



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE
EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a
Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência**

Lúcia Andreia Marques Filipe

Coimbra, julho de 2017



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a
Pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência

Lúcia Andreia Marques Filipe

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira
Professora Coordenadora da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem
Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Coimbra, julho de 2017

AGRADECIMENTO

À minha família pelo apoio e incentivo nas minhas conquistas e tolerância nas minhas ausências;

À Professora Doutora Isabel Moreira pela disponibilidade e orientação em todos os momentos;

Ao Professor Doutor José Carlos Martins pela disponibilidade e orientação a nível do tratamento de dados estatístico desta investigação;

Aos enfermeiros do serviço de urgência que aceitaram participar neste estudo, possibilitando a sua concretização;

E a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta dissertação fosse possível.

A todos: o meu muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CPFV - Cuidados à pessoa em fim de vida

DAP-R – *Death Attitude Profile-Revised*

DGS – Direção Geral da Saúde

EPE - Entidade Pública Empresarial

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FATCOD - Escala de análise global das atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida

IE - Inteligência emocional

IEP - Inteligência emocional percebida

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

PACDFV - Perfil de atitudes face aos cuidados ao doente em fim de vida

QE - Quociente Emocional

QI – Quociente de Inteligência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Science

SU - Serviço de urgência

SUB - Serviço de urgência básica

SUMC - Serviço de urgência médico-cirúrgica

SUP - Serviço de urgência polivalente

TMMS - *Trait Meta-Mood Scale*

TMMS-24 - Escala Modificada da *Trait Meta-Mood Scale*

RESUMO

Enquadramento: A Enfermagem é uma profissão de relação, onde a atitude do enfermeiro está relacionada com a capacidade de reconhecer e controlar as suas emoções. A Inteligência Emocional (IE) é essencial para uma relação de qualidade entre enfermeiro-pessoa. O recurso ao Serviço de Urgência (SU) por parte da pessoa em fim de vida é frequente, sobretudo quando existem sintomas descontrolados. Cuidar destes pode-se tornar difícil para o enfermeiro em contexto de urgência.

Objetivos: Avaliar o nível de Inteligência Emocional Percebida (IEP) do enfermeiro no SU; Conhecer as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida (CPFV) no SU; Identificar as variáveis sociodemográficas/profissionais que influenciam a IEP do enfermeiro e as atitudes face aos CPFV no SU; Analisar a relação entre a IEP do enfermeiro e as suas atitudes face aos CPFV no SU.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, com uma amostra não probabilística por conveniência (n=142) de enfermeiros que exercem funções no SU de nível III. Colheita de dados realizada com aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica/profissional, da Escala Perfil de atitudes face aos cuidados aos doentes em fim de vida e da Versão Portuguesa Modificada da *Trait Meta-Mood Scale*.

Resultados: Os enfermeiros do SU possuem nível adequado nos três fatores que compõem a IEP, sendo superior no fator “clareza de sentimentos” no sexo feminino e nos fatores “clareza de sentimentos” e “reparação do estado emocional” nos que percecionam necessidade de formação em IE. As atitudes face aos CPFV são positivas, sendo influenciadas negativamente pela idade e pelo tempo de exercício profissional no SU e positivamente pela formação em CPFV e pela perceção de necessidade de formação em CPFV e IE. A IEP influencia as atitudes assertivas face aos CPFV.

Conclusões: Os enfermeiros apresentam atitudes positivas face aos CPFV no SU, podendo estas ser influenciadas pelo nível de IEP do enfermeiro. Estes resultados veem apoiar a necessidade de formação em enfermagem nesta área, quer no *curriculum* de enfermagem, quer ao longo da vida, de forma a permitir ao enfermeiro desenvolver estratégias eficazes para cuidar da pessoa em fim de vida.

Palavras-chave: Atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, enfermeiro, inteligência emocional percebida, pessoa em fim de vida, serviço de urgência.

ABSTRACT

Background: Nursing is a relationship profession, where the nurse's attitude is related to the ability to recognize and control his/her emotions. Emotional Intelligence (EI) is essential for a quality relationship between nurse-person. The recourse to the Emergency Department (ED) by the end of life person is frequent, especially when there are uncontrolled symptoms. Taking care of these can become difficult for the nurse in the emergency context.

Objectives: Evaluate the nurse's Perceived Emotional Intelligence level (PEI) in the ED; Know the nurse's attitudes towards the end of life care (EoLC) in the ED; Identify the sociodemographic/professional variables that influence the nurse's PEI and the attitudes towards the EoLC in the ED; Analyse the relationship between the nurse's PEI and his/her attitudes towards the EoLC in the ED.

Methods: A quantitative, descriptive-correlational study with a non-probabilistic sample for convenience (n = 142) of nurses working in the level III of the ED. Data collection performed with the application of a socio-demographic/professional characterization questionnaire, from the Attitudes Profile Scale for the end of life patients' care and the Portuguese Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale.

Results: The ED nurses have an adequate level in the three factors that make up the PEI, being superior in the "clarity of feelings" factor in the female and in the "clarity of feelings" and "repair of the emotional state" factors in those that perceive the need for training in EI. The attitudes towards EoLC are positive, being influenced negatively by age and time of professional exercise in the ED and positively by the training in EoLC and by the perception of need of training in EoLC and EI. The PEI influences the assertive attitude towards the EoLC.

Conclusions: Nurses present positive attitudes towards the EoLC in the ED, and these can be influenced by the nurse's PEI level. These results support the need for nursing training in this area, both in the nursing curriculum and throughout life, to allow the nurse to develop effective strategies to care for the end of life person.

Keywords: Attitudes towards the end of life care, nurse, Perceived Emotional Intelligence, end of life person, Emergency Department.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: As quatro componentes da inteligência emocional de Mayer e Salovey	22
Figura 2- Esquema das variáveis em estudo	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais.....	51
Tabela 2 - Pontuações da escala Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale	55
Tabela 3 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com Correção de Significância de Lilliefors	60
Tabela 4 - Idade dos enfermeiros e tempo de exercício profissional na profissão e no SU (N=142)	64
Tabela 5 - Características da amostra (N=142)	65
Tabela 6 - Dados estatísticos relativos à Inteligência Emocional Percebida dos Enfermeiros	67
Tabela 7 - Dados estatísticos relativos às atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência	69
Tabela 8 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a idade e a IEP do enfermeiro	70
Tabela 9 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a IEP do enfermeiro	71
Tabela 10 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e a IEP do enfermeiro	72
Tabela 11 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações académicas e a IEP do enfermeiro.....	73
Tabela 12 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional e a IEP do enfermeiro	73
Tabela 13 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e a IEP do enfermeiro.....	74
Tabela 14 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a formação em IE e em CPFV e a IEP do enfermeiro	75
Tabela 15 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a percepção de necessidade de formação na área da IE e dos CPFV e a IEP do enfermeiro	76

Tabela 16 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a idade e as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida	77
Tabela 17 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	78
Tabela 18 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	79
Tabela 19 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações académicas e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	80
Tabela 20 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	81
Tabela 21 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	82
Tabela 22 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes do enfermeiro face aos CPFV e a formação em IE e CPFV.....	83
Tabela 23 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a perceção de necessidade de formação na área da IE e dos CPFV e as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida	85
Tabela 24 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a IEP e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV	87

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	13
PARTE I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	17
1. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	18
1.1. EMOÇÃO VERSUS RAZÃO/COGNIÇÃO	18
1.2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	19
1.3. MODELO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SALOVEY E MAYER.....	22
1.4. AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	24
1.5. COMPETÊNCIA EMOCIONAL E O DESEMPENHO DO ENFERMEIRO.....	25
2. CUIDAR EM FIM DE VIDA.....	28
2.1. HOSPITAL COMO LUGAR DA MORTE	28
2.2. O SERVIÇO DE URGÊNCIA	30
2.3. CUIDAR A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA	32
2.4. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE AOS CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA.....	40
PARTE II: ESTUDO EMPIRICO	45
1. METODOLOGIA.....	46
1.1. TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO, OBJETIVOS E HIPOTHESES DE INVESTIGAÇÃO	46
1.2. VARIÁVEIS DE ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	49
1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
1.4. INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS	52
1.5. CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS	59
1.6. TRATAMENTO DOS DADOS	60
1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	61
2. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	63
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA	63

2.1.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas/profissionais	63
2.1.2. Caracterização da amostra quanto à Inteligência Emocional Percebida.....	66
2.1.3. Caracterização da amostra segundo as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.....	67
2.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	70
3. DISCUSSÃO.....	89
4. CONCLUSÕES.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II – Formulário de Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO I - Pedidos formais de autorização para realização de investigação e deferimento

ANEXO II - Pedidos formais de autorização para utilização das escalas e deferimento

NOTA INTRODUTÓRIA

O envelhecimento populacional é um fenómeno generalizado nos países desenvolvidos. Morrer não é apenas um fenómeno biológico, natural e inevitável da vida humana, mas um processo socialmente construído, com uma variabilidade de representações coletivas nas diferentes sociedades.

Atualmente constata-se que a morte foi transferida do domicílio para o contexto institucional, onde se proporcionam os cuidados que em casa não são possíveis, local esse repleto de emoções e sentimentos. As famílias acreditam que o melhor que podem fazer é levar os seus familiares para morrer no hospital, com menor sofrimento e impacto na sua vida familiar.

O enfermeiro tem um papel fulcral, na medida em que se encontra mais próximo da pessoa e com a possibilidade de a apoiar nesta fase de fim de vida. Porém, também fruto desta sociedade que afastou a morte do contexto familiar, o enfermeiro confronta-se diariamente com a experiência de sentir e lidar com o sofrimento/morte do outro, num mundo onde a emoção e o sentimento têm sido tradicionalmente reprimidos. Os profissionais de saúde sentem dificuldade em lidar com o sofrimento, a dor, a angústia, a perda, o *stress* e a morte, sofrendo efeitos devastadores na capacidade relacional, racional e emocional (Batista, 2012).

Esta modificação na orgânica das sociedades contemporâneas não pode ser ignorada, bem como toda a decorrente influência provocada nos comportamentos dos seres humanos. As alterações originam novos desafios sociais, e consequentes transformações nos comportamentos, pelo que se torna imprescindível uma aprendizagem emocional, que possa facilitar as relações intra/interpessoais com a pessoa em fim de vida.

A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, nas diversas situações em que existe interação entre os indivíduos. Numa organização de saúde onde o papel do enfermeiro é preponderante e onde as interações enfermeiro/pessoa são constantes, o estado emocional do enfermeiro está permanentemente a ser alterado.

A inteligência emocional é uma competência fundamental para os enfermeiros, uma vez que para estabelecer relações terapêuticas é necessário identificar e compreender as próprias emoções, assim como as emoções da pessoa e seus familiares. Isto é, os enfermeiros têm de saber gerir eficazmente as emoções que surgem no contato contínuo com a doença e a morte (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gomez-Benito, 2013).

Goleman (2014) advoga que é impossível separar a racionalidade, das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do seu controlo. Esta situação torna-se assim um elemento importante na otimização dos níveis de desempenho profissional e na qualidade dos cuidados prestados.

Pelo disposto, torna-se premente avaliar o nível da inteligência emocional percebida do enfermeiro e a relação com a atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. O estudo tem como objetivo central analisar a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as suas atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Deste objetivo decorrem como objetivos específicos: avaliar o nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro no SU; conhecer as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU; identificar as variáveis sociodemográficas/profissionais que influenciam a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU; e analisar a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Para atingir estes objetivos e dar resposta à questão de investigação utilizou-se o método quantitativo, num estudo descritivo-correlacional, com tratamento de dados estatísticos e análise de conteúdo.

Para além de aprofundar e sistematizar conhecimentos sobre a problemática da inteligência emocional percebida pelo enfermeiro e a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, a principal finalidade com a realização deste trabalho, consiste em desenvolver conhecimento sobre a sua relação, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros no SU.

Este trabalho realiza-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Do ponto de vista estrutural, encontra-se dividido em duas partes: enquadramento conceptual e estudo empírico.

Na primeira parte apresenta-se a revisão de literatura, centrada na temática da inteligência emocional, explorando-se o modelo de Inteligência Emocional de Salovey e Mayer, e no cuidar da pessoa em fim de vida no contexto do Serviço de Urgência.

Na segunda parte consta a investigação empírica, estando incluídos os capítulos da metodologia, os resultados e a discussão. No primeiro capítulo, aborda-se o método de investigação recorrido e especificam-se os testes estatísticos empregados na análise de dados. No segundo capítulo procede-se à análise descritiva das características da amostra, bem como à análise inferencial, procurando associações entre as variáveis. Por último, na discussão, para além da análise das limitações metodológicas do estudo, realiza-se uma análise dos resultados obtidos à luz das evidências científicas atuais.

Termina-se com a apresentação das conclusões, onde se salienta os achados mais relevantes do estudo e sugestões para futuras investigações na área.

A pesquisa bibliográfica foi o método selecionado por forma a enquadrar e justificar a temática em estudo

PARTE I: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A inteligência emocional (IE) constitui um campo de investigação relativamente recente, que procura ampliar o conceito tradicional de inteligência, abrangendo nos domínios da inteligência, aspetos relacionados com o mundo das emoções e dos sentimentos. Este tipo de inteligência determina o potencial para aprender as aptidões práticas e a competência emocional mostra até que ponto traduzimos esse potencial nas capacidades profissionais (Goleman, 2014).

De seguida, aborda-se a temática da emoção versus razão/cognição, a evolução do conceito de inteligência emocional, o modelo de inteligência emocional de Salovey e Mayer e por fim, a competência emocional e o desempenho do enfermeiro.

1.1. EMOÇÃO VERSUS RAZÃO/COGNIÇÃO

A componente etimológica da palavra emoção, deriva de *e+movere*, que significa “mover para fora” ou “sair de si”. Numa forma simples, pode depreender-se que, quando um indivíduo se emociona, transmite para o exterior algo que indique a sua emoção, podendo ser através da voz e do corpo, onde se incluem as expressões faciais ou os movimentos de outra ordem.

A felicidade, a tristeza, a indignação, o temor e o repúdio constituem as cinco emoções básicas. As diferentes combinações destas emoções, permitem ao cérebro emocional avaliar rapidamente situações inesperadas e responder com reações de defesa pré-programadas. O cérebro emocional, permite deste modo, a tomada de decisões racionais, ao dar uma linha de orientação intuitiva que permite decidir entre as diversas possibilidades (Martin & Boeck, 1997).

As emoções são programas complexos, automatizados de ações modeladas pela evolução. Estas ações completam-se com um programa cognitivo que integra conceitos e modos de cognição. Ao atenuar e relativizar as ondas emotivas, o cérebro racional afina e aperfeiçoa os modelos de reação do cérebro emocional, que são primitivos. O cérebro racional, apesar de mais preciso, necessita de mais tempo para atuar, cerca do dobro do tempo do cérebro emocional (Damásio, 2010).

Nos últimos anos, tem-se vindo a provar que o ato de sentir, pensar e de decidir pressupõe um trabalho conjunto do cérebro emocional e do racional. Daniel Goleman revolucionou o conceito mostrando que o Quociente de Inteligência (QI) de uma pessoa não é garantia de sucesso e felicidade.

O cérebro racional e o emocional formam um todo inseparável, dado que para compreender e interpretar o que o rodeia, o homem necessita de possuir inteligência racional e emocional. As emoções determinam até que ponto se pode tirar partido do potencial mental, como meio de seletividade é necessário para além de um QI elevado, qualidades como a perseverança e o otimismo. A coordenação da capacidade de sentir, com a capacidade de pensar, proporciona ao ser humano uma gama de expressões (Martin & Boeck, 1997; Damásio, 2010).

Em síntese, a inteligência emocional é o resultado da interação entre cognição e emoção, sendo que a emoção conduz a um pensamento mais inteligente e a inteligência emocional auxilia o indivíduo a pensar nas suas emoções e nas dos outros. A ausência desta conexão torna o indivíduo emocional e socialmente inapto. Torna-se assim claro, que é de extrema importância, perceber o significado de inteligência emocional e compreender como se utilizam as emoções para facilitar a razão.

1.2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

O quociente de inteligência predominou durante muitos anos sobre o quociente emocional (QE), tendo-se ensinado e inculcido nas pessoas que lhes seria mais proveitoso valorizar o intelecto e desvalorizar as emoções, pois estas distorcem a informação presumivelmente mais precisa que o intelecto fornece.

As diferentes concetualizações que surgiram organizaram-se, essencialmente, em dois modelos principais: modelos de capacidade, em que a IE é definida como um conjunto de capacidades cognitivas, que permitem o funcionamento emocional e modelos mistos que, por sua vez, integram uma vasta gama de características de personalidade (Queirós M., 2014).

A inteligência social era o conceito que, antes de existir a noção de inteligência emocional, mais se lhe assemelhava e foi proposto por Edward Thorndike num artigo publicado em 1920, onde o autor refere que esta eficácia interpessoal, era de importância vital para o êxito em diversas áreas (Goleman, 2000). Segundo o mesmo autor a inteligência social, consiste na capacidade de lidar com sucesso em contextos

sociais, estabelecendo relações sociais produtivas e favoráveis ao progresso social do indivíduo.

Muitas das abordagens, em redor da inteligência social, surgem do ponto de vista de Garden e da sua teoria intitulada de Inteligências Múltiplas. Howard Garden, psicólogo da Universidade de Harvard, desenvolveu a teoria das inteligências múltiplas, onde enfatiza a importância das aptidões da inteligência, em detrimento do conceito unilateral da inteligência (Garden, 1995).

A inteligência numa visão tradicional define-se, operacionalmente, como a capacidade de responder a itens em testes de inteligência. A correlação dos resultados de testes, através das idades e de diferentes testes, corrobora a noção de que a faculdade geral da inteligência, não se altera com a idade e experiência, sendo deste modo, um atributo ou faculdade inata ao indivíduo. A inteligência compreende a capacidade que a pessoa, inserida em determinada comunidade cultural, possui para solucionar problemas. Esta permite, deste modo, que a pessoa aborde uma situação e defina uma rota para resolver um objetivo. Como ser humano, o indivíduo possui um repertório de capacidades para resolver diferentes tipos de problemas (Idem).

A teoria das inteligências múltiplas, considera a existência de sete tipos de inteligência: inteligência musical, inteligência corporal-cinestésica, inteligência lógico-matemática, inteligência linguística, inteligência espacial, inteligência interpessoal e inteligência intrapessoal. Todas são independentes, dado que, cada uma possui o seu sistema de funcionamento, interagindo entre si, com vista a um desempenho inteligente (Ibidem).

Na mesma década, Bar-On criou a abreviatura do QE, referindo-se às aptidões da inteligência emocional (Goleman, 2000). O modelo criado por Bar-On, é reconhecido, por ser um modelo misto de inteligência emocional (Bar-On, 1997, 2006).

De acordo com este modelo, a inteligência emocional é um conjunto de capacidades não cognitivas, conhecimentos, competências emocionais e sociais interrelacionadas, que determinam o quão efetivamente os indivíduos se entendem e se expressam, assim como entendem os outros e se relacionam com eles, e lidam com as exigências e pressões do dia-a-dia, para serem bem-sucedidos. São estas a capacidade de ser consciente, de compreender e de se expressar; a capacidade de ser consciente de compreender e de se relacionar com os outros; a capacidade de lidar com emoções fortes e de controlar os seus impulsos; e a capacidade de se adaptar à mudança e de resolver problemas de cariz pessoal ou de natureza social (Bar-On, 1997, 2006).

A expressão de inteligência emocional só começou a adquirir o seu verdadeiro significado e a ser estudada de forma científica na década de 90, através dos investigadores Salovey e Mayer (1990), ao publicarem num artigo o seu conceito de IE, na revista *Imagination, Cognition and Personality*, onde redefiniram as inteligências pessoais de Gardner, batizando a inteligência interpessoal e intrapessoal, por inteligência emocional (Queirós, 2014).

Segundo os autores supracitados, a inteligência emocional reúne qualidades como a compreensão das próprias emoções, a capacidade de nos colocar no lugar do outro e a capacidade de controlar as emoções, como meio de melhorar a qualidade de vida (Martin & Boeck, 1997; Queirós, 2014).

Salovey e Mayer desenvolveram uma teoria ampla da inteligência emocional. Sugerem o conceito de uma inteligência que processe as emoções e delas beneficie, implicando a habilidade para pensar sobre as emoções e para com elas raciocinar, visando ajudar as pessoas a enfrentar o mundo e a ter sucesso. Definem a inteligência emocional, como o conjunto de mecanismos mentais, necessários à resolução de problemas e à gestão de comportamentos (Queirós, 2014).

De acordo com o supracitado a inteligência emocional compreende aptidões, habilidades ou capacidades mentais. Daniel Goleman ampliou a definição de Salovey e Mayer, definindo inteligência emocional como a capacidade de reconhecer os nossos sentimentos e os dos outros, de nos motivar e de gerir as nossas emoções e de nos relacionar (Goleman, 2014).

Ao contrário do QI que pouco muda após a adolescência, o nível de inteligência emocional não é geneticamente fixo e não se desenvolve apenas nos primeiros anos de vida, este continua a desenvolver-se ao longo de vida, à medida que se aprende com a experiência do quotidiano (Idem).

Atualmente existem duas abordagens conceptuais de IE, sendo estas respetivamente, o modelo de aptidão e o modelo misto. No modelo de aptidão enquadra-se o modelo de Salovey e Mayer que confere um carácter cognitivo à IE, e no modelo misto, o modelo de Goleman e Bar-On, que concebe a IE como um construto de natureza disposicional, mais assente em características da personalidade do que cognitivas.

1.3. MODELO DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DE SALOVEY E MAYER

Salovey e Mayer em 1990, como referido anteriormente, definiram a inteligência emocional como, um conjunto de aptidões relacionadas com a percepção, expressão e regulação das emoções em si mesmo e nos outros. Permitindo assim, controlar as próprias emoções e apoiar os outros no controlo das suas, conseguindo deste modo assumir com mais propriedade o pensamento e agir de forma adequada diariamente (Queirós, 2014).

Em 1997, apresentaram um modelo de inteligência emocional, no qual o processamento de informações emocionais é explicado por meio de um sistema de quatro habilidades/componentes que interagem: a percepção da emoção, a facilitação emocional do pensamento, a compreensão emocional e a gestão emocional (Idem).

