apoio contribua para o seu bem-estar e equilíbrio psicoafectivo;
- À visita, sem restrições de dias, em horário alargado, que tenha em conta as necessidades do envolvimento familiar e social nos termos definidos em regulamento interno e desde que tal não ponha em causa o normal funcionamento dos serviços, o bem-estar dos doentes e a prestação de cuidados aos mesmos;
- À convivência social, no sentido de promover o relacionamento entre os utentes, e destes com os seus familiares e amigos, bem como os profissionais, no respeito pela sua vontade e interesses;
- À assistência religiosa e espiritual, por solicitação do utente ou a pedido de familiares ou dos cuidadores informais.

Não sendo objeto de estudo a população-alvo e os cuidados que a englobam, a operacionalização da RNCCI e a as tipologias de Unidades de Cuidados, esta informação, não menos importante, encontra-se remetida no **Anexo I**.

## 2.1. Satisfação dos Utentes Vs Satisfação Profissional

De acordo com a Unidade de Missão da RNCCI (2009) a monitorização contínua da satisfação dos utentes é fundamental para melhorar continuamente a RNCCI e o desempenho dos profissionais de saúde. Não obstante, também a monitorização da satisfação dos profissionais de saúde é um aspeto primário na medida que desta depende a satisfação dos utentes/clientes, para atingir o objetivo proposto com a sua criação (Anjos, 2010).

Biscaia *et al.* (2007) consideram que a satisfação dos utentes tem ocupado um lugar progressivamente marcante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sendo uma área complexa e de difícil avaliação mas incontornável.

A satisfação dos utentes e a dos profissionais surgem como conceitos interligados, que se influenciam mutuamente, e que afetam o funcionamento de um sistema de saúde, estando a satisfação dos profissionais associada à qualidade dos serviços prestados (Biscaia *et al.*, 2007).

O conceito de satisfação é indiscutivelmente subjetivo, depende da área ou contexto em que é usado, podendo ser perspectivado de várias formas, e, portanto, é de difícil avaliação/mensuração. Contudo, para Anjos (2010), existem três elementos característicos aos diversos conceitos: *ser um estado de natureza psicológica, resultar de uma experiência de consumo e possuir uma característica relativa.*

### 2.1.1. Satisfação do Utente

A “*satisfação do utente/cliente é o grau de felicidade experimentada por ele. Ela é produzida por toda uma organização – por todos os departamentos, todas as funções e todas as pessoas*” (Detzel e Desatnick, 1995, p.8).

Segundo Anjos (2010, p.47) “*o utente/cliente satisfeito é aquele que sente e percebe que o atendimento das suas necessidades é pelo menos igual às suas expectativas*”.

Carâp (1997) cit. por Anjos (2010, p.47) organizou a satisfação dos utentes com os serviços de saúde em diferentes categorias:

satisfação com o acesso, que inclui conveniências (o tempo, a distância, a disponibilidade e a facilidade de agendamento); satisfação com as relações humanas (relacionadas ao calor humano, ao respeito, a gentileza, à disponibilidade para ouvir, habilidades no trato interpessoal); satisfação com a competência do profissional; satisfação com a quantidade de informações sobre

o tratamento, procedimentos, exames e diagnósticos; satisfação com o resultado do tratamento e satisfação com as facilidades que incluem os aspetos funcionais, a adequação de equipamentos e laboratórios. (p.47)

Cabe aos profissionais de saúde compreender eficazmente as necessidades dos utentes para que estes se encontrem satisfeitos.

Apesar da melhora efetiva no que concerne aos cuidados prestados pelas diversas instituições, Ferreira e Seco (1993) defendem que a satisfação dos utentes não a tem acompanhado, havendo necessidade de agir com qualidade no sentido de uma imagem mais correta dos serviços de saúde.

A investigação da satisfação dos utentes é, para Anderson (1998) cit. por Anjos (2010), uma tarefa fundamental, uma vez que o seu entendimento pode favorecer uma avaliação de desempenho na perspetiva da satisfação dos mesmos. Nesta linha de pensamento, é fulcral ouvir as opiniões dos utentes, averiguar em que medida os cuidados prestados contribuíram para a sua melhoria, resolver o seu estado de saúde e aumentar a sua qualidade de vida (Pisco, 2001).

Gomes (2008) cit. por Anjos (2010) acredita que a atenção, o carinho, a dedicação, a paciência e compreensão manifestadas e a preocupação com a sua privacidade, são elementos chave para que o utente se sinta satisfeito com os cuidados de saúde prestados pelos profissionais.

Num estudo de Ferreira (2000), este deteta correlações entre a relação médico-utente e as avaliações realizadas pelos utentes, ou seja, satisfação dos utentes altamente correlacionada com a comunicação com os médicos.

No que diz respeito à satisfação dos utentes para com os enfermeiros, Ribeiro (2008) conclui através de vários estudos analisados, que há uma relação positiva entre a satisfação destes e os cuidados de enfermagem, pese embora existam medidas passíveis de serem melhoradas. Já Carvalho e Pacheco (2002) acreditam na incessante procura do enfermeiro pela excelência profissional, na obtenção de elevados níveis de satisfação dos utentes.

O processo de satisfação relaciona-se com a crescente exigência dos utentes com os serviços de saúde e, indubitavelmente, com fatores como comunicação/informação, qualidade das instalações e desempenho dos profissionais de saúde (Xavier, 1999).

### 2.1.2. *Satisfação Profissional*

A satisfação profissional tem sido alvo de várias investigações, estando quase sempre associada quer à produtividade, quer à realização pessoal dos seus trabalhadores. (Gonçalves, 1998; Tavares, 2008b; Andrade, 2001; Pereira dos Anjos, 2010).

Martins (1984) afirma que a satisfação profissional é uma variável de natureza afetiva, baseada num processo mental de avaliação de experiências no trabalho resultante num estado positivo ou negativo, que produz satisfação, caso seja agradável, ou insatisfação, se for desagradável.

Apesar de várias décadas de investigação, não há na literatura um acordo sobre as causas e componentes da satisfação profissional (Anjos, 2010). No entanto, estudos fatoriais de Martins (1984) e de Martins e Santos (2006) apontam para catorze aspetos teóricos, que, após a sua identificação, foram agrupados em quatro fatores baseados no seu conteúdo semântico: *trabalho em si* (carga de trabalho, responsabilidade e interesse pelo trabalho e pela organização), *condições de trabalho* (riscos, fadiga, aspetos físicos e relacionamento com colegas), *organização* (estabilidade do emprego, reconhecimento pelo trabalho realizado, estabilidade da organização, contribuição da organização para a sociedade e utilidade da organização para a sociedade e para o empregado) e *benefícios do trabalhador* (aspetos relacionados com a chefia e salário).

Anjos (2010), corroborando Martinez, Paraguay e Latorre (2004) e Hespanhol (2008), considera que a satisfação profissional se trata de um estado subjetivo, variante de pessoa para pessoa e de circunstância para circunstância, podendo estar sujeita à influência de forças internas e externas.

Vários autores, nomeadamente Herzberg, Mausner e Snyderman, julgam que aspetos intrínsecos como, o *sucesso na tarefa de cumprir*, a sua *natureza*, a *estima dos outros*, a *responsabilidade assumida* e as *promoções obtidas*, são verdadeiros motivadores de base da satisfação profissional (Gonçalves, 1998; Anjos, 2010). Por outro lado, acreditam que a insatisfação profissional está altamente relacionada com fatores extrínsecos à profissão como a *política*, a *administração*, as *condições de trabalho*, o *salário*, o *enquadramento* e as *relações com os colegas*.

## 2.2. Os Cuidados de Saúde Primários no âmbito da RNCCI

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), como foi referido na conferência internacional de Alma-Ata (OMS, 1983) dizem respeito a

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade (...) fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade.

O aparecimento dos CSP em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971, anterior à Declaração de Alma Ata em 1978 e à constituição do SNS português em 1979. Porém, só em 1979 com a criação do SNS é que se atingiu a cobertura generalizada do território nacional pelos CSP.

Ao longo dos anos vivenciou-se uma desmotivação levada a cabo pelo modelo de gestão e organização da prestação de cuidados, associada à excessiva centralização nas Sub-Regiões e nas Administrações Regionais de Saúde, à crescente desproporção entre os recursos humanos existentes nos cuidados de saúde primários e nos cuidados secundários e ainda a um sistema remuneratório sem incentivos para premiar e estimular os melhores desempenhos, que se traduziram na reforma dos CSP iniciada formalmente em 2005 (Ministério da Saúde *in* Plano Nacional de Saúde 2011-2016, 2010).

Em 2006, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) procedeu à reorganização local dos cuidados, com enfoque nas Unidades de Saúde Familiar (USF) e na reorganização dos Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), com o conseqüente desaparecimento das Sub-Regiões de Saúde. A estrutura dos ACES incluem, além das USF e de órgãos específicos destinados à gestão e decisão, uma série de estruturas funcionais como sejam: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Os ACES deverão englobar a intervenção de uma significativa rede multiprofissional, transpondo a tríade clássica de profissionais nos CSP (médicos, enfermeiros e pessoal administrativo).

Os CSP's dão resposta aos utentes com grau de dependência funcional, com dependência grave e/ou com doença severa, em fase avançada ou terminal, conforme

previsto no Art.º 31º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho, referenciando-os para as diversas tipologias da RNCCI.

### ***2.2.1. CSP enquanto referenciadores para a RNCCI***

De acordo com o Art.º 20º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, o ingresso de utentes na RNCCI é efetuado mediante proposta, na decorrência de diagnóstico de situação de dependência:

- a) Dos profissionais de saúde dos hospitais, nomeadamente Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos, num período que compreende o momento de admissão hospitalar até quatro dias antes da data prevista da alta, sendo a proposta rececionada pela EGA que, no prazo de dois dias úteis, avalia e confirma toda a informação até ao momento da alta;
- b) Pelos profissionais de saúde das USF's e das UCPS's, sempre que o utente seja proveniente da comunidade, que enviam a proposta à ECL, no prazo máximo de 5 dias após o início da referenciação. Os profissionais de saúde das UCC's sinalizam às USF's e UCSP's os doentes com potencial de referenciação.

Na referenciação do utente deve ser tida em conta a proximidade das unidades escolhidas de acordo com a área do domicílio, respeitando assim o ponto 8 do Art.º 20º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro.

A referenciação dos utentes é assegurada por uma equipa multidisciplinar que compreende Médico, Enfermeiro e Assistente Social, de acordo com a seguinte informação (ponto 1, Art.º 20º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro):

- Diagnóstico principal de acordo com a Classificação Internacional da Doença (CID);
- Registo de comorbilidades;
- Classificação do grau de funcionalidade segundo a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*;
- Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante;
- Proposta da tipologia de cuidados da RNCCI.

Para efeitos de admissão nas unidades de internamento e equipas domiciliárias da RNCCI é obrigatória a obtenção de prévio consentimento informado por parte do utente, ou do seu representante legal (ponto 4, Art.º 22º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro). É também necessária a entrega de declaração de comparticipação da Segurança Social (modelo AS55-DGSS) e comprovativo de património mobiliário com a data de 31 de dezembro do ano anterior.

### **2.2.2. Importância da interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras**

Na estrutura social moderna, os indivíduos dependem uns dos outros no desempenho das suas tarefas, não se concebendo profissionais que trabalhem sozinhos (Horta cit. por Matheus, 1995, p.13).

Em contrapartida é crucial ter em mente que a família é a célula vital da sociedade, e que ao lidar com transições de saúde/doença, ela possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. Assim, os diversos profissionais das equipas multidisciplinares podem tornar-se parceiros e atores das mudanças ocorridas no seio das famílias, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia.

A *multidisciplinaridade* representa o primeiro nível de integração entre as diferentes áreas disciplinares, caracterizando-se pela existência em simultâneo de várias disciplinas no seio da mesma equipa de trabalho (Japiassú, 1976). Porém, a atuação dos vários saberes acontece de forma fragmentada, não existindo qualquer tipo de cooperação, o que sugere a inexistência de alguma organização ou coordenação entre os mesmos.

Japiassú (1976) defende que a *interdisciplinaridade*, por sua vez, pressupõe uma dinâmica efetiva de cooperação e diálogo entre as diferentes disciplinas, bem como uma organização e articulação coordenada de ação orientada por um interesse comum.

Pereira (2002) sustenta que, só através da permanente cooperação interdisciplinar, será possível manter uma continuidade de cuidados de qualidade.

Loureiro *et al.* (2013) referem-se à importância da interdisciplinaridade associada à transversalidade, em iniciativas promotoras da capacitação, como é o caso do Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde (PROCAPS), a fim de conseguir uma melhoria na qualidade de vida das populações, tornando-as mais aptas e empenhadas

nos processos de tomada de decisão, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas diferenças. Esta capacitação é inerente ao conceito de literacia em saúde, reconhecido como caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e dos níveis de saúde em Portugal (Pedro *et al.*, 2016).

No âmbito da RNCCI, o trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar assume especial importância, uma vez que estão em causa problemáticas que requerem uma avaliação sob diversas perspetivas e uma intervenção articulada de diferentes saberes profissionais, com enfoque na abordagem bio-psico-social do utente. Tais pressupostos estão contemplados no Artigo 3º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho, que define a multidisciplinaridade como “*a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais*” e a interdisciplinaridade como “*a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados*”.

Em qualquer organização, quando não existe trabalho em equipa, a tendência é as pessoas executarem simplesmente as suas tarefas sem que daí tirem satisfação pessoal. A *comunicação interdisciplinar*, através de uma postura de abertura e confiança, é essencial para que o trabalho em equipa seja bem-sucedido. Para isso é necessário o reconhecimento das competências e autonomia dos diferentes grupos profissionais. As falhas de comunicação podem comprometer o desempenho do profissional e da equipa, pondo em causa a qualidade dos cuidados prestados (Fernandes, 2013).

As aptidões emocionais dos profissionais de saúde podem ser deterioradas pelo facto de estes se encontrarem frequentemente expostos a situações de desgaste emocional, conducentes a pressões emocionais e problemas interpessoais, como sejam perturbações do sono, depressão, ansiedade, perturbações sociais e orgânicas, que para além de comprometerem o desempenho profissional, se repercutem na esfera familiar (Agostinho, 2008).

O profissional de saúde deve, de forma racional e emocional nos diferentes contextos práticos da sua vida, ser capaz de adequar e equilibrar o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Neste sentido, a relação profissional de saúde-doente deve orientar-se por atitudes emocionalmente literadas, transmitindo ao doente compreensão, confiança e disponibilidade para o ouvir (Veiga-Branco, 2004).

### 3. Competência Emocional

Para melhor contextualização da temática, é indispensável fazer, numa primeira análise, a distinção entre sentimento e emoção, seguindo-se uma abordagem ao conceito de *Inteligência Emocional* (IE) como ponto de partida para o constructo de *Competência Emocional* (CE).

#### 3.1. Sentimento Vs Emoção

Apesar de sentimento e emoção surgirem comumente como sinónimos, não se trata de um facto.

A natureza humana direciona-nos para uma tendência sentimental, descurando a emotiva. Pese embora distintos, sentimento e emoção são processos que se relacionam. Damásio (2010, p. 142) acredita que *“a emoção e o sentimento são processos distinguíveis, embora façam parte de um ciclo muito apertado”*.

*Sentimento* surge como algo interior, de carácter privado, não sendo possível observá-lo nos outros, exceto pelos sinais que o corpo revela ou alguém verbaliza; contrariamente as *emoções* são dirigidas para o exterior (Damásio, 2010; Lopes, 2013).

Na perspectiva de Solomon (2000), um sentimento não é suficiente para produzir uma emoção. Contrariamente, as emoções são portadoras de carácter cognitivo, como seja na efetivação do medo pelo perigo e da raiva pela ofensa.

A emoção tem sido estudada de forma mais ou menos sistemática ao longo da nossa história e era já definida por Aristóteles como uma energia transformadora, paralela ao prazer ou dor, em ligação direta com a ação. Em meados do século XVIII era usual apelar-se de “paixão” o que seria do domínio da emoção. Após os tempos conturbados da Idade Média em que tudo era entendido e julgado à luz das regras clericais, e até meados do séc. XX, a emoção deu lugar ao conceito da razão.

Lazarus (1991) define-a como uma interação de formas complexas de avaliação cognitiva, com mudanças fisiológicas e impulso para a ação.

Com base na importância de ser emocionalmente inteligente/competente e na sua gestão energética, aparece, no início da década de 90 do século XX, o conceito de *Inteligência Emocional* (Salovey e Mayor, 1990), a partir do conceito de *Inteligências Múltiplas* de Gardner, e que deu origem ao constructo de *Competência Emocional*.

Goleman (2003) defende que não existe consenso entre os vários investigadores, sendo as principais famílias de emoções básicas mais consensuais: a ira, a tristeza, o medo, o prazer, o amor, a surpresa, a aversão e a vergonha.

Estudada e apresentada por Veiga-Branco (2004), a emoção emerge como uma experiência subjetiva, composta por três tipos de comportamento: o *direcionar objetivo*, o *expressivo* e *arousal fisiológico*. Posteriormente, Damásio (2005) definiu-a como uma cascata de mudanças produzidas numa infinidade de órgãos através das terminações das células nervosas sob o controle do sistema cerebral, respondendo a uma determinada entidade ou acontecimento. A amígdala e o córtex cerebral assumem especial destaque neste processo.

Cunha *et al.* (2007) defendem que o conceito de emoção foi o que mais contribuiu para o desenvolvimento do constructo de IE porque agregando a *Motivação* e a *Empatia* seria um elemento crucial para o desenvolvimento das operações mentais.

O controlo das emoções é um fator essencial para o desenvolvimento da IE, sendo esta uma capacidade não meramente cognitiva, e central no equilíbrio e na saúde dos seres humanos (Lopes, 2013).

### 3.2. Inteligência Emocional Vs Competência Emocional

É notória que a responsabilidade da efetiva introdução do conceito de IE no início da década de 90 do século XX, se deve a Mayer e Salovey porém, fazendo uma breve resenha histórica percebe-se que já no início do século XX, Edward L. Thorndike fora pioneiro na investigação em inteligência, iniciando os seus estudos em animais, e mais tarde alargando-os à espécie humana, concluindo que através da combinação de fatores hereditários e congénitos, e ainda fatores quer da envolvente humana quer resultantes do fruto de experiência, algumas pessoas seriam detentoras de um maior número de ligações neurais que outras, o que implicaria serem mais inteligentes (Landy, 2005). Também Charles Darwin, Hanskare Leuner e Stanley Greespan já se teriam referido a este tipo de inteligência. Perante o exposto, embora pareça ambíguo, é certo que o conceito de IE pode ser entendido em função de dois períodos temporais distintos.

A IE diz respeito à capacidade para compreender, avaliar e decodificar expressões e emoções de forma correta, de reagir ou ter acesso a sentimentos, sempre que estes sejam facilitadores da compreensão de si mesmo ou do outro, de compreender

as emoções e o conhecimento derivado delas, de controlar as próprias emoções, assimilar a emoção ao pensamento e integrá-las no raciocínio para promover o crescimento emocional e intelectual (Salovey, Mayer e Caruso, 2000).

A IE está descrita como primária na adaptação a diferentes contextos profissionais, sobretudo naqueles em que a relação com os outros é um fator central.

O conceito de CE surge posteriormente ao conceito inicial de IE (Salovey e Mayer, 1990), e é definido por Goleman (2005) como uma capacidade apreendida que resulta num desempenho extraordinário no trabalho, tendo como base a IE. Este conceito está organizado e fragmentado, pelo mesmo autor, em cinco capacidades – *Autoconsciência*, *Gestão de Emoções*, *Automotivação*, *Empatia* e *Gestão de Relacionamentos/Emoções em Grupo* – com objetivos diferentes, e que avaliam diferentes dimensões do ser humano.

A *autoconsciência* diz respeito à capacidade de conhecer as nossas próprias emoções; a *gestão de emoções* ao sentido de auto domínio ao nível da vertente subjetivo-experiencial e comportamental; a *automotivação* à capacidade de nos motivarmos a nós próprios, através da destreza de alterar padrões comportamentais e atitudinais, partindo da aprendizagem, de utilização da energia das emoções; a *empatia* à capacidade que o indivíduo tem em reconhecer as emoções dos outros e de ser capaz de se colocar no lugar do outro; e a *gestão de relacionamentos/emoções em grupo* à capacidade de identificar os sentimentos de outra pessoa e agir de forma a influenciar esses mesmos sentimentos.

O conceito de CE tem vindo a ser desenvolvido, ao longo do tempo, por vários autores, como Saarni (2002), Bisquerra (2003) e Veiga-Branco (2004a, b; 2005).

Veiga-Branco (2004a, b; 2005) é defensora que a CE não diz respeito a uma só capacidade mas também ao conteúdo efetivo de uma experiência vivida com eficácia e comprova que o conceito de CE não é homogéneo, dado que os cinco domínios não se distribuem de forma regular.

Em 1999 começou por ser desenvolvido um instrumento de pesquisa cuja autora – a Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco – apelidou, inicialmente de *Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional* (EVBCIE) (Veiga-Branco, 2009). Em 2010, foi alvo de uma nova denominação passando, assim, a ser a *Escala Veiga de Competência Emocional* (EVCE) (Veiga-Branco, 2011). Este instrumento analisa os cinco domínios ou capacidades da CE – *Autoconsciência*, *Gestão de Emoções*, *Automotivação*, *Empatia* e *Gestão de*

*Relacionamentos em Grupos*, sendo auto aplicado e incluindo 86 itens de caráter atitudinal e comportamental que sob Análise Fatorial de Componentes Principais, se agrupam em fatores, que convergem num perfil de CE.

Tendo por base o constructo teórico de Veiga-Branco (2004a, b) e Goleman (1995,1999,2010) será aplicada a EVCE (Veiga-Branco, 2011) a profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) das equipas referenciadoras (para a RNCCI) das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados que integram as Unidades Locais de Saúde de Bragança e da Guarda.

### 3.3. Domínios ou Capacidades da CE

Bibliografia recente aponta para uma relação entre Inteligência Emocional, Competência Emocional e Saúde ou pelo menos Bem-estar (Veiga Branco, 2004, 2007, 2008, 2011, 2012; Salovey e Sluyter, 1999; Goleman, 1995, 1999, 2003, 2005; Costa, 2006; Bisquerra, 2002; Nascimento, 2006).

Para Agostinho (2010) trata-se de um tema pertinente na área da saúde enquanto ciência e profissão, uma vez que através de uma reflexão crítica poderá haver uma melhoria dos cuidados de saúde prestados e das condições de trabalho dos profissionais.

Estudos desenvolvidos em Portugal, utilizando a “Escala Veiga de CE” (EVCE5) (Veiga Branco, 2011), inicialmente em contextos educativos – professores, (Veiga-Branco, 2004a, 2005) e mais tarde em enfermeiros em meio hospitalar (Vilela, 2006; Mendonça, 2009; Agostinho, 2010), permitiram a construção de médias analisadas das variáveis em estudo, e posteriormente a análise de um perfil de CE. Assim, Veiga-Branco (2004a, b; 2005), partindo do constructo de Goleman (1995, 1999), dividiu este conceito em cinco domínios, dos quais três se enquadram em competências intrapessoais – *Autoconsciência*, *Gestão de Emoções* e *Automotivação*, e dois em competências interpessoais ou sociais – *Empatia* e *Gestão de Emoções em Grupos*. De seguida analisar-se-á cada um dos domínios.