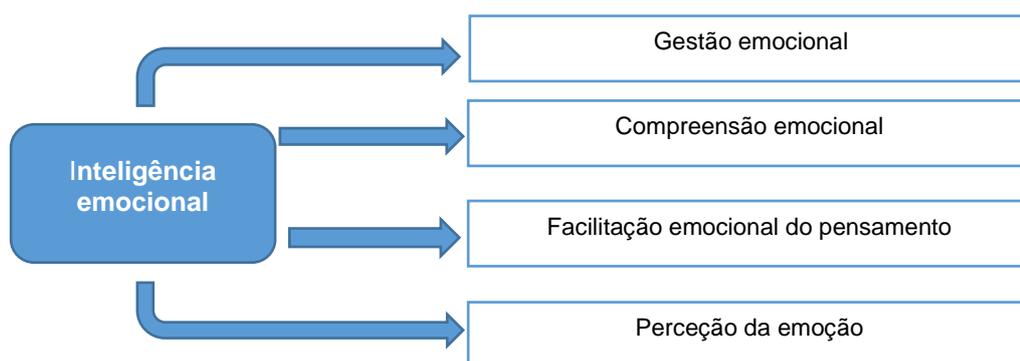


Figura 1: As quatro componentes da inteligência emocional de Mayer e Salovey

Dentro de cada componente há uma organização hierárquica, de acordo com a complexidade dos processos psicológicos envolvidos. As componentes de níveis mais elevados correspondem à consciência e regulação de emoções, enquanto as componentes de níveis mais baixos, dizem respeito, a capacidades relativamente mais simples, como perceber e expressar emoções (Mayer e Salovey como referido por Queirós, 2014).

Dentro de cada componente, é definida uma hierarquia de capacidades que emergem com grau de complexidade crescente, de acordo com o desenvolvimento dos indivíduos, sendo expectável que os indivíduos mais inteligentes emocionalmente, progridam mais rapidamente através das capacidades descritas (Idem).

A primeira componente diz respeito à percepção emocional, isto é, à capacidade para identificar, avaliar e expressar as emoções com precisão, envolvendo aptidões como:

1. Habilidade para identificar com precisão emoções em sensações físicas, sentimentos e pensamentos;
2. Habilidade para identificar emoções nas outras pessoas, em desenhos, em peças de arte, através da linguagem do som, da aparência e do comportamento;
3. Habilidade para expressar emoções com precisão e para expressar necessidades relacionadas com os sentimentos;
4. Habilidade para discriminar expressões de sentimentos honestos *versus* desonestos.

A segunda componente, facilitação emocional do pensamento, refere-se à capacidade para utilizar as emoções de modo a facilitar o pensamento, envolvendo aptidões como:

1. Habilidade para associar emoções a outras experiências interiores, como temperaturas e sabores;
2. Habilidade para ajustar o humor à memória. O tipo de julgamento e a recordação de sentimentos específicos são determinados pela emoção. Se o estado de humor for o mesmo da situação recordasse mais coisas;
3. Habilidade para gerar emoções como meio de mudar o pensamento negativo para positivo, podendo deste modo alternar entre o pessimismo e o otimismo, incentivando a considerar múltiplos pontos de vista na resolução criativa de problemas;
4. Habilidade para ajustar o humor à tarefa a realizar, como forma a estimular diferentes abordagens a problemas específicos.

Terceira componente, compreensão emocional, diz respeito à capacidade para compreender e analisar as emoções e usar o conhecimento emocional, envolve aptidões como:

1. Habilidade para denominar emoções;
2. Habilidade para compreender as causas e as consequências das emoções;
3. Habilidade para compreender sentimentos complexos como as emoções opostas e as misturas emocionais;
4. Habilidade para compreender a evolução dos estados emocionais.

Por fim, a quarta componente, gestão emocional refere-se à capacidade para regular reflexivamente as emoções em si próprio e no outro, de modo a promover o desenvolvimento emocional e intelectual. Envolve aptidões como:

1. Habilidade para estar aberto aos sentimentos agradáveis e desagradáveis;
2. Habilidade de reflexivamente se envolver ou afastar de uma emoção, dependendo da sua utilidade;
3. Habilidade para regular as suas emoções e as dos outros, de forma clara e adequada, sem as minimizar ou exagerar;
4. Habilidade para diminuir os estados emocionais negativos e aumentar os positivos.

A percepção, a compreensão e a gestão emocional fazem referência ao processo de raciocinar acerca das emoções, enquanto a facilitação emocional do pensamento contempla o uso das emoções ao promover o pensamento (Queirós, 2014).

Com base neste modelo, pode-se afirmar que a inteligência emocional, permite à pessoa efetuar escolhas corretas no seu quotidiano, ao possibilitar identificar as sensações, reconhecer emoções, tal como a sua origem, aceitando-as e gerindo-as (Caruso & Salovey como referido por Queirós, 2014).

A natureza de cada habilidade pode ser identificada, estudada e mensurada e, concludentemente ser utilizada *per se* ou em interação com outras. Pode ainda ser usada em qualquer situação para melhor auto/hétero compreensão da situação em causa (Idem).

1.4. AVALIAÇÃO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

O campo da IE tem-se caracterizado por dificuldades de mensuração, devido aos problemas teóricos de delimitação do construto e aos tipos de instrumentos utilizados para medir essa aptidão. O desenvolvimento dos modelos teóricos da IE tem acompanhado o desenvolvimento de medidas que o testem.

A IE é medida através de instrumentos de avaliação de dois tipos: os de autorrelato (questionários onde o sujeito reporta as habilidades que acredita possuir) e os de desempenho (medem a performance de determinado sujeito em tarefas específicas) (Woyciekoski & Hutz, 2009; Queirós, 2014).

Os questionários de autorrelato foram os primeiros a serem desenvolvidos, porém constituem as ferramentas eleitas atualmente para avaliar a inteligência emocional. Baseiam-se na autoanálise, autoconhecimento e autoconceito. Assim, caso o autoconceito do indivíduo seja afinado, este tipo de instrumento constitui uma medida precisa de IE, no entanto, se o autoconceito do indivíduo for diminuto, a medida dará somente informação sobre o seu autoconceito e não sobre as suas habilidades. Deste modo, uma das limitações desta medida, centra-se no facto de poder ser afetada pela incorreta percepção da pessoa sobre as suas habilidades emocionais, podendo também falsear a sua resposta de modo, a criar uma imagem mais positiva de si próprio, perante a sociedade (Woyciekoski & Hutz, 2009; Queirós, 2014).

Um exemplo de uma medida de autorrelato é a *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS), desenhada para aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais. Esta medida avalia as diferenças individuais relativamente estáveis, na tendência que as pessoas têm para lidar com os seus estados emocionais e emoções, fazer a distinção clara entre eles e regulá-los (Idem).

As medidas de habilidade, também designadas de testes de desempenho ou de aptidões múltiplas, possuem na sua base uma abordagem prática, mediante a execução de tarefas e resolução de problemas. Como exemplo desta medida existe o *The Mayer-Solovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT), que segundo Queirós (2014) é considerado um dos instrumentos mais bem validados e atualmente mais utilizado para avaliação da inteligência emocional.

1.5. COMPETÊNCIA EMOCIONAL E O DESEMPENHO DO ENFERMEIRO

A experiência de sentir emoções está presente no ser humano nas diversas situações em que existe interação entre pessoas. Numa organização de saúde onde o papel do enfermeiro é preponderante e onde as interações enfermeiro/pessoa são constantes, o estado emocional do enfermeiro está permanentemente a ser alterado.

O estudo das emoções relacionadas com os cuidados de enfermagem tem vindo a ser investigado em duas áreas: a pesquisa relacionada com o trabalho emocional e a pesquisa relacionada com a IE (Goleman, 2014).

A IE é relevante no contexto dos cuidados de saúde, pois reveste-se de grande importância para o desempenho de qualidade dos profissionais. Dado que as competências relacionadas com a IE, no contexto da Enfermagem, facilitam o

relacionamento, quer com a pessoa doente, quer com os profissionais de saúde, e determinam o sucesso social.

A competência emocional compreende aptidões emocionais e sociais, e consiste na capacidade apreendida com base na inteligência emocional, permitindo obter um desempenho extraordinário no trabalho. Existem cinco competências emocionais e sociais básicas: autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e aptidões sociais (Goleman, 2014).

A competência de um profissional de desempenho destacado situa-se entre a mente e o coração, ou em termos mais técnicos entre a cognição e a emoção. Existe uma sinergia entre as capacidades de inteligência emocional e de inteligência cognitiva, sendo que quando o desempenho sobressai é porque possui ambas (Idem).

Existem dois níveis de competências profissionais, um avalia as competências limiar e o outro as competências distintivas. As competências limiar são aptidões mínimas necessárias para efetuar um trabalho, competências estas puramente cognitivas, tais como o raciocínio analítico e a perícia técnica. Por sua vez, as competências distintivas designadas também por competências emocionais, são capacidades que distinguem um profissional excepcional de um médio, dado combinarem o pensamento e o sentimento (Ibidem).

Os enfermeiros envolvem-se diariamente, em situações laborais com conotação emocional. Os processos cognitivo-rationais podem responder adequadamente aos aspetos técnico-práticos dos procedimentos de enfermagem, mas não é esta racionalidade que “sente” intuitivamente as necessidades e emoções da pessoa que cuida (Freshwater & Stickley como referido por Costa & Faria, 2009). O reconhecimento de que são as competências intra e interpessoais, que melhor respondem às complexas exigências dos modernos sistemas, permite que atualmente sejam valorizadas as emoções na prestação de cuidados de enfermagem (Bellack como referido por Costa & Faria, 2009).

O serviço onde os enfermeiros trabalham influencia o seu estado emocional, sendo que, num serviço onde existe maior sofrimento ou mais mortes, os enfermeiros tendem a sentir mais emoções negativas, do que em serviços onde o sofrimento das pessoas não é tão visível (Idem).

A prestação de cuidados de enfermagem coloca os enfermeiros face a situações problemáticas, que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, e pela

desordem. Os enfermeiros que possuem sentimentos claros sobre as suas emoções e situações que ocorrem e são capazes de lidar com essas emoções, têm níveis mais baixos de *stress* no seu local de trabalho. Os que mostram capacidade elevada em reduzir os seus estados emocionais negativos e prolongar os positivos, mostram níveis mais elevados de saúde global do que aqueles indivíduos que têm dificuldade em regular as suas emoções (Landa & Zafra, 2010).

Entender e gerir a emoção é uma habilidade nuclear na enfermagem, sendo requisito profissional da prática de enfermagem humanizada. Assim, o enfermeiro com uma inteligência emocional mais desenvolvida exerce melhor as suas atividades, pois é capaz de lidar com as emoções e principalmente com os sentimentos despertados por estas (Carvalho, 2013).

Nos últimos anos, diversos fatores levaram as organizações a dar maior atenção aos aspetos relacionados com as competências emocionais. Talvez, porque passou haver um consenso entre os investigadores de que a fonte primária da motivação, são as emoções, pois estas despoletam, sustentam e mantêm a ação humana (Bellack como referido por Costa & Faria, 2009). A este propósito Goleman (2014) sublinha que a formação dos profissionais de saúde deveria incluir algumas “ferramentas” básicas de inteligência emocional, especialmente autoconsciência e as artes de empatia e de saber ouvir. A empatia desempenha um papel crucial na prestação de cuidados, que se centra em responder às necessidades dos outros.

As competências emocionais influenciam o bem-estar do profissional, a relação com os seus pares e a qualidade técnica e humana dos cuidados prestados às pessoas em fim de vida (Aroso, Andrade, & Fernandes, 2015). Segundo estes autores, é de extrema relevância a continuidade de estudos na área, com a inclusão de todas as classes profissionais.

Cuidar de pessoas nos últimos estádios de vida e lidar com a morte de outros é um dos aspetos essenciais da enfermagem em cuidados paliativos. Essas situações requerem altos níveis de inteligência emocional por parte dos profissionais para gerir o impacto do contato contínuo com a morte e lidar com a perda (Aradilla-Herrero & Tomás-Sábado, 2011). O mesmo autor considera que a evidência científica neste campo ainda é muito limitada e deve constituir um campo de pesquisa a ser explorado, devido à importância do fenómeno e sua repercussão na prática clínica de enfermagem.

2. CUIDAR EM FIM DE VIDA

Os progressos da medicina no século XX permitiram aumentar a esperança média de vida do ser humano, deixando falsamente instalar-se a convicção de que a medicina pode controlar a vida, adiando o momento da morte. O envelhecimento populacional trouxe o crescimento da incidência de patologia crónica, realidade hoje cada vez mais presente no quotidiano.

O recurso ao Serviço de Urgência por parte de pessoas em fim de vida é frequente, sobretudo quando existem sintomas descontrolados. Cuidar desta tipologia de pessoas exige, aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos enfermeiros a prestação de cuidados orientados para a pessoa, de forma a proteger e preservar a dignidade humana.

Refletir sobre os cuidados à pessoa em fim de vida e na morte como parte integrante do ciclo vital, numa perspetiva da enfermagem, significa dedicar uma atenção muito especial ao que pensam, sentem e vivem os enfermeiros perante a morte de alguém.

2.1. HOSPITAL COMO LUGAR DA MORTE

A morte é um facto da vida e como tal temos de a viver. Conceituá-la nos dias de hoje, é algo diferente do que foi no passado, o conceito foi sofrendo alterações, devido às grandes mudanças verificadas quer ao nível dos valores, crenças e até atitudes.

Na sociedade ocidental até ao início do século XX a morte era vista como um processo natural que acompanhava o envelhecimento, sendo considerada um desígnio de Deus. O ser humano reconhecia facilmente a sua mortalidade e preparava-se para esta, morrendo junto da sua família e amigos (Oliveira, 1999).

Atualmente, esta realidade alterou-se. O hospital começou por ser o local onde a cura pode ocorrer e transformou-se rapidamente no espaço normal da morte antecipada e consumada. Neste local, a morte quase passa despercebida e a família muitas vezes não consegue estar presente nos momentos de agonia e morte (Silva, 2006).

Segundo um estudo epidemiológico referente aos locais de morte em Portugal, em 2010 e a sua comparação com as preferências da população portuguesa, realizado por Gomes, Sarmento, Ferreira e Higginson (2013), a proporção de pessoas que morreram nos hospitais aumentou de 54.25% em 2000 para 61.70% em 2010, sendo que os óbitos em contexto domiciliário diminuíram de 35.80% para 29.60% no mesmo período. Neste estudo verificou-se um desfasamento entre a realidade e a preferência de cada pessoa, uma vez que 87.20% da população possuía como preferência morrer em casa ou unidades de cuidados paliativos, mas 61.70% morreu em hospitais. A manter-se esta tendência, daqui a quinze anos esse número poderá aumentar para os 75%, o que significaria que três em cada quatro pessoas morrerão em camas hospitalares (Gomes, Sarmento, Ferreira, & Higginson, 2013).

Gradualmente, a morte é deslocada para os hospitais, onde a pessoa deixa de estar acompanhada pela família e amigos, passando a estar junto dos profissionais de saúde, onde por vezes, se verifica a ausência de comunicação entre os mesmos (Pacheco, 2002). Esta que outrora era vivida em família passa, a fazer parte de um contexto social, público onde o compromisso de cuidar é quase exclusivo dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, implicando cada vez mais o seu envolvimento (Silva, 2006).

Assim, a morte passou a ocorrer numa cama de enfermaria, numa maca no serviço de urgência, passando-se a morrer em ambiente desconhecido sob os cuidados e vigilância de profissionais de saúde. Este facto tem promovido o afastamento e esquecimento da mente humana acerca da morte, porque se constata um distanciamento da família e da realidade inerente a esse processo. Por outro lado, esta realidade tem aumentado exponencialmente o número de mortes nas mãos dos enfermeiros (Pacheco, 2006).

Por tudo isto, pensar sobre a morte pode ser um ato frequente para qualquer pessoa, mas para o enfermeiro é uma constante na sua vida, porque este presencia quase diariamente a morte de alguém, essencialmente quando o seu local de trabalho é o serviço de urgência.

O serviço de urgência é considerado a porta principal de um hospital, uma porta aberta 24h por dia à realidade social que o circunda, onde é exigido aos profissionais de saúde rapidez no momento de atuar. Simultaneamente é também esperado, respeito pela autonomia, perspetivas filosóficas sobre a vida e a saúde, crenças éticas e morais, passado cultural e diretivas legais que regem o cuidar. Deste modo, refletir sobre a dimensão do cuidar da pessoa em fim de vida torna-se inquestionável para a prática profissional no serviço de urgência.

2.2. O SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de urgência é uma unidade dentro do hospital, onde se prestam cuidados urgentes e emergentes a pessoas em risco de vida, ou seja, em situação crítica. Como situações urgentes, identificam-se todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de se estabelecer falência das funções vitais. As situações emergentes são identificadas como situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais (Ministério da Saúde, 2012; 2014)

Em Portugal, com o aumento dos utentes que recorrem ao SU e a recente requalificação destes serviços, foram categorizados os SU em três categorias, conforme as suas características, aliando-se a eles uma utilização e funcionamento correto dos serviços de saúde primários para que tudo funcione como o planeado. A rede de serviços de urgência integra, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta, os seguintes níveis de resposta: serviço de urgência básica (SUB), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência polivalente (SUP) (Ministerio da Saúde, 2014)

O serviço de urgência básica é o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência, de maior proximidade das populações, e constitui um nível de abordagem e resolução das situações mais simples e mais comuns de urgência. Possui como recursos mínimos: dois Médicos e dois Enfermeiros em presença física, Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de áreas profissionais adequadas, de acordo com a diversidade dos exames a efetuar, um Assistente Operacional com funções de auxiliar de ação médica e um Assistente Técnico, por equipa (Idem).

O serviço de urgência médico-cirúrgica é o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo existir em rede, localizando-se estrategicamente a sessenta minutos de SUB e de uma SUP, como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC. Este serviço deve dispor dos seguintes recursos humanos: Equipas de Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e outros profissionais de saúde de dimensão, dedicação e especialização adequada e necessários ao atendimento da população da respetiva área de influência, periodicamente ajustadas à situação de procura do SU. Possui como valências médicas obrigatórias: Medicina Interna, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imuno-Hemoterapia, Bloco Operatório, Imagiologia e Patologia Clínica.

O serviço de urgência polivalente é o nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência. Para além dos recursos referentes ao SUMC, deve ainda dar resposta específica nas seguintes valências: Neurocirurgia, Imagiologia com Angiografia Digital Ressonância Magnética Nuclear, Patologia Clínica com Toxicologia, Cardiologia de intervenção/Cateterismo Cardíaco/Angioplastia, Pneumologia, Gastrenterologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Plástica e Reconstructiva, Cirurgia Maxilo-facial, Cirurgia Vasculare e Medicina Intensiva (Ministerio da Saúde, 2014).

O Ministério da Saúde (2012) distinguiu e caracterizou dois conceitos importantes a ter em conta no SU que se relacionam com o tipo de situações e tratamentos aos utentes que lá dão entrada: Urgência, trata-se de um processo que exige intervenção, avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); Emergência é o processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão.

O funcionamento dos Serviços de Urgência tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Estes transformaram-se, progressivamente, na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde e em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, levando a um contínuo estado de lotação excessiva.

Em Portugal a estrutura física dos SU é extremamente variável. No entanto possuem na sua base: área de admissão e registo, área de triagem de prioridades, área de espera, área de avaliação clínica, área de emergência/críticos com condições para suporte avançado de vida, área de curta permanência e observação, área de informação e comunicação com familiares, áreas não assistenciais (Ministério da Saúde, 2012).

A enfermagem de urgência consiste numa enfermagem especializada, onde está incluída a prestação de cuidados a indivíduos de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções (Sheehy, 2011). O relatório da Direção Geral da Saúde (DGS) corrobora o supracitado, afirmando que o exercício clínico praticado no Serviço de Urgência é uma prática clínica específica, com conhecimentos, competências e capacidades específicas, respeitando um ampla gama de patologias e situações clínicas de carácter médico, cirúrgico e traumático, num largo espectro de

gravidade, orientada para a avaliação de problemas clínicos e usando metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução (Ministério da Saúde, 2012).

Os enfermeiros que desempenham funções no serviço de urgência têm como dever dar resposta a situações urgentes e emergentes de saúde, necessitando para tal, possuir capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar. Para tal, é necessário a criação de um ambiente de confiança, de escuta, de compreensão e reformulação oportuna daquilo que a pessoa doente e seus familiares verbalizam ou transmitem. Implica acima de tudo, o respeito pela individualidade da pessoa e sua família, que se encontram em regra, em sofrimento (Vaz & Catita, 2000).

A medicina moderna, na luta contra a doença, concentrou todas as suas energias no desenvolvimento do conhecimento sobre a cura, a fim de prolongar a vida. Face a esta luta tem-se vindo a verificar que algumas pessoas que procuram os serviços de urgência não necessitam de uma abordagem curativa ou de uma intervenção de suporte de vida, mas sim de uma abordagem paliativa. Constatou-se que, da totalidade dos óbitos ocorridos, um número muito significativo decorre no serviço de urgência, com especial incidência na sala de emergência (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009).

Atualmente, verifica-se um aumento no recurso ao serviço de urgência, motivo pelo qual os enfermeiros desenvolvem as suas intervenções terapêuticas num ambiente de stress, ansiedade, desconforto e insegurança, sendo-lhes exigida uma postura de suporte, ajuda incondicional e resolução atempada de situações críticas (Martins, Agnés, & Sapeta, 2012).

2.3. CUIDAR A PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O cuidar faz parte de todas as etapas do ciclo da vida. É parte integrante do ser humano e das suas necessidades de sobrevivência, que se traduz no cuidar de si e do outro. Collière (1999) afirma que cuidar é um ato de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter a vida. Hesbeen (2000) acrescenta que cuidar é conseguir combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação singular.

Enfermagem possui a sua essência no cuidar, caracterizado pela reciprocidade entre o enfermeiro e a pessoa cuidada. A teoria de Watson defende o cuidado como uma ciência humana, desenvolvida a partir de fundamentos filosóficos e sistemas de valores

humanistas. Perspetiva esta, baseada numa relação ontológica por estar ligada a uma visão mundial de unidade (Silva, Valente, Bitencourt, & Brito, 2010)

Apesar dos progressos da Medicina, particularmente na segunda metade do século XX, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas, conduziram a um aumento significativo do número de pessoas que necessitam de cuidados paliativos. Assim, nem todas as pessoas que recorrem os serviços de urgência necessitam de uma abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida, passam a ter outras necessidades, essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, incremento no apoio social e continuo dos cuidadores (Martins, Agnés, & Sapeta, 2012).

A pessoa em fase final de vida é alguém que tem uma doença crónica, sem possibilidade de cura, com agravamento dos sintomas cuja morte se espera próxima, o que lhes confere o cuidado paliativo. Segundo a Direção Geral da Saúde (2005) entende-se por Cuidados Paliativos a abordagem que tem como finalidade melhorar a qualidade de vida das pessoas e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado. Tem na sua base a prevenção e alívio do sofrimento, a preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais. De salientar que, neste Programa, os Enfermeiros são considerados pedras angulares na satisfação e solução dos problemas das pessoas em fim de vida (Direcção Geral da Saúde, 2005).

O enfermeiro tem um papel decisivo no apoio e no acompanhamento a dar à pessoa doente e seus familiares durante todo o processo de final de vida. Na sua prática profissional o enfermeiro possui obrigações de natureza deontológica, isto é, deveres de natureza profissional, alicerçados nos princípios da ética e do direito, que procuram definir as boas práticas de enfermagem.

De acordo com o seu estatuto, o enfermeiro é o profissional a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade. No desenvolvimento destas competências estão deliberadas e obviamente incluídas as intervenções inerentes ao cuidar da pessoa em fim de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Prestar cuidados competentes, qualificados e diferenciados à pessoa em fim de vida é responsabilidade de todos os profissionais de saúde. No entanto, o enfermeiro tem um enorme potencial para otimizar estes cuidados. O Decreto de Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015, no artigo 108, refere que o enfermeiro

(...) ao acompanhar a pessoa nas diferentes etapas de fim de vida, assume o dever de:

- a) *Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseje que o acompanhem em situação de fim de vida;*
- b) *Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;*
- c) *Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. (p. 8080)*

O enfermeiro especialista encontra-se habilitado com um curso de especialização em enfermagem, que lhe permite possuir um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, n.º 124/2011; Decreto de Lei n.º 156/2015)

O perfil de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista encontra-se descrito no regulamento n.º 122/2011 publicado em 2011 no Diário da República. Neste encontram-se os quatro domínios de competências, nomeadamente responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa integra conjuntamente competências comuns e competências clínicas especializadas. Deste modo as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação de Doença Crónica e Paliativa apresentadas no Regulamento n.º 188/2015 publicado no Diário da República em 2015, são:

- a) *Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;*
- b) *Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. (p. 9967)*

O princípio da dignidade humana é um valor moral inerente à espécie. O conceito de dignidade da pessoa traduz o direito que cada pessoa tem de ser reconhecido, como um ser que é um fim em si mesmo, e nunca um meio ao serviço dos fins dos outros. A dignidade da pessoa está ainda intimamente relacionada com a condição de ser livre do homem e a sua capacidade de aperfeiçoamento permanente (Pacheco, 2002).

A dignidade da pessoa humana é antes de mais um valor fundamental em que assenta a ordem jurídica portuguesa e que é assegurado no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa, definida como uma república soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária (Decreto de Lei n.º nº 1/2005). A enfermagem como cuidado ético, requer um agir que preserve a dignidade humana, evitando reduzir a pessoa a um estatuto moral de objetos (Silva, 2013).

Apurar o significado de boa morte foi a pretensão de Kellehear apud Magalhães (2009), partindo do ponto de vista da pessoa em fim de vida, e das condições que permitem a sua concretização na sociedade contemporânea. Constatou que a boa morte era caracterizada por quatro aspetos fundamentais: consciência da morte, preparação para morrer, abandono dos papéis, das responsabilidades e deveres, e realização das despedidas dos entes significativos (Magalhães, 2009). O desejo de usufruir de dignidade na morte, assim como na vida, é comum a todas as pessoas, ainda que raramente pensem na sua morte. O conceito de morte digna surge muitas vezes como sinónimo de “boa morte” (Neto, 2010).

Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida assumem uma importância fulcral, visto que nesta fase a pessoa carece de intervenções que promovam o alívio da dor e do sofrimento, a nível físico e espiritual, de forma a que a pessoa veja as suas necessidades satisfeitas a todos os níveis.

Os cuidados de conforto, em cuidados paliativos, afirmam-se como uma forma de permitir que a pessoa morra com dignidade, onde o facto de este ser confrontado com uma doença terminal e com a possível incapacidade que ela gera, não impede de encerrar a sua existência de uma forma inapropriada, dando um sentido à vida que lhe resta viver.

A prestação de cuidados centrados no conforto é especialmente importante em pessoas que estão progressivamente a tentar voltar a níveis funcionais normais, após receberem tratamentos médicos e de reabilitação agressivos, mas também, para aquelas que queiram morrer de uma forma digna (Kolcaba, 2001). Considerando o conforto como um estado resultante das intervenções de Enfermagem, Kolcaba desenvolveu uma estrutura taxonómica que permitiu operacionalizar este conceito, que tem sido considerado como uma característica própria da profissão (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

A construção da Teoria do Conforto de Kolcaba iniciou-se nos anos 90 e foi o resultado da aplicação de vários tipos de raciocínios lógicos (indução, dedução e abdução), no sentido de colmatar as lacunas sentidas e vividas na prática. A definição de conforto foi crescendo do seu conceito mais básico, até incorporar os quatro contextos em que pode ser experimentado. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o sócio-cultural remete para as relações interpessoais, familiares e sociais; o psico-espiritual concerne a auto-estima, sexualidade e o sentido de vida/espiritualidade; e o ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais e artificiais do meio. O conforto é assim, definido como um estado em que as necessidades de alívio, tranquilidade, e transcendência estão satisfeitas e desenvolvem-se em quatro contextos: físico, psico-espiritual, sócio-cultural e ambiental (Kolcaba, 2001; 2003; Apóstolo, 2009).

A teoria de Kolcaba sustenta que, em contexto de cuidados de saúde, as necessidades de conforto dos indivíduos que ainda não tenham tido respostas por outros sistemas de suporte, são satisfeitas pelos enfermeiros (Kolcaba, 1994; 2001; 2003). Quando o conforto é conseguido, as pessoas sentem-se fortalecidas e empenhadas nos seus comportamentos de saúde e na adoção de estilos de vida saudáveis, alcançando-se um resultado holístico. Tanto as pessoas, como os enfermeiros ficam mais satisfeitos com os cuidados de saúde prestados na instituição, o que conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas (Idem).

O modelo conceptual de Kolcaba assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, que causam tensões negativas no indivíduo. As necessidades de conforto devem ser identificadas e as intervenções de Enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para o sentido positivo através de forças facilitadoras. O aumento do conforto indica que as tensões negativas diminuiram, conduzindo a uma mudança de atitude (Kolcaba, 2001; 2003).

Por vezes, o controlo e a ausência de dor são considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, o sentido da palavra desconforto. Este é, tipicamente, relatado como a não satisfação de algumas necessidades que, quando satisfeitas, resultam na experiência de conforto. O conforto representa muito mais do que simplesmente a ausência de dor e é por si só bastante complexo, útil e um excelente indicador da prestação de cuidados de saúde de qualidade (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

A relação do cuidar é uma interação entre as duas pessoas em que ambas se envolvem e se influenciam positivamente. Segundo o pensamento do “caring” de Watson a componente humana dos cuidados de enfermagem paliativos integra uma atenção empática por parte do enfermeiro relativamente à vivência única e aos sentimentos da pessoa moribunda, um “caring” resultante de uma aliança terapêutica transpessoal, a manutenção de uma esperança realista e um apoio prestado à pessoa e aos seus familiares no seu caminho pessoal. O cuidado humano transpessoal ocorre numa relação “eu-tu”, e este contacto é um processo de reconstituição do “ser” (Watson, 2002).

A inovação na prática de enfermagem refere-se à humanização das relações, com a aproximação entre enfermeiro e a pessoa cuidada, através de um reconhecimento do Eu interior, com recursos internos, reconhecendo a totalidade do Ser, mente, corpo e espírito, e não a soma das partes, que coexiste com o passado, presente e futuro. A mente não está confinada ao tempo e espaço, incluindo as emoções (Idem).

No cuidar transpessoal de Watson (2002) os participantes são deste modo, o enfermeiro e o utente. Para cuidar é primordial conhecer o comportamento humano e as respostas humanas para os problemas de saúde atuais e potenciais; conhecer e compreender as necessidades da pessoa, a fim de poder dar respostas adequadas; conhecer as potencialidades pessoais e limitações; conhecer a força e limitações da pessoa, e o significado da experiência vivenciada; e saber confortar, e oferecer compaixão (Ibidem).

A relação transpessoal depende, entre outras, da capacidade do enfermeiro em detetar e compreender de forma correta os sentimentos da pessoa (através de ações, palavras, comportamentos, pensamentos, conhecimento, linguagem corporal, sentimentos, sensação e intuição); da capacidade do enfermeiro avaliar e analisar qual o modo da pessoa estar no mundo, e de sentir uma ligação com a pessoa. No cuidar ou relação transpessoal, quem cuida, pode entrar na experiência do outro, e o que é cuidado pode entrar na experiência de quem cuida (Watson, 2002).

Esta autora refere que o cuidar é físico, no entanto, as transações e as respostas humanas da enfermagem, e a presença do enfermeiro vão além do mundo material, por estabelecerem contacto com um mundo emocional e subjetivo. Deste modo, a relação tem na sua base intersubjetividade. A arte do cuidar transpessoal em enfermagem é um meio de comunicação e libertação de sentimentos humanos (Idem).

A teoria de Watson não apenas auxilia na promoção de cuidados de qualidade que as pessoas devem receber, mas proporciona também o cuidado satisfatório para a alma,

motivo pelo qual muitos enfermeiros optam pela profissão. Deste modo, o cuidado embasado na Teoria de Watson amplia a visão do profissional para uma enfermagem com novos rumos no saber e no fazer, permitindo que tanto o enfermeiro quanto a pessoa sejam coparticipantes no processo do tratamento. A cura ocorrerá como consequência de um cuidado pleno que transcenda o desequilíbrio físico, mental, emocional entre outros que acometem a pessoa (Watson, 2002).

A enfermagem é essencialmente uma arte que se fundamenta numa relação entre pessoas. O cuidar pode ser demonstrado e praticado eficazmente apenas de forma interpessoal. A teoria do “*caring*” promove uma abordagem dos cuidados baseada na experiência e orientada para a atualização do potencial de cada pessoa no “continuum” que liga a vida, a doença e a morte. Requer uma maturidade pessoal do enfermeiro que incitará à promoção da dignidade da pessoa (Idem).

A evolução das práticas de enfermagem nas últimas décadas tem sido pontuada pelo desenvolvimento de várias teorias que enquadram a filosofia do cuidar em enfermagem. Para este estudo selecionou-se a perspectiva aprofundada por Watson e da teoria de conforto de Kolcaba para os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida.

Em suma, a teoria do conforto de Kolcaba fornece uma abordagem fundamental para a prática de cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida, ao defender que o conforto assume um papel importante nos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação das necessidades da pessoa como um todo - Ser Holístico. A promoção do conforto e a sua avaliação formam a essência da prática e investigação em enfermagem. O enfermeiro é aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo.

Por sua vez, na teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson a interação é a chave da mesma, o cuidado considera as necessidades psicossociais individuais. Watson propõe um completo e profundo relacionamento transpessoal e transcendental. É através do desenvolvimento dos próprios sentimentos que o enfermeiro pode, de forma verdadeira e com sensibilidade, relacionar-se com a pessoa em fim de vida (Watson, 2002).

O enfermeiro ao interagir com a pessoa, poderá iniciar, além de uma relação terapêutica, uma relação transpessoal, reconhecendo a existência e a importância da dimensão espiritual, da unidade do ser, dentro da sua visão holística com potencial para promover a sua saúde, transformar-se, crescer, autoafirmar-se e autorrealizar-se, estabelecendo a verdadeira relação de ajuda e de confiança (Watson, 2002). Portanto, é iminente, segundo Watson que o enfermeiro crie um vínculo de confiança com a

pessoa para que esta possa relatar os seus medos, angústias e necessidades. Tal vínculo poderá ser construído, por exemplo ao esclarecer as suas dúvidas relativas à doença e ao tratamento.

Os cuidados de enfermagem devem basear a sua intervenção em teorias de conforto que suportem a prestação de cuidados de conforto, através da avaliação das necessidades das pessoas, da implementação de cuidados e da avaliação dos resultados (Kolcaba, 2003; Apóstolo, 2009).

Contudo, o Serviço de Urgência distingue-se dos outros serviços de prestação de cuidados de saúde, desde logo pela sua missão de abordar situações urgentes e emergentes que, se não forem atendidas prontamente, poderão colocar em risco a vida da pessoa. Este pelas características que lhe são inerentes e pelo facto de se submeter a uma rotina acelerada de atendimento, propícia a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação contínua com a morte, conduzindo a ameaças constantes de perda e fracasso e a despersonalização e desumanização dos cuidados prestados.

O ambiente físico do SU não representa o maior obstáculo à prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, mas a falta de privacidade e de espaço, para a pessoa e sua família, preocupa os enfermeiros e é fonte de stresse. As pessoas em fase final de vida e os seus familiares são “segregados”, afastados para um local, longe dos olhares dos profissionais e de outros utentes, ficando como que negligenciados, existindo um certo abandono nos cuidados (Bailey C., et al, 2011).

Num estudo realizado em 2012 com a finalidade de estudar as dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência, concluiu-se que este tipo de cuidados exige ao enfermeiro um envolvimento pessoal contínuo, que se torna penoso para muitos, ele obriga à confrontação com as perdas e com a própria morte (Martins, Agnés, & Sapeta, 2012).

Os enfermeiros no SU reconhecem ser recompensador cuidar e apoiar as pessoas em fim de vida e famílias, vendo esta atitude como um privilégio, sentem, no entanto, dificuldade em perceber o amplo sentido do conceito dos cuidados paliativos e como os podem aplicar. Revelam ainda, falta de formação sobre técnicas de comunicação de más notícias e de resolução de conflitos. A falta de tempo surge como justificação para as dificuldades na prestação de cuidados, nomeadamente no acompanhamento da família, no apoio espiritual e social, mas também na construção da relação com a pessoa (Bailey C., et al, 2011).

Num estudo publicado em 2013 verificou-se que os enfermeiros do serviço de urgência consideram que poderiam prestar cuidados de qualidade, caso houvesse maior preocupação na sua formação em cuidados paliativos, se a estrutura física do serviço proporcionasse um ambiente mais humanizado, se a dotação de recursos humanos se adequasse ao tempo necessário para o apoio presencial que a pessoa e família requerem, e se a equipa multidisciplinar se organizasse de acordo com as necessidades das pessoas em fim de vida (Pereira, 2013).

Em enfermagem cuidar pressupõe uma relação, que é em si terapêutica. Ao cuidar da pessoa em fase final de vida, torna-se premente estabelecer uma relação terapêutica, na medida em que as questões que rodeiam esta fase são de grande sofrimento para a pessoa, havendo necessidade de usar estratégias para facilitar a expressão de sentimentos e necessidades da mesma.

2.4. ATITUDE DO ENFERMEIRO FACE AOS CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA

A atitude é definida como uma tendência, uma predisposição, para responder a um objeto, pessoa ou situação, de uma forma positiva ou negativa. Esta implica um estado que orienta o indivíduo a reagir de determinado modo a um objeto, que pode ser: uma pessoa, um grupo social, uma instituição, um valor ou um conceito. É através do comportamento manifestado pelo indivíduo que se pode inferir as atitudes deste, dado que estas não são objetivamente observáveis (Monteiro & Santos, 1997).

As atitudes perante a morte têm-se modificado ao longo dos tempos, acompanhando o desenvolvimento da cultura social, da religião, da ciência e da tecnologia, como se verificou no início do capítulo. No século XX a hospitalização da morte trouxe como consequências, um maior envolvimento dos profissionais de saúde e muito especialmente os profissionais de enfermagem. Os cuidados à pessoa em fim de vida tornam-se muito exigentes para o enfermeiro, quanto às suas habilidades e competências uma vez que, como seres sociais e culturais, estes não são livres da influência da sociedade e dos valores assimilados ao longo da vida, reagindo como pessoas comuns com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e à pessoa em fim de vida.

A enfermagem é hoje uma profissão de relação, em que os enfermeiros lidam diariamente com pessoas em sofrimento, trabalhando em contextos em que a morte é uma presença constante, sendo extremamente difícil e doloroso enfrentar essa realidade. A intervenção do enfermeiro para que seja verdadeiramente terapêutica e proporcione alívio do sofrimento, é necessário que assente numa capacidade de escuta e numa atitude recetiva, num toque emocional e físico, e preocupação ou interesse, através de uma resposta pronta e sensata que coloca a pessoa em fim de vida em confronto com o seu próprio *self* (Kleinman, 2004).

Os enfermeiros têm ainda alguma dificuldade em lidar com o processo de morrer, verificando-se a adoção de atitudes extremas. Quando se deparam com a pessoa em fim de vida adotam atitudes de afastamento ou pelo contrário, envolvem-se emocionalmente e de forma muito intensa. Segundo Pacheco (2006):

De facto, ainda não é raro encontrarmos enfermeiros que prestam cuidados ao doente em fase terminal de uma forma rotineira e fria, que evitam o contacto e o diálogo com o doente e com a família e que rodeiam a sua cama de biombos de modo a evitar a permanência da visão de alguém que está a morrer. (p. 32)

As atitudes de afastamento ou de envolvimento demasiado advêm da forma como cada pessoa encara a morte, das circunstâncias em que esta decorre e da idade da pessoa que morre (Pacheco, 2006). Segundo Rosado, citado por Saraiva (2009), do confronto com a morte podem surgir nos enfermeiros, problemas psicológicos tais como: pensamentos involuntários dedicados à pessoa, sentimento de impotência, de choro, sensação de abatimento, sentimento de choque e de incredibilidade perante a perda, dificuldades de concentração, cólera, ansiedade e irritabilidade. Estas atitudes, por parte dos enfermeiros, levam frequentemente ao absentismo, desejo de mudança de serviço, isolamento, entre outras práticas e atitudes reveladoras da situação e de insegurança (Saraiva, 2009).

Lange, Thom, & Kline em 2008, desenvolveram um estudo qualitativo-descritivo junto de 335 enfermeiros de oncologia, com o objetivo de compreender como estes vivenciam a morte e os cuidados à pessoa em fim de vida e examinar possíveis relações das suas atitudes com fatores demográficos. Aplicaram para tal, um questionário sociodemográfico/profissional, a escala de FATCOD e a escala de *Death Attitude Profile-Revised* (DAP-R). Como variáveis demográficas elegeram os anos de experiência profissional, anos de trabalho em oncologia, experiências prévias com pessoas em fim-de-vida, idade e sexo. A idade e a experiência profissional foram as

variáveis que mais influenciaram as atitudes face à morte e aos cuidados à pessoa em fim de vida (Lange, Thom, & Kline, 2008).

Com o intuito de compreender o processo de interação estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa em fim de vida foi desenvolvido um estudo num departamento de emergência no Reino Unido onde se verificou comportamentos de evitamento do enfermeiro com a pessoa em fim de vida e sua família. Porém, estes enfermeiros reconheceram a importância destes cuidados, mas acreditam que não conseguem controlar tudo devido a pressões externas. Identificam a falta de formação em cuidados em fim de vida como um obstáculo ao melhor apoio a estas pessoas (Bailey, et al, 2011).

Ainda neste estudo, verificou-se três níveis de envolvimento emocional dos enfermeiros na relação com a pessoa em fim de vida são: investimento na relação terapêutica, gestão do impacto emocional e desenvolvimento da inteligência emocional. Os enfermeiros têm medo de não saber o que dizer, sentindo-se pouco preparados para lidar com a morte. A ansiedade e as preocupações do enfermeiro podem atuar como uma barreira na relação com a pessoa e no desenvolvimento de cuidados de excelência na fase final da vida. Os autores propõem um modelo teórico sobre o comportamento emocional dos enfermeiros na prática dos cuidados à pessoa em fim de vida, área esquecida até ao momento do estudo (Idem).

Em 2011, Kock desenvolveu um estudo quantitativo-descritivo junto de 127 enfermeiras de oncologia, em que um dos objetivos era determinar quais as atitudes das enfermeiras face aos cuidados à pessoa em fim de vida e estabelecer/examinar quaisquer relações entre essas atitudes e fatores demográficos, utilizando a escala de FATCOD. Como fatores demográficos considerou idade, estado civil, número de filhos, local de trabalho, categoria profissional e anos de experiência em enfermagem oncológica (Kock, 2011).

Os resultados permitiram verificar que a maior parte dos enfermeiros apresentam atitudes positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Foram apuradas relações estatisticamente significativas entre essas atitudes e a idade e a categoria profissional dos enfermeiros (Idem). Outros contributos foram selecionados, todavia nenhum tão explícito ou detalhado como os referenciados anteriormente.

Em 2012 Serra desenvolveu um estudo descritivo-correlacional com 87 enfermeiros de cuidados diferenciados, com o intuito de saber se a atitude dos enfermeiros perante a morte influencia os cuidados prestados à pessoa em fim de vida. Conclui que enfermeiros com atitudes positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida tendem

a ter atitudes de neutralidade perante a morte, não a recebendo de braços abertos, mas também não a desejando, encarando-a como uma parte natural da vida. Por sua vez, os enfermeiros com tendência a atitudes de evitamento apresentam atitudes negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Pode também verificar que os enfermeiros com formação no âmbito dos cuidados em fim de vida e luto têm propensão a atitudes negativas na escala de FATCOD, apresentando dificuldades em falar sobre a temática da morte, em enfrentar as emoções das pessoas em fim de vida e envolver a família nos cuidados (Serra, 2012).

De acordo com o supracitado é necessário um maior investimento na área da morte, e na formação dos enfermeiros. Espera-se destes uma atitude mais integrativa e abrangente, com uma intervenção de ajuda e apoio efetivos à pessoa e familiares, fazendo face a este tipo de situações com maior autoconfiança e menor sofrimento, sempre no respeito pela morte, pelo seu sentido e por aqueles que a atravessam.