### **3.3.1. Autoconsciência**

Para Goleman (2004) a *Autoconsciência* é a capacidade de reconhecer um sentimento *in loco*, tendo a percepção do que acontece no seu corpo e o que está a sentir (Goleman, 2003). Ou seja, uma pessoa autoconsciente é aquela que reconhece as suas emoções e respetivos efeitos quer em si própria quer nos outros.

Esta autoconsciência emocional serve de barómetro interior na avaliação de uma atitude tomada ou que poderemos tomar ao nível da sua validade. Havendo discrepância entre ação e valor, ocorrerá um certo mal-estar, manifestado por sentimentos de culpa ou vergonha, dúvidas profundas, constrangimento ou remorso, entre outros.

Veiga-Branco (2005) refere-a como a capacidade do indivíduo conseguir uma alta percepção de si, relativamente às emoções que sente: *“diz respeito à brevidade e especificação geográfica corpórea, de identificar e localizar onde o acontecer das emoções é sentido”*.

Ao nível organizacional assume especial relevo porque *“os profissionais excelentes procuram intencionalmente reações à sua atuação querendo saber como os outros os apreendem, compreendendo que esta será uma informação valiosa sendo talvez em parte por isso que as pessoas autoconscientes têm também melhor desempenho”* (Goleman, 1999, p. 75).

### **3.3.2. Gestão de Emoções**

A gestão de emoções emerge do autoconhecimento, diz respeito à forma como compreendemos e conhecemos as próprias emoções. É a capacidade que nos leva a auto-regular os estados emocionais e o autodomínio, ao invés de adotarmos comportamentos defensivos, de negação e de repressão dos sentimentos.

Na perspetiva de Goleman (2003), as pessoas que não conseguem gerir de forma eficiente as próprias emoções vivem em luta constante com sentimentos de angústia. Pelo contrário, pessoas com esta capacidade desenvolvida superam mais facilmente as adversidades da vida.

Para Veiga-Branco (2004a), pessoas com sentimento de invulnerabilidade tornam-se implacáveis nas percepções dos estímulos e nos comportamentos.

Quando se experienciam emoções como raiva, fúria, cólera, é essencial mobilizar estas energias uma vez que são inibidoras do mal-estar emocional. Veiga-Branco (2004a) acredita que a melhor forma de lidar com o vasto leque de emoções é experienciá-las consciente e controladamente, para decidir a melhor maneira de lidar com os comportamentos e sentimentos que elas provocam. Goleman defende algumas estratégias facilitadoras. A título de exemplo, perante uma situação de raiva refere que o controlo é facilitado pelo processo de empatia, isto é, pensar o que se passa com o outro, descontinuando, assim, o efeito bola de neve (Costa, 2009).

Conhecer o corpo e aprender a modificar algumas componentes dos comportamentos abre caminho ao alcance do autodomínio (Veiga-Branco, 2005).

### **3.3.3. Automotivação**

A automotivação relaciona-se com a forma como usamos e canalizamos as energias para atingir os objetivos traçados, motivadores do dia-a-dia. Ela está presente quando a pessoa sente que existe um sentido para dar à própria vida, quando se sente motivada quer para a vida pessoal, quer para a profissional, com emoção, prazer, com vontade de fazer todo o melhor possível (Costa, 2009).

O *controlo do impulso*, o *adiar a recompensa*, a *ansiedade*, o *otimismo* e a *esperança*, constituem, para Goleman (2003), um conjunto de elementos necessários para se experienciar a automotivação.

Segundo Martineuau e Engelhart (2002), cit. por Agostinho (2010), o controlo do impulso pode ser treinado perante situações em que a pessoa é exposta a situações/objetos que anseia, porém opta por adiar a recompensa por estar, conscientemente, a pensar em benefícios a longo prazo em vez do prazer imediato.

Pessoas com forte otimismo e esperança, para além de mais produtivas, lidam melhor com as situações do quotidiano, evitando cair em sentimentos depressivos (Goleman, 2003).

Goleman (2003), corroborado por Veiga-Branco (2004a, 2004b), considera a ansiedade fundamental para a automotivação, pelo evoluir e prosseguir perante as frustrações.

Pessoas com esta capacidade desenvolvida conseguem ter uma elevada empatia para com o outro, e, por conseguinte, gerir de forma emocionalmente competente os relacionamentos em grupo (Lopes, 2013).

#### **3.3.4. *Empatia***

A empatia nasce da autoconsciência, e na ótica de Goleman, quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias ações, mais hábeis seremos a fazer a leitura dos sentimentos dos outros (Tavares, 2013).

Uma vez desenvolvidas em si as capacidades de autoconsciência e gestão das emoções, a pessoa está apta a identificar no outro aquilo que já conhece em si, em tomar consciência dos sentimentos, das necessidades e das preocupações do outro, sendo capaz de estabelecer laços e de se colocar no lugar do outro, promovendo o sentimento de partilha.

A empatia envolve expressões emocionais verbais e não-verbais, devendo o tom de voz, os gestos e a postura corporal estar de acordo com a mensagem verbal. A escuta ativa constitui um pilar para o estabelecimento da relação empática e, por consequência, para o sucesso das relações interpessoais.

Costa (2009) defende que ser empático significa colocar-se no lugar do outro, encarando as coisas do seu ponto de vista, estando subjacente a compreensão e a sintonia.

Nos profissionais de saúde, a empatia é indispensável na medida em que cuidam do outro. Segundo Lopes (2013) não podemos cuidar sem autoconhecimento nem conhecimento do outro.

#### **3.3.5. *Gestão de emoções em grupo***

Tavares (2013) refere-se à gestão de relacionamentos como a capacidade de perceber, avaliar e descodificar corretamente expressões e emoções, seguindo a linha de pensamento de Salovey, Mayer e Caruso (2000), que a apontam, por um lado, como a capacidade de reagir ou ter acesso a sentimentos, desde que estes facilitem a compreensão de si mesmo ou do outro, e, por outro, a capacidade de compreender as

emoções e o conhecimento derivado delas, para além do controlo das próprias emoções, assimilá-las ao pensamento, e integrá-las no raciocínio para promover o crescimento emocional e intelectual.

Esta capacidade necessita, indubitavelmente, de um desenvolvimento prévio da autoconsciência e da empatia (Goleman, 2003; Veiga-Branco, 2004a). Ela é essencial na adaptação a diferentes contextos profissionais, sobretudo nos quais a relação com os outros e a hospitalidade são fatores centrais (Tavares, 2013). Por este motivo, propõe-se investigar a relação entre a CE nos profissionais de saúde e a satisfação dos prestadores de cuidados informais de utentes internados em UCCI's, cuja referenciação partiu das UCSP's.

#### 4. Competência Emocional em contexto profissional

As emoções desde há muito que têm vindo a ser encaradas como essenciais sob o ponto de vista social, com um papel preponderante na motivação humana, podendo afetar aspetos como a personalidade, as relações sociais, o desempenho profissional, a vida sexual, a educação e, quiçá, a forma de viver dos indivíduos (Vaz Serra, 1999).

A atual complexidade do contexto de saúde impõe uma melhoria da colaboração, comunicação, coordenação e das relações no cuidar entre todos os elementos da equipa de prestação de cuidados, num esforço para alcançar os melhores resultados (Rosenstein e Stark, 2015). Neste sentido, as autoras acreditam que a IE é uma porta de entrada para a otimização da compreensão, motivação e assertividade, beneficiando todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados.

Aveleira (2013) está convicto que profissionais com elevado nível de CE detêm maior capacidade para compreender os comportamentos dos outros bem como os seus sentimentos. Assim, pretende-se verificar a importância da CE na interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras das UCSP's, e consequentemente nos níveis de satisfação.

Vários estudos têm vindo a ser desenvolvidos desde os anos 90 do século XX no âmbito da temática referente à IE. Em Portugal, surgem os primeiros estudos em contexto educativo, em 250 docentes das Escolas ao nível do Ensino Superior Politécnico do Distrito de Bragança (Veiga-Branco, 1999). Seguiram-se estudos desenvolvidos em 464 professores das Escolas ao nível do Ensino Básico e Secundário do distrito de Bragança (Veiga-Branco, 2004a, 2005), em 314 Enfermeiros em contexto hospitalar com vínculo contratual ao Hospital de São Sebastião (Vilela, 2006) e em 297 Enfermeiros a desempenhar funções em hospitais públicos do distrito de Leiria (Agostinho, 2010). Os sucessivos resultados, usados no seu conjunto, possibilitaram aceder à construção de médias analisadas das variáveis preditivas da CE e que levaram ao constructo de um perfil de CE. Posteriormente surgem estudos em 33 Assistentes Sociais da RNCCI (Caetano, 2012), em 58 Fisioterapeutas da RNCCI (Afonso, 2012), em 438 estudantes do ensino superior (Alves *et al.* 2012), em 154 Enfermeiros da RNCCI (Lopes, 2013), em 165 políticos portugueses (Costa, 2014), em 71 Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da região Centro (Tavares, 2017), em 174 Enfermeiros de um Centro Hospitalar da região Centro (Francisco, 2017) e em 102 profissionais de saúde a desempenhar funções em Portugal na abordagem ao doente crítico (Rodrigues, 2017), conforme se pode visualizar na **Tabela 1**.

**Tabela 1** - Apresentação comparativa das variáveis preditivas da Competência Emocional em vários estudos

Domínios		1	2	3	4	5	CE Total
<b>Autores</b>							
<b>Veiga-Branco (1999)</b>	<b>x</b>	4,83	3,78	3,76	4,61	2,83	<b>3,97</b>
	<b>s</b>	0,72	0,55	0,53	0,74	0,50	<b>0,45</b>
	<b>a</b>	0,81	0,68	0,85	0,82	0,85	-
<b>Veiga-Branco (2005)</b>	<b>x</b>	4,16	3,48	3,63	4,60	4,36	<b>3,99</b>
	<b>s</b>	1,39	1,46	1,32	1,25	1,18	<b>0,99</b>
	<b>a</b>	0,69	0,80	0,78	0,88	0,87	-
<b>Vilela (2006)</b>	<b>x</b>	4,05	3,55	3,43	4,87	4,44	<b>3,96</b>
	<b>s</b>	0,51	0,53	0,48	0,68	0,61	<b>0,38</b>
	<b>a</b>	0,71	0,69	0,75	0,83	0,85	-
<b>Agostinho (2010)</b>	<b>x</b>	4,98	4,05	4,93	4,40	4,35	<b>4,58</b>
	<b>s</b>	0,61	0,47	0,52	0,64	0,64	<b>0,44</b>
	<b>a</b>	0,71	0,77	0,75	0,84	0,86	-
<b>Caetano (2012)</b>	<b>x</b>	4,4	4,1	3,8	3,7	4,9	<b>4,7</b>
	<b>s</b>	1,32	0,67	0,78	0,66	0,78	<b>0,77</b>
	<b>a</b>	0,85	0,83	0,84	0,85	0,88	<b>0,95</b>
<b>Afonso (2012)</b>	<b>x</b>	4,1	3,8	3,6	4,8	4,6	<b>4,2</b>
	<b>s</b>	0,47	0,71	0,56	0,64	0,70	<b>0,48</b>
	<b>a</b>	0,69	0,81	0,80	0,79	0,87	-
<b>Alves (2012)</b>	<b>x</b>	4,6	3,9	3,9	4,7	4,6	<b>4,3</b>
	<b>s</b>	0,64	0,71	0,66	0,84	0,85	<b>0,58</b>
	<b>a</b>	0,78	0,79	0,81	0,86	0,89	<b>0,94</b>
<b>Lopes (2013)</b>	<b>x</b>	4,1	3,9	3,8	5,1	4,6	<b>4,2</b>
	<b>s</b>	1,14	1,65	1,69	1,00	1,10	<b>1,14</b>
	<b>a</b>	0,62	0,75	0,71	0,85	0,83	-
<b>Costa (2014)</b>	<b>x</b>	3,95	3,12	3,30	4,83	4,61	<b>3,73</b>
	<b>s</b>	1,35	1,31	1,18	1,22	1,31	<b>1,28</b>
	<b>a</b>	0,71	0,78	0,75	0,84	0,85	-
<b>Tavares (2017)</b>	<b>x</b>	4,1	3,9	3,8	4,9	4,6	<b>4,2</b>
	<b>s</b>	0,48	0,58	0,73	0,97	0,76	<b>0,46</b>
	<b>a</b>	0,60	0,64	0,71	0,55	0,90	<b>0,87</b>
<b>Francisco (2017)</b>	<b>x</b>	4,0	3,9	3,7	4,7	4,5	<b>4,1</b>
	<b>s</b>	0,48	0,58	0,43	0,74	0,89	<b>0,43</b>
	<b>a</b>	0,66	0,71	0,64	0,86	0,85	<b>0,89</b>
<b>Rodrigues (2017)</b>	<b>x</b>	4,9	4,6	5,1	5,1	4,7	<b>4,9</b>
	<b>s</b>	0,66	0,62	0,67	0,74	0,76	<b>0,55</b>
	<b>a</b>	0,81	0,72	0,82	0,84	0,84	-

1-Autoconsciência, 2-Gestão de Emoções, 3- Automotivação, 4-Empatia, 5-Gestão de Emoções em Grupo

Os estudos mencionados atrás abrangeram um procedimento fundamental – a análise fatorial. Assim, da EVCE, os autores extraíram fatores principais a partir de conjuntos de itens que integram cada um dos domínios da CE, explicando a variação dos comportamentos e atitudes da amostra. No presente estudo não foi utilizada esta análise devido ao número insuficiente de respondentes.

**PARTE II**  
**ESTUDO EMPÍRICO**

## 5. Metodologia de Investigação

O enquadramento teórico apresentado anteriormente permitiu adquirir conhecimentos que sustentam o desenvolvimento empírico deste estudo de investigação. Assim, após a fundamentação teórica segue-se a fase metodológica, na qual é exposto “*o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica*” (Fortin, 1999, p.373), pelo que integrará a apresentação dos Materiais e Métodos envolvidos ao longo das seguintes etapas: questões de investigação a partir dos objetivos, tipo de estudo, definição da População e Amostra, identificação e caracterização dos instrumentos de recolha de dados, variáveis em estudo, e o referente aos métodos propriamente ditos – considerações teóricas do tratamento estatístico, procedimentos efetuados, questões éticas, problemáticas e constrangimentos.

### 5.1. Materiais e Métodos

#### 5.1.1. *Questões de Investigação a partir dos Objetivos do estudo*

Na perspetiva de Fortin (1999), o objetivo de um estudo prediz o porquê da investigação. Sendo o objeto de estudo deste trabalho a Relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade, foram traçados objetivos específicos, apresentados na Introdução, e a partir dos quais foram geradas as seguintes Questões de Investigação:

- Quais as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo?
- Qual o perfil de CE das equipas referenciadoras das unidades de CSP?
- Qual o nível de capacidades intrapessoais (autoconsciência e automotivação) e interpessoais (gestão de emoções, empatia e gestão de emoções em grupo) das equipas referenciadoras das unidades de CSP?
- Qual o nível de satisfação dos cuidadores formais enquanto elementos de equipas interdisciplinares dos CSP, relativamente ao vencimento, visibilidade acerca de si mesmo e funções desempenhadas?

- Como são os contextos de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipas interdisciplinares referenciadoras dos CSP?
- Qual a componente funcional de referenciação de utentes para a RNCCI (através dos CSP) nos distritos de Bragança e Guarda?
- Qual o nível de satisfação dos cuidadores informais relativamente às equipas interdisciplinares dos CSP?
- Existe relação entre o nível das capacidades da CE e o sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar?

### **5.1.2. Tipo de Estudo**

Do ponto de vista metodológico, foi desenvolvido um procedimento do tipo quantitativo, descritivo e correlacional. Os testes estatísticos utilizados permitem descrever as variáveis e estudar as relações entre variáveis no sentido de determinar a natureza dessas relações e encontrar eventuais correlações.

Segundo Coutinho (2013, p.298) num estudo descritivo “(...) o objetivo é recolher dados que permitam descrever da melhor maneira possível comportamentos, atitudes, valores e situações”.

### **5.1.3. Universo e Amostra**

Os autores relacionados com a metodologia científica, nomeadamente em Ciências Sociais, focam a amostra como um elemento central dos estudos, considerando que a “*amostragem é o processo de seleção dos sujeitos que participam num estudo*” (Coutinho, 2013, p.89).

Partindo da estrutura inicial do Projeto de Investigação (**Anexo II**), que sustenta este trabalho empírico, foi projetado o estudo das variáveis dependentes em dois grupos amostrais, que em conjunto dizem respeito à amostra global:

**A** – um grupo – os **cuidadores formais** – que diz respeito aos profissionais de saúde dos CSP (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais), enquanto cuidadores formais, pertencentes à ULS Guarda E.P.E. e ULS Nordeste E.P.E., num total de 64 respondentes. Constituiu-se critério de exclusão: ser

profissional de saúde que não integrasse unidades de CSP das tipologias UCSP;

**B** – outro grupo – os **cuidadores informais** – correspondente aos familiares ou outras pessoas prestadoras de cuidados, a utentes admitidos (atualmente ou recentemente) em Unidades de Internamento de CC dos distritos de Bragança e da Guarda, num total de 14 respondentes. Constitui critério de exclusão desta amostra: ser cuidador informal de utentes inscritos em UCSP's de outras regiões do país que não sejam Bragança ou Guarda.

Assim, e no total, a amostra global obtida compreende 78 respondentes (**Tabela 2**) que constituem uma amostra de tipologia não probabilística e acidental ou por conveniência, formada por sujeitos presentes num local, em momento preciso, e cuja probabilidade de serem escolhidos para formar a amostra não é igual (Fortin, 1999).

Atendendo a que foram obtidas estas duas amostras distintas, como atrás se especificou, apresenta-se agora a origem de cada uma delas separadamente.

A primeira amostra – de **cuidadores formais** – insere dois grupos: um grupo de 30 profissionais que pertencem à ULS Nordeste, E.P.E., e 34 que pertencem à ULS Guarda, E.P.E. Estes dois grupos (ULS Nordeste e ULS Guarda) serão separadamente estudados, no sentido de os comparar, relativamente às variáveis sociodemográficas e profissionais.

A segunda amostra – de **cuidadores informais** - corresponde a cuidadores de utentes admitidos em Unidades de Internamento de CC dos distritos de Bragança e Guarda, nomeadamente ULDM Freixo de Espada-à-Cinta, ULDM Torre de Moncorvo, UMDR Freixo de Numão, ULDM Guarda e ULDM Almeida. De salientar que foi solicitado pedido de autorização para aplicação de questionários na ULDM Gouveia, o qual foi recusado. Foram obtidos 15 indivíduos no estudo, tendo sido retirado um por se enquadrar nos critérios de exclusão, o que fez um total de 14 participantes: 9 respostas provenientes da ULDM Freixo de Espada-à-Cinta, 2 da UMDR Freixo de Numão, 3 da ULDM Almeida e nenhuma resposta da ULDM Torre de Moncorvo e ULDM Guarda.

**Tabela 2** - Apresentação sumária da distribuição geográfica da amostra em estudo

		<b>Origem geográfica da Amostra</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>Grupo amostral de Cuidadores Formais</b>	ULS Guarda, E.P.E.	UCSP Mêda	4	6,3	<b>100</b>
		UCSP Figueira de Castelo Rodrigo	6	9,3	
		UCSP Guarda	6	9,3	
		UCSP Trancoso	10	15,6	
		UCSP Vila Nova de Foz Côa	8	12,5	
	ULS Nordeste, E.P.E.	UCSP Bragança I - Sé	8	12,5	
		UCSP Bragança II – Santa Maria	3	4,7	
<b>Grupo amostral de Cuidadores Informais</b>	UCCI	UCSP Torre de Moncorvo	9	14,1	<b>100</b>
		UCSP Vila Flor	10	15,6	
		ULDM Almeida	3	21,4	
	UCCI	ULDM Freixo de Espada-à-Cinta	9	64,3	
		UMDR Freixo de Numão	2	14,3	

#### **5.1.4. Instrumento de Recolha de Dados**

De acordo com Coutinho (2013, p.105) *“Todo e qualquer plano de investigação, seja ele de cariz quantitativo, qualitativo ou multimetodológico implica uma recolha de dados originais por parte do investigador”*.

A escolha do instrumento de recolha de dados prende-se com as variáveis em estudo e a sua operacionalização, atendendo a diversos fatores, designadamente os objetivos do estudo, o nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida (Fortin, 1999).

Optou-se pela aplicação de dois questionários distintos, de elaboração para efeitos do presente estudo: um dirigido a profissionais de saúde de CSP (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) pertencentes à ULS Guarda E.P.E. e ULS Nordeste E.P.E. (**Anexo III**) e outro destinado a Prestadores de Cuidados Informais de utentes admitidos (atualmente ou recentemente) em Unidades de Internamento de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e da Guarda (**Anexo IV**). O primeiro questionário inclui ainda um instrumento de medida – Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) (Veiga-Branco, 2011) – de origem portuguesa, adaptado e validado à população de enfermeiros no estudo de Vilela (2006).

Coutinho (2013) considera o questionário, um instrumento de amplo alcance, embora de natureza impessoal, com custos médios menores, apesar de não ser tão rico

em pormenores como a entrevista, e cuja certeza de obtenção da totalidade de índice de retorno seja incerta.

Atendendo que a investigação aplicada a seres humanos pode, eventualmente, causar danos aos direitos e liberdade das pessoas, foram elaborados, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, dois modelos de Consentimento Informado, livre e esclarecido para participação em investigação para ambos os questionários (**Anexos V e VI**), onde profissionais de saúde e prestadores de cuidados informais ficaram a conhecer o estudo e seu enquadramento, assim como questões relacionadas com as condições, financiamento, confidencialidade e anonimato.

#### ***A – Questionário dirigido a profissionais de saúde de CSP pertencentes à ULS Guarda, E.P.E. e ULS Nordeste, E.P.E.***

Este instrumento de recolha de dados encontra-se dividido em três partes, tendo sido submetido a um pré-teste a fim de verificar possíveis dificuldades no preenchimento do mesmo, sendo convidados três profissionais de saúde do contexto de relações profissionais e pessoais da investigadora, que referiram tratar-se de um instrumento extenso. Foi escolha da investigadora manter o instrumento de medida EVCE na íntegra sob pena de perder dados importantes relativos aos domínios da CE.

A primeira parte do questionário corresponde à caracterização sociodemográfica do participante em estudo, formada por cinco questões.

A segunda diz respeito à caracterização profissional, com 20 questões, nem todas de resposta obrigatória. A título de exemplo na questão 9 quem respondeu que “não é referenciador para a RNCCI” **dá por terminada** esta parte do questionário avançando para o instrumento de medida (EVCE) incluído na terceira parte.