OS que enfermeiros que veem a morte como parte integrante do ciclo de vida têm atitudes mais positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Já os que apresentam atitudes de evitamento, possuem atitudes face aos cuidados em fim de vida tendencialmente negativas. O mesmo sucede com os enfermeiros encaram a morte como uma fuga a uma existência com sofrimento, assumindo atitudes negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida (Mallory, 2003).

Face ao descrito neste capítulo, o aumento considerável da esperança de vida, o prolongamento de algumas doenças crónicas e incapacitantes levaram ao aumento de pessoas com doença em fase terminal de vida. Assim, cabe aos Enfermeiros darem resposta às mudanças e tendências da população que cuidam, mantendo a sua excelência de cuidados. O confronto com a morte pode levar a atitudes de afastamento, ou de aproximação do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

PARTE II: ESTUDO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

O enquadramento teórico apresentado nos capítulos anteriores permitiu recolher dados que serviu de alicerce para o desenvolvimento empírico.

Com este percurso de investigação pretende-se conhecer a influência de variáveis quer ao nível da inteligência emocional percebida do enfermeiro, quer na atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida, quer na relação entre estas. Assim, para dar resposta a este propósito percorreu-se um conjunto de passos que se apresenta de seguida.

1.1. TIPO DE ESTUDO, QUESTÃO, OBJETIVOS E HIPOTÉSES DE INVESTIGAÇÃO

A experiência de sentir emoções está presente em todas as pessoas, quer nas diversas situações em que existe interação entre pessoas e quer nas situações vividas. Deste modo, a inteligência emocional dos profissionais tem vindo a apresentar um papel de destaque cada vez maior dentro do hospital ao potenciar um trabalho mais flexível e em equipa.

A vivência do fim de vida é uma realidade crescente em meio hospitalar, tornando-se a morte medicalizada. O hospital é encarado socialmente como detentor de recursos materiais e humanos que permitem a manutenção da vida, o que pode incutir uma última esperança no prognóstico de fim de vida.

Como se pode verificar no quadro conceptual os enfermeiros no serviço de urgência desenvolvem as suas intervenções terapêuticas num ambiente de *stress*, ansiedade, desconforto e insegurança, sendo-lhes exigida uma postura de suporte, ajuda incondicional e resolução atempada de situações críticas (Costa & Faria, 2009; Bailey, Murphy, & Porock, 2011; Martins, Agnés, & Sapeta, 2012; Batista, 2012; Carvalho, 2013).

Perante o aumento crescente do recurso de pessoas em fim de vida ao serviço de urgência, a intervenção do enfermeiro neste meio torna-se ainda mais complexa. Assim, apesar de só recentemente o conceito de IE ter surgido na literatura de enfermagem, o seu valor começa a ser reconhecido nos cuidados de saúde, sugerindo-se vantagens

em associar a IE a este tipo de trabalho, o qual exige uma componente emocional dos seus profissionais (McQueen, 2004).

O presente estudo desenvolve-se a partir da seguinte questão: **A inteligência emocional percebida do enfermeiro influencia as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência?**

Perante esta questão e na sequência das considerações efetuadas, anteriormente no enquadramento teórico, definiu-se como objetivo central do presente estudo:

Analisar a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as suas atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

E, como objetivos específicos:

- Avaliar o nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro no serviço de urgência;
- Identificar as variáveis sociodemográficas/profissionais que influenciam a inteligência emocional percebida do enfermeiro;
- Conhecer as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência;
- Identificar as variáveis sociodemográficas/profissionais que influenciam as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência;
- Analisar a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

Formulou-se as seguintes hipóteses de investigação:

- H₁ - O nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro é diferente consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional (idade, sexo, estado civil, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em serviço de urgência, formação na área de inteligência emocional e nos cuidados à pessoa em fim de vida, perceção da necessidade de formação na área de inteligência emocional e nos cuidados à pessoa em fim de vida);
- H₂ – As atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim-de-vida são diferentes consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional (idade, sexo, estado civil, tempo de exercício profissional, tempo de exercício profissional em serviço de urgência, formação na área de inteligência emocional

- e nos cuidados à pessoa em fim de vida, percepção da necessidade de formação na área de inteligência emocional e nos cuidados à pessoa em fim de vida);
- H₃ – O nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro influencia as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

Procurando dar resposta à problemática suprarreferida, o presente estudo enquadra-se no paradigma das metodologias quantitativas, do tipo não experimental, transversal e numa lógica de análise descritivo-correlacional.

O método quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto na colheita como no tratamento de dados, através das técnicas estatísticas e mais complexas, com o intuito de garantir uma maior precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação, o que possibilita uma maior margem de segurança no campo das inferências (Polit & Beck, 2014).

A manipulação de variáveis não é contemplada na presente investigação, daí o carácter não experimental da mesma. No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, dado que, o instrumento de colheita de dados foi aplicado num determinado período de tempo, outubro a dezembro de 2016.

Como se pretende avaliar o nível de inteligência emocional dos enfermeiros, conhecer as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida e verificar a existência de relação entre as variáveis, optou-se por uma investigação descritiva e correlacional.

Pode-se ainda afirmar que, se trata de um estudo de nível II, visto que parte de um quadro conceptual, procurando analisar as eventuais relações entre variáveis e estabelecer relações de causalidade.

Para melhor compreensão das relações entre os fenómenos que se pretende estudar, delineou-se um esquema onde se traduz as variáveis em estudo (Figura 2):

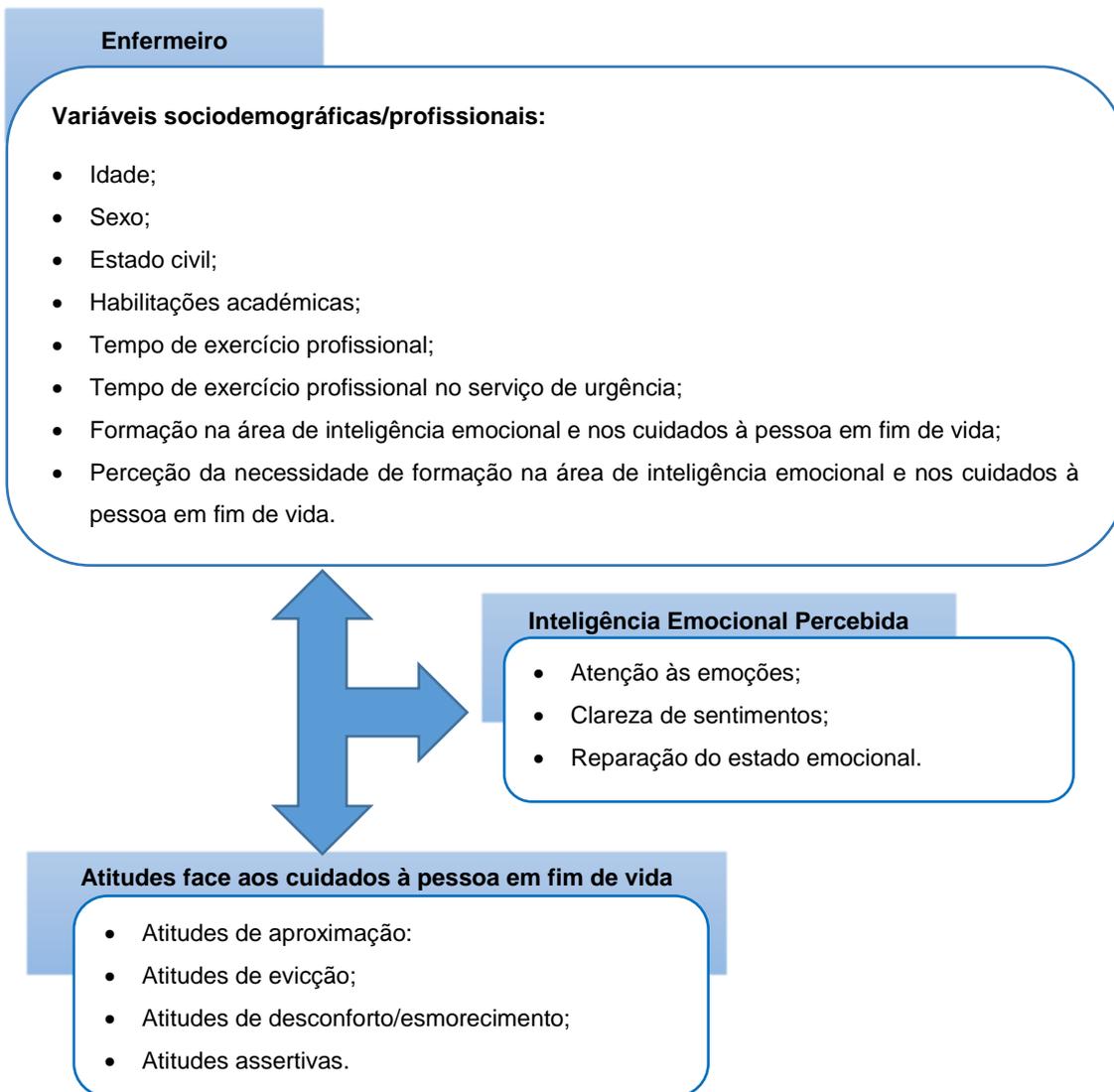


Figura 2- Esquema das variáveis em estudo

1.2. VARIÁVEIS DE ESTUDO E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Para este estudo considerou-se duas variáveis dependentes, sendo estas a Inteligência Emocional Percebida (IEP) e as Atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

A inteligência emocional é o resultado da interação entre cognição e emoção, sendo que a emoção conduz a um pensamento mais inteligente e a inteligência emocional auxilia o indivíduo a pensar nas suas emoções e nas dos outros. A inteligência emocional percebida refere-se ao metaconhecimento que as pessoas possuem sobre as suas habilidades emocionais, isto é, a habilidade individual para entender, clarificar

e regular as emoções, reparando os estados emocionais negativos e mantendo os positivos (Queirós, 2014).

- Para avaliar a IEP foi utilizada a versão modificada portuguesa da *Trait Meta-Mood Scale*, formada por 24 itens, onde se obtém um indicador de inteligência emocional percebida mediante três fatores (Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005). Os três fatores são definidos, segundo os autores como:

- Fator I “Atenção às emoções”: capacidade de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada;
- Fator II “Clareza de sentimentos”: capacidade de compreender bem os seus estados emocionais;
- Fator III “Reparação do estado emocional”: capacidade de ser capaz de regular os estados emocionais de forma correta.

A segunda variável dependente, atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida, foi avaliada através da versão portuguesa da escala FATCOD, nominada de Perfil de atitudes face aos cuidados aos doentes em fim de vida (PACDFV) que organiza em quatro dimensões as atitudes: atitudes de aproximação, atitudes de evicção, atitudes de desconforto/esmorecimento e atitudes assertivas. Esta escala é formada por 29 itens, dos quais 14 itens dizem respeito a atitudes positivas e 15 a atitudes negativas (Serra, 2012).

Considerou-se pertinente analisar a possível influência de algumas variáveis sociodemográficas e profissionais sobre as variáveis dependentes, isto é, em que medida estas conduzem a um incremento no nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro e em atitudes mais positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Estabeleceu-se como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e estado civil) e as variáveis profissionais (habilitações profissionais, local de trabalho, tempo exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço de urgência, formação na área da inteligência emocional e dos cuidados à pessoa em fim de vida, e necessidade de formação na área da inteligência emocional e dos cuidados à pessoa em fim de vida. Seguidamente, procede-se à operacionalização destes conceitos (tabela 1).

Tabela 1 - Critérios de operacionalização das variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	Questão	Critérios de Operacionalização
Grupo etário	Aberta	≤ 35 anos 36 - 45 anos > 45 anos
Sexo	Fechada dicotómica	Masculino Feminino
Estado civil	Fechada múltipla	Solteiro União de facto/Casado Divorciado/Viúvo
Habilitações académicas	Fechada múltipla Aberta	Licenciatura em Enfermagem Pós-licenciatura em Enfermagem, Qual? Mestrado, Qual? Pós-licenciatura em Enfermagem com Mestrado, Qual?
Tempo de exercício profissional	Aberta	< 10 anos 10 - 20 anos > 20 anos
Tempo de exercício profissional no serviço de urgência	Aberta	< 10 anos 10 - 20 anos > 20 anos
Formação na área da IE	Fechada dicotómica Aberta	Sim, Qual? Não
Formação na área dos CPFV	Fechada dicotómica Aberta	Sim, Qual? Não
Perceção de necessidade de formação na área da IE	Fechada dicotómica	Sim Não
Perceção de necessidade de formação na área dos CPFV	Fechada dicotómica	Sim Não

1.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo é constituída pelos enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência. E, como população acessível os enfermeiros de um Serviço de Urgência de adultos, que aceitaram voluntariamente colaborar no estudo. A escolha desta população acessível prendeu-se por ser uma urgência de nível III.

Como critérios de seleção para constituição da amostra definiu-se, os enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência com, pelo menos, um ano de experiência profissional, no serviço de urgência.

Considerou-se como critérios de exclusão os enfermeiros com exercício exclusivo de funções de gestão, sem prestação direta de cuidados de enfermagem aos utentes no

serviço e os que se encontram com ausências prolongadas (planeadas/previstas) do serviço por motivos de saúde, férias e/ou outros motivos, coincidentes com o decorrer da colheita de dados do estudo.

Definida a população acessível, tornou-se imperiosa a seleção de uma amostra que caracterizasse de forma representativa essa mesma população. Optou-se por uma amostra não probabilística, com uma amostragem acidental.

Deste modo, fizeram parte da amostra os enfermeiros que estiveram de serviço de urgência, no período compreendido entre o dia 26 de outubro e o dia 24 de dezembro de 2016.

1.4. INSTRUMENTO PARA COLHEITA DE DADOS

Tendo definido o método do estudo de investigação e após a pesquisa bibliográfica sobre a temática em causa, procedeu-se à elaboração do instrumento para recolha de dados.

O modo de abordagem considerado mais apropriado para a realização deste estudo, foi a utilização de um questionário autoadministrado, tendo em conta as características dos elementos da amostra e também devido às vantagens que este tipo de instrumento oferece, nomeadamente, a economia de tempo e de recursos.

O instrumento de colheita de dados (ver apêndice I) utilizado neste estudo está dividido em duas partes. Numa primeira parte encontra-se o questionário de caracterização sociodemográfica/profissional e na segunda parte duas escalas, designadamente a escala Versão Portuguesa Modificada da *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24) e a escala Perfil de Atitudes face aos Cuidados ao Doente em Fim de vida (PACDFV).

➤ **Questionário de caracterização sociodemográfica/profissional**

O questionário de caracterização sociodemográfica/profissional foi elaborado para o efeito e contempla as seguintes questões: idade, sexo, estado civil, habilitações académicas, tempo exercício profissional, tempo de exercício profissional no serviço de urgência, formação na área da inteligência emocional e dos cuidados à pessoa em fim de vida, e a necessidade de formação nessas duas áreas. Questões estas, referente às variáveis definidas anteriormente.

➤ **Versão Portuguesa Modificada da *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24)**

A *Trait Meta-Mood Scale* criada em 1995 por Salovey et al., é uma medida de autorrelato que avalia os níveis da inteligência emocional percebida. Esta ferramenta permite aceder às crenças individuais que cada um tem acerca das suas habilidades emocionais para perceber, compreender e regular as emoções (Queirós, 2014).

É solicitado que a pessoa avalie o seu grau de concordância em cada um dos itens numa escala de Likert de 5 pontos, que variam desde “discordo totalmente” (1) a “concordo plenamente” (5), permitindo as respostas determinar o índice de inteligência emocional percebida (IEP), através de fatores contemplados no TMMS: “Atenção às emoções” (grau com que acreditam prestar atenção aos seus sentimentos), “Clareza de sentimentos” (forma como acreditam perceber as suas emoções) e “Reparação do estado emocional” (capacidade que se tem para acreditar na sua aptidão para interromper os estados emocionais negativos e prolongar os positivos) (Idem).

Em 2004 Fernández-Berrocal et al. desenvolveram uma versão reduzida e modificada da TMMS, que denominaram de TMMS-24. Mantendo os três fatores da escala original (atenção, clareza e reparação), dividiram os 24 itens equitativamente, isto é, 8 itens por fator. Os itens em falta foram eliminados devido à sua baixa fiabilidade e escasso aporte da fiabilidade total da escala geral em Castelhana e ao fato de não avaliarem de forma exata a IE intrapessoal. Para além da eliminação destes itens, os itens negativos da escala foram reconvertidos numa forma positiva para melhor compreensão do seu conteúdo (Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005).

A Versão Portuguesa Modificada da *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24) é deste modo composta por 24 itens, divididos por 3 fatores. Passa-se de seguida a descrever cada fator.

O fator I, “Atenção às emoções”, “Sou capaz de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada”, corresponde aos seguintes itens da escala:

- 1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.
- 2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.
- 3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.
- 4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.
- 5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.
- 6. Penso constantemente no meu estado de espírito.
- 7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.

- 8. Presto muita atenção àquilo que sinto.

O fator II, “Clareza de sentimentos”, “Compreendo bem os meus estados emocionais”. diz respeito aos seguintes itens da escala:

- 9. Normalmente sei o que estou a sentir.
- 10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.
- 11. Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto.
- 12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.
- 13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.
- 14. Consigo dizer sempre o que sinto.
- 15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.
- 16. Consigo perceber aquilo que sinto.

O fator III, “Reparação do estado emocional”, “Sou capaz de regular os estados emocionais correctamente”, refere-se aos seguintes itens da escala:

- 17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude otimista.
- 18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.
- 19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.
- 20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.
- 21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.
- 22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.
- 23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.
- 24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.

A avaliação da inteligência emocional percebida é efetuada através do somatório do valor de cada fator, sendo diferente para o sexo masculino e feminino. Deste modo, como meio de facilitar a compreensão das pontuações do TMM-24 construiu-se a seguinte tabela (tabela 2), segundo os autores Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós (2005).

Tabela 2 - Pontuações da escala Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale

Fatores	Homens	Mulheres
Fator I Atenção às emoções	Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção ≤ 21	Deve melhorar a sua atenção: presta pouca atenção ≤ 24
	Atenção adequada entre 22 a 32	Atenção adequada entre 25 a 35
	Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção ≥ 33	Deve melhorar a sua atenção: presta demasiada atenção ≥ 36
Fator II Clareza de sentimentos	Deve melhorar a sua clareza ≤ 25	Deve melhorar a sua clareza ≤ 23
	Clareza adequada entre 26 a 35	Clareza adequada entre 24 a 34
	Excelente clareza ≥ 36	Excelente clareza ≥ 35
Fator III Reparação do estado emocional	Deve melhorar a sua reparação ≤ 23	Deve melhorar a sua reparação ≤ 23
	Reparação adequada entre 24 a 35	Reparação adequada entre 24 a 34
	Excelente reparação ≥ 36	Excelente reparação ≥ 35

Em 2005 Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós procederam à validação e fiabilidade da versão portuguesa modificada da TMMS-24 numa amostra de estudantes universitários e numa amostra de idosos. Tendo obtido a fiabilidade para cada fator de: “Atenção às emoções” 0,90; “Clareza de sentimentos” 0,90 “Reparação do estado emocional” 0,86. Assim, concluíram que tal como aconteceu com estudos na versão inglesa e castelhana, que esta versão apresenta uma fiabilidade apropriada e relações significativas com as medidas de critério. Sendo por isso a TMMS-24 um instrumento adequado e fiável, com qual se pode realizar investigações em diferentes âmbitos como o da educação e da saúde (Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005).

Em 2015 com a finalidade de aplicar a escala TMMS-24 a enfermeiros portugueses, Sousa, efetuou a validação da escala para esta população, tendo obtido valores alfa no fator “Atenção às emoções” 0,83; no fator “Clareza de sentimentos” 0,81 e no fator “Reparação do estado emocional” 0,86. Face a estes valores concluiu que a escala TMMS-24 é um instrumento com validade e fiabilidade para ser utilizado em estudos posteriores na área da investigação em Enfermagem (Sousa, 2015).

➤ **Perfil de atitudes face aos cuidados aos doentes em fim de vida (PACDFV)**

A escala de Análise Global das Atitudes face aos Cuidados à pessoa em Fim de vida, FATCOD, ou escala de Frommelt, criada em 1998 pela Katherine Frommelt, é um instrumento constituído por 30 itens, que tem como propósito avaliar as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados prestados à pessoa em fim de vida e às suas famílias. Dois terços dos itens da escala estão diretamente relacionados com as atitudes face à pessoa e um terço está diretamente relacionado com as atitudes face à família da mesma (Mallory como referido por Serra, 2012).

A escala FATCOD integra trinta itens a pontuar através de uma escala de Likert de 1 a 5: 1 (discordo fortemente), 2 (discordo), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo fortemente). Quinze dos itens dizem respeito a atitudes positivas, e os restantes quinze correspondem a atitudes negativas. Nos itens respeitantes a atitudes negativas o score reverte-se. Assim, scores mais elevados correspondem a atitudes mais positivas. O score total pode variar entre 30 e 150 (Kock, 2011).

No estudo de adaptação e validação em Portugal em 2012 por Serra, verificou-se que relativamente aos 30 itens uma consistência interna elevada de 0.80. Sendo que todos os itens da escala se correlacionavam positivamente com o resto da escala, variando essa correlação entre 0,03 e 0,7 (Serra, 2012).

A autora concluiu, no mesmo estudo, que o item 4 (os cuidados de enfermagem à família deveriam continuar após o falecimento e durante o luto) não apresentava poder discriminatório, tendo por isso sido eliminado. O valor do coeficiente total aproximou-se do valor apurado em estudos anteriores, alfa de 0,90 (Idem).

A nova versão da escala foi designada por Serra de Perfil de atitudes face aos cuidados aos doentes em fim de vida (PACDFV), encontrando-se organizada em 4 dimensões de atitudes distintas, aproximação, evicção, desconforto/esmorecimento e assertivas. De seguida, descreve-se os itens que compõem cada dimensão.

A dimensão 1, “atitudes de aproximação”, consideradas atitudes positivas, é constituída pelos seguintes itens:

- Item 10: Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo doente em fim-de-vida;
- Item 13: A família precisa de apoio emocional para aceitar as mudanças de comportamento do doente em fim de vida;

- Item 15: As famílias deveriam preocupar-se em ajudar o seu familiar doente em fim-de-vida a aproveitar ao máximo o tempo que lhe resta;
- Item 17: A família deveria manter um ambiente tão natural quanto o possível para o seu familiar doente em fim de vida;
- Item 18: Verbalizar os seus sentimentos é benéfico para o doente em fim-de-vida;
- Item 19: Os cuidados de enfermagem deveriam estender-se à família do doente em fim de vida;
- Item 20: As enfermeiras deveriam permitir horários flexíveis de visitas aos doentes em fim-de-vida;
- Item 22: A família deveria ser envolvida na prestação de cuidados ao doente em fim-de-vida;
- Item 21: O doente em fim de vida e a sua família deveriam ser os decisores principais.

A dimensão 2, “atitudes de evicção”, consideradas atitudes negativas, é constituída pelos seguintes itens:

- Item 6: Não deveria ser o/a enfermeiro/a a falar da morte com o doente em fim-de-vida;
- Item 7: O extenso período de tempo necessário para prestar cuidados a um doente em fim-de-vida iria causar-me frustração.
- Item 11: Quando um doente pergunta "Enfermeiro/a eu estou a morrer?" penso que é melhor mudar de assunto para algo mais alegre;
- Item 12: Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa realmente morresse;
- Item 14: À medida que se aproxima a morte do doente, o enfermeiro/a deve começar a distanciar-se dele em termos emocionais;
- Item 16: Não deveria ser permitido ao doente em fim de vida tomar decisões sobre os seus cuidados físicos;
- Item 28: Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade da enfermagem;

A dimensão 3, “atitudes desconforto/esmorecimento”, atitudes mistas, é constituída pelos seguintes itens:

- Atitudes positivas:

- Item 1: Prestar cuidados ao doente em fim de vida é uma experiência gratificante;

- Atitudes negativas:

- Item 3: Sentir-me-ia desconfortável a falar com o doente em fim de vida acerca da morte iminente;
- Item 5: Eu não desejaria ser responsável pelos cuidados a um doente em fim-de-vida;
- Item 8: Ficaria frustrado/a quando o doente em fim de vida a quem eu estivesse a prestar cuidados perdesse a esperança de melhorar;
- Item 9: É difícil estabelecer uma relação próxima com a família do doente em fim de vida.
- Item 23: Desejaria que a pessoa que eu estivesse a cuidar morresse quando eu não estivesse presente;
- Item 24: Receio estabelecer amizade com o doente em fim de vida;
- Item 26: Sentir-me-ia desconfortável se entrasse no quarto de um doente em fim de vida e o encontrasse a chorar;
- Item 29: Os familiares que permanecem com o doente em fim de vida por vezes interferem com a prestação de cuidados;

A dimensão 4, “atitudes assertivas”, consideradas atitudes positivas, é constituída pelos seguintes itens:

- Item 2: A morte não é a pior coisa que pode suceder a uma pessoa;
- Item 25: A dependência de analgésicos não deveria ser uma preocupação para os enfermeiros quando se verifica em doentes em fim de vida;
- Item 27: Os doentes em fim de vida deveriam ter respostas honestas às suas questões;
- Item 30: Os enfermeiros podem ajudar o doente em fim de vida a preparar-se para a morte.

As atitudes positivas correspondem a 14 itens e as atitudes negativas a 15 itens. A escala possui 29 itens pontuados de 1 a 5, com um score máximo total de 145. Nos itens respeitantes a atitudes negativas o score reverte-se. Assim, scores mais elevados correspondem a atitudes mais positivas (Serra, 2012).

No estudo realizado por Serra (2012) verificou-se, deste modo, que a escala de FATCOD é adequada para a população portuguesa, apurando-se que este instrumento apresenta boas características psicométricas, em termos de validade e fidelidade,

abrindo deste modo a possibilidade de novas investigações nesta área até aqui pouco explorada em Portugal.

1.5. CONSISTÊNCIA INTERNA DAS ESCALAS

Para avaliar a consistência interna das escalas determinou-se o coeficiente alfa de Cronbach. Este permite medir a correlação entre cada item da escala e os restantes que pertencem ao mesmo universo. O valor obtido corresponde ao limite inferior de consistência interna. Deste modo, avalia a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator/dimensão, ou seja, pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e um (1) considerando-se a consistência interna: muito boa, para alfa superior a 0,90; boa, se alfa entre 0,80 e 0,90; razoável, se alfa entre 0,70 e 0,80; fraca, para alfa entre 0,60, e 0,70; e inadmissível, se alfa inferior a 0,6 (Pestana & Gageiro, 2008).

Com o intuito de melhor dimensionar a aplicabilidade da escala Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale - 24 efetuou-se, determinou-se alfa de Cronbach. Obteve-se um alfa de Cronbach de 0.86 no fator I “Atenção às emoções”, de 0.79 no fator II “Clareza de sentimentos” e de 0.85 no fator III “Reparação do estado emocional”.

Pela análise deste coeficiente verifica-se que os valores obtidos são bons para os fatores I e III e razoável para o fator II, muito semelhantes nos obtidos por Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós em 2003 e Sousa (2015).

Tal como executado para a escala anterior, determinou-se alfa de Cronbach para a escala Perfil de atitudes face aos cuidados aos doentes em fim de vida (PACDFV) ao estudo. Obteve-se um alfa de Cronbach de 0.77 na dimensão “Atitudes de aproximação”, de 0.68 na dimensão “Atitudes de evicção”, de 0.71 na dimensão “Atitudes de desconforto/esmorecimento”, de 0.14 na dimensão “Atitudes assertivas” e por fim de 0.82 no “Perfil de atitudes”.

Analisando-se o valor deste coeficiente, verifica-se que os valores obtidos são razoáveis para duas dimensões, sendo fraca na dimensão de “Atitudes de evicção” e inadmissível na dimensão “Atitudes assertivas”. No entanto, obteve-se um valor de alfa de Cronbach no “Perfil de atitudes” de 0.82, o que revela boa consistência interna. Estes resultados permitem afirmar que a consistência interna da escala é elevada e semelhante à observada por Serra, 2012.

Em suma, pode-se concluir que as duas escalas apresentam boa consistência interna e, conseqüentemente, poder-se-á considerar que, no presente estudo, as escalas evidenciam boa fiabilidade.

1.6. TRATAMENTO DOS DADOS

Todos os dados obtidos através do instrumento de colheita de dados foram objeto de tratamento estatístico, tendo sido processados através da utilização do programa informático Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 23 após a criação da base de dados.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, bem como para testar as hipóteses formuladas no estudo, utilizaram-se técnicas de Estatística Descritiva e de Análise Inferencial. Deste modo, recorreu-se a frequências, medidas de tendência central, como a média aritmética, medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo e desvio padrão) e, ainda, o coeficiente alfa de Cronbach.

Para testar a normalidade da distribuição de frequências das variáveis quantitativas em estudo, foi aplicado o teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Significância de Lilliefors (tabela 3).

Tabela 3 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov com Correção de Significância de Lilliefors

Teste de Kolmogorov-Smirnov com Correção de Significância de Lilliefors		
Dimensões/ Fatores	Estatística	p
Perfil de atitudes	,082	,021
Atitudes de aproximação	,119	,000
Atitudes de evicção	,082	,021
Atitudes de desconforto/esmorecimento	,092	,005
Atitudes assertivas	,120	,000
Atenção às emoções	,379	,000
Clareza de sentimentos	,353	,000
Reparação do estado emocional	,378	,000

Pela aplicação do referido teste (tabela 3), apurou-se que a distribuição de dados referentes à variável atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, na dimensão

“atitudes de aproximação” e “atitudes assertivas”, e em todas as dimensões da variável inteligência emocional percebida, não se encontram enquadrados na normalidade ($p < 0,05$). Assim, assumiu-se a inexistência de uma distribuição normal o que limita a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

As hipóteses foram testadas utilizando um nível de confiança de 95%, do qual resulta um nível de significância de 5,0% ($\alpha = 0,05$), o que permite garantir a existência de relação entre as variáveis, considerando uma probabilidade de erro inferior a 5%. Confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se, se superior a esse valor.

Na análise estatística considerou-se os seguintes valores de significância: $p < 0,05^*$ – diferença estatística significativa; $p < 0,01^{**}$ – diferença estatística bastante significativa; $p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso a tabelas, onde constam os dados mais relevantes. Uma vez que, todos os dados foram obtidos através do instrumento de colheita de dados, dispensou-se a identificação do local, data e fonte na apresentação dos mesmos.

1.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas deste processo, enquanto preocupação com o rigor dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos. Pelo que todos os aspetos éticos e legais decorrentes da investigação científica foram preservados nesta investigação.

No início do mês de junho de 2016 apresentou-se o desenho do estudo aos Srs. Enfermeiros Chefes e Sras. Diretoras clínicas do Serviço de urgência onde viria a ser realizado o estudo, tendo obtido junto de todos parecer favorável à realização do mesmo.

Posteriormente, formulou-se um pedido formal de autorização para a realização do estudo científico ao Gabinete de Apoio à Investigação da Instituição Hospitalar, dirigido à Comissão de Ética para a Saúde e Conselho de Administração (anexo I). Este pedido foi acompanhado pelo projeto de investigação, respetivo instrumento de colheita de dados, parecer científico e autorização da realização do estudo dado quer pela diretora do serviço de urgência, quer pelos respetivos enfermeiros chefes.

Em 21 de outubro de 2016 obteve-se resposta do Gabinete de Apoio de Investigação, com parecer favorável para a realização do estudo quer pela Comissão de Ética, quer pelo Conselho de Administração (anexo I).

Durante toda a investigação teve-se em atenção o cumprimento dos princípios éticos que devem guiar uma investigação. Deste modo, foram avaliados os riscos possíveis e previsíveis da investigação, tendo por base o princípio de “não causar dano”; estabeleceu-se uma relação de confiança com os enfermeiros que participaram na investigação, tendo estado sempre consciente de manter o princípio de “proceder com equidade” e por isso transmitiu-se igual informação a todos os enfermeiros intervenientes. A participação dos enfermeiros no estudo foi autodeterminada pelos mesmos, com a liberdade para decidir responder às questões colocadas no instrumento de colheita de dados, tendo sido precedida de informação sobre o seu natureza, finalidade, duração e metodologia adotada.

Houve o comprometimento da investigadora em manter anonimato dos participantes, utilizando o método de entrega e recolha do instrumento de colheita de dados através de envelopes fechados, sem identificação. O instrumento de colheita de dados (apêndice I) não foi identificado pelo nome do enfermeiro e foi separado pelo enfermeiro participante da folha referente do consentimento informado (apêndice II), não havendo, deste modo, identificação das respostas. Assim, os resultados da colheita de dados não foram reconhecidos quer pelo investigador, quer pelo participante ou leitor. O respeito pelos princípios éticos centrados nos sujeitos, e relativos ao consentimento informado (voluntariedade, informação e consentimento) foi assegurado, bem como a privacidade, anonimato e confidencialidade, mediante parecer assinado.

A recolha dos dados decorreu durante, o intervalo compreendido entre o dia 26 de outubro e o dia 24 de dezembro de 2016, sendo neste decurso, preocupação constante a preservação de todos os aspetos éticos decorrentes da investigação.

O respeito pelos aspetos relacionados com a autoria, também foi assegurado ao longo de todo o trabalho, quer na elaboração do enquadramento teórico, quer no registo, análise e discussão dos dados. Tendo sido solicitado a autorização para a utilização das escalas PACDFV e TMMS-24. Obteve-se apenas a resposta de autorização para a aplicação da PACDFV (anexo II). Dado a escala TMMS-24 estar publicada desde 2003, procedeu-se à sua utilização no presente estudo.

2. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste segundo capítulo da investigação empírica, procede-se à apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados obtidos, pela aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra em causa, de acordo e procurando dar respostas à questão de investigação inicialmente elaborada.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Este subcapítulo encontra-se a caracterização dos enfermeiros segundo as variáveis sociodemográficas/profissionais, a inteligência emocional percebida e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Apresenta-se os dados em tabelas de forma sistematizada, permitindo uma leitura clara, objetiva e a compreensão dos mesmos.

2.1.1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas/profissionais
Fizeram parte da amostra os enfermeiros que estiveram a exercer funções no serviço de urgência, no período compreendido entre o dia 26 de outubro e o dia 24 de dezembro de 2016. Obteve-se um total de 144 questionários preenchidos, no entanto, 2 foram excluídos por não apresentarem resposta em todas as questões colocadas.

A amostra foi constituída por 142 enfermeiros, com idades compreendidas entre os 28 anos e os 60 anos, ao que corresponde uma média de 37,52 anos, com um desvio padrão em torno da média de 7,43 anos (tabela 4). Predomina a classe com idade igual ou inferior a 35 anos (50.70%), seguindo-se os enfermeiros com idade compreendida entre 36 e 45 anos (33.10%) e apenas 16.20% têm idade superior aos 45 anos. A amostra é 69.00% constituída por enfermeiras e 31.00% por enfermeiros. No que concerne ao estado civil, são maioritariamente união de facto/casados 66,90% e solteiras/as 27.50% (tabela 5).

Relativamente às habilitações académicas dos enfermeiros (tabela 5) 67.60% são licenciados, 14.80% têm uma Pós-Licenciatura em Enfermagem, 9.90% uma Pós-licenciatura em Enfermagem com Mestrado e 7.70% apenas um Mestrado.

O tempo de exercício profissional na profissão e no serviço de urgência foi parametrizado em intervalos de tempo (tabela 4 e 5), de onde se salienta que 50.70% dos enfermeiros possui entre 10 a 20 anos de experiência profissional, sendo a média do tempo de exercício profissional na profissão de 14.34 anos. O tempo de exercício profissional mínimo na profissão é de 5 anos e o máximo é de 36 anos, havendo um desvio padrão a oscilar em torno da média de 6,89 anos. Sendo que 75% possui 19 anos ou menos de tempo de exercício profissional.

No que respeita ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência pode-se verificar que 45.80% trabalha há menos de 10 anos no SU e apenas 12.70% há mais de 20 anos. Os enfermeiros têm uma média é de 11.14 anos de tempo de exercício profissional no SU, com um desvio padrão a oscilar em torno desta de 7.41 anos. Sendo que 75% possui 15,25 anos ou menos de tempo de exercício profissional.

Tabela 4 - Idade dos enfermeiros e tempo de exercício profissional na profissão e no SU (N=142)

		Idade dos enfermeiros	Tempo exercício profissional	
			Global	serviço de urgência
Média		37,52	14,34	11,14
Desvio Padrão		7,43	6,89	7,41
Mínimo		28,00	5,00	1,00
Máximo		60,00	36,00	36,00
Percentis	25	31,75	9,00	7,00
	50	35,00	12,00	10,00
	75	42,00	19,00	15,25

No que concerne à variável, formação na área da inteligência emocional apenas 2.10% dos enfermeiros respondeu que possuía formação nesta área, sendo que 67.60% referiu que sente necessidade em formação na área da inteligência emocional (tabela 5).

Em relação à formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida, pode-se verificar que apenas 7.00% dos enfermeiros possuem formação na área, para além da adquirida durante a frequência do curso de Licenciatura em Enfermagem, porém 77.50% dos enfermeiros referiu que necessitava de formação nesta área, como se pode verificar na tabela 5.

Tabela 5 - Características da amostra (N=142)

Variáveis		N	%
Grupo etário	≤35	72	50.70
	36-45	47	33.10
	>45	23	16.20
Sexo	Masculino	44	31.00
	Feminino	98	69.00
Estado civil	Solteiro	39	27.50
	União de facto/casado	95	66.90
	Divorciado/Viúvo	8	5.60
Habilitações académicas	Licenciatura em Enfermagem	96	67,60
	Pós-Licenciatura em Enfermagem	21	14,80
	Mestrado	11	7,70
	Pós-Licenciatura em Enfermagem com Mestrado	14	9,90
Tempo exercício profissional	< 10 Anos	40	28.20
	10-20 Anos	72	50.70
	> 20 Anos	30	21.10
Tempo exercício profissional em serviço de urgência	< 10 Anos	65	45.80
	10-21 Anos	59	41.50
	> 20 Anos	18	12.70
Formação em IE	Sim	3	2.10
	Curso Inteligência Emocional 30h	1	0,70
	Mestrado Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica	1	0,70
	Pós-Graduação Gestão Administração Serviços e Saúde	1	0,70
	Não	139	97,90
Formação em CPFV	Sim	10	7.00
	Curso Cuidados Integrados	1	0,70
	Cuidados Paliativos	4	2,80
	Cuidados Paliativos e Pós-Graduação em Psico Gerontologia	1	0,70
	Comunicação de Más Notícias	1	0,70
	Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	0,70
	Mestrado em Cuidados Paliativos	1	0,70
	Pós-Graduação em Cuidados Continuados	1	0,70
	Não	132	93.00
Perceção de necessidade em formação na área da IE	Sim	96	67,60
	Não	46	32,40
Perceção de necessidade em formação na área dos CPFV	Sim	110	77,50
	Não	32	22,50

2.1.2. Caracterização da amostra quanto à Inteligência Emocional Percebida

Para conhecer o nível da inteligência emocional percebida dos enfermeiros no serviço de urgência efetuou-se a análise dos resultados da escala Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).

Ao analisar a tabela 6, verifica-se que os enfermeiros que compõem a amostra apresentam relativamente ao fator I “Atenção às emoções”, uma média de resposta de 3.52 pontos com valor mínimo de 1.88 pontos e máximo de 5.00 pontos (amplitude de 1-5). A pontuação média é de 28.15 pontos, com um desvio padrão em torno da média de 5.03 pontos. Deste modo, os enfermeiros inquiridos revelam estar atentos de forma adequada às suas emoções, sendo capazes de sentir e expressar os seus sentimentos de forma adequada, segundo pontuação da escala, tabela 2 (“Atenção adequada” nos homens com pontuação compreendida entre 22 e 32 pontos e nas mulheres entre 25 e 35 pontos).

Relativamente ao fator II “Clareza de sentimentos”, apura-se uma média de resposta de 3.64 pontos com valor mínimo de 2.00 pontos e máximo de 4.75 pontos (amplitude de 1-5). A pontuação média do fator é de 29.10 pontos, com um desvio padrão em torno da média de 3.87 pontos. Assim, de acordo com a pontuação da escala, tabela 2, pode-se afirmar que os enfermeiros possuem clareza adequada dos seus sentimentos, compreendendo bem os seus estados emocionais (“Clareza adequada” nos homens com pontuação compreendida entre 26 e 35 pontos e nas mulheres entre 24 e 34 pontos).

No que concerne ao fator III “Reparação do estado emocional”, verifica-se média de resposta de 4.10 pontos com valor mínimo de 1.88 pontos e máximo de 5.00 pontos (amplitude de 1-5). A pontuação média é de 32.84 pontos, com um desvio padrão em torno da média de 3.37 pontos. Assim apura-se que os enfermeiros apresentam reparação do estado emocional adequado, isto é, são capazes de regular os seus estados emocionais corretamente, dado que segundo a classificação da escala, tabela 2, a “Reparação do estado emocional” adequada apresenta pontuação nos homens compreendida entre 24 e 35 pontos e nas mulheres entre 24 e 34 pontos.

Os resultados evidenciam, deste modo, que é no fator “Atenção às emoções” que apresenta maior oscilação de valores. No entanto, apura-se que os enfermeiros, que participaram neste estudo, apresentam pontuações correspondentes ao nível adequado nos três fatores, concluindo-se que são capazes de sentir e expressar os sentimentos

de forma adequada, compreendem bem os seus estados emocionais e são capazes de regular os seus estados emocionais corretamente.

Tabela 6 - Dados estatísticos relativos à Inteligência Emocional Percebida dos Enfermeiros

	Média	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
Atenção às emoções	28,15	27,00	5,03	15,00	40,00	24,00	28,00	31,25
	3,52	3,38	0,63	1,88	5,00	3,00	3,50	3,91
Clareza de sentimentos	29,10	30,00	3,87	16,00	38,00	27,00	30,00	32,00
	3,64	3,75	0,48	2,00	4,75	3,38	3,75	4,00
Reparação do estado emocional	32,84	32,00	3,37	15,00	40,00	31,00	33,00	35,00
	4,10	4,00	0,42	1,88	5,00	3,88	4,13	4,38

2.1.3. Caracterização da amostra segundo as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência

Para conhecer as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência face aos cuidados à pessoa em fim de vida efetuou-se a análise dos resultados obtidos pela aplicação da escala de Perfil de atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida (tabela 7).

Verifica-se que a média do “Perfil de atitudes” dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida é de 112,08 pontos, com um mínimo de 87.00 pontos e um máximo de 137,00 pontos. Com um desvio padrão a oscilar em torno da média de 9,98 pontos. Sendo que, o score da escala PACDFV varia entre 29 e 145 pontos e que scores mais elevados correspondem a atitudes mais positivas, pode-se afirmar que a amostra em estudo apresenta atitudes positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

No que respeita ao “perfil das atitudes positivas” obteve-se uma média de 57.39 pontos, em quatorze itens, com um mínimo de 43.00 pontos e um máximo de 69.00 pontos, e um desvio padrão a oscilar em torno da média de 5.18 pontos. Sendo que, o score das “atitudes positivas” varia entre 14 e 75 pontos, pode-se afirmar que a amostra em estudo apresenta “atitudes positivas” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

Por sua vez, obteve-se a nível do “perfil das atitudes negativas” uma média de 54.68 pontos, com um mínimo de 31.00 pontos e um máximo de 72.00 pontos, sendo o desvio

padrão de 6.83 pontos. Face a estes resultados os enfermeiros em estudo apresentam poucas atitudes negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, dado que o score das atitudes negativas varia entre 15 e 80 pontos.

No que concerne às diferentes dimensões de atitudes, com base na tabela anterior, averigua-se que as “atitudes de aproximação” apresentam uma média de 38.60 pontos, sendo que 25% da amostra apresenta até 36.00 pontos e 75% da amostra até 42,00 pontos. Sendo que, o valor mínimo desta dimensão é de 9 pontos e o máximo de 45 pontos, pode-se afirmar que até 75% da amostra apresentam “atitudes de aproximação” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência, sendo estas atitudes consideradas positivas.