A terceira parte alude ao instrumento de medida EVCE (Veiga-Branco, 2011), uma escala que vem sustentar o objeto de estudo e a qual foi desenvolvida pela orientadora desta investigação. A EVCE permite a mensuração, em 86 itens, de variáveis comportamentais e atitudinais de cada uma das cinco habilidades ou domínios da CE – Autoconsciência (20 itens), Gestão de Emoções (19 itens), Automotivação (21 itens), Empatia (12 itens) e Gestão de Relacionamentos em Grupos (14 itens). Trata-se de uma escala tipo *Likert*, de frequência temporal, que varia entre 1 e 7 sendo que: 1- “nunca”, 2- “raramente”, 3- “pouco frequente”, 4- “por norma”, 5- “frequente”, 6- “muito frequente”, 7- “sempre”. Os participantes assinalam a frequência, de acordo com a sua

autoperceção, com que vivenciam cada uma das situações descritas. O 4-“por norma”, que é um ponto mediano, foi assumido como ponto de corte. Desta feita, o score da EVCE varia entre o ponto mínimo 86 ( $86*1$ ) e o ponto máximo 602 ( $86*7$ ), e tem como ponto de corte 344 ( $86*4$ ). Para além do exposto, existem ainda itens invertidos para cada uma das dimensões da CE (**Tabela 3**).

**Tabela 3** - Itens invertidos para as dimensões da CE na EVCE

<b>Dimensões da CE</b>	<b>Itens invertidos</b>
Autoconsciência	1: b), c), f) 2: a), b), c), d) 3: a), e), g)
Gestão de Emoções	2: a), b) 3: a), e) 4: a), c)
Automotivação	1: c), d), e), f) 2: c), d), f) 3: a), c), d), e)
Empatia	3: b)

No presente estudo foi determinado, para cada um dos cinco domínios, o *alfa* de Cronbach ( $\alpha$ ) por forma a medir o grau de consistência interna entre os itens agrupados, conforme mostra o **Tabela 4**:

**Tabela 4** - Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) obtidos para os cinco domínios da CE

<b>Dimensões da CE</b>	<b><math>\alpha</math></b>	<b>n</b>
Autoconsciência	0,906	20
Gestão de emoções	0,701	19
Automotivação	0,900	21
Empatia	0,879	12
Gestão de emoções em grupos	0,891	14
<b>CE Total</b>	<b>0,961</b>	<b>86</b>

A pertinência da escolha deste instrumento de medida prende-se com o facto de:

- Ser de origem portuguesa, evitando problemas de culturalidade;
- Estar adaptada e validada à população portuguesa;
- Ter obtido valores de consistência interna (*alfa* de Cronbach), em diversos estudos, incluindo o presente estudo, que assumem a validade do IRD;
- Ser uma escala de cinco dimensões de CE correspondentes às do constructo teórico;

- Favorecer um tratamento estatístico rigoroso;
- A autora da escala ser a orientadora deste estudo.

***B – Questionário dirigido a Prestadores de Cuidados Informais de utentes admitidos em Unidades de Internamento de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e da Guarda***

Este instrumento de recolha de dados divide-se em duas partes: a primeira correspondente à caracterização sociodemográfica do participante em estudo e a segunda à avaliação da satisfação do prestador de cuidados informal relativamente à UCSP na qual o utente se encontra inscrito (e que o referenciou para a RNCCI) e aos profissionais de saúde que o integram – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos.

A primeira parte é constituída por 7 questões com referência às variáveis independentes: idade, sexo, estado, civil, escolaridade, área de residência.

A segunda parte diz respeito à operacionalização e mensuração da variável em estudo: **nível de satisfação** dos prestadores de cuidados informais em relação à UCSP e aos profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) relativamente a experiências relacionadas com a referenciação para a RNCCI. Encontra-se subdividida em quatro grupos, cujos itens (27 no total), estão por sua vez operacionalizados através de uma escala, de elaboração própria, tipo *Likert* segundo o grau de satisfação, que varia entre 1 e 5 sendo que: 1-“muito insatisfeito”, 2-“insatisfeito”, 3-“indiferente”, 4-“satisfeito”, 5-“completamente satisfeito”. O score desta escala varia entre o ponto mínimo 27 (27\*1) e o ponto máximo 135 (27\*5).

***5.1.5. Variáveis em estudo***

Para Coutinho (2013, p.71) uma variável trata-se de um atributo que reflete ou expressa um conceito ou constructo, podendo assumir diferentes valores.

Existem, para a autora supramencionada, diversos tipos de variáveis sob pontos de vista distintos. Sob o ponto de vista metodológico atendemos apenas a duas variáveis: dependente e independente. A primeira não pode existir só por si, está sempre sujeita a outra variável, e varia pela ação da variável independente. A variável

independente é manipulada pelo investigador num estudo experimental, por forma a medir o seu efeito na variável dependente.

Neste estudo assumem-se como variáveis dependentes:

- Competência Emocional;
- Interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras dos CSP.

São variáveis independentes:

- Variáveis **sociodemográficas** dos profissionais de saúde: idade, sexo, estado civil, residência e condições habitacionais;
- Variáveis relativas ao contexto e local de trabalho: formação académica, profissão, constituição da equipa, satisfação relativa às funções desempenhadas;
- Variáveis relativas às tarefas e funções de referenciação em contexto de trabalho: satisfação relativa às funções desempenhadas no processo de referenciação;
- Variáveis **sociodemográficas** dos prestadores de cuidados informais: idade, sexo, estado, civil, escolaridade, área de residência.
- **Nível de satisfação** dos prestadores de cuidados informais em relação aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários relativamente a experiências relacionadas com a RNCCI.

## 5.2. Métodos propriamente ditos

### ***5.2.1. Procedimentos de aplicação dos instrumentos de recolha de dados***

A recolha da amostra deste estudo decorreu na janela temporal de Agosto de 2017 a Fevereiro de 2018, contrariando as previsões, onde foram respeitados todos os critérios éticos, obedecendo ao seguinte procedimento:

- Consultado o *site* oficial da ACSS com o intuito de identificar as UCPS's das ULS Guarda E.P.E. e ULS Nordeste E.P.E., selecionando cinco UCSP's de cada uma das ULS para aplicação do questionário dirigido aos profissionais de saúde;

- Consultado o site oficial da ACSS para conhecer e selecionar seis UCCI's, três do distrito de Bragança e três do distrito da Guarda, para aplicar o questionário dirigido aos prestadores de cuidados informais de utentes admitidos nestas unidades;
- Solicitados pedidos de autorização de aplicação dos instrumentos de recolha de dados via carta e e-mail, nos casos em que não se obteve resposta por carta, quer para as ULS's quer para as UCCI's;
- Após autorização das entidades contactadas (**Anexo VII**), os questionários, e respetivos consentimentos informados, foram enviados por correio para as unidades mais distantes e entregues pessoalmente nas unidades que se encontravam mais próximas da investigadora. Ressalvar que foi estabelecido contacto telefónico com os Enfermeiros/Diretores técnicos e clínicos de cada unidade para informar da aplicação dos questionários e esclarecer eventuais dúvidas.

A recolha dos questionários foi da responsabilidade da investigadora, efetuando-se da seguinte forma:

- Nas unidades cujos questionários foram entregues pessoalmente, após o término do período de aplicação, a investigadora dirigiu-se à pessoa que assumiu a responsabilidade de os reunir procedendo à sua recolha;
- Nas unidades mais distantes foi enviado envelope *via verde* com despesas a cargo da investigadora para que os Enfermeiros/Diretores técnicos e clínicos devolvessem os questionários após o término da sua aplicação.

Finalizado o processo de recolha de dados, através dos questionários, foram elaboradas duas bases de dados, correspondentes às duas amostras, no programa de análise estatística de dados SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 23, às quais apenas a investigadora e orientadoras científicas acederam.

### **5.2.2. Tratamento estatístico**

Os dados nominais recolhidos raramente são passíveis de serem submetidos a análise sem que sejam traduzidos em categorias ou formas numéricas e posteriormente

transferidos e analisados em computador (Polit e Hangler, 1995). De acordo com estes autores a estatística descritiva permite não só a descrição como o conjunto de resumo de dados. A seleção dos procedimentos estatísticos foi feita de forma a dar resposta aos objetivos traçados.

Como exposto anteriormente, o tratamento estatístico foi realizado informaticamente através do programa SPSS versão 23, utilizando estatística descritiva, com base em frequências relativas (%) e absolutas (n), medidas de tendência central (média,  $\bar{x}$ ) e medidas de dispersão (desvio-padrão,  $s$ ), sobretudo no que concerne às variáveis sociodemográficas e relativas ao contexto de trabalho dos profissionais.

Para avaliar a fiabilidade interna da CE Total e das suas dimensões recorreu-se ao *alfa* de *Cronbach* ( $\alpha$ ). Este coeficiente é uma forma de medida que possibilita a correlação entre os itens, variando entre zero e um. Entende-se como fiabilidade *aceitável* valores entre 0,6 e 0,7, *boa* acima de 0,8 e *alta* acima de 0,95. Como exposto no subcapítulo 5.1.4. (**Tabela 4**) a consistência interna da CE e das suas dimensões neste estudo oscilou entre 0,701 e 0,961.

Foram estudadas as relações entre variáveis através de testes paramétricos para comparação de médias de amostras independentes – teste t de *student*, e testes não-paramétricos para amostras que não cumprem este requisito – 1-way ANOVA. Os pressupostos dos testes paramétricos, nomeadamente o de normalidade de distribuição e o de homogeneidade de variâncias foram analisados com o teste de *Levene*.

A replicação de coeficientes de correlação de *Pearson* ( $r$ ) e correspondentes significâncias estatísticas permitiram examinar a interdependência entre variáveis dependentes e independentes. O valor de significância utilizado foi  $p < 0,05$ .

### 5.2.3. *Problemáticas e Constrangimentos*

Ao longo deste percurso a investigadora deparou-se com problemáticas e constrangimentos, alguns deles apenas percecionados como tal apenas no momento da recolha e análise de dados. Destacam-se:

- A demora em obtenção de autorização de aplicação dos questionários em algumas unidades, relacionada com o período de férias/verão que decorria e com a quantidade de pedidos de participação em estudos de investigação;

- A baixa adesão dos profissionais de saúde para participar no estudo, talvez motivada pela extensão do IRD (inicialmente foram distribuídos 100 questionários por estes profissionais, tendo sido obtidos apenas 64 devidamente preenchidos);
- A falta de disponibilidade dos profissionais de saúde para solicitarem aos cuidadores informais de utentes internados em UCCI que respondessem ao IRD associada ao analfabetismo de alguns desses cuidadores, relatada posteriormente pelos profissionais junto dos quais se recolheram os questionários (dos 50 questionários apenas foram recolhidos 14 válidos);
- O número reduzido de utentes internados em UCCI's que respeitassem os critérios de inclusão para participação no estudo;
- A dificuldade em recolher os questionários numa das UCSP por se desconhecer o paradeiro dos mesmos havendo necessidade de os reaplicar;
- A dificuldade na articulação entre a investigadora e orientadora científica por motivos laborais e distância geográfica de ambas as partes.

## 6. Apresentação dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos mediante as técnicas estatísticas utilizadas informaticamente.

### 6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

#### *6.1.1. Amostra dos profissionais de saúde de CSP pertencentes às ULS Guarda, E.P.E. e ULS Nordeste, E.P.E.*

Esta amostra é constituída na sua totalidade por 64 profissionais de saúde, tendo sido dividida em **dois grupos** para podermos comparar os resultados obtidos na ULS Guarda, E.P.E. com os da ULS Nordeste E.P.E. Assim, obtiveram-se respostas de 34 profissionais de saúde da ULS Guarda, E.P.E. e 30 da ULS Nordeste, E.P.E. conforme evidencia a **Tabela 5**:

**Tabela 5** - Distribuição da amostra por ULS

ULS	n	%
Guarda, E.P.E.	34	53,1
Nordeste, E.P.E.	30	46,9
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

Para melhor compreensão da constituição da amostra procedeu-se à caracterização da mesma distinguindo as duas ULS.

Quanto às variáveis “sexo” e “idade” constata-se que, da amostra total (n=64), 51 são mulheres das quais 21,6% (n=11) têm idade inferior a 35 anos, 37,3% (n=19) entre 35-45 e 41,2% (n=21) mais de 45; dos 13 homens da amostra 7,7% (n=11) tem idade inferior a 35 anos, 15,4% (n=2) entre 35-45 e 76,9% (n=10) mais de 45 (**Tabela 6**). A média da idade situa-se nos 45,39 anos ( $x=45,39$ ), sendo a idade mínima 23 e a máxima 65.

**Tabela 6** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "sexo" e "idade"

	ULS Guarda				ULS Nordeste				Total			
	Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo		Sexo	
Idade	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<35 anos	6	24,0	1	11,1	5	19,2	0	0,0	11	21,6	1	7,7
35-45 anos	5	20,0	1	11,1	14	53,8	1	25,0	19	37,3	2	15,4
>45 anos	14	56,0	7	77,8	7	26,9	3	75,0	21	41,2	10	76,9
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>51</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Relativamente à variável “estado civil” verifica-se que a maioria da amostra (n=64) é *casada/vive em união de facto* (76,6%; n=49), seguindo-se os *solteiros* (14,1%; n=9) e por fim os *divorciados/separados* (9,4%; n=6) (**Tabela 7**).

**Tabela 7** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "estado civil"

Estado Civil	ULS Guarda		ULS Nordeste		Total	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro(a)	6	17,6	3	10,0	9	14,1
Casado(a)/União de Facto	24	70,6	25	83,3	49	76,6
Divorciado(a)/ Separado(a)	4	11,8	2	6,7	6	9,4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>

Analisando as variáveis “residência” e “condições habitacionais” apura-se que da amostra total (n=64) 19 pessoas habitam no *meio rural* e 45 no *meio urbano*. Das que habitam no *meio rural* 10,5% (n=2) considera as suas “condições habitacionais” *razoáveis*, 26,3% (n=5) *excelentes* e 63,2% (n=12) *boas*. As pessoas a habitar no meio urbano acreditam ter “condições habitacionais” da seguinte forma: 2,2% (n=1) *razoáveis*, 20,0% (n=9) *excelentes* e 77,8% (n=35) *boas* (**Tabela 8**).

**Tabela 8** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "residência" e "condições habitacionais"

	ULS Guarda				ULS Nordeste				Total			
	Resid.		Resid.		Resid.		Resid.		Resid.		Resid.	
C. Habit.	M. Rural	M. Urbano	M. Rural	M. Urbano	M. Rural	M. Urbano	M. Rural	M. Urbano	M. Rural	M. Urbano	M. Rural	M. Urbano
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Razoáveis	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	4,3	2	10,5	1	2,2
Boas	7	58,3	17	77,3	5	71,4	18	78,3	12	63,2	35	77,8
Excelentes	3	25,0	5	22,7	2	28,6	4	17,4	5	26,3	9	20,0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

Resid. – Residência; C. Habit. – Condições habitacionais; M. Rural – Meio rural; M. Urbano – Meio Urbano

**6.1.2. Amostra de cuidadores informais de utentes admitidos em unidades de internamento de CC dos distritos da Guarda e de Bragança.**

Esta amostra é constituída por 14 prestadores de cuidados informais cujos utentes se encontram admitidos em unidades de CC com as seguintes frequências relativas: 21,4% na ULDM Almeida (distrito da Guarda), 14,3% na UMDR Freixo de Numão e 64,3% na ULDM Freixo de Espada-à-Cinta (distrito de Bragança) (**Tabela 9**).

**Tabela 9** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável “internamento na unidade de CC”

Distrito	Cuidados Continuados	Total	
		n	%
Guarda	ULDM Almeida	3	21,4
Bragança	UMDR Freixo de Numão	2	14,3
	ULDM Freixo de Espada-à-Cinta	9	64,3
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>

Atendendo ao “centro de saúde em que o utente se encontra inscrito” confirma-se que a menor percentagem diz respeito ao distrito da Guarda (7,1% UCSP Vila Nova de Foz Côa, 7,1% UCSP Figueira de Castelo Rodrigo e 14,3% UCSP Almeida), contrastando com o de Bragança (7,1% UCSP Carrazeda de Ansiães, 7,1% UCSP Torre de Moncorvo e 57,1% UCSP Freixo de Espada-à-Cinta) (**Tabela 10**).

**Tabela 10** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável “Centro de Saúde em que o utente se encontra inscrito”

ULS	UCSP	Total	
		n	%
Guarda	Vila Nova de Foz Côa	1	7,1
	Figueira de Castelo Rodrigo	1	7,1
	Almeida	2	14,3
Nordeste	Carrazeda de Ansiães	1	7,1
	Torre de Moncorvo	1	7,1
	Freixo de Espada-à-Cinta	8	57,1
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>

Quanto à variável “sexo”, 78,6% (n=11) da amostra são *mulheres* e 21,4% (n=3) são *homens*, com idades compreendidas entre os 31 e os 92 anos de idade, consoante se pode observar na **Tabela 11**.

**Tabela 11** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "sexo " e "idade"

Idade \ Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
30-40 anos	6	54,5	1	33,3	7	50,0
41-50 anos	2	18,2	0	0,0	2	14,3
51-60 anos	2	18,2	1	33,3	3	21,4
61-70 anos	0	0,0	1	33,3	1	7,1
≥71 anos	1	9,1	0	0,0	1	7,1
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Tendo em conta a variável “estado civil” constata-se que 7,1% (n=1) dos cuidadores informais são *divorciados/separados*, 14,3% (n=2) *viúvos*, 21,4% (n=3) *solteiros*, sendo maioritariamente *casados/união de facto* (57,1%; n=8) (**Tabela 12**).

**Tabela 12** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "estado civil"

Estado Civil	Total	
	n	%
Solteiro(a)	3	21,4
Casado(a)/União de Facto	8	57,1
Divorciado(a)	1	7,1
Viúvo(a)	2	14,3
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Quanto à variável “escolaridade”, 7,1% (n=1) da amostra frequentou o *2º ciclo*, 21,4% (n=3) o *ensino básico*, 28,6% (n=4) o *ensino secundário* e 42,9% (n=6) o *ensino superior* (**Tabela 13**).

**Tabela 13** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "escolaridade"

Escolaridade	Total	
	n	%
Ensino básico	3	21,4
2º ciclo	1	7,1
Ensino secundário	4	28,6
Ensino superior	6	42,9
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Relativamente à variável “residência” afere-se que existem cuidadores informais a habitar noutros distritos que não sejam os da Guarda e Bragança (**Tabela 14**). No entanto, a maioria reside no distrito de Bragança (78,4%; n=11).

**Tabela 14** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "residência"

Distrito	Localidade	Total	
		n	%
Guarda	Vila Nova de Foz Côa	1	7,1
	Urros	1	7,1
Bragança	Selores	1	7,1
	Vale da Mula	1	7,1
	Freixo de Espada-à-Cinta	8	57,1
Lisboa	Lisboa	1	7,1
Coimbra	Coimbra	1	7,1
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>

## 6.2. Caracterização profissional da amostra de cuidadores formais

Para a caracterização profissional são consideradas as variáveis independentes relativas ao contexto e local de trabalho – “formação académica”, “profissão”, “constituição da equipa” e “satisfação relativa às funções desempenhadas” –, e ainda as relacionadas com as tarefas e funções de referenciação em contexto de trabalho – “satisfação relativa às funções desempenhadas no processo de referenciação”.

Atendendo à variável “profissão” apura-se que na totalidade (n=64) responderam ao questionário 4 *Assistentes Sociais* (3 da ULS Nordeste e 1 da ULS Guarda), 42 *Enfermeiros* (20 da ULS Nordeste e 22 da ULS Guarda) e 18 *Médicos* (7 da ULS Nordeste e 11 da ULS Guarda). No que concerne à variável “formação académica”, 1,6% (n=1) da amostra total possui o *Bacharelato*, 25,0% (n=16) *pós-graduação*, 25,0% (n=16) *mestrado* e 48,4% (n=31) *licenciatura* (**Tabela 15**).

**Tabela 15** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "profissão" e "formação académica"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F. Académica														
Bacharelato	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Licenciatura	1	100	11	50,0	5	45,5	1	33,3	10	50,0	3	42,9	31	48,4
Pós-Graduação	0	0,0	7	31,8	3	27,3	0	0,0	4	20,0	2	28,6	16	25,0
Mestrado	0	0,0	3	13,6	3	27,3	2	66,7	6	30,0	2	28,6	16	25,0
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Por outro lado, pode observar-se que 45,3% (n=29) dos profissionais *discorda totalmente* do “vencimento” que auferem, 32,8% (n=21) *discorda*, 12,5% (n=8) *concorda*, 6,3% (n=4) é *indiferente* e 3,1% (n=2) *concorda totalmente* (**Tabela 16**). Dos três grupos profissionais, em ambas as ULS, os Enfermeiros são os mais insatisfeitos.

**Tabela 16** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "vencimento" e "profissão"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.		n	%
Vencimento	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
D. Totalmente	0	0,0	14	63,6	0	0,0	1	33,3	14	70,0	0	0,0	29	45,3
Discordo	0	0,0	6	27,3	5	45,5	1	33,3	4	20,0	5	71,4	21	32,8
Indiferente	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	5,0	2	28,6	4	6,3
Concordo	1	100	0	0,0	5	45,5	1	33,3	1	5,0	0	0,0	8	12,5
C. Totalmente	0	0,0	1	4,5	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

D. Totalmente – Discordo Totalmente, C. Totalmente – Concordo Totalmente, A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Comparando as variáveis “satisfação relativa às funções desempenhadas” e “desempenho da profissão na área de residência” pode ver-se que na amostra dos profissionais que exercem a profissão na sua área de residência a maioria estão *satisfeitos* com as funções desempenhadas. O mesmo acontece para os profissionais que *não* exercem a profissão na área de residência (**Tabela 17**).

**Tabela 17** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "satisfação relativa às funções desempenhadas" e "desempenho da profissão na área de residência"

A. Residência	ULS Guarda				ULS Nordeste				Total			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
Satisfação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Discordo	2	8,0	1	11,1	5	21,7	0	0,0	7	14,6	1	6,3
Indiferente	2	8,0	0	0,0	4	17,4	3	42,9	6	12,5	3	18,8
Concordo	16	64,0	7	77,8	13	56,5	4	57,1	29	60,4	11	68,8
Concordo Totalmente	5	20,0	1	11,1	1	4,3	0	0,0	6	12,5	1	6,3
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>48</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

A. Residência – Área de residência

Relativamente à variável independente “visibilidade acerca de si mesmo” constata-se que a maioria dos profissionais dos três grupos possui uma *boa* visibilidade com uma percentagem de 82,8% (n=53). Contudo apenas os Enfermeiros, de ambas as ULS, se situam, embora que minoritariamente (n=2; 3,1%) na *fraca* visibilidade (**Tabela 18**).

**Tabela 18** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "visibilidade acerca de si mesmo" e "profissão"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.		n	%
Visibilidade	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fraca	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	3,1
Indiferente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	14,3	2	3,1
Boa	1	100	20	90,9	9	81,8	3	100	15	75,0	5	71,4	53	82,8
Excelente	0	0,0	1	4,5	2	18,2	0	0,0	3	15,0	1	14,3	7	10,9
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Quando questionados sobre a “aceitação das suas opiniões” pelos restantes profissionais no local de trabalho 70,3% (n=45) da amostra *concorda*. Os Enfermeiros são os únicos profissionais que apresentam o nível de discordância (n=1; 1,6%), pese embora sejam os Médicos os que se mostram mais *indiferentes* (**Tabela 19**).

**Tabela 19** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "aceitação das suas opiniões" e "profissão"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.		n	%
Aceitação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Discordo	0	0,0	1	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
Indiferente	0	0,0	1	4,5	2	18,2	0	0,0	6	30,0	3	42,9	12	18,8
Concordo	1	100	17	77,3	8	72,7	2	66,7	13	65,0	4	57,1	45	70,3
C. Totalmente	0	0,0	3	13,6	1	9,1	1	33,3	1	5,0	0	0,0	6	9,4
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

C. Totalmente – Concordo Totalmente, A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Acerca da “formação em Cuidados Continuados” apenas 31,3% (n=20) da amostra *possui* formação, sendo que a ULS Guarda possui maior número de profissionais especializados (n=11) quando comparada com a ULS Nordeste (n=9) (**Tabela 20**).

**Tabela 20** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "formação em Cuidados Continuados" e "profissão"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.		n	%
Formação	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	0	0,0	8	36,4	3	27,3	3	100	5	25,0	1	14,3	20	31,3
Não	1	100	14	63,6	8	72,7	0	0,0	15	75,0	6	85,7	44	68,8
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Da amostra, 60,9% (n=39) dos profissionais são “referenciadores para a RNCCP”. Contudo, a ULS Nordeste possui maior número de profissionais que referenciam para a RNCCI (66,7%; n=20 num universo de 30) quando comparada com a ULS Guarda (55,9%; n=19 num universo de 34) (**Tabela 21**).

**Tabela 21** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para as variáveis "referenciador para a RNCCI" e "profissão"

Profissão	ULS Guarda						ULS Nordeste						Total	
	A.S.		Enf.		Méd.		A.S.		Enf.		Méd.		n	%
Referenciador	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1	100	8	36,4	10	90,9	3	100	12	60,0	5	71,4	39	60,9
Não	0	0,0	14	63,6	1	9,1	0	0,0	8	40,0	2	28,6	25	39,1
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>

A.S. – Assistente Social, Enf. – Enfermeiro, Méd. - Médico

Quando questionados “Porque não é referenciador para a RNCCI?” os profissionais respondem de diversas formas, maioritariamente ligadas com a existência de uma equipa referenciadora específica.

Dos 39 profissionais que referenciam para a RNCCI, 58,9% (n=23) mencionam que a referência é efetuada por *Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social*, 35,9% (n=14) dizem existir uma *equipa referenciadora* e 5,2% (n=2) afirmam que é feita de *outra forma (Enfermeiro e Assistente social, n=1; Assistente Social, Médico de Família e as Enfermeiras da Comunidade, n=1)* (**Tabela 22**).

**Tabela 22** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "forma como é feita a referenciação para a RNCCI"

Referenciação	Total	
	n	%
Equipa Referenciadora	14	35,9
Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social	23	58,9
Outro	2	5,2
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

No que concerne à “existência de elementos de todos os grupos profissionais para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI” 76,9% (n=30) responderam *sim* (**Tabela 23**). Dos que retorquiram *não* (n=9), a totalidade refere não existir *Assistente Social* (**Tabela 24**).

Para “finalizar o processo de referenciação perante a inexistência de um grupo profissional” 55,6% (n=5) *solicita a um profissional externo ao serviço que proceda à avaliação*, 22,2% (n=2) *substitui a avaliação do técnico por uma avaliação efetuada por si*, 11,1% (n=1) *envia a proposta de referenciação à ECL sem avaliação desse técnico* e 11,1% (n=1) *solicita à restante equipa* (**Tabela 25**).

**Tabela 23** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "existência de elementos de todos os grupos profissionais para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI"

Existência de todos os elementos	Total	
	n	%
Sim	30	76,9
Não	9	23,1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

**Tabela 24** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "elementos inexistentes para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI"

Elementos inexistentes	Total	
	n	%
Assistente Social	9	100,0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

**Tabela 25** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "forma como se procede para finalizar o processo de referenciação perante a inexistência de um grupo profissional"

Elementos inexistentes	Total	
	n	%
Substitui a avaliação do técnico por uma avaliação efetuada por si	2	22,2
Solicita a um profissional externo ao serviço que proceda à avaliação	5	55,6
Envia a proposta de referenciação à ECL sem avaliação desse técnico	1	11,1
Outro: restante equipa	1	11,1
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Ainda sobre o processo de referenciação, 53,8% (n= 21) *não* “sente que existe resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde”, contrastando com 28,2% (n=11) que sentem que *existe* e 18,0% (n=7) que *desconhece* tal facto (**Tabela 26**).

**Tabela 26** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "sentimento de resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde"

Sentimento de resistência	Total	
	n	%
Sim	11	28,2
Não	21	53,8
Desconhece	7	18,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Dos profissionais que referenciam para a RNCCI, 87,2% (n=34) *trocam* “experiências de referenciação com outros colegas no local de trabalho” (**Tabela 27**).

**Tabela 27** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "troca de experiências de referenciação com outros colegas no local de trabalho"

Troca experiências	Total	
	n	%
Sim	34	87,2
Não	5	12,8
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Em relação ao processo burocrático de referenciação, 56,4% (n=22) dos profissionais *não* sente dificuldade na sua operacionalização (**Tabela 28**).

**Tabela 28** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "sentimento de dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referência"

Sente dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referência	Total	
	n	%
Sim	17	43,6
Não	22	56,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Quando questionados acerca dos “recursos existentes (tipologias de cuidados e respetiva localização) assim como a sua especificidade no processo de referência”, 84,6% (n=33) dos referenciadores afirma conhecê-los (**Tabela 29**).

**Tabela 29** - Apresentação da distribuição dos valores da frequência absoluta (n) e da frequência relativa (%) para a variável "conhecimento dos recursos existentes"

Conhece os recursos existentes	Total	
	n	%
Sim	33	84,6
Não	6	15,4
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

### 6.3. Perfil de CE nos Profissionais de Saúde

Através da média das cinco dimensões, assumidas como variáveis independentes para os itens da EVCE, obteve-se a distribuição dos valores da variável dependente “Competência Emocional”. A análise descritiva da CE Total e das suas dimensões pode ser conferida na **Tabela 30**.

**Tabela 30** - Apresentação da distribuição dos valores médios das dimensões da CE e da CE Total

Dimensões da CE	x	s
Autoconsciência	5,11	0,77
Gestão de Emoções	4,59	0,54
Automotivação	4,98	0,72
Empatia	4,73	0,78
Gestão de Emoções em Grupo	4,54	0,72
<b>CE Total</b>	<b>4,82</b>	<b>0,61</b>

Atendendo à frequência temporal da escala de *Likert* da EVCE em que 1=“nunca” e 7=“sempre”, afere-se que a amostra se encontra próximo da atribuição *frequente*, podendo dizer-se que estes profissionais estão *frequentemente* “autoconscientes” (x=5,11; s=0,77), “automotivados” (x=4,98; s=0,72), “gerem as suas emoções” (x=4,59; s=0,54), são “empáticos” (x=4,73; s=0,78) e “gerem as suas emoções em grupo” (x=4,54; s=0,72).

Determinou-se o coeficiente de correlação de *Pearson* (r) entre as cinco dimensões que caracterizam o perfil de CE e a CE Total, verificando-se que todas as correlações são estatisticamente significativas (p<0,05) e que todas as dimensões da CE contribuem positivamente para a CE Total (**Tabela 31**).

**Tabela 31** - Apresentação da análise correlacional entre as cinco dimensões da CE e a CE Total: coeficiente de correlação de *Pearson* (r) e nível de significância (p)

		Autoconsciência	G. Emoções	Automotivação	Empatia	G. E. Grupo
Autoconsciência	r	1				
	p	0,000				
G. Emoções	r	0,762	1			
	p	0,000	0,000			
Automotivação	r	0,797	0,786	1		
	p	0,000	0,000	0,000		
Empatia	r	0,642	0,708	0,660	1	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	
G. E. Grupo	r	0,519	0,640	0,529	0,698	1
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
<b>CE Total</b>	r	<b>0,893</b>	<b>0,902</b>	<b>0,902</b>	<b>0,836</b>	<b>0,752</b>
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

G. Emoções – Gestão de Emoções, G. E. Grupo – Gestão de Emoções em Grupo

\*p<0,05

A nível de intensidade das correlações surgem de forma decrescente a “Automotivação” e “Gestão de Emoções” (r=0,902; p=0,000), a “Autoconsciência” (r=0,893; p=0,000), a “Empatia” (r=0,836; p=0,000) e por fim a “Gestão de Emoções em Grupo” (r=0,752; p=0,000).

Atendendo aos três pontos de corte da EVCE obtêm-se três níveis de CE: *baixo nível* (1-3,49), *nível moderado* (3,50-5,49) e *elevado nível* (5,50-7). A seguir apresentam-se os níveis de CE para cada uma das dimensões e para a CE Total (**Tabela 32**).

**Tabela 32** - Apresentação da distribuição dos valores da variável “Nível de CE”

		Baixo nível	Nível moderado	Elevado nível	Total
Autoconsciência	n	0	43	21	64
	%	0,0	67,2	32,8	100
Gestão de Emoções	n	1	58	5	64
	%	1,6	90,6	7,8	100
Automotivação	n	0	48	16	64
	%	0,0	75,0	25,0	100
Empatia	n	1	49	14	64
	%	1,6	76,6	21,9	100
Gestão de Emoções em Grupo	n	2	56	6	64
	%	3,1	87,5	9,4	100
<b>CE Total</b>	<b>n</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>10</b>	<b>64</b>
	<b>%</b>	<b>0,0</b>	<b>84,4</b>	<b>15,6</b>	<b>100</b>

#### 6.4. Relação entre o sexo, a CE e as dimensões da CE

Do estudo da relação entre o “sexo” e a CE e as dimensões da CE observa-se que existem diferenças entre as médias dos grupos (feminino e masculino), contudo não são estatisticamente significativas. O género *feminino* é o que apresenta médias mais elevadas para todas as dimensões da CE e para a CE Total, embora com valores próximos do género *masculino*, situando-se na frequência temporal “frequente” da EVCE (**Tabela 33**).

**Tabela 33** - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s) e p-value da variável "sexo" em relação às dimensões da CE e da CE Total

Dimensões da CE	Sexo	n	x	s	p-value
Autoconsciência	Masculino	13	4,812	0,718	0,117
	Feminino	51	5,188	0,772	
Gestão de Emoções	Masculino	13	4,514	0,579	0,566
	Feminino	51	4,612	0,538	
Automotivação	Masculino	13	4,674	0,676	0,092
	Feminino	51	5,052	0,718	
Empatia	Masculino	13	4,641	0,695	0,654
	Feminino	51	4,752	0,811	
Gestão de Emoções em Grupo	Masculino	13	4,500	0,958	0,842
	Feminino	51	4,545	0,654	
<b>CE Total</b>	<b>Masculino</b>	<b>13</b>	<b>4,638</b>	<b>0,649</b>	<b>0,237</b>
	<b>Feminino</b>	<b>51</b>	<b>4,862</b>	<b>0,593</b>	

\*p<0,05

## 6.5. Relação entre a idade, a CE e as dimensões da CE

No que pertence à variável “idade” confirma-se que existe uma correlação negativa com a dimensão “Empatia” ( $r=-0,004$ ;  $p\text{-value}=0,976$ ) e uma correlação positiva com todas as outras dimensões, inclusive com a CE Total. Isto é, a “idade” é inversamente proporcional à “Empatia”, ao passo que é diretamente proporcional às restantes dimensões da CE e à CE Total. Não obstante, sem significado estatístico (**Tabela 34**).

**Tabela 34** - Apresentação da análise correlacional entre a variável "idade", a CE Total e as suas dimensões: coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ ) e  $p\text{-value}$

<b>Dimensões da CE</b>		<b>Idade</b>
Autoconsciência	<b>r</b>	0,014
	<b>p-value</b>	0,913
Gestão de Emoções	<b>r</b>	0,047
	<b>p-value</b>	0,711
Automotivação	<b>r</b>	0,051
	<b>p-value</b>	0,691
Empatia	<b>r</b>	-0,004
	<b>p-value</b>	0,976
Gestão de Emoções em Grupo	<b>r</b>	0,132
	<b>p-value</b>	0,297
<b>CE Total</b>	<b>r</b>	<b>0,053</b>
	<b>p-value</b>	<b>0,678</b>

\* $p<0,05$

## 6.6. Relação entre a profissão, a CE e as dimensões da CE

Da pesquisa da relação entre a profissão, a CE Total e as suas dimensões nota-se que existem diferenças entre as médias obtidas, porém não estatisticamente significativas. Tanto a CE Total como as suas dimensões situam a sua média na frequência temporal “frequente” da EVCE para todos os grupos profissionais, embora com algumas variações nos scores mínimos e máximos (**Tabela 35**).

**Tabela 35** - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s), p-value, mínimo (min) e máximo (max) da variável "profissão" em relação à CE Total e as suas dimensões

Dimensões da CE	Profissão	n	x	s	min	max	p-value
Autoconsciência	Assistente Social	4	5,100	0,756	4,00	5,70	0,703
	Enfermeiro	42	5,168	0,786	3,75	6,70	
	Médico	18	4,983	0,766	3,85	6,10	
G. Emoções	Assistente Social	4	4,592	0,424	4,00	5,00	0,993
	Enfermeiro	42	4,598	0,563	3,42	5,79	
	Médico	18	4,579	0,544	3,74	5,74	
Automotivação	Assistente Social	4	4,905	0,659	4,00	5,57	0,980
	Enfermeiro	42	4,979	0,749	3,76	6,43	
	Médico	18	4,982	0,704	3,76	6,05	
Empatia	Assistente Social	4	4,687	0,688	4,00	5,58	0,616
	Enfermeiro	42	4,798	0,841	2,75	6,25	
	Médico	18	4,579	0,674	3,83	6,00	
G. E. Grupo	Assistente Social	4	4,607	0,472	4,00	5,14	0,971
	Enfermeiro	42	4,539	0,677	3,36	5,64	
	Médico	18	4,512	0,871	3,50	7,00	
<b>CE Total</b>	Assistente Social	<b>4</b>	<b>4,802</b>	<b>0,543</b>	<b>4,00</b>	<b>5,15</b>	<b>0,894</b>
	Enfermeiro	<b>42</b>	<b>4,842</b>	<b>0,607</b>	<b>3,71</b>	<b>6,06</b>	
	Médico	<b>18</b>	<b>4,760</b>	<b>0,648</b>	<b>3,81</b>	<b>5,95</b>	

G. Emoções – Gestão de Emoções, G. E. Grupo – Gestão de Emoções em Grupo

\*p<0,05

#### 6.7. Relação entre a satisfação relativa às funções desempenhadas, a CE e as dimensões da CE

Agruparam-se os níveis de satisfação em *insatisfeito/indiferente* e em *satisfeito* e correlacionaram-se com a CE e as suas dimensões. Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas para a CE Total e as suas dimensões, excetuando-se a “Gestão de Emoções” (p=0,099) e a “Empatia” (p=0,059). Ambos os grupos se situam na frequência temporal “frequente” da EVCE à exceção do grupo *insatisfeito/indiferente* para as dimensões “Gestão de Emoções”, “Empatia” e “Gestão de Emoções em Grupo” que estão na frequência temporal “por norma” (**Tabela 36**).

**Tabela 36** - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio-padrão (s) e p-value da variável "satisfação relativa às funções desempenhadas" em relação à CE total e as suas dimensões

Dimensões da CE	Satisfação	n	x	s	p-value
Autoconsciência	Insatisfeito/Indiferente	17	4,679	0,827	0,006
	Satisfeito	47	5,268	0,694	
Gestão de Emoções	Insatisfeito/Indiferente	17	4,406	0,666	0,099
	Satisfeito	47	4,659	0,482	
Automotivação	Insatisfeito/Indiferente	17	4,599	0,860	0,011
	Satisfeito	47	5,111	0,619	
Empatia	Insatisfeito/Indiferente	17	4,422	0,888	0,059
	Satisfeito	47	4,840	0,722	
Gestão de Emoções em Grupo	Insatisfeito/Indiferente	17	4,227	0,581	0,037
	Satisfeito	47	4,647	0,734	
<b>CE Total</b>	Insatisfeito/Indiferente	<b>17</b>	<b>4,489</b>	<b>0,704</b>	<b>0,008</b>
	Satisfeito	<b>47</b>	<b>4,935</b>	<b>0,527</b>	

\*p<0,05

#### 6.8. Satisfação dos prestadores de cuidados informais em relação aos profissionais de saúde

Da análise descritiva efetuada para conhecer o grau de satisfação dos prestadores de cuidados informais face aos três grupos profissionais envolvidos no processo de referenciação para a RNCCI, comprova-se que, apesar do reduzido número de participantes no estudo (n=14), há diferenças nas médias, sendo os Enfermeiros aqueles que obtêm valores mais elevados (x=4,19; s=0,77), situados no nível *satisfeito* (**Tabela 37**).

**Tabela 37** - Apresentação da distribuição dos valores de frequência absoluta (n), média (x), desvio padrão (s), mínimo (min) e máximo (max) da variável "grau de satisfação" dos prestadores de cuidados informais relativamente aos profissionais envolvidos no processo de referenciação

Satisfação	n	x	s	min	max
Médicos	14	3,81	1,06	1	5
Enfermeiros	14	4,19	0,77	2,57	5
Assistentes Sociais	14	3,86	0,95	1	5
<b>Centro de Saúde</b>	<b>14</b>	<b>3,92</b>	<b>0,71</b>	<b>2,83</b>	<b>5</b>

## 7. Discussão dos resultados

Apresentados os resultados, prossegue-se a discussão e análise crítica dos dados obtidos nas duas amostras: profissionais de saúde e prestadores de cuidados informais.

O processo de discussão dos resultados é na perspetiva de Gil (1995) uma atividade intelectual que procura atribuir um significado amplo aos dados obtidos, vinculando-se a outros conhecimentos prévios.

Nesta fase serão tidos em conta os autores e estudos explanados no enquadramento teórico, que tiveram como objeto de estudo a Competência Emocional, a Interdisciplinaridade e a Satisfação. Assim, pretende-se comparar os resultados obtidos nas amostras com dados recolhidos em outras populações e contextos. Por questões de organização os resultados serão discutidos por ordem de objetivos propostos enumerados na fase metodológica.

Atendendo ao primeiro objetivo deste estudo “*Conhecer as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo*” verifica-se que:

- relativamente aos profissionais de saúde, a amostra é maioritariamente do “sexo” *feminino* com *mais de 45 anos* de “idade” (**Tabela 6**), sendo, contudo, a ULS Nordeste a que apresenta um número superior de elementos “mais jovens”. Em ambos os grupos, maioritariamente são *casados/união de facto* (**Tabela 7**), e habitam sobretudo em *meio urbano* considerando as suas “condições habitacionais” *boas* (**Tabela 8**). Em termos sociodemográficos não se encontraram diferenças entre os grupos;
- quanto aos prestadores de cuidados informais, a amostra (n=14) “reside” sobretudo no distrito de Bragança (n=11; 78,4%), estando as pessoas de quem cuidam “inscritas” maioritariamente em Centros de Saúde pertencentes à ULS Nordeste (n=10; 71,3%) (**Tabela 10**) e “internadas” proporcionalmente em unidades de Cuidados Continuados do distrito de Bragança (n=11; 78,6%) (**Tabela 9**), o que poderá estar associado a um envelhecimento mais elevado no nordeste transmontano e à falta de redes de suporte. Desta amostra, 78,6% (n=11) são *mulheres*, com “idades” compreendidas *entre os 30-40 anos* (**Tabela 11**), maioritariamente *casadas/união de facto* (**Tabela 12**) e com estudos *superiores* (**Tabela 13**), o que vem corroborar a literatura existente. De facto são as mulheres que

mais cuidam dos seus familiares, no entanto pela emancipação das mesmas e por opção da carreira profissional ficam limitadas na disponibilidade para prestar cuidados às pessoas dependentes, o que as leva a recorrerem a redes de suporte formais (públicas e privadas) para colmatar as necessidades dessas pessoas, conforme afirma Imaginário (2004).

A competência é, em qualquer contexto, alvo de atenção inter e intrapessoal, assumindo especial relevância no desempenho laboral e profissional (Veiga-Branco, 2009). Conforme defende Agostinho (2010), um profissional que se deixa absorver por emoções negativas, sente-se capaz de lhes escapar, condicionando todo o seu comportamento intra e inter-relacional. Nesta linha de pensamento “*Conhecer o perfil de CE dos profissionais das equipas referenciadoras das unidades de CSP*” constitui um dos objetivos de investigação levado a cabo através da estatística descritiva; não foi possível proceder à análise fatorial devido ao número insuficiente de participantes no estudo. Assim, conheceu-se o grau de consistência interna (pela determinação do coeficiente *alfa* ( $\alpha$ ) de Cronbach) e a correlação da CE Total e das suas dimensões (pela determinação do coeficiente de correlação de *Pearson* ( $r$ )).

Para a CE Total obteve-se um  $\alpha=0,961$ , já para a “Autoconsciência” o valor foi de 0,906, para a “Gestão de Emoções” 0,701, para a “Automotivação” 0,900, para a “Empatia” 0,879 e para a “Gestão de Emoções em Grupo” 0,891 (**Tabela 4**). Conclui-se que a EVCE exhibe um elevado grau de confiabilidade, indo de encontro aos diversos estudos existentes.

Analisou-se a correlação da CE Total e das suas dimensões na amostra com o constructo teórico, encontrando-se o sentido e a força dessas relações através do coeficiente de correlação de *Pearson* (**Tabela 31**). A “Gestão de Emoções” e a “Automotivação” são as dimensões que apresentam uma correlação mais forte com a CE Total ( $r=0,902$ ;  $p=0,000$ ), sendo a “Gestão de Emoções em Grupo” a que tem uma correlação mais fraca, embora moderada e de forma positiva ( $r=0,752$ ;  $p=0,000$ ). Comparando com estudos anteriores verifica-se que a correlação entre a CE Total e a “Gestão de Emoções” corrobora os resultados de Agostinho (2010) e a correlação entre a CE Total e a “Automotivação” os valores apresentados por Veiga-Branco (1999) e Vilela (2006).

Com o propósito de “*Conhecer o nível de capacidades intrapessoais (autoconsciência e automotivação) e interpessoais (gestão de emoções, empatia e gestão de emoções em grupo) dos profissionais das equipas referenciadoras das unidades de CSP*” estudaram-se as médias para a CE Total e para as cinco dimensões. A CE Total obteve uma média de 4,82 ( $s \pm 0,61$ ) (**Tabela 30**) situando-se no *nível moderado de CE* (**Tabela 32**). Analisando-se individualmente os cinco domínios da CE verifica-se que todos estão no *nível moderado de CE*. A “Autoconsciência” é a dimensão com valores médios mais elevados ( $x=5,11$ ;  $s \pm 0,77$ ) corroborando estudos de Veiga-Branco (1999) e Agostinho (2010), sendo a “Gestão de Emoções em Grupo” aquela com valores mais baixos ( $x=4,54$ ;  $s \pm 0,72$ ) o que vai de encontro aos resultados de Veiga-Branco (1999) e contraria os de Caetano (2012), no qual apresentou os valores médios mais elevados (**Tabela 1**).