Na dimensão, “atitudes de evicção”, atitudes estas negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida, verifica-se uma média de 28,09 pontos, sendo que até 25% da amostra apresenta 26.00 pontos e até 75% da amostra 31,00 pontos. O valor mínimo desta dimensão é de 7 pontos e máximo de 35 pontos, pelo que se pode afirmar que a amostra em causa apresenta poucas “atitudes de evicção” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

No que respeita à dimensão “atitudes de desconforto/esmorecimento”, com base na tabela anterior, apura-se que possui uma média de 29,70 pontos, sendo que até 25% da amostra apresentam 26.75 pontos e até 75% da amostra 33,00 pontos. O valor mínimo desta dimensão é 9 pontos e o máximo de 45 pontos, pode-se afirmar que a amostra em causa apresenta “atitudes de desconforto/esmorecimento” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência, sendo estas atitudes consideradas mistas.

Na dimensão “atitudes assertivas” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência, verifica-se que possui uma média de 15,68 pontos, sendo que até 25% da amostra apresenta 14,00 pontos e até 75% da amostra 17,00 pontos. O valor mínimo desta dimensão é 4 pontos e o máximo de 20 pontos, pode-se afirmar que a amostra em causa apresenta “atitudes assertivas” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência, sendo estas atitudes consideradas positivas.

Quanto aos 29 itens, analisados individualmente, verifica-se que os mais pontuados com médias acima dos 4 pontos foram os itens 13, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 27 e 30 respeitantes a “atitudes positivas” e os itens 12, 28 e 29 respeitantes a atitudes negativas (score revertido, logo 4 pontos corresponde a discordo, atitude positiva).

O item 10, atitude positiva, “Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pelo doente em fim de vida”, obteve um score médio de 3.99 pontos, o que corresponde a respostas “não concordo nem discordo” ou “concordo”.

O item 6, atitude negativa, “Não deveria ser o enfermeiro/a falar da morte com o doente em fim de vida” obteve um score médio de 3.94 pontos, o que corresponde a respostas “discordo” ou “não concordo nem discordo”.

Obteve-se apenas um score inferior a 3, que corresponde ao item 3 com média de 2,89 pontos, que corresponde a uma atitude negativa, “Sentir-me-ia desconfortável a falar com o doente em fim de vida acerca da morte iminente”, ou seja os enfermeiros assinalaram como resposta “não concordo nem discordo” ou “concordo”. O que reflete que os enfermeiros têm dificuldade em lidar com o tema da morte e com os sentimentos da pessoa.

Tabela 7 - Dados estatísticos relativos às atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência

	Média	Moda	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25	50	75
Perfil de atitudes	112,08	106,00	9,98	87,00	137,00	104,00	112,00	120,00
Atitudes aproximação	38,60	36,00	3,67	23,00	45,00	36,00	38,00	42,00
Atitudes evicção	28,09	28,00	3,22	15,00	35,00	26,00	28,00	31,00
Atitudes desconforto/ esmorecimento	29,70	32,00	4,90	17,00	43,00	26,75	29,00	33,00
Atitudes assertivas	15,68	15,00	2,01	11,00	20,00	14,00	16,00	17,00
Atitudes positivas	57,39	53,00	5,18	43,00	69,00	53,00	57,00	61,00
Atitudes negativas	54,68	57,00	6,83	31,00	72,00	50,00	55,00	59,00

Assim, pode-se verificar que a generalidade dos enfermeiros apresenta “atitudes positivas” face aos cuidados à pessoa em fim de vida, embora sobressaia da análise individualizada dos itens uma clara dificuldade em lidar com os sentimentos da pessoa e falar sobre a morte.

2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Procede-se neste subcapítulo à análise inferencial dos dados obtidos tendo em conta a questão de investigação definida anteriormente. Procurando verificar, através dos testes estatísticos adequados, a validade das hipóteses elaboradas e, conseqüentemente retirar considerações acerca da existência ou não de relações estatisticamente significativas entre as variáveis. Para tal recorreu-se a testes não paramétricos, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney, Teste de Kruskal-Wallis e Correlação de Ró Spearman.

Hipótese 1 - O nível de inteligência emocional percebida (IEP) do enfermeiro é diferente consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional.

Relação entre a idade e a IEP do enfermeiro

Para averiguar a existência de relação entre a idade e a inteligência emocional percebida do enfermeiro, utilizou-se um teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 8, verifica-se uma associação linear muito baixa ($r < 0.2$) e negativa entre a variável idade e o fator “Atenção às emoções”, a qual não é estatisticamente significativa.

No que respeita à associação entre a variável idade, com o fator “Clareza de sentimentos” e “Reparação do estado emocional”, verifica-se uma associação linear muito baixa ($r < 0.2$) e positiva, que também não são associações estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 8 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a idade e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Atenção às emoções	-,026	,758
Clareza de sentimentos	,028	,741
Reparação do estado emocional	,039	,642

Assim, pode-se concluir que não há relação entre a idade dos enfermeiros e a sua inteligência emocional percebida.

Relação entre o sexo a IEP do enfermeiro

Para conhecer a influência do sexo na inteligência emocional percebida do enfermeiro utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney. Pode-se verificar, através da análise da tabela 9 que os enfermeiros do sexo masculino, apresentam postos médios superiores, no que respeita ao fator “Atenção às emoções”, no entanto, tal diferença não é estatisticamente significativa.

No que respeita aos fatores “Clareza de sentimentos” e “Reparação do estado emocional” verifica-se, que os enfermeiros do sexo feminino apresentam postos médios superiores, tal diferença apenas é estatisticamente bastante significativa no fator “Clareza de sentimentos” ($p < 0.05$), não sendo estatisticamente significativa no fator “Reparação do estado emocional”.

Tabela 9 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Sexo	N	Posto Médio	z	p
Atenção às emoções	H	44	78,48	-1,731	,084
	M	98	68,37		
Clareza de sentimentos	H	44	57,27	-3,275	,001
	M	98	77,89		
Reparação do estado emocional	H	44	66,07	-1,326	,185
	M	98	73,94		

Assim, pode-se concluir que o sexo do enfermeiro influencia a clareza de sentimentos, sendo que são os enfermeiros do sexo feminino que conseguem compreender melhor os seus estados emocionais.

Relação entre o estado civil e a IEP do enfermeiro

Para conhecer-se a influência do estado civil na inteligência emocional percebida do enfermeiro, testou-se a hipótese através de um Teste de Kruskal-Wallis.

Verifica-se através da análise da tabela 10, que os enfermeiros solteiros são os que apresentam média de postos superiores em todos os fatores da inteligência emocional percebida, seguindo-se os enfermeiros em união de facto/casados e por último os enfermeiros divorciados/viúvo. Porém, tais diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 10 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Estado civil	N	Posto Médio	χ^2	p
Atenção às emoções	Solteiro	39	75,31	3,425	,180
	União de facto/ Casado	95	71,56		
	Divorciado/ Viúvo	8	52,19		
Clareza de sentimentos	Solteiro	39	77,24	1,532	,465
	União de facto/ Casado	95	69,56		
	Divorciado/ Viúvo	8	66,50		
Reparação do estado emocional	Solteiro	39	76,83	1,883	,390
	União de facto/ Casado	95	70,11		
	Divorciado/ Viúvo	8	62,00		

Deste modo, pode-se concluir que não há relação entre o estado civil dos enfermeiros e a inteligência emocional percebida.

Relação entre as habilitações académicas e a IEP do enfermeiro

Para saber qual a influência das habilitações académicas na inteligência emocional percebida do enfermeiro utilizou-se o Teste de Kruskal-Wallis.

Pela análise da tabela 11 percebe-se que os enfermeiros com curso de Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado situam-se no posto médio superior em relação aos restantes enfermeiros no fator “Atenção às emoções”.

Nos fatores “Clareza de sentimentos” e “Reparação do estado emocional”, percebe-se que são os enfermeiros detentores do grau de mestrado que se situam nos postos médios superiores.

Dado se verificar $p > 0.05$ em todos os fatores, apura-se que estas diferenças não são estatisticamente significativas. Podendo-se concluir que não há relação entre as habilitações académicas dos enfermeiros e a sua inteligência emocional percebida.

Tabela 11 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações académicas e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Habilitações académicas	N	Posto Médio	χ^2	p
Atenção às emoções	Licenciatura em Enfermagem	96	70,19	1,351	,717
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	69,74		
	Mestrado	11	75,59		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	79,89		
Clareza de sentimentos	Licenciatura em Enfermagem	96	72,14	3,106	,376
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	60,64		
	Mestrado	11	80,50		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	76,36		
Reparação do estado emocional	Licenciatura em Enfermagem	96	70,06	2,039	,564
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	68,55		
	Mestrado	11	82,64		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	77,07		

Relação entre o tempo exercício profissional e a IEP do enfermeiro

Para averiguar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e a IEP do enfermeiro, utilizou-se o teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 12, verifica-se uma associação muito baixa ($r < 0.2$) e negativa entre o tempo de exercício profissional e o fator “Atenção às emoções”, que não é estatisticamente significativa.

No que respeita ao fator “Clareza de sentimentos” constata-se uma associação baixa ($0.2 \leq r \leq 0.39$) e positiva, a qual não é estatisticamente significativa.

Por último, no fator “Reparação do estado emocional” apura-se uma associação moderada ($0.4 \leq r \leq 0.69$) e positiva, que também não é estatisticamente significativa.

Tabela 12 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Tempo de exercício profissional	
	r	p
Atenção às emoções	-,001	,986
Clareza de sentimentos	,026	,758
Reparação do estado emocional	,049	,559

Assim, pode-se concluir que não há relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a sua inteligência emocional percebida.

Relação entre o tempo de exercício profissional no SU e a IEP do enfermeiro

Para averiguar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e a IEP do enfermeiro, utilizou-se o teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 13 apuram-se a existência de associações muito baixas ($r < 0.2$) e positivas entre o tempo de exercício profissional no SU e todos os fatores de IEP. No entanto, tais associações não são estatisticamente significativas.

Tabela 13 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Tempo de exercício profissional no serviço de urgência	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Atenção às emoções	,036	,673
Clareza de sentimentos	,097	,249
Reparação do estado emocional	,052	,542

Assim, pode-se concluir que não há relação entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e a sua inteligência emocional percebida.

Relação entre a formação na área da IE e CPFV e a IEP do enfermeiro

Para conhecer a influência da formação na área da IE e CPFV na inteligência emocional percebida do enfermeiro utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (tabela 14).

Pode-se verificar que os enfermeiros que possuem formação em IE apresentam postos médios superiores no que respeita aos fatores “Atenção às emoções” e “Reparação do estado emocional” relativamente aos que não têm formação neste domínio, tal diferença não é, no entanto estatisticamente significativa.

No fator “Clareza de sentimentos” os enfermeiros sem formação em IE situam-se nos postos superiores face aos enfermeiros que possuem formação em IE, tal diferença não é também estatisticamente significativa.

No que respeita à relação entre a formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida com a inteligência emocional percebida do enfermeiro, verifica-se que os enfermeiros com formação se situam nos postos médios superiores no fator “Atenção às emoções”, tal diferença não é estatisticamente significativa. No que respeita aos fatores “Clareza de sentimentos” e “Reparação do estado emocional” apura-se que os enfermeiros que não têm formação em CPFV atingem postos médios superiores, diferença esta não estatisticamente significativa ($p > 0.05$).

Tabela 14 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a formação em IE e em CPFV e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Formação em IE	N	Posto Médio	z	p
Atenção às emoções	Sim	7	83,79	-1,036	,300
	Não	135	70,86		
Clareza de sentimentos	Sim	7	70,21	-,101	,920
	Não	135	71,57		
Reparação do estado emocional	Sim	7	76,14	-,385	,700
	Não	135	71,26		
Formação em CPFV					
Atenção às emoções	Sim	17	75,21	-,506	,613
	Não	125	71,00		
Clareza de sentimentos	Sim	17	69,26	-,283	,777
	Não	125	71,80		
Reparação do estado emocional	Sim	17	69,32	-,292	,770
	Não	125	71,80		

Assim, pode-se apurar que a formação no campo da inteligência emocional e dos cuidados à pessoa em fim de vida não influenciam a inteligência emocional percebida do enfermeiro.

Relação entre a percepção de necessidade de formação em IE e CPFV e a IEP do enfermeiro

Para conhecer a influência da percepção da necessidade de formação na área da IE e dos CPFV na inteligência emocional percebida do enfermeiro utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (tabela 15).

Pode-se apurar, através da análise da tabela 15 que os enfermeiros percebem a necessidade de formação no campo da IE possuem postos superiores em todos os fatores de IEP, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) nos fatores “Clareza de sentimentos” e “Reparação do estado emocional”.

No que respeita há relação entre a percepção da necessidade de formação na área dos CPFV e a IEP, verifica-se que os enfermeiros que percebem necessidade de formação em CPFV apresentam postos médios superiores em todos os fatores da escala de IE, tais diferenças não são, porém, estatisticamente significativas.

Tabela 15 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a percepção de necessidade de formação na área da IE e dos CPFV e a IEP do enfermeiro

Fatores IEP	Percepção de necessidade de formação em IE	N	Posto Médio	z	p
Atenção às emoções	Sim	96	73,41	-1,019	,308
	Não	46	67,52		
Clareza de sentimentos	Sim	96	75,79	-2,130	,033
	Não	46	62,54		
Reparação do estado emocional	Sim	96	75,85	-2,291	,022
	Não	46	62,41		
Percepção de necessidade de formação em CPFV					
Atenção às emoções	Sim	110	72,58	-,742	,458
	Não	32	67,78		
Clareza de sentimentos	Sim	110	73,15	-1,054	,292
	Não	32	65,81		
Reparação do estado emocional	Sim	110	73,80	-1,553	,120
	Não	32	63,59		

Assim, pode-se apurar que a percepção de necessidade de formação em IE é influenciada pela compreensão dos estados emocionais e pela capacidade de regular os estados emocionais de forma adequada.

A Hipótese 1 - O nível de inteligência emocional percebida (IEP) do enfermeiro é diferente consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional – apenas é aceite para as variáveis sexo e percepção de necessidade de formação em IE, prevalecendo a hipótese estatística (H0) para as variáveis idade, estado civil, tempo de

exercício profissional, tempo de exercício profissional em serviço de urgência e formação na área de IE.

Em suma, pode-se concluir que o nível de IEP do enfermeiro é superior nos enfermeiros do sexo feminino a nível da compreensão dos estados emocionais. Do mesmo modo, o nível de IEP dos enfermeiros que percebem a necessidade de formação na área da IE, é superior no que respeita à compreensão do estado emocional e à capacidade de regular os estados emocionais.

- **H₂ - As atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida são diferentes consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional**

Relação entre a idade e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para averiguar a existência de relação entre as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida e a idade, utilizou-se o teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 16, verifica-se uma associação linear muito baixa e negativa ($r < 0.2$) entre a variável idade e o “Perfil de atitudes”, a qual é estatisticamente significativa ao nível de 0.05 (bilateral). Assim, enfermeiros mais novos apresentam atitudes mais positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

No que respeita à relação entre a idade e as dimensões da escala PACDFV “atitudes de aproximação”, “atitudes de evicção”, “atitudes de desconforto/esmorecimento” e “atitudes assertivas” apuram-se associações muito baixas ($r < 0.2$) e negativas, que não são estatisticamente significativas.

Tabela 16 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a idade e as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida

Dimensões PACDFV	Idade	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Perfil de atitudes	-,165*	,050
Atitudes de aproximação	-,061	,472
Atitudes de evicção	-,152	,070
Atitudes de desconforto/esmorecimento	-,144	,087
Atitudes assertivas	-,070	,406

Assim, pode-se concluir que há relação inversa entre a idade dos enfermeiros e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Relação entre o sexo e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para conhecer a influência do sexo nas atitudes do enfermeiro face aos CPFV utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Pode-se verificar, através da análise da tabela 17, que os enfermeiros do sexo masculino apresentam postos médios superiores no que respeita ao “Perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida, em comparação com os enfermeiros do sexo feminino, tal diferença não é, no entanto, estatisticamente significativa.

No que respeita às dimensões da escala PACDFV constata-se que apenas na dimensão “atitudes de aproximação” que os enfermeiros do sexo feminino atingem postos médios superiores relativamente aos enfermeiros do sexo masculino.

Em todas as restantes dimensões (evicção, desconforto/esmorecimento e assertivas) os enfermeiros do sexo masculino atingem postos médios superiores, tais diferenças não são, no entanto estatisticamente significativas.

Tabela 17 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre o sexo e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV	Sexo	N	Posto Médio	z	p
Perfil de atitudes	H	44	72,91	-,274	,784
	M	98	70,87		
Atitudes de aproximação	H	44	65,02	-1,264	,206
	M	98	74,41		
Atitudes de evicção	H	44	80,01	-1,660	,097
	M	98	67,68		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	H	44	72,98	-,288	,774
	M	98	70,84		
Atitudes assertivas	H	44	80,15	-1,698	,089
	M	98	67,62		

Assim, pode-se concluir que o sexo do enfermeiro não influencia as atitudes face aos cuidados em fim de vida.

Relação entre o estado civil e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para conhecer-se a influência do estado civil nas atitudes do enfermeiro face aos CPFV recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Constata-se através da análise da tabela 18, que os enfermeiros em união facto/casados são os que apresentam média de postos superiores no “Perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Tal diferença não é estatisticamente significativa.

Nas dimensões de “atitudes de aproximação”, “atitudes de evicção” e “atitudes assertivas” apurou-se que são os enfermeiros em união de fato/casados que apresentam postos médios superiores.

Apenas na dimensão “atitudes de desconforto/esmorecimento” os enfermeiros solteiros atingem postos médios superiores. Tais diferenças não são, porém estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 18 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre o estado civil e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV	Estado civil	N	Posto Médio	χ^2	p
Perfil de atitudes	Solteiro	39	69,95	,573	,751
	União de facto/ Casado	95	72,92		
	Divorciado/ Viúvo	8	62,25		
Atitudes de aproximação	Solteiro	39	68,46	1,864	,394
	União de facto/ Casado	95	74,12		
	Divorciado/ Viúvo	8	55,25		
Atitudes de evicção	Solteiro	39	70,58	,890	,641
	União de facto/ Casado	95	72,94		
	Divorciado/ Viúvo	8	58,94		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	Solteiro	39	73,72	,226	,893
	União de facto/ Casado	95	70,97		
	Divorciado/ Viúvo	8	67,00		
Atitudes assertivas	Solteiro	39	68,53	,485	,785
	União de facto/ Casado	95	73,14		
	Divorciado/ Viúvo	8	66,50		

Assim, pode-se concluir que não há relação entre o estado civil e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV.

Relação entre as habilitações académicas e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para saber qual a influência das habilitações académicas nas atitudes do enfermeiro face aos CPFV recorreu-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Pela análise, da tabela 19, percebe-se que os enfermeiros com curso de Mestrado possuem postos médios superiores, aos restantes enfermeiros, quer no “Perfil de atitudes”, quer nas restantes dimensões de atitudes.

Dado se verificar $p > 0.05$ em todas as dimensões estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Deste modo, pode-se concluir que não há relação entre as habilitações académicas e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV.

Tabela 19 - Resultados do Teste de Kruskal-Wallis entre as habilitações académicas e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV	Habilitações académicas	N	Posto Médio	χ^2	p
Perfil de atitudes	Licenciatura em Enfermagem	96	68,10	5,105	,164
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	67,69		
	Mestrado	11	93,36		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	83,32		
Atitudes de aproximação	Licenciatura em Enfermagem	96	68,15	4,363	,225
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	74,19		
	Mestrado	11	95,00		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	71,96		
Atitudes de evicção	Licenciatura em Enfermagem	96	67,76	4,520	,211
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	71,05		
	Mestrado	11	92,55		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	81,32		
Atitudes de desconforto/ esmorecimento	Licenciatura em Enfermagem	96	70,12	3,741	,291
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	62,21		
	Mestrado	11	85,27		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	84,07		
Atitudes assertivas	Licenciatura em Enfermagem	96	67,88	3,586	,310
	Pós-licenciatura em Enfermagem	21	72,60		
	Mestrado	11	89,18		
	Pós-licenciatura em Enfermagem e Mestrado	14	80,79		

Relação entre o tempo exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para averiguar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV, utilizou-se o teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 20, verifica-se em todas as dimensões das atitudes do enfermeiro face aos CPFV associações muito baixas ($r < 0.2$) e negativas com o tempo de exercício profissional. Estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabela 20 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV	<i>Tempo exercício profissional</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Perfil de atitudes	-,132	,117
Atitudes de aproximação	-,019	,822
Atitudes de evicção	-,110	,194
Atitudes de desconforto/esmorecimento	-,145	,086
Atitudes assertivas	-,042	,616

Assim, pode-se concluir que não há relação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV.

Relação entre o tempo de exercício profissional no SU e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para averiguar a existência de relação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV, recorreu-se ao teste de correlação de Ró de Spearman.

Pela análise da tabela 21 apurou-se a existência de uma associação muito baixa ($r < 0.2$) e negativa entre o tempo de exercício profissional no SU e o “Perfil de atitudes” do enfermeiro face aos CPFV, a qual é estatisticamente significativa no nível 0,05 (bilateral).

No que respeita à dimensão “atitudes de aproximação” constatou-se uma associação muito baixa ($r < 0.2$) e negativa com o tempo de exercício profissional no SU, a qual não é estatisticamente significativa.

As dimensões “atitudes de evicção” e de “desconforto/esmorecimento” possuem uma associação muito baixa ($r < 0.2$) e negativa com o tempo de exercício profissional no serviço de urgência. Estas associações são estatisticamente significativas ao nível 0.05 (bilateral).

Por último, a dimensão “atitudes assertivas” apresenta uma associação muito baixa e negativa com o tempo de exercício profissional no SU, a qual não é porém, estatisticamente significativa.