Do estudo das diferenças nas médias da CE Total e dos seus domínios para os três grupos profissionais, observa-se que há, de facto, diferenças entre os grupos mas sem significado estatístico ( $p > 0,05$ ) (**Tabela 35**). Os Enfermeiros são os mais “autoconscientes” ( $x=5,168$ ;  $s \pm 0,786$ ), que melhor “gerem as suas emoções” ( $x=4,598$ ;  $s \pm 0,563$ ) e os mais “empáticos” ( $x=4,798$ ;  $s \pm 0,841$ ), o que cria um sentimento de alívio e contentamento uma vez que a enfermagem é considerada por muitos autores a arte do cuidar e a empatia uma ferramenta básica de comunicação no processo de prestação de cuidados. Os Assistente Sociais apesar de serem os que melhor “gerem as emoções em grupo” ( $x=4,607$ ;  $s \pm 0,472$ ) são os menos “motivados” ( $x=4,905$ ;  $s \pm 0,659$ ). Por fim, os Médicos constituem o grupo mais “motivado” ( $x=4,982$ ;  $s \pm 0,704$ ) contudo, são os menos “autoconscientes” ( $x=4,983$ ;  $s \pm 0,766$ ), os menos “empáticos” ( $x=4,579$ ;  $s \pm 0,674$ ), os que pior “gerem as suas emoções” ( $x=4,579$ ;  $s \pm 0,544$ ) e as “emoções em grupo” ( $x=4,512$ ;  $s \pm 0,871$ ). Os resultados referentes a este último grupo fomentam sentimentos de inquietação, pois poderá estar em causa o atendimento prestado ao utente, quer pela compreensão dos seus problemas, pela comunicação ou pela transmissão de más notícias, e, conseqüentemente, a sua satisfação, quiçá motivada pela carga de trabalho. Este seria um objeto de estudo a apostar futuramente.

Quanto à variável “sexo” dos profissionais de saúde obtiveram-se médias mais elevadas para o género *feminino*, embora sem significado estatístico, para todas as dimensões da CE ( $x=4,54-5,18$ ) e para a CE Total ( $x=4,86$ ;  $s \pm 0,59$ ), o que vai de encontro, por um lado, aos estudos de Goleman (2000) em que as mulheres tinham maior “perceção das emoções”, mostravam “mais empatia” e eram “mais competentes

nas relações interpessoais” e, por outro, ao estudo de Antão e Veiga-Branco (2012) em estudantes do ensino superior e cuja amostra foi a mesma utilizada por Alves (2012). A dimensão “Gestão de Emoções em Grupo” foi a que registou valores mais baixos para ambos os géneros (*feminino*:  $x=4,54$ ,  $s\pm 0,65$ ; *masculino*:  $x=4,50$ ;  $s\pm 0,96$ ); pelo contrário a dimensão “Autoconsciência” obteve os valores mais elevados quer para as mulheres ( $x=5,19$ ;  $s\pm 0,77$ ) quer para os homens ( $x=4,81$ ;  $s\pm 0,72$ ) (**Tabela 33**).

Correlacionou-se a variável “idade” com a CE Total e as suas dimensões (**Tabela 34**) percebendo-se que nesta amostra a “idade” possui uma correlação negativa ( $r=-0,004$ ;  $p\text{-value}=0,978$ ) com a “Empatia” e uma correlação positiva com todas as outras, incluindo a CE Total. Outrora Vilela (2006, p.127) era defensor que mais idade era sinónimo de mais experiência profissional e inevitavelmente de maior autoperceção de “(...)gestão de relacionamentos em grupos”, “perceção positiva de si, como pessoa”, “ocorrência de fenómenos emocionais”, “controlo usando a razão”, “segurança e independência”, “uso de energia emocional para se automotivarem”, “sintonia relacional”, “perceção emocional e sincronismo com os outros”, “estabilidade pessoal e relacional”.

Goleman (2005) identificou seis formas principais de as organizações desmotivarem e desmoralizarem os seus funcionários: *carga de trabalho excessiva, falta de autonomia, magra recompensa, perda de contactos, injustiça e conflito de valores*. Desta feita, pretendeu-se “**Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores formais enquanto elementos de equipas interdisciplinares dos CSP, relativamente ao vencimento, visibilidade acerca de si mesmo e funções desempenhadas**”. Da análise descritiva da satisfação dos profissionais de saúde relativamente ao “vencimento”, atesta-se que a maioria se encontra insatisfeito (**Tabela 16**). Os Enfermeiros são aqueles que apresentam mais elevados níveis de insatisfação, com 28 participantes ( $n= 44$ ) a *discordar totalmente* do seu salário.

Estudos de Batista *et al.* (2005) referem que o salário dos enfermeiros é apontado como sendo um dos motivos de maior insatisfação no trabalho, em função da responsabilidade. A remuneração surge, por um lado, como um *fator motivador*, uma vez que proporciona melhores condições de vida e a possibilidade de fixação num único trabalho, aumentando a qualidade do serviço prestado, e, por outro, como um *fator desestimulante*. Para estes trabalhadores o salário não atende às necessidades pessoais e

profissionais, não se adequa à realidade capitalista e é inconciliável para as atribuições, carga horária e estudos ao nível superior.

Quando questionados acerca da “visibilidade” que têm de si próprios, 82,8% (n=53) da amostra assinala a opção “boa” (**Tabela 18**). Os Enfermeiros são o único grupo que, embora minoritariamente, opta pela resposta “fraca” (n=2; 3,1%), acontecimento algo preocupante dado que ainda existe uma conotação depreciativa da enfermagem. Estudos realizados (Kemmer e Silva, 2007) acerca das representações sociais da enfermagem em todo o mundo apontam para a invisibilidade do Enfermeiro, caracterizado por realizar tarefas meramente técnicas, subordinadas à área médica e com atuação denotativa de mão-de-obra barata. Os próprios Enfermeiros têm contribuído para a sua invisibilidade, nos meios de comunicação social, por não tomarem uma posição mesmo quando possuem algo de relevância para ser comunicado. Cardoso *et al.* (2005, p. 31) defendem que “*os enfermeiros devem desenvolver competências de comunicação pública, de relação com os media e de divulgação da produção científica*”.

Relativamente às “funções desempenhadas” a maioria está satisfeito (n=40) (**Tabela 17**). Intui-se que esta satisfação possa estar relacionada com aspetos apontados por Robbins (2009) como:

- a perspetiva de um trabalho pessoalmente interessante e significativo, no qual os trabalhadores possam demonstrar as suas competências, leque variado de tarefas e feedback sobre o resultado da concretização das mesmas, sucesso e sentimento de realização, autonomia na tomada de decisão, clareza de papéis, ausência de conflitos, ausência de fadiga física e monotonia;
- recompensas adequadas (financeiras ou não), promoções justas e de acordo com as suas expetativas;
- condições de trabalho favoráveis relacionadas com ausência de riscos;
- bom relacionamento com os colegas e com as chefias, possibilitando a interação social, relações de confiança e partilha de valores.

Na opinião de Martinez *et al.* (2004) o trabalho é encarado como uma componente da felicidade humana, sendo a felicidade no trabalho resultante da satisfação de necessidades psicossociais, do sentimento de prazer e do sentimento de

contribuição no exercício da atividade profissional. Pretende-se desta forma “*Conhecer os contextos de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipas interdisciplinares referenciadoras dos CSP*”. Para dar prossecução a este objetivo são consideradas três variáveis “aceitação das suas opiniões”, “Formação em Cuidados Continuados” e o facto de ser “Referenciador para a RNCCI” que se encontram interligadas com a “satisfação das funções desempenhadas” já analisada no objetivo anterior.

Comparativamente ao grau de satisfação que os profissionais de saúde manifestaram, também a “aceitação das suas opiniões” mereceu um elevado grau de concordância (n=45; 70,3%) (**Tabela 19**). Ainda assim, 18,8% (n=12) da amostra mostrou-se indiferente à questão “*As suas opiniões são aceites pelos restantes profissionais no seu local de trabalho?*”, algo inquietante numa equipa dita interdisciplinar. A fraca comunicação interprofissional, entre outros fatores, reflete a disputa por um estatuto profissional (Mariano,1989). Por outro lado, Ellingson (2002) é defensor que o domínio dos saberes disciplinares se sobrepõe com alguma frequência ao trabalho interdisciplinar, tendendo os membros da equipa a encarar a sobreposição de papéis como uma problemática e fonte de conflito. McCallin (2009, p.63) explica que “*a prática dos médicos (...) baseia-se no modelo biomédico, os enfermeiros preferem o modelo bio-pisico-socio-espiritual, (...) enquanto o modelo psicossocial é a base da prática do Serviço Social.*” Assim o desconhecimento destes tipos de abordagens para cada profissão dificulta o diálogo interprofissional. O autor supramencionado defende que os profissionais com uma visão clara da própria identidade profissional, são mais recetivos a diferentes pontos de vista.

Estudando a variável “formação em Cuidados Continuados”, verifica-se que 68,8% (n=44) da amostra não possui formação especializada nesta área de atuação (**Tabela 20**). Como diria Marx (2010, p.109) “*(...) o olho humano frui de forma diversa da que o olho rude, não humano (frui); o ouvido humano diferentemente do ouvido rude, etc.*”. Quer isto dizer que é necessário apostar mais na formação dos profissionais de saúde para que haja um desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes que lhes permitam transformar o *olho rude* em *olho humano*. No âmbito da RNCCI, a formação contínua permite manter a homogeneidade na avaliação dos critérios de inclusão dos utentes, evitando avaliações desnecessárias e desadequadas às suas reais necessidades (NHS Improvement Stroke, 2012). Além disso, está previsto na legislação em vigor, art.º 18, ponto 2 da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, que aos

profissionais de saúde deve ser garantida a participação em ações de formação, no âmbito das orientações e objetivos gerais da RNCCI e em ações promovidas por outras entidades sempre que correspondam aos objetivos da Rede e contribuam para a formação contínua.

Como se constata, 60,9% (n=39) da amostra são referenciadores para a RNCCI verificando-se que 22 Enfermeiros e 3 Médicos não o são (**Tabela 21**). Tal facto prende-se sobretudo com a existência de equipas referenciadoras nas UCSP criadas especificamente para esse efeito.

O Relatório de Implementação e Monitorização da RNCCI (2014) aponta para a falta de divulgação perante a população, famílias/cuidadores informais, o próprio sistema de saúde, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados de Saúde Primários, acerca de informações relevantes sobre a RNCCI, os seus objetivos, recursos existentes e acesso. Em 2011, o OPSS cit. por Cunha (2017) defendia que o processo de sinalização e referenciação deveria ser repensado e melhorado. Um inadequado processo de sinalização e referenciação pode estar interligado, segundo Duffy *et al.* (2011) cit. por Cunha (2017) aos recursos humanos envolvidos, à sua falta de formação, desinteresse ou falta de conhecimento dos profissionais que participam no processo, ausência de uniformização e consensualização de procedimentos e à falta de comunicação entre as organizações, os serviços e as próprias equipas. Propôs-se neste estudo, perante tais circunstâncias, ***“Conhecer a componente funcional de referenciação de utentes para a RNCCI (através dos CSP) em dois distritos diferentes: Bragança e Guarda”***. A amostra obtida inclui dois grupos: ULS Guarda, E.P.E. e Nordeste, E.P.E. Atenderam-se a aspetos considerados básicos: “forma como é feita a referenciação”, “existência de elementos de todos os grupos profissionais para serem formalizadas as referenciações para a RNCCI”, “forma como se procede para finalizar o processo de referenciação perante a inexistência de um grupo profissional”, “sentimento de resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde”, “troca de experiências de referenciação com outros colegas no local de trabalho”, “dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referenciação” e “conhecimento dos recursos existentes”.

Um total de 58,9% (n=23) da amostra revela que a referenciação é efetuada por *Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social*, o que pressupõe que nestas UCSP’s estará implementado o modelo de Enfermeiro de Família consagrado no D.L. n.º

298/2007, de 22 de Agosto. Ora são, realmente, os Enfermeiros e Médicos de Família que melhor conhecem os utentes, as famílias e as comunidades. Todavia há a hipótese da referenciação partir de uma *equipa referenciadora* (n=14; 35,9%) (**Tabela 22**).

Dos profissionais envolvidos nos processos de referenciação, 23,1% (n=9) apontam para a *inexistência de elementos de todos os grupos profissionais*, sendo o Assistente Social o elemento em falta (n=9; 100%) (**Tabelas 23 e 24**). Ora, na falta do Assistente Social os participantes no estudo apresentam duas preferências de resposta à questão “*Como procede para finalizar o processo de referenciação perante a inexistência de um grupo profissional?*”: 55,6% (n=5) *solicita a um profissional externo ao serviço que proceda à avaliação* e 22,2% (n=2) *substitui a avaliação do técnico por uma avaliação efetuada por si* (**Tabela 25**). Nenhuma das respostas parece satisfatória, pelos motivos que a seguir se enumeram:

- Está em causa o conceito de interdisciplinaridade contemplado no D.L. n.º 101/2006, de 6 de junho e nos seus subsequentes, descurando a importância do domínio de saberes e da intervenção do Assistente Social.
- Conforme o art.º 20, ponto 1 da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro “*os profissionais de saúde dos hospitais designadamente, médicos, enfermeiros e assistentes sociais, referenciam as pessoas com critérios clínicos para potencial ingresso na RNCCP*”. Desta leitura, e sendo o processo idêntico para referenciações provenientes dos CSP (art.º 20, ponto 4 da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro) como é possível satisfazer o requisito enunciado no art.º 20, alínea d) da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro que alude à necessidade de “*Avaliação médica, de enfermagem, do serviço social e qualquer outra informação relevante?*”?
- A falta de admissão em UCCI próxima do domicílio, havendo vontade expressa do utente e vagas para ser admitido, como é do conhecimento de causa da investigadora, leva ao incumprimento do art.º 20, ponto 8 da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, onde se pode ler que “*na referenciação do utente para unidade ou equipa deve ter -se em conta a proximidade da área do domicílio do utente relativamente à unidade ou equipa e sempre que possível ter em consideração a sua preferência*”. Passo a exemplificar: entre 2016-2017 era impossível referenciar utentes inscritos na UCSP de Vila Nova de Foz Côa, e com residência neste concelho, para a UCCI de Freixo de Numão, situada a escassos km, uma vez que esta

unidade estava sob a competência da ARS Norte e a ECL ULS Nordeste/Mirandela não permitia o ingresso em qualquer unidade sem informação de um técnico de serviço social. Assim sendo, aos profissionais da UCSP de Vila Nova de Foz Côa, equipa que integro, restavam duas opções: **1)** propunha-se ao utente e família/cuidador informal a escolha por outra UCCI do distrito da Guarda visto a ECL Guarda Norte aceitar a proposta sem a avaliação deste técnico ou com uma avaliação social elaborada por um profissional de outra área, como o Enfermeiro, ou **2)** recorria-se a um Assistente Social externo ao serviço para que elaborasse um relatório social, o assinasse e a ECL ULS Nordeste/Mirandela não descobrisse que este técnico não fazia parte da UCSP. Todo este processo trazia constrangimentos e insatisfação não só para o utente e família/cuidador informal como para a equipa, sobretudo os Enfermeiros.

A maioria dos profissionais (n=21; 53,8%) *não sente que haja resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde (Tabela 26), troca experiências de referência com outros colegas no local de trabalho (n=34; 7,2%) (Tabela 27), não sente dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referência (56,4%; n=22) (Tabela 28) e conhece os recursos existentes (n=33; 84,6%) (Tabela 29)*. A linha entre os que *sentem* e os que *não sentem* dificuldade na operacionalização burocrática do processo é muito ténue, indo de encontro ao que já foi dito anteriormente acerca da possibilidade do mesmo ser inadequado.

No que respeita ao objetivo “*Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores informais relativamente às equipas interdisciplinares dos CSP*” verifica-se que, apesar do reduzido número amostral (n=14), os cuidadores informais se encontram *satisfeitos* (x=3,92; s±0,71) com o Centro de Saúde em que a pessoa cuidada está inscrita. Incluem-se nesta subescala aspetos que têm a ver com a estrutura física e acessibilidade, o atendimento geral, a organização do serviço, a articulação entre os diferentes profissionais de saúde, a eficácia dos profissionais de saúde e a comunicação estabelecida. Santos (1996) descreve como determinantes para a satisfação dos utentes as competências relacionais (do médico e de outros profissionais), o ambiente em que o utente é atendido (dimensão e enquadramento exterior do edifício, limpeza e conforto, estado de conservação e acessibilidades), o saber médico e a organização do trabalho.

Os Enfermeiros são o grupo profissional que merece um nível de satisfação mais elevado perante os cuidadores informais ( $x=4,19$ ;  $s\pm 0,77$ ), seguido dos Assistentes Sociais ( $x=3,86$ ;  $s\pm 0,95$ ) e por fim dos Médicos ( $x=3,81$ ;  $s\pm 1,06$ ) (**Tabela 37**). Pensa-se que estas atribuições estejam relacionadas com o constructo teórico já existente. Furlong cit. por Ribeiro (2008) acredita que existe uma aproximação holística do Enfermeiro perante o utente, na qual as suas necessidades e dos seus familiares são o foco central do cuidar, baseado na estreita relação estabelecida entre todos através da prestação de cuidados individualizados. Carvalho e Pacheco (2002) defendem que os Enfermeiros perseguem elevados níveis de satisfação dos utentes, na incessante busca da excelência profissional. No estudo efetuado por Ferreira (2000) foram detetadas correlações entre a satisfação dos utentes e a eficaz comunicação com os médicos. Contudo, o autor mencionado anteriormente alerta para o facto de que os utentes não estão aptos para avaliar cuidados técnicos, estando por vezes satisfeitos com cuidados inadequados.

Tão importante quanto conhecer o nível de satisfação dos utentes, é o dos profissionais de saúde, sobretudo quando se estuda a CE. Desta feita, e para terminar, surge o objetivo “*Conhecer a relação entre o nível das capacidades da CE e o sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar*”. Assume-se como equivalente a *sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar*, a “satisfação relativa às funções desempenhadas”.

Da análise da **Tabela 36** pode ver-se que a “Autoconsciência” é a dimensão da CE com médias mais elevadas de satisfação ( $x=5,268$ ;  $s\pm 0,694$ ). Pelo contrário, a “Gestão de Emoções em Grupo” é aquela com média mais baixa ( $x=4,647$ ;  $s\pm 0,734$ ). De grosso modo, a CE Total tem um nível de satisfação situado na frequência temporal *frequente* da escala de *Likert* da EVCE ( $x=4,935$ ;  $s\pm 0,527$ ;  $p\text{-value}=0,008$ ). Todas as dimensões da CE à exceção da “Gestão de Emoções” e da “Empatia” obtiveram médias estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ). Vários estudos realizados mostram que a IE se relaciona positivamente com uma melhor performance no trabalho (Bar-On, Handley e Fundo, 2006; Druskat, Sala e Mount, 2006), uma boa saúde mental (Ciarrochi e Godsell, 2006), melhores resultados em grupos de trabalho, qualidade de liderança (Lopes, Cote e Salovey, 2006) e maior sucesso organizacional (Mount, 2006). Um outro estudo realizado por Dong e Howard (2006) mostra que a IE, a confiança e a satisfação no trabalho se correlacionam de forma positiva.

## Conclusões

O estudo quantitativo, descritivo e correlacional aqui exposto, desenvolvido no âmbito do Trabalho de Projeto de Mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, visa o conhecimento da relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade.

O enquadramento teórico e a metodologia utilizados permitem uma compreensão geral do problema. A partir dos resultados obtidos é possível obter respostas às questões de investigação levantadas e aos objetivos delineados no início deste percurso.

Os objetivos foram formulados para o contributo que as experiências emocionais podem dar ao desempenho do sujeito (profissional de saúde) ao nível inter e intrapessoal, partindo do constructo teórico de IE de Goleman (2003) e de CE de Veiga-Branco (2004a, 2005). Foi analisada a relação entre o desempenho profissional não só com a CE mas também com a Satisfação no Trabalho (Costa e Faria, 2009), e a Satisfação dos prestadores de cuidados informais relativamente a estes profissionais.

Com a pesquisa bibliográfica e posterior elaboração do enquadramento teórico, verifica-se a importância das emoções, particularmente da CE no seio dos profissionais de saúde. Conhecem-se outros estudos relativos à CE e IE em diversos estratos da sociedade e diferentes contextos, que enriquecem e consolidam a discussão dos resultados. Realiza-se, ainda, uma abordagem ao envelhecimento demográfico e às suas implicações, que levou à criação da RNCCI, e uma referência breve aos CSP, à interdisciplinaridade e à satisfação, quer dos utentes, quer dos profissionais de saúde.

Parte-se das seguintes questões de investigação:

- Quais as variáveis sociodemográficas que caracterizam a população em estudo?
- Qual o perfil de CE das equipas referenciadoras das unidades de CSP?
- Qual o nível de capacidades intrapessoais (autoconsciência e automotivação) e interpessoais (gestão de emoções, empatia e gestão de emoções em grupo) das equipas referenciadoras das unidades de CSP?
- Qual o nível de satisfação dos cuidadores formais enquanto elementos de equipas interdisciplinares dos CSP, relativamente ao vencimento, visibilidade acerca de si mesmo e funções desempenhadas?

- Como são os contextos de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipas interdisciplinares referenciadoras dos CSP?
- Qual a componente funcional de referência de utentes para a RNCCI (através dos CSP) nos distritos de Bragança e Guarda?
- Qual o nível de satisfação dos cuidadores informais relativamente às equipas interdisciplinares dos CSP?
- Existe relação entre o nível das capacidades da CE e o sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar?

Os resultados obtidos provêm de duas amostras distintas. Por um lado, os profissionais de saúde/prestadores de cuidados formais (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos), de UCSP's da ULS Guarda e ULS Nordeste, envolvidos no processo de referência para a RNCCI, e, por outro, os prestadores de cuidados informais de utentes admitidos em UCCI's dos distritos de Bragança e Guarda. Aplicam-se dois questionários distintos, sendo o da primeira amostra constituído por três partes – a caracterização sociodemográfica, a caracterização profissional e a EVCE –, e o da segunda por duas partes – a caracterização sociodemográfica e uma escala de elaboração para efeitos do presente estudo no sentido de avaliar a satisfação em relação aos profissionais do Centro de Saúde.

A amostra dos profissionais de saúde é maioritariamente do sexo feminino, com mais de 45 anos de idade, casados/união de facto, a residir em meio urbano e com boas condições habitacionais. O grupo profissional mais representado é o dos Enfermeiros, seguidos dos Médicos e dos Assistentes Sociais, todos maioritariamente licenciados.

A amostra dos prestadores de cuidados informais é sobretudo do sexo feminino, na faixa etária dos 30 aos 40 anos, com estudos superiores, a residir sobretudo no distrito de Bragança e cujas pessoas de quem cuidam estão, analogamente, inscritos em UCSP's da ULS Nordeste, E.P.E. e internados em UCCI's do distrito de Bragança.