Tabela 21 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre o tempo de exercício profissional no serviço de urgência e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV	Tempo de exercício profissional no serviço de urgência	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Perfil de atitudes	-,187*	,026
Atitudes de aproximação	-,034	,688
Atitudes de evicção	-,184*	,028
Atitudes de desconforto/esmorecimento	-,200*	,017
Atitudes assertivas	-,056	,505

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

Assim, pode-se concluir que há relação negativa entre o “Perfil de atitudes” do enfermeiro face aos CPFV e o tempo de exercício profissional no serviço de urgência. Isto é, o tempo de exercício profissional no SU influencia de forma negativa as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, sendo estas mais positivas quanto menor for o tempo de exercício profissional no SU.

O score das “atitudes de evicção” e de “atitudes de desconforto/esmorecimento” diminui com incremento do tempo de exercício profissional em serviço de urgência. Isto é, dado que quanto maior a pontuação mais atitudes positivas, entende-se que as “atitudes de evicção” e de “atitudes de desconforto/esmorecimento” aumentam com o incremento do tempo de exercício profissional no SU.

Relação entre a formação na área da IE e CPFV e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Para conhecer a influência da formação na área da IE e dos CPFV nas atitudes do enfermeiro face aos CPFV recorreu-se ao Teste U de Mann-Whitney (tabela 22).

Pode-se verificar, pela análise da tabela 22, que os enfermeiros com formação em IE apresentam postos médios superiores em todas as dimensões da escala PACDFV. No entanto, tais diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0.05$). No que respeita à influência entre a formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida nas atitudes do enfermeiro face aos CPFV, averigua-se que os enfermeiros com este tipo de formação apresentam postos médios superiores. No entanto, estas diferenças apenas são estatisticamente significativas nas “atitudes de desconforto/esmorecimento”.

Tabela 22 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre as atitudes do enfermeiro face aos CPFV e a formação em IE e CPFV

Dimensões PACDFV	Formação em IE	N	Posto Médio	z	p
Perfil de atitudes	Sim	7	91,57	-1,325	,185
	Não	135	70,46		
Atitudes de aproximação	Sim	7	71,71	-,014	,989
	Não	135	71,49		
Atitudes de evicção	Sim	7	91,43	-1,321	,186
	Não	135	70,47		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	Sim	7	100,43	-1,914	,056
	Não	135	70,00		
Atitudes assertivas	Sim	7	75,57	-,272	,786
	Não	135	71,29		
Formação em CPFV					
Perfil de atitudes	Sim	17	89,50	-1,924	,054
	Não	125	69,05		
Atitudes de aproximação	Sim	17	75,88	-,471	,638
	Não	125	70,90		
Atitudes de evicção	Sim	17	85,21	-1,471	,141
	Não	125	69,64		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	Sim	17	93,82	-2,392	,017
	Não	125	68,46		
Atitudes assertivas	Sim	17	81,24	-1,052	,293
	Não	125	70,18		

Assim, constatou-se que a formação em inteligência emocional não influencia as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida. E, a formação em cuidados à pessoa em fim de vida influencia as atitudes de desconforto/esmorecimento, sendo estas inferiores nos enfermeiros com formação (entenda-se que quanto maior pontuação, mais “atitudes positivas”, logo menos atitudes de desconforto/esmorecimento).

Relação entre a percepção da necessidade de formação em IE e CPFV e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida

Para conhecer a influência da percepção da necessidade de formação na área da IE e dos CPFV nas atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney (tabela 23).

Pela análise, da tabela 23, apura-se que os enfermeiros que percecionam a necessidade de formação em IE possuem postos superiores no “Perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Tal diferença não é, porém, estatisticamente significativa.

No que respeita à dimensão “atitudes de aproximação” verifica-se que os enfermeiros que possuem formação em IE apresentam postos médios superiores em comparação com os que não possuem este tipo de formação. Tal diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$).

No que concerne à relação entre a percepção de necessidade de formação na área da IE nas atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida, constata-se que os enfermeiros que percecionam este tipo de formação apresentam postos médios superiores nas dimensões “atitudes de desconforto/esmorecimento” e “atitudes assertivas”. Verificando-se o inverso na dimensão “atitudes de evicção”. Tais diferenças não são, no entanto estatisticamente significativas.

No que toca à relação entre percepção de necessidade de formação em CPFV nas atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, atesta-se que os enfermeiros que percecionam a necessidade de formação em CPFV possuem postos superiores na dimensão “Perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Tal diferença não é estatisticamente significativa.

Na dimensão de “atitudes de aproximação” apura-se que os enfermeiros que percecionam necessidade de formação em CPFV atingem postos médios superiores.

Tal diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Nas dimensões “atitudes de evicção” e “atitudes assertivas” verifica-se que os enfermeiros que não percecionam necessidade de formação em CPFV atingem postos médios superiores, tais diferenças não são também, estatisticamente significativas.

Por último, os enfermeiros que percecionam necessidade de formação em CPFV possuem postos médios superiores na dimensão “atitudes de desconforto/esmorecimento”, no entanto tal diferença também não é estatisticamente significativa.

Tabela 23 - Resultados do Teste U de Mann-Whitney entre a percepção de necessidade de formação na área da IE e dos CPFV e as atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida

Dimensões PACDFV	Percepção da necessidade de formação em IE	N	Posto Médio	z	p
Perfil de atitudes	Sim	96	73,43	-,807	,420
	Não	46	67,48		
Atitudes de aproximação	Sim	96	78,58	-2,980	,003
	Não	46	56,72		
Atitudes de evicção	Sim	96	69,16	-,986	,324
	Não	46	76,39		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	Sim	96	72,18	-,286	,775
	Não	46	70,08		
Atitudes assertivas	Sim	96	71,17	-,141	,888
	Não	46	72,20		
Percepção de necessidade de formação em CPFV					
Perfil de atitudes	Sim	110	73,86	-1,268	,205
	Não	32	63,39		
Atitudes de aproximação	Sim	110	77,29	-3,126	,002
	Não	32	51,59		
Atitudes de evicção	Sim	110	71,17	-,179	,858
	Não	32	72,64		
Atitudes de desconforto/esmorecimento	Sim	110	72,46	-,517	,605
	Não	32	68,20		
Atitudes assertivas	Sim	110	69,45	-1,114	,265
	Não	32	78,55		

Assim, pode-se afirmar que os enfermeiros que percebem necessidade de formação em CPFV e IE apresentam atitudes de maior aproximação com os cuidados à pessoa em fim de vida.

A Hipótese 2 - *As atitudes do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim-de-vida são diferentes consoante as variáveis de domínio sociodemográfico/profissional* – apenas é aceite para as variáveis idade, tempo de exercício profissional no serviço de urgência, formação em CPFV e a percepção de necessidade de formação em CPFV e IE, prevalecendo a hipótese estatística (H0) para as variáveis sexo, estado civil, tempo de exercício profissional, e formação na área da Inteligência Emocional.

Em suma, pode-se concluir que, os enfermeiros mais novos possuem um perfil de atitudes mais positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. O perfil de atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida é mais positivo quanto menor for o tempo de exercício profissional no serviço de urgência. Os enfermeiros com formação em cuidados à pessoa em fim de vida, possuem atitudes de desconforto/esmorecimento mais positivas. Por último, os enfermeiros que percebem a necessidade de formação em cuidados à pessoa em fim de vida e em inteligência emocional, apresentam atitudes de maior aproximação aos cuidados à pessoa em fim de vida.

- **H₃ – O nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro influencia as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.**

Para averiguar a existência de relação entre a IEP do enfermeiro com as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, utilizou-se o teste de correlação de Ró de Spearman. Este coeficiente permite medir a intensidade da relação entre variáveis ordinais ou de nível superior, tal como verificado anteriormente.

Pela análise da tabela 24, apuram-se associações entre a IEP do enfermeiro e as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida, sendo muito baixa ($r < 0.2$) e positiva entre todos os fatores de IEP e o “Perfil de atitudes”. Todas estas associações não são estatisticamente significativas.

No que respeita à relação entre a IEP com as “atitudes de aproximação” face aos cuidados à pessoa em fim de vida, constata-se associações positivas e muito baixas ($r < 0.2$) em todos os fatores da IEP, as quais não são estatisticamente significativas.

No que concerne à relação entre a IEP e as “atitudes de evicção” face aos cuidados à pessoa em fim de vida, verifica-se associações positivas e também muito baixas ($r < 0.2$) entre o fator “Atenção às emoções” e “Reparação do estado emocional”, as quais não são estatisticamente significativas. Com o fator “Clareza de sentimentos” e as “atitudes de evicção” existe uma associação negativa e também muito baixa, porém não é estatisticamente significativa.

A relação entre a IEP com as “atitudes de desconforto/esmorecimento” consiste em associações negativas e muito baixas ($r < 0.2$) em todos os fatores de IEP, que não são, no entanto, estatisticamente significativas.

Por último, verifica-se entre a IEP e as “atitudes assertivas” associações positivas e baixas, em todos os fatores de IEP, ($0.2 \leq r \leq 0.39$), as quais são estatisticamente significativas ao nível da clareza de sentimentos ($p < 0.05$) e bastante significativas ao nível da atenção às emoções e reparação do estado emocional ($p < 0.01$).

Tabela 24 - Resultados da Correlação de Ró Spearman entre a IEP e as atitudes do enfermeiro face aos CPFV

Dimensões PACDFV		Atenção às emoções	Clareza de sentimentos	Reparação do estado emocional
Perfil de atitudes	<i>r</i>	,075	,054	,101
	<i>p</i>	,376	,526	,230
Atitudes de aproximação	<i>r</i>	,138	,154	,156
	<i>p</i>	,102	,068	,063
Atitudes de evicção	<i>r</i>	,071	-,008	,071
	<i>p</i>	,402	,929	,399
Atitudes de desconforto/esmorecimento	<i>r</i>	-,060	-,079	-,024
	<i>p</i>	,479	,347	,775
Atitudes assertivas	<i>r</i>	,216**	,201*	,215**
	<i>p</i>	,010	,016	,010

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

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

Assim, pode-se concluir que a IEP do enfermeiro possui uma relação com as atitudes assertivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Em suma, a **Hipótese 3** – *O nível de inteligência emocional percebida do enfermeiro influencia as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.* – apenas é aceite no que respeita às atitudes assertivas, prevalecendo a hipótese estatística (**H₀**) para as restantes atitudes (perfil de atitudes, atitudes de aproximação, atitudes de evicção e atitudes de desconforto/esmorecimento).

3. DISCUSSÃO

Alcançada a fase de discussão dos resultados, salienta-se os resultados empíricos obtidos, que assumem maior relevância na consecução dos objetivos de investigação traçados inicialmente, não descurando a clarificação das limitações identificadas no decurso da realização do presente estudo.

Esta fase é de crucial importância no estudo científico, dado que é através desta que se efetua uma apreciação crítica dos dados, tendo em conta o quadro teórico de referência, ou seja, confrontando os principais resultados obtidos com os dados de outros estudos de investigação. De igual modo, a discussão proporciona uma melhor compreensão do significado dos resultados pelo enquadramento dos mesmos na problemática, questões e objetivos de investigação delineados.

Num olhar retrospectivo considera-se importante refletir sobre algumas das limitações metodológicas identificadas no decurso do estudo, antes de avançar para a discussão dos resultados.

Como primeiro ponto, assinala-se o número de elementos da amostra que, por ser reduzido, acarreta alguns constrangimentos, nomeadamente nas questões da validade e fiabilidade do estudo. O tamanho da amostra pode ter contribuído para os resultados obtidos, principalmente em termos da ocorrência de erros aleatórios (tipo I).

A amostra em estudo apresentava características que poderão contribuir para este tipo de erros: é maioritariamente constituída por enfermeiros do sexo feminino, jovens, com uma média a rondar os 14 anos de experiência profissional, e com o Curso de Licenciatura em Enfermagem como habilitações profissionais, sem formação na área da IE e dos CPFV (para além da lecionada na formação de base), como se irá descrever seguidamente. Contudo, procurou-se assegurar ao máximo a atenuação da ocorrência deste erro, testando a fidelidade do instrumento, ao aplicar o coeficiente alpha de Cronbach às diversas dimensões que constituem as escalas.

Para além deste aspeto, ainda quanto à constituição da amostra, a técnica de amostragem utilizada, amostragem acidental, constitui-se como uma outra limitação do estudo realizado. Apesar de ser de fácil realização e pouco dispendiosa, é um tipo de amostragem não probabilístico, podendo a amostra não ser representativa da

população. De acordo com Polit & Beck (2014) poderá ter sido provocado um enviesamento dos resultados, pois nada indica que as pessoas que responderam ao questionário sejam representativas da população-alvo. Para se poder obter resultados credíveis e efetuar inferências para toda a população, precisar-se-ia de ter usufruído de um maior período de tempo, que permitisse utilizar um tipo de amostragem probabilística.

O tamanho da amostra associado ao processo de amostragem acidental são dois fatores que impedem, deste modo uma generalização dos resultados à população de enfermeiros que exercem funções no serviço de urgência. Sendo necessária uma confirmação dos resultados obtidos com outros estudos no mesmo âmbito, que envolvam amostras probabilísticas de tamanho superior.

A amostra inquirida é constituída por 142 enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência, maioritariamente do sexo feminino (69%). Possuem idades compreendidas entre os 28 anos e os 60 anos, ao que corresponde uma média de idades de 37,52 anos, com um desvio padrão em torno da média de 7,43 anos, sendo que 50.70% da amostra apresenta idade inferior a 35 anos. No que respeita ao estado civil 66.90% dos enfermeiros vivia em união de facto/casado.

Estes dados são congruentes com os valores da população em estudo, uma vez que a profissão de enfermagem é predominantemente exercida por enfermeiros do sexo feminino. Consultando os dados estatísticos disponíveis na Ordem dos Enfermeiros relativos à classe, em dezembro de 2016, pode-se constatar que, 82.04% dos seus membros no ativo são do sexo feminino com idades inferiores a 35 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maioria (66,90%) dos enfermeiros inquiridos são casados ou vivem em união de facto, podendo estes resultados ser justificados pela faixa etária em que se enquadram. Analisando os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística relativos à população portuguesa (censos 2011) apura-se que, no geral, a maioria dos cidadãos nesta faixa etária são casados ou vivem em união de facto (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Dos enfermeiros inquiridos, 67,60% são licenciados, 14,80% estão habilitados com um curso de Pós-Licenciatura de Especialização, 9.90% com uma Pós-licenciatura de Especialização com Mestrado e apenas 7.70% possuem um curso Mestrado. Estes resultados vão ao encontro da caracterização dos enfermeiros portugueses, ao nível

das habilitações académicas, inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2016) e que se encontram no ativo, onde se pode verificar que 77.48% dos enfermeiros possuem apenas a Licenciatura e 22.52% são detentores de um curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem.

A nível profissional, os enfermeiros inquiridos são de acordo com as características descritas anteriormente, maioritariamente jovens, com um tempo médio de exercício profissional de 14,34 anos e no serviço de urgência de 10.10 anos, encontrando-se deste modo em início de carreira. Estes resultados estão em consonância com os dados da população portuguesa de enfermagem, divulgados pela Ordem dos Enfermeiros. Valores justificados, em parte, pelas alterações socioprofissionais registadas nos últimos 10 a 15 anos, nomeadamente o elevado número de aposentações na população em geral, e nos enfermeiros em particular.

A nível da formação em Inteligência Emocional apura-se que 97.90% dos enfermeiros não possui formação na área, porém 67.60% possuem a perceção da necessidade de formação na área da IE. Os enfermeiros que adquiriram formação nesta área frequentaram o curso de Inteligência Emocional com duração de 30 horas, ou o curso de Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental Psiquiátrica, ou o curso de Pós-Graduação em Gestão e Administração de Serviços e Saúde.

Como referido no capítulo da fundamentação teórica o campo da inteligência emocional é recente daí que a maioria dos currículos dos cursos de enfermagem não integram os conceitos de IE. Vários estudos recentes apontam para a necessidade de inverter esta situação, conferindo ao currículo de enfermagem o relevo que a IE tem de possuir. Este aspeto torna-se preocupante ao pensar na importância que IE tem no exercício da profissão, McQueen (2004) no estudo *“Emotional intelligence in nursing work”*, refere que a enfermagem atual exige que os profissionais possuam e desenvolvam habilidades em IE de modo a satisfazer as necessidades das pessoas, a negociarem e obterem cooperação dos restantes elementos da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados.

Numa revisão da literatura efetuada por Smith, Profetto-McGrath, & Cummings em 2009, é salientada a importância da IE em enfermagem, tendo concluído que esta pode afetar a qualidade da aprendizagem dos alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem, a tomada de decisão ética, o pensamento crítico, a evidência e a prática do conhecimento.

Referindo ainda que compreender e lidar com a emoção é uma habilidade enfermagem (Smith, Profetto-McGrath, & Cummings, 2009).

No que respeita à formação em cuidados à pessoa em fim de vida, para além dos conhecimentos adquiridos no curso de Licenciatura em Enfermagem, 93.00% dos enfermeiros não possui formação na área. Sendo que 77.50% tem a perceção da necessidade de formação nesta área. Os enfermeiros com formação de CPFV frequentaram cursos de Cuidados Integrados, Cuidados Paliativos, Pós-Graduação em Psico Gerontologia, Comunicação de Más Notícias, Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestrado em Cuidados Paliativos e Pós-Graduação em Cuidados Continuados.

A consciência e preocupação em investir na formação em cuidados paliativos é perceptível nestes enfermeiros (77.50%). Tal como se verificou no quadro teórico, este tipo de formação no Serviço de Urgência é imperioso para os profissionais de Enfermagem, face ao aumento da longevidade e das doenças de evolução prolongada, que conduzem à recorrência contínua da pessoa em fim de vida ao SU. Assim, as pessoas doentes e suas famílias precisam de respostas em cuidados de saúde adequadas e direcionadas para esta fase de vida, que se relacionam com o adequado controlo sintomático (sobretudo da dor), promoção de conforto, comunicação assertiva, ajustada aos dilemas e conflitos emocionais que se vão colocando com o avançar da doença.

Os fatores que integram a escala TMMS-24 são fulcrais para avaliar o bem-estar individual e profissional. A perceção sobre as habilidades emocionais percebidas pelos enfermeiros para interpretar e gerir emoções é fundamental na gestão da interação com a pessoa em fim de vida.

O fator I, “Atenção às emoções”, é uma dimensão cujo fim permite determinar o grau com que as pessoas acreditam prestar atenção aos seus sentimentos (López-Zafra & Landa, 2010). No presente estudo a média do fator I “Atenção às emoções” foi de 3.52 pontos que corresponde a uma pontuação média de 28.15 pontos.

Dado se ter obtido um nível adequado neste fator, pode-se afirmar que os enfermeiros prestam atenção aos seus sentimentos de forma adequada. A pessoa que geralmente presta atenção às suas emoções é caracterizada por monitorizar em todos os momentos, o progresso do seu estado de espírito. Esta efetua um esforço para analisar e entender cada situação, o que nem sempre é produtivo para si, especialmente quando

o seu alto nível de atenção não é acompanhado pela discriminação de causas, razões e consequências. Este processo pode conduzir a uma espiral emocional que leva a um processo ruminativo fora de controlo, em vez de aliviar o seu humor, e assim perpetuar um estado negativo de humor (López-Zafra & Landa, 2010). O que não é o caso na amostra em estudo, dado o seu nível de atenção às emoções ser adequado.

No que respeita ao fator II, “Clareza de sentimentos” a média obtida foi de 3.64 com pontuação média de 29.10 pontos. Alcançou-se também o nível adequado quer para o sexo masculino quer para o sexo feminino, neste fator de IEP.

De acordo com López-Zafra & Landa (2010) a pessoa que facilmente identifica as suas emoções durante situações stressantes, passa menos tempo a lidar com as suas reações emocionais. Para além de investir menos recursos cognitivos, permitindo-lhe avaliar alternativas de ação e manter os seus pensamentos sobre outras tarefas ou realizar estratégias mais adaptativas.

Finalmente, tal como nos fatores anteriormente descritos, o fator III, “Reparação do estado emocional” obteve a média de 4.10 pontos, com pontuação média de 32.84 pontos. Deste modo, os enfermeiros acreditam possuir um nível adequado no que respeita à reparação do estado emocional, sendo deste modo capazes de regular os seus estados emocionais, interromper estados emocionais negativos e prolongar positivos.

Segundo referem López-Zafra & Landa (2010) este fator é o principal preditor de saúde em profissionais de enfermagem, de modo que neste nível adequado a pessoa demonstra níveis mais elevados de saúde.

Face ao descrito anteriormente, pode-se afirmar que os enfermeiros participantes se percecionam como emocionalmente inteligentes, revelando níveis adequados de atenção emocional, competência para compreender com clareza as suas emoções e especial capacidade de reparação face aos seus humores negativos.

No estudo realizado em 2012 por Sousa com a aplicação da escala TMMS-24 em enfermeiros de todo o país, prestadores de cuidados e enfermeiros gestores de diferentes instituições de saúde, com uma amostra de 171 enfermeiros, apurou pontuações correspondentes ao nível adequado. Relativamente à IEP pelos Enfermeiros Gestores os valores médios obtidos no fator “Atenção às emoções” foi de 3,67 pontos, no fator “Clareza de sentimentos” de 3,97 pontos e no fator “Reparação do

estado emocional” de 4,22 pontos (os valores da escala encontram-se numa amplitude de 1,00 e 5,00 pontos) (Sousa, 2015).

Em Espanha, realizou-se um estudo por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gomez-Benito em 2013, onde um dos objetivos consistiu em analisar as propriedades psicométricas da TMSS no contexto de enfermagem, em dois grupos distintos, os estudantes de enfermagem e os enfermeiros que exerciam funções num hospital, obtiveram a média no fator “Atenção às emoções” de 29.68 pontos nos estudantes de enfermagem e de 27.82 pontos nos enfermeiros, no fator “Clareza de sentimentos” de 28.28 pontos nos alunos de enfermagem e 30.34 pontos nos enfermeiros e por fim, no fator “Reparação do estado emocional” 28.13 pontos nos estudantes de enfermagem e 30.58 pontos nos enfermeiros. Valores estes enquadrados na IEP adequada (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gomez-Benito, 2013).

Comparando os resultados da IEP obtidos por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gomez-Benito (2013), Sousa (2015) e os do presente estudo, verifica-se que estes últimos são inferiores em todos os fatores exceto, no primeiro estudo, no fator III “Reparação do estado emocional”, onde o presente estudo obteve pontuação superior. No entanto, nos três estudos os valores obtidos nos fatores da IEP, enquadram-se no nível adequado, isto é, os enfermeiros que compõem as amostras são capazes de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada, compreendem bem os seus estados emocionais e são capazes de regular os seus estados emocionais corretamente.