A metodologia adotada e os dados obtidos na amostra dos profissionais de saúde são aceitáveis para a finalidade deste estudo, embora sem significado estatístico, motivo pelo qual se concorda com as conclusões de Vilela (2006) ao afirmar que a EVCE pode continuar a ser utilizada com confiança em futuros estudos, e que as suas subescalas refletem boas características psicométricas. Os valores dos coeficientes do *alfa* de

*Cronbach* confirmam a análise da consistência interna dos domínios deste instrumento de medida.

Os resultados vão de encontro a alguns estudos, contrariando outros. A título de exemplo, na amostra dos profissionais de saúde, a maturidade, aferida pelo avançar da idade, determina o desenvolvimento da maioria das capacidades da CE pese embora, seja inversamente proporcional à “Empatia”. Os resultados indicam que, neste estudo, a CE é influenciada por algumas características pessoais (idade e sexo) e profissionais (profissão e satisfação relativa às funções desempenhadas).

Apesar da CE se tratar de um constructo fragmentado, operacionalizado em cinco domínios, neste estudo correlacionam-se de modo diferente dos modelos teóricos adotados. Contudo, correlacionam-se positivamente entre si e com a CE Total.

O domínio mais influente na variabilidade do perfil de CE é a “Autoconsciência” ( $\alpha=0,906$ ) seguido da “Automotivação” ( $\alpha=0,900$ ), fortificando a perspectiva teórica de Goleman (2003) de que a IE emerge ao nível da autoconsciência, reveladora do conhecimento de si mesmo, a qual pressupõe o entendimento da afetação dos nossos sentimentos nos outros. Acredita-se, portanto, que os profissionais de saúde com conhecimento de si, se encontrem mais automotivados, pois a “automotivação” exprime-se em comportamentos e atitudes, prendendo-se com o que Goleman cit. por Francisco (2017, p. 84) designa de “*estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem*”. A “gestão de emoções” ( $\alpha=0,701$ ) é o domínio que menos influencia a CE na amostra.

Todos os grupos profissionais se revelam, segundo a sua perceção, *frequentemente* competentes emocionalmente, tanto para a CE Total como para cada uma das dimensões. Ainda assim, mais *frequentemente* se percecionam autoconscientes.

Inevitavelmente profissionais emocionalmente competentes são pessoas mais satisfeitas no trabalho que realizam.

Quanto à amostra dos prestadores de cuidados informais é óbvio que a mesma é reduzida e insuficiente para se poderem extrapolar resultados para a população geral.

Andrade (2001) defende que para a satisfação dos utentes é importante ter, acima de tudo, uma compreensão perspicaz das suas necessidades. Desta feita, a inclusão de competências emocionais no perfil de todos os profissionais da área da saúde, é essencial para que estes se tornam mais empáticos, e que desenvolvam competências não meramente técnicas e cognitivas, em prol da qualidade dos cuidados prestados, sobretudo na classe médica que tem ainda tão enraizado o modelo biomédico.

Em contrapartida,

é bom ter em atenção que um fraco ou um menos bom desempenho na satisfação não implica necessariamente que as organizações estejam em falta em relação ao cumprimento de padrões de qualidade de cuidados ou que não sejam seguras; apenas indicam que experiência por que os seus utentes passaram foi fraca. (Pisco, 2003, p.25)

Relativamente ao conceito de interdisciplinaridade conclui-se que há um longo percurso pela frente no sentido de potenciar a eficiência, a humanização na prestação de cuidados e a satisfação de todos: profissionais, utentes, familiares/cuidadores informais e comunidade em geral. É necessário estimular o trabalho interdisciplinar, evitando o conflito gerado pela sobreposição de papéis, o condicionamento da autonomia profissional e a luta pelo *status* e pelo poder sobre a tomada de decisão (Gomes, 2012).

Por outras palavras,

(...) a interdisciplinaridade é sempre um cruzamento disciplinar cauteloso. Os participantes não abdicam dos seus privilégios territoriais, das suas fronteiras disciplinares no interior das quais se sentem seguros de uma qualquer competência científica. Aceitam partilhar paradigmas, conceitos, metodologias, mas nunca ao ponto de diluir os objetos de que vivem”. (Pombo, 2004, p.160)

É notória a inexistência de equipas verdadeiramente interdisciplinares em ambas as ULS estudadas, o que traz prejuízos não só para o funcionamento da equipa e operacionalização de um processo de referenciação para a RNCCI como, acima de tudo, para a pessoa dependente, colocando-a em situação de desigualdade para com os demais. Os próprios Assistentes Sociais num estudo levado a cabo por Gomes (2012) fazem referência ao facto de sentirem que o trabalho deles nem sempre é compreendido pelos outros profissionais, existindo, por vezes, preconceitos sobre esta profissão. É fundamental a instituição de medidas que permitam a redução destas desigualdades, que visem a salvaguarda da proximidade geográfica, sendo proporcionada a continuidade da prestação de cuidados perto do domicílio.

Espera-se com este trabalho ter contribuído para a necessidade de atribuir a devida importância à CE no sucesso da vida laboral de todos os profissionais de saúde, nomeadamente das classes em estudo – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos –, das equipas e das organizações em geral, evitando constrangimentos e desgastes emocionais. Aguarda-se a atenção e resolução da problemática levantada quanto à falta de Assistentes Sociais nos grupos de trabalho das UCSP's, a fim de obter um elevado nível de satisfação, aumentando a harmonia e o sentimento de bem-estar entre todos.

## Referências Bibliográficas

Afonso, J. R.; Veiga-Branco, A. (2012). *Competência Emocional nos Fisioterapeutas da RNCCI – Estudo Descritivo*. In I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação: Investigar e Intervir para Mudar. Oliveira de Azeméis: Escola Básica Comendador Ângelo Azevedo.

Agostinho, L. M. C. F. (2008). *Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>

Alma-Ata. (1979). *Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978*. Brasil: UNICEF. Retirado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf;jsessionid=C65AAA7A7730A00684E637B16C9405C0?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=C65AAA7A7730A00684E637B16C9405C0?sequence=5)

Alves, J.; Campos, S.; Ribeiro, C. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (7), 1-6.

Andrade, M. L. C. (2001). *A satisfação profissional nos enfermeiros de pediatria*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Anjos, T. J. P. (2010). *A Satisfação dos Profissionais de Saúde vs A Satisfação dos Utentes em Unidades de Cuidados Continuados*. (Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior). Retirado de: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2910/2/A%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde%20vs%20a%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Utentes%20em%20Unidades%20de%20Cuidados%20Conti.pdf>

Antão, C.; Veiga-Branco, A. (2012) Competências emocionais: uma questão de género? *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 19-27.

Aveira, J. J. C. B. (2013). *A Inteligência Emocional, o desempenho e a satisfação laboral em funções comerciais*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Barros, P.; Moura, A.; *et al.* (2015). *Políticas Públicas em Saúde: 2011-2014. Avaliação do Impacto.* (Universidade Nova de Lisboa). Retirado de:

[http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/EEF6FE3A-116A-47AC-ABF7-A1CEE8BBF7C0/0/Pol%C3%ADticasP%C3%BAblicasemSaude\\_Completo.pdf](http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/EEF6FE3A-116A-47AC-ABF7-A1CEE8BBF7C0/0/Pol%C3%ADticasP%C3%BAblicasemSaude_Completo.pdf)

Bar-on, R. *et al.* (2002). *Manual de Inteligência Emocional – Teoria e aplicação em casa, na escola e no trabalho.* Porto Alegre: Artmed.

Batista, A. A. V. *et al.* (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, 39(1), 85-91. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>

Branco, T.; Santos, R. (2010). *Reabilitação da Pessoa com AVC.* Coimbra: Formasau.

Biscaia, A; *et al.* (2007). Os centros de saúde em Portugal - a satisfação dos utentes e dos profissionais (Portuguese Health Centres - citizens and professionals' satisfaction). *Missão para os Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa. Retirado de: [www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/E9627F69-87AE-440B-AC70-46077532A87A/0/Centros\\_Saude\\_Estudo.pdf](http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/E9627F69-87AE-440B-AC70-46077532A87A/0/Centros_Saude_Estudo.pdf)

Bisquerra, R. (2002). *La práctica de la Orientación y la tutoria.* Barcelona: Praxis.

Bisquerra, R. (2003). Educación Emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.

Caetano, I.; Veiga-Branco, A. (2012). *Perfil Descritivo: A Competência Emocional em Assistentes Sociais da RNCCI.* In I Congresso Internacional de Inteligência Emocional e Educação: Investigar e Intervir para Mudar. Oliveira de Azeméis: Escola Básica Comendador Ângelo Azevedo.

Campos, A. (2008). *Reformas da saúde – o fio condutor.* Coimbra: Edições Almedina.

Cardoso, N. C. S. *et al.* (2005). Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enf USP*, 39 (1), 85-91.

Carvalho, P.; Pacheco, S. (2002). Consulta de enfermagem de hipertensão: o grau de satisfação dos utentes. *Nursing*, 166 (14), 21-26.

Ciarrochi, J.; Godsell, C. (2006). Mindfulness-based emotional intelligence: Research and training. In V. U. Druskat, F. Sala; G. Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Costa, A. M. G. (2009). *Inteligência Emocional e Assertividade nos Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Beja). Retirado de:

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/240/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Intelig%C3%A2ncia%20Emocional%20e%20Assertividade%20nos%20Enfer.pdf>

Costa, M.; Faria, L. (2009). *Inteligência Emocional e Satisfação Profissional de Enfermeiros e Voluntários*. In Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.

Costa, V. S. (2014). *As Competências Emocionais nos Decisores Políticos Portugueses*. (Dissertação de Doutoramento). Santiago de Compostela: Facultad de Psicología – Universidad de Santiago de Compostela.

Coutinho, C. P. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. 2ª ed. Lisboa: Almedina.

Cunha, M; et al. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 6ª ed. Lisboa: Editora RH.

Cunha, A. M. G. L. (2017). *Constrangimentos no processo de sinalização e referenciação às Equipas de Cuidados Continuados Integrados no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE*. (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa). Retirado de:

<https://run.unl.pt/bitstream/10362/22905/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Andreia%20Maria%20Cunha.pdf>

Damásio, A. (2005). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. 24ª ed. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. R. (2010). *O livro da consciência - a construção do cérebro consciente*. Círculo de Leitores. Retirado de: <http://files.neurocognitivo.webnode.pt/200000013-bbc65bcbfc/O%20livro%20da%20Consciencia.pdf>

Decreto-lei n.º 101/2006. D.R. I Série A. 109 (2006-06-06) p. 3856-3865.

Decreto-lei n.º 136/2015. D.R. Série I. 145 (2015-07-28) p.5081-5091.

Despacho n.º 6359/2011. D.R. Série II. 73 (2011-04-13) p. 17098.

Detzel, D. H; Desatnick, R. L. (1995). *Gerenciar bem é manter o cliente*. São Paulo: Pioneira.

Dong, Q.; Howard, T. (2006). Emotional Intelligence, Trust and Job Satisfaction. *Academic journal article from Competition Forum*, 4 (2).

Druskat, V. U.; Sala, F.; Mount, G. (2006). *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Duffy, J.; Gwyther, T.; McGinnes, A. (2011). *A clinical and carer perspective of continuing health care funding*. In NHS Continuing Healthcare Workshop, 6th.

Ellingson, L. L. (2002). Communication, Collaboration and Teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*, 21 (3). Retirado de: [http://cscsc.scu.edu/trends/v21/v21\\_3.pdf](http://cscsc.scu.edu/trends/v21/v21_3.pdf)

Fernandes, A. (2013). *Dificuldades sentidas pelas Equipas dos Cuidados de Saúde Primários, na referência de utentes para a RNCCI*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9931/1/Andreia%20Filipa%20Fidalgo%20Fernandes.pdf>

Ferrari, A. T. (1982). *Metodologia da Pesquisa Científica*. São Paulo: McGraw–Hill.

Ferreira, P. L; Seco, O. M. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde. *Revista Critica de Ciências Sociais*, 37, 159-172.

Ferreira, L. (2000). Pensar Enfermagem. *Servir*, 48 (2), 93-96.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação – Da concepção à realização*. 2ªed. Loures: Lusodidacta.

Francisco, E. F. S. S: (2017). *Atitude dos Enfermeiros e a Família na Área Hospitalar*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu). Retirado de:  
<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4534/1/EmanuelaFatimaSilvaSantosFrancisco%20DM.pdf>

Gil, A. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why can it matter more than I.Q.?* New York: Bantam.

Goleman, D. (1998). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 76 (6), 91-102.

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

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

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

Goleman, D. (2010). *Inteligência Social*. Lisboa: Temas e Debates.

Gomes, S. A. F. (2012). *Interdisciplinaridade e Relações Interprofissionais*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa). Retirado de:  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20585/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Gonçalves, A. (1998). Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas. *Revista Referência*, 1, Setembro, 41-48.

Gonçalves, S. (2010). *Cuidados Continuados Integrados*. In Simões, J. (coord.). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina.

Hespanhol, A. A. O. P. (2008). Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24, 665-670.

Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

INE. (2007). As disparidades do envelhecimento demográfico no presente. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 30.

INE. (2015). Dia Mundial da População – 11 Julho de 2015. *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*, 3-8. Retirado de [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=232024193&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=232024193&att_display=n&att_download=y)

Japiassú, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.

Kemmer, L. F.; Silva, M. J. P. (2007). A Visibilidade do Enfermeiro Segundo a Percepção de Profissionais de Comunicação. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 15 (2).

Kenagy, J. W.; Berwick, D. M.; Shore, M. F. (1999). Service quality in health care. *J. Am. Med. Assoc.*, 281 (7), 661-665.

Landy, F. J. (2005). Some historical and scientific issues related to research on emotional intelligence. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 411- 424.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaptation*. OUP USA.

Lopes, P.; Cote, S.; Salovey, P. (2006). An ability model of emotional intelligence: Implications for assessment and training. In V. U. Druskat, F. Sala; G. Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*. Mahwah, NJ: Erlbaum

Lopes, T. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros - Na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Retirado de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9592/1/TANIA%20LOPES.pdf>

Loureiro, I; Miranda, N.; Miguel, J. M. P. (2013). Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1), 23-31.

Mayer, J.D.; Salovey, P. (1990). A Inteligência Emocional. In Imagination. *Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Mayer, J. D., Salovey, P.; Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (396-420). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Mariano, C. (1989). The case for interdisciplinary collaboration. *Nursing Outlook*, 37, 285-288.

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Martinez, M.; Paraguay, S.; Latorre, M. (2004). Relação entre satisfação com aspectos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista Saúde Pública* 2004, (38), 1, 5-61.

Martinez, M. C.; Paraguay, A. B. (2004). Satisfação e Saúde no Trabalho - aspetos conceituais e metodológicos. *Caderno de Psicologia Social e do Trabalho*, 6, 58-59.

Martins, M. C. F. (1984). *Satisfação no trabalho: elaboração de instrumento e variáveis que afectam a satisfação*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília).

Martins, M. C. F; Santos, G. E. (2006). Adaptação e validação de construto da Escala de Satisfação no Trabalho. *Psico-USF*, 11 (2), jul./dez., 195-205.

Marx, K. (2010). *Manuscritos econômicos - filosóficos*. São Paulo: Boitempo.

Matheus, M. C. (1995). O Trabalho em Equipa: Um Instrumento Básico e um Desafio para a Enfermagem. *Esc. Enf. USP*, 29 (1), 13.

McCallin, A; McCallin, M. (2009). Factors influencing successful team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37 (2), 61-67.

Meirelles, B. H. S. (1998). *Interdisciplinaridade: uma perspectiva de trabalho nos serviços de atendimentos aos portadores de HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

Mendes, F.R. (1995). Por onde vai a segurança social portuguesa? *Análise Social*, 30 (131-132), 405-429. Retirado de:  
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223380778O9wFY7bt4Pq45NG4.pdf>

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. 1ª ed. Penafiel: Editorial Novembro.

Ministério da Saúde. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Retirado de:  
<http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>

Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2006). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Retirado de:  
<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf>

Morais, L. (2016). Redefinição dos cuidados de saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 197-198.

Mount, G. (2006). The role of emotional intelligence in developing international business capability: EI provides traction. In V. U. Druskat, F. Sala; G. Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nascimento, Silvana Helal (2006). *As relações entre Inteligência Emocional e bem-estar no trabalho*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.

Núcleo Funcional da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2015). *Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2014*. Retirado de: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-de-Monitorizacao-Anual-da-RNCCI-2014.pdf>

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2015). *Acesso aos Cuidados de Saúde. Um direito em Risco? [Relatório de Primavera 2015]*. Retirado de: [http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2015\\_VF.pdf](http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Relatorio_Primavera_2015_VF.pdf)

Pedro, A. R.; Amaral, O.; Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259-275.

Pereira, F. J. M. (2002). Cuidados Continuados um desafio dos cuidadores de saúde Primários. *Geriatrics*, 15 (146), 33-40.

Pisco, L. (2001). Qualidade na prestação de cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*, 3, 7-8.

PISCO, L. (2003). *A voz dos utentes dos centros de Saúde*. Porto: Qualidade em Saúde.

Pimentel, M.L. (2001). *O lugar do idoso na família: contexto e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Polit, D. F; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: Ambições e Limites*. Viseu: Relógio d'Água.

Portaria n.º50/2017. D.R. Série I. 24 (2017-02-02) p.608-629.

Ribeiro, N. M. (2008). *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*. (Trabalho de Investigação do Curso de pós-graduação em urgência e emergência hospitalar, Universidade Atlântica).

Robbins, S. (2009). *Fundamentos do Comportamento Organizacional*. 11ª Ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.

Rodrigues, P. A. R. (2017). *Determinantes da Competência Emocional de Profissionais em Saúde na abordagem ao Doente Crítico*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança). Retirado de: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14784/1/Pedro%20Alexandre%20da%20Rosa%20Rodrigues.pdf>

Rosa, M. J. (1993). O desafio social do envelhecimento demográfico. *Análise Social*, 28 (122), 679-689. Retirado de:

<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223291769P9jTF51a0Hq76JE3.pdf>

Rosa, M. J. (1996). Envelhecimento demográfico: proposta de reflexão sobre o curso dos factos. *Análise Social*, 31 (139), 1183-1198.

Rosenstein, A.; Stark, D. (2015). Emotional Intelligence: A Criticall Tool To Understand and Improve Behaviors That Impact Pacient Care. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2 (1), 1-4. Retirado de:

[https://pdfs.semanticscholar.org/d33f/541edf89f2cc5d9b19bb35a4c7fa14f33208.pdf?\\_ga=2.122370894.437584370.1528309195-759462572.1528309195](https://pdfs.semanticscholar.org/d33f/541edf89f2cc5d9b19bb35a4c7fa14f33208.pdf?_ga=2.122370894.437584370.1528309195-759462572.1528309195)

Saarni, C. (2002). Competência Emocional: uma perspetiva evolutiva, in R. Baron e M. Teixeira. A satisfação Profissional e a Inteligência Emocional. *Revista Sinais Vitais*, 59, 52-54.

Salovey, P.; Sluyter, D.J. (1999). *Emotional development and emotional intelligence*. New York: Basic Books.

Santos, L. J. (1996). Centros de Saúde em Mudança. Utentes: que perspectivas. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 13, 19-22.

Solomon, R. C. (2000). The philosophy of emotions. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Edits.), *Handbook of emotions* (3-15). NewYork: Guilford Press.

Sousa, R. (2009). *Envelhecimento da População Portuguesa – Algumas decorrência económicas*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Técnica de Lisboa – ISEG). Retirado de: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1728/1/TESE%20-%20RUI%20SOUSA%20%2002-2010.pdf>

Tavares, L. (2013). *Inteligência Emocional e Satisfação no Trabalho*. (Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa). Retirado de: [http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/4864/Tese\\_Janeiro\\_LT\\_CC%20%281%29.pdf?sequence=1](http://recil.ulusofona.pt/bitstream/handle/10437/4864/Tese_Janeiro_LT_CC%20%281%29.pdf?sequence=1)

Tavares, M. C. M (2017). *Atitude dos Enfermeiros: a importância da família no cuidar*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu).

Retirado de:

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/4532/1/MonicaCatarinaMartinsTavares%20DM.pdf>

Torres, A. P. M.; Monte, B. A. P. (2011). *A Articulação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitais e o seu Impacto a Nível Regional*. In 17º Congresso da APDR.

Retirado de:

[https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte\\_Procedings\\_17%C2%BAcongresso\\_APDR-2011\\_p1607.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2bAPMonte_Procedings_17%C2%BAcongresso_APDR-2011_p1607.pdf)

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Retirado de:

<http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Guia%20da%20RNCCI.pdf>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador – Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições do Autor.

Veiga-Branco, A. (2004). *Auto-motivação*. Coimbra: Quarteto.

Veiga-Branco, A. (2004). *Competência Emocional*. Coimbra: Quarteto.

Veiga-Branco, A.R. (2005). *Competência Emocional em professores. Um estudo em discurso do campo educativo*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto, Porto.

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

Veiga-Branco, A. et al. (2008). *Emoções e Promoção da Saúde*. In I Congresso Nacional de Estilos de Vida Promotores de Saúde, Viana do Castelo. Retirado de:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5306/1/Emo%C3%A7%C3%B5es%20e>

[%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20I%20Cong%20%20EV  
S%20Viana1%20%5bModo%20de%20Compatibilidade%5d%20PDF.pdf](#)

Veiga-Branco, A. (2009). Escala Veiga-Branco das capacidades da Inteligência Emocional (EVBCIE): I e III. In Mendonça, S. *Competências Profissionais dos Enfermeiros: Excelência do Cuidar* (162-164). Penafiel: Editorial Novembro.

Veiga-Branco, A. R. (2011). *Auto-motivación como factor de la competência emocional*. In XVII Congresso Internacional Infad, Roma. Retirado de: [https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5670/1/INFAD%20-%20AUTO-MOTIVACION%20\\_docfin\\_.pdf](https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5670/1/INFAD%20-%20AUTO-MOTIVACION%20_docfin_.pdf)

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

Vilela, A. C. L. (2006). *Capacidades da Inteligência Emocional em enfermeiros: Validação de um Instrumento de medida*. (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Retirado de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891.pdf>

Xavier, F. (1999). *Avaliação da qualidade em serviços de psiquiatria e saúde mental: estudo multidimensional dos cuidados prestados a doentes com esquizofrenia*. (Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa).

## **ANEXOS**

**ANEXO I – RNCCI: População-alvo, operacionalização e tipologias de unidades**

## **I. População-alvo da RNCCI**

A RNCCI dirige-se a pessoas com situações de perda de autonomia, portadoras de diversos tipos e níveis de dependência, que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e apoio social.

Os grupos-alvo de cuidados englobam (Art.º 31º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro):

- Pessoas com dependência funcional, transitória decorrente de processo de convalescença ou outro;
- Pessoas com dependência funcional prolongada;
- Idosos com critérios de fragilidade;
- Pessoas com incapacidade grave, com forte impacto psicossocial;
- Pessoas com doença severa, em fase avançada ou terminal.

A existência de comorbilidade de foro mental ou a deficiência mental não constituem fatores de exclusão para ingresso na RNCCI.

## **II. Operacionalização da RNCCI**

O modelo de cuidados continuados integrados assenta numa rede, de âmbito nacional, englobando diferentes tipologias de unidades de cuidados:

- Unidades de internamento: Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM);
- Unidade de Ambulatório: Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia;
- Equipas Hospitalares: Equipa de Gestão de Altas (EGA);
- Equipas Domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A coordenação da RNCCI é exercida a nível nacional, regional e local. Com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 168/2006, é formalizada a criação da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), com natureza de estrutura de missão, para a condução e lançamento do projeto global de coordenação e

acompanhamento da estratégia de operacionalização da RNCCI, para além de contribuir para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da articulação entre centros de saúde, hospitais, serviços e instituições, de natureza privada e social, e em articulação com as redes nacionais de saúde e de segurança social.

Aos níveis regional e local, a coordenação da RNCCI visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, possibilitando uma articulação efetiva e eficiente dos diferentes níveis de coordenação, garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas inseridas neste espaço de cuidados (Despacho n.º19040/2006, de 19 de julho).

Desta feita, os principais mediadores na coordenação da RNCCI são, por ordem hierárquica:

- Equipa de coordenação nacional através da ACSS, IP (conforme Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro): promovem e articulam com os organismos competentes dos Ministérios da Saúde e do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social;
- Equipas de coordenação regionais – ECR's (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve): articulam com a coordenação a nível nacional e local, e asseguram o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da RNCCI;
- Equipas de coordenação local – ECL's (uma ECL para a coordenação operativa da RNCCI em cada ACES e em cada ULS que não tenha ACES constituído, conforme Despacho n.º 6359/2011, de 13 de abril): articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o acompanhamento e a avaliação da RNCCI a nível local, assim como a articulação e coordenação dos recursos, e atividades no seu âmbito de referência.

Os cuidados continuados integrados iniciam-se no momento da alta do hospital de agudos, garantindo a continuidade de cuidados, através do ingresso em unidades de internamento alternativas ao hospital ou no domicílio do utente. Por domicílio entende-se *“a residência particular, o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside a pessoa em situação de dependência”* (D.L. n.º 101/2006, de 6 de julho, capítulo I, Art.º 3º, alínea o).

O acesso à RNCCI faz-se por intermédio das ECL's, através de proposta das EGA's do hospital de agudos ou das Equipas Prestadoras de Cuidados Continuados Integrados do centro de saúde, independentemente da tipologia de cuidados.

À ECL cabe, após análise e decisão da proposta de ingresso, identificar e providenciar o melhor recurso da RNCCI que responde às necessidades do utente e família, acrescendo-lhe a responsabilidade por verificar o cumprimento dos critérios de referenciação.

Conforme os pontos 1 e 2, do Art.º 19º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, consideram-se condições gerais de admissão em todas as tipologias da RNCCI:

- Pessoas com limitação funcional, em processo de doença crónica ou na sequência de doença aguda, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida e com necessidades de cuidados de saúde e de apoio social;
- Pessoas que necessitem de alimentação entérica;
- Pessoas que requeiram tratamento de úlceras de pressão e ou feridas;
- Pessoas que necessitem de manutenção e tratamento de estomas;
- Pessoas dependentes de medidas de suporte respiratório designadamente oxigenoterapia ou ventilação assistida;
- Pessoas que precisem de ajuste terapêutico e/ou administração de terapêutica, com supervisão continuada.

À luz do ponto 8, do Art.º 19º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, são critérios de não admissão em unidades e equipas da RNCCI:

- Doente com episódio de doença em fase aguda;
- Pessoa que necessite exclusivamente de apoio social;
- Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico;
- Doente cujo regime terapêutico inclua antibióticos de uso exclusivo hospitalar.

### **III. Tipologias de Unidades de Cuidados**

#### ***1 - Unidades de Internamento***

Constituem unidades de internamento:

- Unidades de convalescença;
- Unidades de média duração e reabilitação;
- Unidades de longa duração e manutenção.

## **A – UNIDADES DE CONVALESCENÇA**

As unidades de convalescença são unidades de internamento, independentes, integradas nos hospitais de agudos ou noutra instituição desde que articuladas com o hospital de agudos, no sentido de prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, decorrente de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo clínico (Artigo 13º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho).

Estas têm por finalidade a estabilização clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável e que não necessita de cuidados hospitalares de agudos.

A unidade de convalescença destina-se a internamentos previsíveis até 30 dias consecutivos por cada admissão.

Esta tipologia de unidades tem como função assegurar, sob a direção de um médico (Artigo 14º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho):

- Cuidados médicos permanentes;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, próprios ou contratados;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

## **B – UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E REABILITAÇÃO**

As unidades de média duração e reabilitação são unidades de internamento, com espaço físico próprio, articuladas com o hospital de agudos para a prestação de cuidados

clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de patologia crónica, a pessoa com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (Artigo 15º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho).

Estas unidades têm por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral do utente, podendo o período de internamento ter uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão.

As unidades de média duração e reabilitação são geridas por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, assegurando (Artigo 16º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho):

- Cuidados médicos diários;
- Cuidados de enfermagem permanentes;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Convívio e lazer.

### **C – UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO**

As unidades de longa duração e manutenção são unidades de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (Artigo 17º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho).

Estas têm por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, promovendo o conforto e qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Podem ainda proporcionar internamentos por períodos inferiores a 90 dias, de forma a promover o descanso do cuidador principal, com limite máximo de 90 dias por ano.

Esta tipologia de unidades é gerida por um técnico da área da saúde ou da área psicossocial, assegurando (Artigo 18º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho):

- Atividades de manutenção e de estimulação;

- Cuidados de enfermagem diários;
- Cuidados médicos;
- Prescrição e administração de fármacos;
- Apoio psicossocial;
- Controlo fisiátrico periódico;
- Cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional;
- Animação sociocultural;
- Higiene, conforto e alimentação;
- Apoio no desempenho das atividades de vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais de vida diária.

## ***2 - Unidades de dia e de promoção de autonomia***

As unidades de dia e de promoção de autonomia são unidades para a prestação de cuidados integrados de suporte, de promoção de autonomia e apoio social, em regime ambulatorio, a pessoas com diferentes níveis de dependência que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (Artigo 21º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho).

Estas unidades funcionam oito horas por dia, no mínimo nos dias úteis, devendo articular-se com unidades da RNCCI ou com respostas sociais já existentes. Asseguram (Artigo 22º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho):

- Atividades de manutenção e de estimulação;
- Cuidados médicos;
- Cuidados de enfermagem periódicos;
- Controle fisiátrico periódico;
- Apoio psicossocial;
- Animação sociocultural;
- Alimentação;
- Higiene pessoal, quando necessária.

## ***3 - Equipas Domiciliárias: Equipas de Cuidados Continuados Integrados***

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados são equipas multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social,

para a prestação de serviços domiciliários (Artigo 27º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho).

O critério de referenciação para as ECCI's assenta na fragilidade, limitação funcional grave condicionada por fatores ambientais, com doença severa, em fase avançada ou terminal, ao longo do ciclo de vida, que reúnam condições no domicílio que permitam a prestação dos cuidados continuados integrados que requeiram (ponto 7, do Art.º 19º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro):

- Frequência de prestação de cuidados de saúde superior a 1 vez por dia, ou, prestação de cuidados de saúde superior a 1 hora e 30 minutos por dia, no mínimo de 3 dias por semana;
- Cuidados além do horário normal de funcionamento da equipa de saúde familiar, incluindo fins de semana e feriados;
- Complexidade de cuidados que requeira um grau de diferenciação ao nível da reabilitação;
- Necessidades de suporte e capacitação ao cuidador informal.

Esta equipa apoia-se nos recursos locais disponíveis, no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários, inclusive as autarquias locais.

As ECCI's asseguram (Artigo 28º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho):

- Cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas;
- Cuidados de fisioterapia;
- Apoio psicossocial e ocupacional envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
- Educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores;
- Apoio na satisfação das necessidades básicas;
- Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- Apoio nas atividades instrumentais da vida diária;
- Coordenação e gestão de casos com outros recursos de saúde e sociais.

## **ANEXO II – Projeto de Trabalho de Investigação**

**PROJETO DE TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

<b>ALUNO</b>	Nome: Carla Alexandra Pires Ferreira Nº: 15060 (ESSA-IPB) Tlm: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span> Instituição: UCSP Vila Nova de Foz Côa, ULS Guarda E.P.E. Curso: MESTRADO EM CUIDADOS CONTINUADOS
<b>TÍTULO PROPOSTO PARA O TRABALHO</b>	
<b>Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais</b>	
<b>JUSTIFICAÇÃO DO TEMA (ESTADO DA ARTE)</b>	
<p>As equipas de trabalho em geral e de saúde em particular - atuando cada vez de forma mais competitiva, fazendo frente a mudanças constantes, por forma a aumentar a sua eficácia interna e com outras equipas –, têm valorizado profissionais com um conjunto de competências não só técnicas, mas, sobretudo, comportamentais. E é aí que entra o fator emocional, emergindo como uma influência fundamental nas atitudes dos profissionais, já que – e segundo a bibliografia recente - determina e estimula a proatividade, o comprometimento, a criatividade e outras tantas competências altamente requisitadas pelo ambiente laboral. Atualmente os sujeitos que possuem competências emocionais elevam o seu padrão de performance e do grupo, pelo que se torna um capital humano indispensável para as diretrizes estratégicas das e nas equipas, promovendo o seu crescimento emocional, intelectual e profissional. Ora esta nova dimensão assume particular relevância para a componente de Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários, razão porque se torna relevante ser aqui estudada. Estas Equipas agem e interagem atualmente em novos contextos: desde o envelhecimento demográfico, às alterações do padrão epidemiológico e da estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, todos estes elementos são percecionados como determinantes de novas necessidades em saúde. Por estes motivos, mas não só, tornou-se pertinente (re)organizar respostas adequadas de cuidados continuados, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, evitando repercussões marcadas na dinâmica familiar e apoiando as famílias na adaptação à nova situação (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007) .</p>	

Nesta perspetiva, encontram-se decretados na legislação Portuguesa – Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, os Cuidados Continuados, definidos como “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar assume especial importância, uma vez que estão em causa problemáticas que requerem uma avaliação sob diversas perspetivas e uma intervenção articulada de diferentes saberes profissionais, com enfoque na abordagem biopsicossocial do utente (modelo holístico). Tais pressupostos estão contemplados no Artigo 3º do D.L. n.º 136/2015, de 28 de julho, que define a multidisciplinaridade como “a complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais” e a interdisciplinaridade como “a definição e assunção de objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados”.

Japiassú (1976) defende que a interdisciplinaridade pressupõe uma dinâmica efetiva de cooperação e diálogo entre as diferentes disciplinas, bem como uma organização e articulação coordenada de ação orientada por um interesse comum, sobrepondo-se ao conceito de multidisciplinaridade que, embora represente o primeiro nível de integração entre as diferentes áreas disciplinares, sugere a inexistência de alguma organização ou coordenação entre os diferentes saberes por ocorrerem de forma fragmentada.

Sendo a família a célula vital da sociedade, e na medida que lida com transições de saúde/doença, ela possui um potencial de ajuda que os profissionais de saúde não podem negligenciar. Assim, os diversos profissionais das equipas interdisciplinares podem tornar-se parceiros e atores das mudanças ocorridas no seio das famílias, proporcionando conhecimentos e recursos para que ocorram transições mais positivas sob o ponto de vista de quem as vivencia.

A referenciação dos utentes para a RNCCI é assegurada por uma equipa multidisciplinar que compreende Médico, Enfermeiro e Assistente Social, tanto ao nível hospitalar como ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Art.º 20º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro). O processo de referenciação para ingresso na RNCCI fica comprometido perante a falta de avaliação de qualquer um dos saberes profissionais. Assim o fluxo de utentes na RNCCI depende em grande parte de uma equipa (referenciadora) cujas funções passam pela identificação e reconhecimento adequados das reais necessidades do utente e família/prestador de cuidados informais, sendo o processo de referenciação tanto mais forte quanto mais interdisciplinar for a

equipa. Nesta perspetiva, importa conhecer o perfil de Competência Emocional (CE), definida por Goleman (2003, p.33) como “uma capacidade apreendida, baseada na Inteligência Emocional, que resulta num desempenho extraordinário no trabalho”.

Estas competências, conferidas por um maior nível de Competência Emocional (CE), assumem maior relevância num contexto de trabalho particularmente exigente no que concerne à leitura de necessidades e de estados emocionais dos outros, sejam eles clientes, ou colegas de trabalho (Tavares, 2013). Face ao exposto, pretende-se, com este estudo, explorar a relação entre CE, nas suas diferentes dimensões, e a Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das unidades de CSP.

Conforme o ponto 8 do Art.º 20º da Portaria n.º 50/2017, de 2 de fevereiro, na referência do utente deve ser tida em conta a proximidade das unidades escolhidas de acordo com a área do domicílio. A admissão em unidades cuidados continuados longínquas dificulta as visitas dos familiares/prestadores de cuidados informais aos utentes, havendo, por um lado, um distanciamento não só físico como emocional e afetivo, e por outro, perdendo-se oportunidades de contacto com a equipa e conseqüentemente, de educação para a saúde e orientações importantes para o pós-alta, no sentido de reintegrar o utente no seu meio natural de vida.

#### **FORMULAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

Relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade

#### **OBJETIVOS DO ESTUDO**

1. Conhecer o perfil de Competência Emocional das equipas referenciadoras das unidades de Cuidados de Saúde Primários.
  - 1.1 Conhecer o nível de capacidades intrapessoais (autoconsciência e automotivação) das equipas referenciadoras das unidades de CSP.
  - 1.2 Conhecer o nível de capacidades interpessoais (gestão de emoções, empatia e gestão de emoções em grupos) das equipas referenciadoras das unidades de CSP.
  - 1.3 Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores formais enquanto elementos de equipas interdisciplinares dos CSP.
2. Conhecer o nível e as tipologias de Interdisciplinaridade das equipas referenciadoras da RNCCI.
  - 2.1 Conhecer a componente funcional de referência de utentes para a RNCCI (através dos CSP) em dois distritos diferentes: Bragança e Guarda.
  - 2.2 Conhecer os contextos de trabalho dos profissionais de saúde que integram as equipas interdisciplinares referenciadoras dos CSP.
  - 2.3 Conhecer o nível de satisfação dos cuidadores informais relativamente às equipas

<p>interdisciplinares dos CSP.</p> <p>3. Conhecer a relação entre o nível das capacidades da Competência Emocional e o sentimento de satisfação como elemento de uma equipa interdisciplinar.</p> <p>3.1 Conhecer a relação entre o nível das capacidades de Competência Emocional e a componente funcional de referenciação da equipa interdisciplinar.</p>
<b>TIPO DE ESTUDO</b>
Quantitativo, descritivo e correlacional (Coutinho, 2011) <sup>1</sup>
<b>VARIÁVEIS</b>
<p><b>Dependente:</b> Competência Emocional e Interdisciplinaridade das Equipas Referenciadoras dos Cuidados de Saúde Primários.</p> <p><b>Independentes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variáveis sociodemográficas dos profissionais de saúde: idade, sexo, estado civil, residência e condições habitacionais;</li> <li>2. Variáveis relativas ao contexto e local de trabalho: grau académico, profissão, constituição da equipa, satisfação relativa às funções desempenhadas;</li> <li>3. Variáveis relativas às tarefas e funções de referenciação em contexto de trabalho: satisfação relativa às funções desempenhadas no processo de referenciação;</li> <li>4. Variáveis sociodemográficas dos prestadores de cuidados informais: idade, sexo, estado civil, escolaridade, área de residência.</li> <li>5. Nível de satisfação dos prestadores de cuidados informais em relação aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários relativamente a experiências relacionadas com a RNCCI.</li> </ol>
<b>INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS</b>
<p><b>Método:</b> Questionários e Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE)</p> <p><b>Instrumento de Recolha de Dados:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Questionário e EVCE dirigidos aos profissionais de saúde (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) dos CSP (Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP’s).</li> <li>2. Questionário dirigido aos prestadores de cuidados informais de utentes admitidos em Unidades de Cuidados Continuados.</li> </ol>
<b>POPULAÇÃO-ALVO</b>
<b>Amostra:</b> Profissionais de saúde de CSP (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais)

<sup>1</sup> Coutinho. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas – Teoria e Prática*. Lisboa: Edições Almedina.

pertencentes à Unidade Local de Saúde (ULS) Guarda EPE e ULS Nordeste EPE. Prestadores Informais de utentes admitidos (atualmente ou recentemente) em Unidades de Internamento de Cuidados Continuados dos distritos de Bragança e da Guarda.

### **Critérios**

- a. de inclusão:** profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros e Assistentes Sociais) a desempenhar funções em UCSP's da ULS Guarda EPE e ULS Nordeste EPE; prestadores de cuidados informais de utentes internados ou com internamento recente em Unidades de Cuidados Continuados dos distritos da Guarda e de Bragança, inscritos em Cuidados de Saúde Primários de ambos os distritos.
- b. de exclusão:** profissionais de saúde que não integrem unidades de Cuidados de Saúde Primários das tipologias UCSP; cuidadores informais de utentes internados ou com internamento recente em Unidades de Cuidados Continuados inscritos em Cuidados de Saúde Primários de outras regiões do país.

### **ÉTICA DE INVESTIGAÇÃO EM SUJEITOS HUMANOS**

É da inteira responsabilidade da investigadora:

1. Solicitação de procedimentos à Comissão de Ética para aplicação de Instrumento de Recolha de Dados (IRD).
2. Garantir o preenchimento e recolha dos questionários.
3. Garantir a confidencialidade dos dados referentes aos respondentes e divulgação dos resultados.

**Mestranda:** Carla Alexandra Pires Ferreira

**Orientação Científica:** Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga Branco

**ANEXO III – Questionário dirigido aos Cuidadores Formais**

## **Questionário**

**Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas  
Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários:  
Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais**

**Autora:** Carla Alexandra Pires Ferreira

**Orientação Científica:** Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Este questionário destina-se à realização de um estudo sobre a Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais, no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, cuja finalidade é conhecer a relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade.

Destina-se a profissionais de saúde – **Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos** – das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCPS's) pertencentes à ULS Guarda EPE e à ULS Nordeste EPE. O questionário é constituído por três partes:

- 1ª. Caracterização sociodemográfica do participante em estudo;
- 2ª. Caracterização profissional do mesmo;
- 3ª. “**Escala Veiga de Competência Emocional**”, (EVCE, 2005) adaptada e validada à população.

O questionário é individual e confidencial, como tal não o deve assinar.

É permitido responder ao questionário **apenas uma vez**. Todas as perguntas de **caráter obrigatório**, sob pena de o invalidar. A sua participação é valiosa para a conclusão deste trabalho.

Agora, comece as suas respostas:

### **PARTE I – Caracterização sociodemográfica**

**Procedimento:** Assinale as respostas, colocando uma cruz (X) sobre a opção que considera mais adequada à questão formulada.

**1 – Idade:** \_\_\_\_\_ anos (completos)

**2 – Sexo:**  (1) Masculino  (2) Feminino

**3 – Estado Civil:**

(1) Solteiro(a)  (2) Casado(a) / União de Facto  (3) Divorciado(a)  (4) Viúvo(a)

**4 – Onde reside?**

(1) Meio rural  (2) Meio urbano

**5 – Como considera as suas condições habitacionais?**

(1) Péssimas  (2) Más  (3) Razoáveis  (4) Boas  (5) Excelentes

## PARTE II – Caracterização Profissional

### 1 – Formação Académica:

(1) Bacharelato  (2) Licenciatura  (3) Pós-Graduação  (4) Mestrado  (5) Doutoramento

### 2 – Profissão:

(1) Assistente Social  (2) Enfermeiro  (3) Médico

### 3 – Exerce a sua profissão na sua área de residência?

(1) Sim  (2) Não (Se “**Não**” passe à questão 3.1.)

**3.1. – Considera que o facto de residir longe do seu local de trabalho tem impacto negativo no desempenho da sua atividade profissional?**  (1) Sim  (2) Não

### 4 – O vencimento que auferes é justo para as funções que desempenhas?

(1) Discordo totalmente  (2) Discordo  (3) Indiferente  (4) Concordo  (5) Concordo totalmente

### 5 – Qual a visibilidade que tem de si enquanto profissional?

(1) Péssima  (2) Fraca  (3) Indiferente  (4) Boa  (5) Excelente

### 6 – Encontra-se satisfeito com as funções que exerce no seu local de trabalho?

(1) Discordo totalmente  (2) Discordo  (3) Indiferente  (4) Concordo  (5) Concordo totalmente

### 7 – As suas opiniões são aceites pelos restantes profissionais no seu local de trabalho?

(1) Discordo totalmente  (2) Discordo  (3) Indiferente  (4) Concordo  (5) Concordo totalmente

### 8 – Possui formação em Cuidados Continuados? (1) Sim (2) Não

### 9 – É referenciador para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI):

(1) Sim  (2) Não (Se respondeu “**Não**” após a próxima resposta, dê por terminada esta parte do questionário)

#### 9.1. – Porque não é referenciador para a RNCCI?

---

---

### 10 – Como é feita a referenciação para a RNCCI no seu local de trabalho?

(1) Equipa referenciadora

(2) Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social

(3) Outro Qual? \_\_\_\_\_

**11 – Existem elementos de todos os grupos profissionais (Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos) no seu local de trabalho, para que sejam formalizadas as referências para a RNCCI?**

(1) Sim     (2) Não (Se “**Não**” responda às questões 11.1. e 11.2.)

**11.1. – Quais os elementos inexistentes?** \_\_\_\_\_

**11.2. – Como procede para finalizar o processo de referência perante a inexistência de um grupo profissional?**

(1) Substitui a avaliação do técnico por uma avaliação efetuada por si

(2) Solicita a um profissional externo ao serviço que proceda à avaliação

(3) Envia a proposta de referência à ECL sem avaliação desse técnico

(4) Invalida a proposta de referência

(5) Outro    Qual? \_\_\_\_\_

**12 – Sente que existe resistência em referenciar utentes para a RNCCI, por outros profissionais de saúde?**

(1) Sim     (2) Não     (3) Desconhece

**13 – Troca experiências de referência com outros colegas no local de trabalho?**

(1) Sim     (2) Não

**14 – Sente dificuldade em operacionalizar burocraticamente o processo de referência?**

(1) Sim     (2) Não

**15 – Conhece os recursos existentes (tipologias de cuidados e respetiva localização) assim como a sua especificidade no processo de referência?**

(1) Sim     (2) Não

**16 – Quer especificar algo, relativamente a qualquer questão apresentada?**

---

---

---

### **PARTE III – Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE, Veiga-Branco, 2005)**

**Procedimento:** As respostas a este questionário refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre». Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

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

**Todas as afirmações devem ser respondidas.**

Assinale as respostas, colocando uma cruz (X) sobre o algarismo que traduz a frequência com que cada situação ocorre. Verifique o exemplo:

<b>I - 1. Perante uma situação/relação negativa, na vida, sinto que, ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis:</b>	
a) Logo no momento, tomo consciência do meu estado... à medida que os sentimentos me invadem.	1 <del>X</del> 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, pensando no(s) (...) que me fizeram sentir mal.	1 2 3 4 5 <del>X</del> 7
c) Sinto que me deixo absorver por emoções, incapaz de lhes escapar, (...) o meu comportamento.	<del>X</del> 1 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que tenho a noção do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo... consigo defini-los.	1 <del>X</del> 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 <del>X</del> 5 6 7

Em cada situação apresentada, existe a **possibilidade** de escrever outro tipo de argumento em "Outra".

Leia as Questões e vá assinalando as respostas.

<b>I</b>	
<b>1. Perante uma situação/relação negativa na minha vida, sinto que ao ficar envolvido(a) por sentimentos desagradáveis (tristeza, culpa, vergonha, angústia, raiva...):</b>	
a) Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.	1 2 3 4 5 6 7
b) Caio num estado de espírito negativo, e rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	1 2 3 4 5 6 7
c) Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	1 2 3 4 5 6 7
d) Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... frustração... consigo defini-los.	1 2 3 4 5 6 7
e) Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	1 2 3 4 5 6 7
f) Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	1 2 3 4 5 6 7
g) Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	1 2 3 4 5 6 7
h) Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, pressão no peito... etc.	1 2 3 4 5 6 7
i) Outra:	1 2 3 4 5 6 7
<b>2. Em situações/relações negativas, reconheço que ao ser envolvido por sentimentos desagradáveis:</b>	
a) Altera-se a minha capacidade de atenção. Fico distraído, menos atento...	1 2 3 4 5 6 7
b) Diminui o meu nível de raciocínio. Não me consigo concentrar facilmente...	1 2 3 4 5 6 7
c) Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/ fico em mutismo; eufórico(a), amuo, etc.	1 2 3 4 5 6 7
d) Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo. Esse sentimento volta sempre...	1 2 3 4 5 6 7
e) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

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

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

**II****1. Imagine uma situação da sua vida (pessoal ou profissional) em que foi invadido por uma **onda de fúria ou raiva**. Ao tentar ficar mais sereno(a), tomou normalmente uma atitude:**

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

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

a) Tenho tendência a usar objetos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7
b) Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e fico a pensar nas palavras/pessoas/attitudes que o causaram.	1	2	3	4	5	6	7
c) Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	1	2	3	4	5	6	7
d) Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

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

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

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

a) Inconscientemente, acabo por usar, para me distrair, pensamentos/situações ainda mais deprimentes.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sinto alívio se praticar exercício físico ou desporto.	1	2	3	4	5	6	7
c) Sinto alívio se comer ou beber.	1	2	3	4	5	6	7

d) Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

### III

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

<b>2. Imagine uma atividade de quotidiano. Durante a atividade, normalmente sinto que:</b>							
a) Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	1	2	3	4	5	6	7
b) Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	1	2	3	4	5	6	7
c) Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	1	2	3	4	5	6	7
d) Sou assaltado por pensamentos (será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o colega/ professor/ amigo aprova?).	1	2	3	4	5	6	7
e) Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	1	2	3	4	5	6	7
f) Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	1	2	3	4	5	6	7
g) Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	1	2	3	4	5	6	7
h) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

<b>3. Quando vivo uma situação de rejeição pessoal (a nível íntimo, social, etc.), sinto que:</b>							
a) Penso no facto e rumino a humilhação. Aquilo fica dentro de mim...	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora. Enfim, passo à frente...	1	2	3	4	5	6	7
c) Invade-me a autopiedade. Acabo por me sentir "down", como alguém sem grande interesse...	1	2	3	4	5	6	7
d) Invade-me o desprezo, o rancor. Corto com quem me rejeita... sinto rancor por essa(s) pessoa(s)...	1	2	3	4	5	6	7
e) Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	1	2	3	4	5	6	7
f) Outra:	1	2	3	4	5	6	7

### IV

<b>1. Nas relações (pessoais, familiares, sociais) com os outros, ao longo da minha vida, fica-me a sensação de que sou capaz:</b>							
a) "Registar"/perceber os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
b) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	1	2	3	4	5	6	7
c) "Ler" os canais não verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	1	2	3	4	5	6	7
d) Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	1	2	3	4	5	6	7
e) Outra:	1	2	3	4	5	6	7
<b>2. Reconheço que nas minhas relações, tenho tendência a valorizar mais:</b>							
a) A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).	1	2	3	4	5	6	7
b) A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.	1	2	3	4	5	6	7

c) O tom de voz.	1 2 3 4 5 6 7
d) A direção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima; a buscar outras direções).	1 2 3 4 5 6 7
e) Os gestos (mãos, corpo).	1 2 3 4 5 6 7
f) Outra:	1 2 3 4 5 6 7

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

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

### V

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

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

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

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

Terminou o questionário.

Obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO VI – Questionário dirigido aos Cuidadores Informais**



## **Questionário**

**Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas  
Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários:  
Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais**

**Autora:** Carla Alexandra Pires Ferreira

**Orientação Científica:** Maria Augusta Romão da Veiga Branco

BRAGANÇA, 2017

Este questionário destina-se à realização do estudo *“Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais”*, no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, cuja finalidade é conhecer a relação entre Competência Emocional e Interdisciplinaridade.

Destina-se a **cuidadores informais** de utentes internados atual ou recentemente em Unidades de Cuidados Continuados nos distritos de Bragança e Guarda, **inscritos** em Centros de Saúde pertencentes à **Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.** ou à **Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.**

O questionário é constituído por duas partes: a primeira para a caracterização sociodemográfica do participante em estudo, e a segunda para a avaliação da satisfação do prestador informal relativamente ao Centro de Saúde em que está inscrito e aos profissionais de saúde que o integram – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos.

O questionário é individual e confidencial, como tal **não o deve assinar**. É permitido responder ao questionário **apenas uma vez**, sendo todas as perguntas de **caráter obrigatório**, sob pena de o invalidar. A sua participação é valiosa para a conclusão deste trabalho.

## PARTE I – Caracterização sociodemográfica

**Procedimento:** Assinale as respostas, colocando uma cruz (X) na opção que considera mais adequada à questão formulada.

**1 – Idade:** \_\_\_\_\_ anos (completos)

**2 – Sexo:**     (1) Masculino     (2) Feminino

**3 – Estado Civil:**

(1) Solteiro(a)  (2) Casado(a) / União de Facto  (3) Divorciado(a)  (4) Viúvo(a)

**4 – Habilitações literárias:**  (1) Ensino Básico  (2) 2º ou 3º Ciclo  (3) Ensino Secundário

(4) Ensino Superior  (5) Outros    Quais? \_\_\_\_\_

**5 – Localidade onde reside?** \_\_\_\_\_

**6 – Centro de Saúde onde a pessoa cuidada está inscrita?**

\_\_\_\_\_

**7 – Unidade de Cuidados Continuados onde a pessoa cuidada está ou esteve internado?**

\_\_\_\_\_

## PARTE II – Satisfação em relação aos profissionais do Centro de Saúde

### Procedimento:

Assinale com uma cruz (X) o número que estiver mais de acordo com a satisfação sentida relativamente aos itens referidos, de acordo com a seguinte escala:

1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Indiferente	4 Satisfeito	5 Completamente satisfeito
-------------------------	-------------------	------------------	-----------------	-------------------------------

Todas as questões devem ser respondidas.

### I

1. Durante o processo de referenciação da pessoa cuidada para os Cuidados Continuados, qual o grau de satisfação com os **Médicos**, relativamente a:

a) Conhecimento sobre a doença.	1	2	3	4	5
b) Acompanhamento médico proporcionado.	1	2	3	4	5
c) Atenção dada aos problemas pessoais e/ou familiares.	1	2	3	4	5
d) Disponibilidade para escutar todas as suas preocupações e da pessoa de quem cuida.	1	2	3	4	5
e) Interesse demonstrado por si e pela pessoa de quem cuida assim como em ajudar a resolver o problema.	1	2	3	4	5
f) Informação dada sobre o processo de referenciação e ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	1	2	3	4	5
g) As suas qualidades humanas.	1	2	3	4	5

Se não teve contacto ou não tem opinião formada sobre o médico que o referenciou assinale aqui.

### II

1. Durante o processo de referenciação da pessoa cuidada para os Cuidados Continuados, qual o grau de satisfação com os **Enfermeiros**, relativamente a:

a) Forma como trataram do seu familiar/pessoa cuidada .	1	2	3	4	5
b) Atenção dada aos problemas pessoais e/ou familiares.	1	2	3	4	5
c) Conhecimento sobre a doença.	1	2	3	4	5
d) Interesse demonstrado por si e pela pessoa de quem cuida assim como em ajudar a resolver o problema.	1	2	3	4	5
e) Disponibilidade para escutar todas as suas preocupações e da pessoa de quem cuida.	1	2	3	4	5
f) Informação dada sobre o processo de referenciação e ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	1	2	3	4	5
g) As suas qualidades humanas.	1	2	3	4	5

Se não teve contacto ou não tem opinião formada sobre o médico que o referenciou assinale aqui.

---

### III

---

1. Durante o processo de referenciação da pessoa cuidada para os Cuidados Continuados, qual o grau de satisfação com os **Assistentes Sociais**, relativamente a:

a) Conhecimento sobre a situação social pessoal e/ou familiar.	1	2	3	4	5
b) Atenção dada aos problemas pessoais e/ou familiares.	1	2	3	4	5
c) Interesse demonstrado por si e pela pessoa de quem cuida assim como em ajudar a resolver o problema.	1	2	3	4	5
d) Disponibilidade para escutar todas as suas preocupações e da pessoa de quem cuida.	1	2	3	4	5
e) Informação dada sobre o processo de referenciação e ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.	1	2	3	4	5
f) Alternativas apresentadas para a resolução do problema.	1	2	3	4	5
g) As suas qualidades humanas.	1	2	3	4	5

Se não teve contacto ou não tem opinião formada sobre o médico que o referenciou assinale aqui.

---

---

### IV

---

1. Relativamente ao **Centro de Saúde** em que a pessoa de quem cuida está inscrita, de um modo geral, qual o grau de satisfação relativamente a:

a) Estrutura física e acessibilidade.	1	2	3	4	5
b) Atendimento geral.	1	2	3	4	5
d) Organização do serviço.	1	2	3	4	5
e) Articulação entre os diferentes profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
f) Eficácia dos profissionais de saúde.	1	2	3	4	5
g) Comunicação estabelecida.	1	2	3	4	5

Terminou o questionário.

Obrigada pela sua colaboração!

**ANEXO V – Consentimento Informado dirigido aos Cuidadores Formais**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

### “COMPETÊNCIA EMOCIONAL E INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPAS REFERENCIADORAS DAS UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA PERSPETIVA DE CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS”

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>2</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>3</sup>

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

**Título do estudo:** Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais

**Enquadramento:** Estudo realizado em âmbito académico de mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco, a ser desenvolvido: na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., e nas Unidades de Cuidados Continuados de Freixo de Numão, de Freixo de Espada à Cinta, de Torre de Moncorvo, de Almeida, de Gouveia e da Guarda.

**Explicação do estudo:** O estudo desenvolve-se através da análise de dois questionários de autopreenchimento, cujo preenchimento demora 10 minutos aproximadamente: **um questionário dirigido a profissionais de saúde – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos** –, enquanto referenciadores para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a partir de unidades de Cuidados de Saúde Primários; e **outro dirigido a prestadores de cuidados informais de utentes internados em unidades de Cuidados Continuados**.

O presente questionário (dirigido aos **profissionais de saúde – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos**) é constituído por três partes – a primeira para a caracterização sociodemográfica do participante em estudo, a segunda para a caracterização profissional do mesmo, e a terceira que inclui a “Escala Veiga de Competência Emocional”, adaptada e validada à população. O questionário de caracterização sociodemográfica engloba questões de carácter pessoal (idade, sexo, estado civil, residência e condições habitacionais); a caracterização profissional inclui questões de índole profissional (formação académica, profissão, satisfação em relação às funções que desempenha, entre outras); a “Escala Veiga de Competência Emocional” é constituída por 15 itens com opções de resposta em frequência temporal em que cada situação ocorre numa escala de Likert de 7 pontos, variando num *continuum* entre «Nunca» e «Sempre».

**Condições e financiamento:** O estudo não apresenta financiamento pelo que cabe à investigadora o pagamento das deslocações. A participação no estudo é voluntária pelo que a não participação não implica qualquer prejuízo por parte do inquirido. O referente estudo mereceu parecer favorável das Comissões de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., e da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., e das Unidades de Cuidados Continuados de Freixo de Numão, de Freixo de Espada à Cinta, de Torre de Moncorvo, de Almeida, de Gouveia e da Guarda

**Confidencialidade e anonimato:** Aos participantes no estudo garante-se a total confidencialidade e anonimato, sendo que os dados recolhidos serão usados unicamente para tratamento estatístico no presente estudo. Garante-se que a identidade do participante nunca será tornada pública.

Agradeço desde já a sua participação

Carla Ferreira

Enfermeira (Cédula Profissional: [REDACTED]) – UCSP de Vila Nova de Foz Côa, ULS Guarda, E.P.E.

Tel: [REDACTED]

E-mail: [carla\\_ferreira3@hotmail.com](mailto:carla_ferreira3@hotmail.com)

**Assinatura:** .....

<sup>2</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>3</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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

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

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

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

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: ... ..

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**ANEXO VI – Consentimento Informado dirigido aos Cuidadores Informais**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

### “COMPETÊNCIA EMOCIONAL E INTERDISCIPLINARIDADE NAS EQUIPAS REFERENCIADORAS DAS UNIDADES DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA PERSPETIVA DE CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS”

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>4</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>5</sup>

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

**Título do estudo:** Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais

**Enquadramento:** Estudo realizado em âmbito académico de mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, sob orientação da professora Doutora Maria Augusta Veiga-Branco, a ser desenvolvido: na Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., na Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., e nas Unidades de Cuidados Continuados de Freixo de Numão, de Freixo de Espada à Cinta, de Torre de Moncorvo, de Almeida, de Gouveia e da Guarda.

**Explicação do estudo:** O estudo desenvolve-se através da análise de dois questionários de autopreenchimento, cujo preenchimento demora 10 minutos aproximadamente: **um questionário dirigido a profissionais de saúde – Assistentes Sociais, Enfermeiros e Médicos** –, enquanto referenciadores para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a partir de unidades de Cuidados de Saúde Primários; e **outro dirigido a prestadores de cuidados informais de utentes internados em unidades de Cuidados Continuados**.

O presente questionário (dirigido aos **Prestadores de Cuidados Informais**) é constituído por duas partes – a primeira para a caracterização sociodemográfica do participante em estudo, e a segunda para a satisfação em relação aos profissionais do Centro de Saúde que participaram na referenciação do utente para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. O questionário de caracterização sociodemográfica engloba questões de carácter pessoal (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência, entre outras); a avaliação da satisfação em relação aos profissionais do Centro de Saúde é constituída por 4 itens com opções de resposta em que cada situação ocorre numa escala de Likert de 5 pontos, variando num *continuum* entre «Muito satisfeito» e «Completamente satisfeito».

**Condições e financiamento:** O estudo não apresenta financiamento pelo que cabe à investigadora o pagamento das deslocações. A participação no estudo é voluntária pelo que a não participação não implica qualquer prejuízo por parte do inquirido. O referente estudo mereceu parecer favorável das Comissões de Ética da Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., e da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., e das Unidades de Cuidados Continuados de Freixo de Numão, de Freixo de Espada à Cinta, de Torre de Moncorvo, de Almeida, de Gouveia e da Guarda

**Confidencialidade e anonimato:** Aos participantes no estudo garante-se a total confidencialidade e anonimato, sendo que os dados recolhidos serão usados unicamente para tratamento estatístico no presente estudo. Garante-se que a identidade do participante nunca será tornada pública.

Agradeço desde já a sua participação

Carla Ferreira

Enfermeira (Cédula Profissional: ██████████) – UCSP de Vila Nova de Foz Côa, ULS Guarda, E.P.E.

Tel: ██████████

E-mail: [carla\\_ferreira3@hotmail.com](mailto:carla_ferreira3@hotmail.com)

**Assinatura:** .....

<sup>4</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>5</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

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

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

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

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

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE

NOME: ... ..

BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**ANEXO VII – Autorizações cedidas para aplicação dos IRD's**



Reunião em 28.9.2017  
Autógrafa conforme parecer  
de Comissão de Ética.

Exmo. Sr.  
Dr. Carlos Vaz  
Presidente do Conselho de Administração  
da ULSNE, E.P.E.  
Praça Cavaleiro Ferreira  
5301 - 862 Bragança

*Caro*  
Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA N.º: PROC. N.º:	DATA
----------------	--------------------	--	------

ASSUNTO: Estudo: Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais

Exmo. Senhor,

Após reunião de 16 de Agosto de 2017, vem esta CE, enviar a V. Ex.ª o parecer emitido do estudo supra referido.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética





PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

*Estudo: Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais*

Após reunião de 16 de Agosto de 2017, e, no seguimento da receção da informação solicitada, a Comissão de Ética decidiu, que seria de aceitar o pedido, desde que os visados não se importem de responder aos questionários, e, desde que não haja comprometimento do normal funcionamento dos serviços, nada a opor do ponto de vista ético.

O processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética da ULSNE, EPE presentes em reunião de 16 de Agosto de 2017:

Presidente: Dra. Joaquina Baltazar

Dra. Maria Jesus Machado, Dra. Liseta Gonçalves, Dra. Manuela Fernandes e Enf<sup>a</sup>. Carla Grande



Exma. Senhora  
Enfermeira Carla Alexandra Pires Ferreira  
Unidade de Cuidados Personalizados de  
Vila Nova Foz Côa  
Avenida da Misericórdia, n.º 5  
5150-632 Vila Nova de Foz Côa

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO DE

NOSSA REFERÊNCIA  
N.º:  
PROC. N.º:

DATA  
30.06.2017

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para aplicação de Questionário subordinado ao tema "Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários"

Em referência ao assunto mencionado em epígrafe e conforme solicitado por V. Exa., vimos informar que, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, da ULS da Guarda, E.P.E., nada temos a opor à realização do estudo e que o mesmo se encontra autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente do Conselho de Administração  
**Dr.ª Isabel Coelho**

Presidente do Conselho de Administração  
U.L.S. de Guarda, E.P.E.

(Dra. Isabel Coelho)

saída 07411 \*17:06:30 1532

IC/IM



**Santa Casa da Misericórdia de Moncorvo**

Rua do Hospital Velho, nº24, 5160-272 Torre de Moncorvo

Telef. 279254245 Fax. 279254255

E-mail: [santamoncorvo@gmail.com](mailto:santamoncorvo@gmail.com)

## Declaração de Consentimento

Para os devidos efeitos, declaro autorizar a aplicação de questionários aos cuidadores informais dos utentes internados nesta Unidade de Cuidados Continuados, no âmbito da Investigação para a Dissertação de Mestrado subjugada ao tema “Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: uma perspetiva de Cuidadores Formais e Informais”, levada a cabo pela Enfa. Carla Alexandra Pires Ferreira, sob a orientação da Prof. Dra. Maria Augusta Romão da Veiga Branco, no período de Agosto a Outubro de 2017.

Por ser verdade e me ter sido solicitada, passo a presente declaração que dato e assino.

Torre de Moncorvo, 31 de Julho de 2017



O Provedor

(Fernando Manuel Gil)

24/07/2017

Fw: Aplicação de questionários - Carla Pires Ferreira

## Fw: Aplicação de questionários

Carla Ferreira <Carla\_ferreira3@hotmail.com>

sex 07-07-2017 11:13

Para: Carla Pires Ferreira <carla.pires.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt>;

Importância: Alta

Carla Ferreira

---

**De:** Marisa Campos <ucci.almeida.marisa@gmail.com>

**Enviado:** 27 de junho de 2017 11:16:48

**Para:** carla\_ferreira3@hotmail.com

**Assunto:** Aplicação de questionários

Bom Dia Enfª Carla

Venho por este meio informar que ao recebermos a correspondência enviada, que mereceu a nossa atenção depois de analisada informamos que aceitamos colaborar no preenchimentos dos questionários.

Sem outro assunto

Com os melhores cumprimentos

Marisa Campos  
Diretora Técnica - Assistente Social  
Unidade Cuidados Continuados Integrados  
- Longa Duração e Manutenção -

Santa Casa de Misericórdia de Almeida  
Tel: 271 571 289  
Estrada Nacional 332 - s/n  
6350 -136 Almeida



Sem vírus. [www.avast.com](http://www.avast.com)

24/07/2017

Fw: Aceitação de Aplicação de Questionários - Carla Pires Ferreira

## Fw: Aceitação de Aplicação de Questionários

seg 24-07-2017 11:34

Para: Carla Pires Ferreira <carla.pires.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt>;

Carla Ferreira

---

**De:** Centro Social Paroquial de Freixo de Numão <diretoratecnica@cspfreixodenumao.pt>

**Enviado:** 20 de julho de 2017 12:32:09

**Para:** carla\_ferreira3@hotmail.com

**Assunto:** Aceitação de Aplicação de Questionários

Bom dia Enf.ª Carla

Venho por este meio informar que esta Direção autoriza aplicação dos questionários.

--

### **Cumprimentos**

**Enf.ª Andreia Saraiva**

**Diretora Técnica / Enf.ª Coordenadora**

**UCCI FREIXO DE NUMÃO**

Centro Social Paroquial Freixo de Numão

Rua Abel Acácio Azevedo

5155-202 Freixo de Numão

Tel: 279788225

[diretoratecnica@cspfreixodenumao.pt](mailto:diretoratecnica@cspfreixodenumao.pt)

[www.cspfreixodenumao.pt](http://www.cspfreixodenumao.pt)

14/09/2017

Fwd: Autorização para aplicação de questionários - Carla Pires Ferreira

## Fwd: Autorização para aplicação de questionários

Carla Ferreira <carla\_ferreira3@hotmail.com>

qui 14-09-2017 10:48

Para Carla Pires Ferreira <carla.pires.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt>:

Obter o [Outlook para Android](#)

---

**From:** scmguarda <scmguarda@gmail.com>  
**Sent:** Thursday, September 14, 2017 10:38:04 AM  
**To:** carla\_ferreira3@hotmail.com  
**Subject:** Autorização para aplicação de questionários

Boa tarde

Conforme conversa telefónica tida hoje informo que foi autorizado o seu pedido relativamente à aplicação de questionários no âmbito de trabalho de projeto de mestrado em Cuidados Continuados da Escola Superior de Bragança Intitulado "Competência emocional e interdisciplinaridade nas equipas referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: uma perspectiva de cuidadores formais e informais".

Com os melhores cumprimentos

A Coordenadora Geral  
Aline Barreiros

24/07/2017

Fw: Tese de mestrado - Carla Pires Ferreira

## Fw: Tese de mestrado

seg 24-07-2017 11:34

Para: Carla Pires Ferreira <carla.pires.ferreira@ulsguarda.min-saude.pt>;

Carla Ferreira

---

**De:** unidade cuidados continuados santa casa misericordia <uccsecretariafec@hotmail.com>

**Enviado:** 19 de julho de 2017 17:18:00

**Para:** carla\_ferreira3@hotmail.com

**Assunto:** Tese de mestrado

Exma Colega Carla ,

Informo que autorizo o envio dos questionários referentes a tese de mestrado Competência emocional interdisciplinaridade nas equipas referenciadas das unidades de saúde primarias; uma perspectiva de cuidados formais e informais.

Com os melhores cumprimentos,  
Enf<sup>a</sup> Fabiana Fileno