A inteligência emocional é assimilada e continua a desenvolver-se ao longo da vida, ao contrario do QI (Goleman D., 2000, 2014). No estudo de Queirós, Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós (2005) os autores verificaram relações estatisticamente significativas entre um grupo de estudantes universitários e um grupo de idosos na subescala de “Clareza de sentimentos”, sendo que o grupo de universitários obteve níveis mais baixos do que os sujeitos com mais de 65 anos.

Indo de encontro a este resultado, no estudo de Alves, Ribeiro, & Campos de 2012 intitulado de “A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares” verificou-se que a idade dos enfermeiros se correlaciona de forma positiva com a IE, ou seja, consoante aumenta a idade dos enfermeiros estes tendem a evidenciar uma maior capacidade de inteligência emocional, sendo essa relação muito significativa. No entanto, no presente estudo, tal diferença, não se constatou possivelmente dado o número reduzido de enfermeiros participantes.

Averigua-se com esta investigação que, o sexo do enfermeiro influencia a clareza de sentimentos, dado que os enfermeiros do sexo feminino apresentam postos médios superiores, pelo que se pode apurar que os enfermeiros do sexo feminino conseguem compreender melhor, de forma adequada, os seus estados emocionais. Estes dados corroboram com os obtidos por Alves, Ribeiro, & Campos (2012) onde verificaram que os homens obtiveram valores médios mais baixos para a inteligência emocional no percebida.

A reforçar estes resultados tem-se também o estudo executado por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gomez-Benito (2013) onde as mulheres obtiveram pontuação significativamente maior que os homens no fator “Atenção às emoções”. Referindo no seu estudo, que este resultado poderá dever-se ao facto de ser comum predominarem as mulheres em amostras de estudo extraídas do contexto de enfermagem, tal como aconteceu neste estudo. Em contrapartida no estudo “Inteligência emocional em gestores de Enfermagem” realizado por Sousa (2015) apurou-se que os homens apresentam uma média de IEP superior à das mulheres.

No que respeita, à variável estado civil dos enfermeiros do SU não se apurou relação estatisticamente significativa com a sua inteligência emocional percebida. Resultado este, também obtido no estudo de Adem (2013) intitulado de “Inteligência Emocional nos Enfermeiros”.

As habilitações académicas da amostra em estudo não influenciaram a sua IEP, tal como apurado no estudo de Adem (2013). Contrariamente, no estudo realizado por Gregório (2008) os enfermeiros que possuíam habilitação académica mais elevada (Mestrado) foram os que atingiram valores mais elevados na capacidade “Gestão das emoções em grupos”, seguidos por aqueles que detinham uma licenciatura e por último os que estavam habilitados apenas com um bacharelato (Gregório, 2008).

O enfermeiro desenvolve modos de lidar com a experiência emocional no decurso da sua experiência profissional. A própria maturidade constrói-se com a formação específica, experiência e com as vivências que vão servindo de referência a situações posteriores (Diogo, 2006). A pertinência do construto de IE no contexto organizacional tem sido amplamente discutida na atualidade.

Ao contrário do que seria de esperar nesta amostra, não se verificou relações estatisticamente significativas entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e o tempo de exercício profissional global e no serviço de urgência. Facto este também verificado no estudo de Gregório (2008).

No entanto, Adem (2013) conseguiu provar que o tempo de exercício profissional exerce influência significativa na inteligência emocional do enfermeiro. Também Sousa (2015) apurou nos três fatores da IEP que os Enfermeiros Gestores com “≥10 anos na função” apresentam médias mais elevadas. Este resultado é evidenciado na literatura, o desenvolvimento da IE é um processo dinâmico, através de trocas permanentes com modelos positivos e competentes emocionalmente, que promovem a autorreflexão sobre as práticas diárias (Goleman D., 2014).

Segundo Costa & Faria (2009) a razão pela qual não verificaram no seu estudo diferenças em duas dimensões do Quociente Competência Emocional em função da experiência profissional, avaliada através dos anos de serviço, bem como na experiência proporcionada por diversas instituições, pode dever-se ao facto das organizações em que os enfermeiros trabalham se centrarem, por norma, em aspetos técnico-práticos dos seus profissionais, desvalorizando as vantagens da integração e estimulação de competências interpessoais e sociais nestes contextos (Costa & Faria, 2009). A justificação dada por estes autores parece ser uma explanação plausível para explicar os resultados encontrados neste estudo.

No que respeita à formação na área de inteligência emocional e dos cuidados à pessoa em fim de vida também, apurou-se não haver relações estatisticamente significativas com a IEP do enfermeiro. Tal poderá dever-se ao facto de, na amostra em estudo, apenas 7 enfermeiros estarem dotados com formação em IE e de apenas 17 enfermeiros possuírem formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida (para além da lecionada no curso base).

Verificou-se, no entanto, que o enfermeiro que percebe necessidade de formação em IE apresenta um nível de inteligência emocional percebida superior. Esta relação corrobora os resultados encontrados por Adem (2013), onde apurou que o desenvolvimento da IE permite aos enfermeiros uma melhor adaptação às mudanças e particularidades e, de igual modo, a adequação de respostas face aos fenómenos emocionais. Os aspetos pessoais e profissionais influenciam a capacidade de lidar com os próprios sentimentos, de os controlar e de compreender as emoções do outro (Adem, 2013).

Os enfermeiros emocionalmente competentes são capazes de perceber e identificar as suas próprias emoções e as do outro, são compreensivos e empáticos nos seus relacionamentos, gerem os seus estados emocionais de forma efetiva, mostram níveis adequados de autocontrole, têm influência sobre os outros, expõem uma alta

capacidade de liderança, são motivadores e responsáveis, e são capazes de encorajar pensamentos e comportamento positivos tanto em si mesmos como nos outros. Dando consistência a esta opinião Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013) concluíram que os enfermeiros com nível elevado de inteligência emocional, são pessoas qualificadas para fornecer altos níveis de cuidados de enfermagem e para trabalhar numa equipa e liderar a saúde.

A ligação entre a inteligência emocional e o desempenho profissional do Enfermeiro torna-se uma área de investigação interessante, onde os potenciais benefícios serão sempre a pessoa doente e o enfermeiro. Apesar de só recentemente o conceito de IE ter aparecido na literatura em enfermagem, o seu valor começa agora a ser reconhecido nos cuidados de saúde, sugerindo-se as vantagens em associar a IE aos cuidados de saúde, o qual exige uma componente emocional nos profissionais, principalmente quando o enfermeiro desenvolve o seu trabalho diário com a pessoa em fim de vida em contexto de urgência.

Como forma de conhecer as atitudes do enfermeiro, do SU de adulto, face aos cuidados à pessoa em fim de vida aplicou-se a escala PACDFV. Os valores médios obtidos no “Perfil de atitudes” e nas quatro dimensões de atitudes demonstraram resultados muito positivos. O score médio da escala foi de 112,08 pontos, este score varia entre 29 e 145 pontos, sendo que scores mais elevados correspondem a atitudes mais positivas. O score médio das “atitudes positivas” foi de 57.39 pontos e das “atitudes negativas” de 54.68 pontos.

Pode-se afirmar com estes resultados que a amostra em estudo tende a apresentar “atitudes positivas”, face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, evidenciando-se scores mais elevados nas “atitudes de aproximação” face às “atitudes de desconforto/esmorecimento”. Não se verificaram scores baixos nas “atitudes de evicção” e obteve-se também scores elevados nas “atitudes assertivas” relativamente aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência.

Estes resultados vão ao encontro dos obtidos no estudo de Serra (2012), intitulado de “Morrer na presença de quem cuida: atitudes do Enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim-de-vida” onde foi obtido um score médio total da escala de 114.99 pontos, podendo o score variar entre 30 e 150 pontos, dado ter considerado o item 4, que foi eliminado no atual estudo, ao seguir as orientações dadas pela autora que validou a escala para a população de enfermeiros portugueses.

O score médio das atitudes positivas foi de 61.85 pontos e das atitudes negativas foi de 53.14 pontos (Serra, 2012).

A corroborar estes resultados, tem-se o estudo realizado em 2011 por Tojal, intitulado de “Atitude do enfermeiro perante a morte” onde concluiu que 51,30% dos enfermeiros inquiridos apresentam atitudes muito favoráveis ou positivas perante a pessoa em fase terminal no SU.

No serviço de urgência os enfermeiros encontram-se sensibilizados para a fase final de vida, preocupando-se e enfatizando as suas intervenções, essencialmente na dimensão relacional e na diminuição da dor (Veiga, Barros, Couto, & Vieira, 2009). Em 2012, Fria realizou um estudo intitulado de “O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora”, onde apurou que o enfermeiro ao ver a pessoa em fim de vida como alguém que não se pode auto cuidar e que não consegue expressar as suas necessidades e desejos, considera-a totalmente dependente de si. E, ao cuidar dela, quer se encontre consciente ou inconsciente, dependente ou independente, o principal objetivo é proporcionar-lhe conforto (Frias, 2012).

A comunicação, seja verbal ou não-verbal, constitui-se um instrumento para a promoção de um cuidado humanizado. No estudo de Brito et al (2014) “Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem” a comunicação verbal constituiu-se como um fio condutor para proporcionar apoio, segurança, confiança, transmitir força e esperança, o que é primordial no contexto de fim de vida. Quanto à comunicação não-verbal, esta foi reconhecida pelos profissionais através do toque afetivo, no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das referidas pessoas doentes (Brito et al., 2014).

No presente estudo averiguou-se que uma percentagem elevada de enfermeiros considera que devem ser eles, a falar sobre a morte com a pessoa em fim de vida. Esta constatação deve-se ao facto de se ter obtido um score médio de 3.94 pontos (amplitude de 1-5) na questão “Não deveria ser o enfermeiro/a falar da morte com o doente em fim de vida”. No entanto, apurou-se que apesar de considerarem que devem ser os enfermeiros a falarem da morte com a pessoa em fim de vida, sentem-se desconfortáveis neste momento de comunicação. A questão “Sentir-me-ia desconfortável a falar com o doente em fim de vida acerca da morte iminente”, com pontuação média de 2,89 pontos, que corresponde a uma atitude negativa, ou seja os enfermeiros assinalaram como resposta não concordo nem discordo, ou concordo.

A corroborar com estes resultados, tem-se o estudo de Tojal (2011) onde se verificou que os enfermeiros possuem dificuldade em falar da morte com a pessoa, em responder às questões colocadas por esta sobre a sua doença terminal, e sobre a morte que se aproxima. Também no estudo de Serra (2012), constatou-se que os enfermeiros apresentam dificuldades em falar sobre a temática da morte, enfrentar as emoções da pessoa em fim de vida e a envolver a família nos cuidados.

Face aos resultados anteriormente descritos considera-se pertinente efetuar formações periódicas a nível institucional na área dos cuidados à pessoa em fim de vida, a fim dos enfermeiros poderem se capacitar e assim estabelecer relações de qualidade com este tipo de pessoas e famílias, sendo deste modo a interação benéfica para os dois intervenientes.

Neste estudo procurou-se identificar os fatores que influenciam a atitude dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Relativamente às características dos enfermeiros relativas ao domínio sociodemográfico estudadas (sexo, estado civil e habilitações académicas), verificou-se através dos testes de hipóteses, que não existe relação estatisticamente significativa com a atitude do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU.

Apurou-se uma relação inversa e muito baixa entre a idade dos enfermeiros e a dimensão “Perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida, não se confirmando associações nas distintas dimensões da escala PACDFV. Deste modo, os enfermeiros mais velhos tendem a apresentar atitudes mais negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Facto este poder-se-á dever-se aos enfermeiros no SU serem instruídos para atuar em situações de urgência/emergência.

Também, no estudo efetuado por Tojal (2011) intitulado de “Atitude do Enfermeiro perante a Morte” verificou-se que a idade do enfermeiro influencia a sua atitude perante a pessoa em fase terminal, ou seja, com o aumento da idade, aumenta o score da escala nas suas dimensões e no “Global de atitudes” e, conseqüentemente, pioram as suas atitudes.

Em relação às características profissionais (habilitações académicas, tempo de exercício profissional global e no serviço de urgência, formação na área de inteligência emocional e nos cuidados à pessoa em fim de vida e percepção da necessidade de formação nas áreas referidas anteriormente) apurou-se que apenas existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis tempo de exercício profissional no serviço de urgência, formação em cuidados à pessoa em fim de vida e percepção da

necessidade de formação em CPFV e IE com a atitude do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU.

Os resultados evidenciam uma associação muito baixa e negativa entre o tempo de exercício profissional no SU com o “perfil de atitudes”, as “atitudes de evicção” e as “atitudes de desconforto/esmorecimento” face aos cuidados à pessoa em fim de vida com.

Deste modo, tal com se apurou com a idade do enfermeiro, constata-se que quanto menor for o tempo de exercício profissional no SU mais positivas são as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Estes resultados contrapõem os obtidos por Tojal (2011), onde verificou que os enfermeiros, que possuem mais de 25 anos de exercício profissional, são os que apresentam atitudes mais favoráveis perante a morte. Considera-se que o resultado obtido no presente estudo poderá dever-se ao facto desta amostra ser extraída de um SU de nível III, local onde os enfermeiros são instruídos para atuar em situações de urgência/emergência.

A formação em cuidados à pessoa em fim de vida influencia as atitudes de desconforto/esmorecimento, sendo estas inferiores nos enfermeiros com este tipo de formação. Atestando este resultado tem-se o estudo de Serra (2012), onde se evidenciou que os enfermeiros com formação em fim de vida e luto apresentaram scores mais elevados nas atitudes negativas da FATCOD. Entenda-se que quanto maior pontuação da escala PACDFV, mais “atitudes positivas”, logo menos “atitudes de desconforto/esmorecimento”.

Na amostra em estudo constata-se que os enfermeiros que percecionam necessidade de formação em CPFV e IE apresentam atitudes de maior aproximação com os cuidados à pessoa em fim de vida. Cuidar de pessoas a morrer é, indubitavelmente, um processo complexo e por vezes angustiante, que requer uma série de aptidões, tanto técnicas como humanas. Apesar de se verificar que estes enfermeiros têm atitudes positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, apura-se a consciência da necessidade de se capacitarem nesta prestação de cuidados e a nível de IE.

Em suma, pode-se concluir que, os enfermeiros mais novos possuem um perfil de atitudes mais positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. O perfil de atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida é mais positivo quanto menor for o tempo de exercício profissional no serviço de urgência. Os enfermeiros com formação em cuidados à pessoa em fim de vida, possuem menos “atitudes de desconforto/esmorecimento”. Por último, os enfermeiros que percecionam a

necessidade de formação em cuidados à pessoa em fim de vida e em inteligência emocional, apresentam atitudes de maior aproximação face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Embora só tenha ganho relevância na década de 1990, IE é baseada na antiga ideia de que a compreensão e gestão de emoções, tanto as do enfermeiro como das pessoas que o rodeia, é um pré-requisito para o seu sucesso, o que é fulcral num local de prestação de cuidados, como o serviço de urgência, onde o stress é uma presença constante. A noção de que a inteligência emocional é vital para prática de enfermagem, foi salientada também por Smith, Profetto-McGrath, & Cummings (2009) ao firmarem que compreender e lidar com a emoção é uma habilidade essencial em enfermagem.

As mudanças contínuas da sociedade, nomeadamente a transferência do local de morte para o hospital levou a que a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida aconteça no serviço de urgência. Os cuidados a estas pessoas exigem que os enfermeiros possuam altos níveis de inteligência emocional para gerir o efeito do contato contínuo com a morte (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2013). De facto, muitos autores argumentam que a inteligência emocional é uma habilidade essencial para os enfermeiros que cuidam das pessoas em fim de vida e das suas famílias neste contexto (Alves, Ribeiro, & Campos (2012), Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013), Goleman D. (2014), Aroso, Andrade, & Fernandes (2015).

Através da análise inferencial verificou-se, no presente estudo, que a inteligência emocional percebida do enfermeiro influencia as atitudes assertivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida. Isto é, apurou-se associações positivas e baixas em todos os fatores da IEP com as atitudes assertivas, as quais são estatisticamente significativas ao nível da clareza de sentimentos e bastante significativas ao nível da atenção às emoções e reparação do estado emocional. Não se tendo, no entanto, apurado ligação entre a IEP do enfermeiro e as “atitudes de aproximação”, “atitudes de desconforto/esmorecimento”, “atitudes de evicção” e deste modo no “perfil de atitudes” face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Os enfermeiros que têm sentimentos claros sobre as suas emoções e situações que ocorrem e são capazes de lidar com essas emoções, têm níveis mais baixos de *stresse* no seu local de trabalho. Além disso, os enfermeiros que mostram uma alta capacidade de reduzir os seus estados emocionais negativos e prolongar os estados emocionais positivos, apresentam níveis mais elevados de saúde, em comparação com os que possuem dificuldades em regular as suas emoções (Landa & Zafra, 2010).

No estudo desenvolvido por Bailey, Murphy & Porock (2011) cujo objetivo consistiu em explorar a gestão do impacto emocional da morte nos enfermeiros do serviço de urgência e apresentar um modelo para o desenvolvimento de especialização em cuidados de final de vida, apurou-se que os enfermeiros que conseguem gerir as suas emoções e investir na relação enfermeiro-pessoa, são capazes de desenvolver a inteligência emocional no cuidado da pessoa em fim de vida. Apesar do impacto emocional que a morte em situação de urgência pode ter, eles encontram recompensa ao cuidar da pessoa e sua família, criando uma experiência mais positiva tanto para a pessoa quanto para o enfermeiro (Bailey, Murphy, & Porock, 2011).

No estudo realizado por Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito (2013) intitulado de "*Death attitudes and emotional intelligence in nursing students*" cujo objetivo consistiu em analisar as relações entre as atitudes de morte e a inteligência emocional percebida numa amostra de alunos, e determinar se existem diferenças entre os estudantes dos diferentes anos académicos no que respeita à inteligência emocional e às atitudes de morte, verificou-se que os alunos com altos níveis de IEP reconhecem que podem lidar melhor com a morte. Por outro lado, os alunos que apresentam maior atenção emocional obtêm níveis menores nas medidas relacionadas com o sofrimento e morte (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2013).

Cuidar de pessoas quando estas estão a sofrer, envolve um trabalho emocional significativo. Os enfermeiros são frequentemente incentivados a regular as suas próprias emoções para conseguirem compreender eficientemente as emoções negativas das pessoas que cuidam, capacitando-os para o autoconhecimento e auto monitorização das suas próprias emoções. Vilelas (2013) refere que o trabalho emocional é um processo pelo qual os enfermeiros conseguem regular as suas emoções, gerindo-as de uma forma saudável para cuidar da pessoa de forma holística.

O comportamento dos enfermeiros na prestação de cuidados contribui para a satisfação da pessoa, bem-estar e, posteriormente, para a qualidade do desempenho das organizações de saúde. Esse comportamento é influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A inteligência emocional, além de melhorar o comportamento do enfermeiro no cuidar, ajuda-o a reduzir os efeitos do *burnout* (Kaur, Sambasivan, & Kumar, 2013).

Partindo deste conhecimento, torna-se fundamental desenvolver a IE dos enfermeiros, afim de estes poderem estabelecer relações terapêuticas eficazes com as pessoas em fim de vida e com as suas famílias, promoverem o trabalho interdisciplinar e a gestão

das respostas em situações complexas da prática clínica quotidiana e deste modo uma morte digna.

Face aos achados na literatura e no presente estudo considera-se que para o desenvolvimento da IE nos enfermeiros do serviço de urgência torna-se essencial a incorporação de conteúdos no âmbito da inteligência emocional no currículo de enfermagem, como forma de desenvolver a inteligência emocional dos futuros enfermeiros. E do mesmo modo, as instituições de saúde deverão também de forma contínua desenvolver formação nesta área.

A avaliação dos resultados provenientes deste estudo, não podem deixar de levar em conta as limitações apontadas no início do capítulo, impondo-se alguma prudência na sua interpretação e generalização dos mesmos para outras populações, sendo este estudo realizado num contexto específico. No entanto, importa salientar o potencial que os resultados podem ter para o contexto e para os profissionais, no que se prende com as intervenções com os enfermeiros num trabalho de capacitação e gestão das emoções.

4. CONCLUSÕES

As emoções assumem particular importância em Enfermagem, pois sendo considerada uma profissão de relação, humanista, o desempenho profissional está diretamente relacionado com a capacidade de a pessoa reconhecer e controlar as suas emoções e as do outro. Toda intervenção de enfermagem é afetada por essas habilidades emocionais.

O recurso ao Serviço de Urgência por parte das pessoas em fim de vida é frequente, sobretudo, quando existem sintomas descontrolados. A abordagem paliativa necessária nesta fase pode colidir com o contexto urgência e limitar a intervenção do enfermeiro. Vários autores afirmam que a IE é uma competência essencial para os enfermeiros e argumentam que, para estabelecer relações terapêuticas é necessário identificar e compreender as emoções das pessoas em fim de vida e das suas famílias, tendo sido esta uma das preocupações que estiveram na génese deste estudo.

Ao terminar esta investigação, importa lembrar que o seu objetivo se centrava em analisar a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e as suas atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência. Tendo-se verificado uma associação baixa e positiva entre a IEP do enfermeiro e as suas atitudes assertivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU.

A trajetória de investigação implicou o uso de metodologia quantitativa, num estudo descritivo-correlacional, através da aplicação de 142 questionários a enfermeiros do serviço de urgência de adultos que possuíam, no mínimo, um ano de serviço profissional, de prestação direta de cuidados, no serviço de urgência.

Traçando um perfil sociodemográfico médio dos elementos da amostra tem-se um enfermeiro do sexo feminino com idade inferior a 35 anos, casado ou em união de facto, apenas com o curso de Licenciatura em Enfermagem, com 10 a 20 anos de tempo de exercício profissional e com menos de 10 anos de tempo de exercício profissional no SU. Sem formação na área de IE e nos CPFV (para além da lecionada no curso de licenciatura em enfermagem), mas com a perceção de necessidade de formação nestas áreas.

Apesar das limitações do presente estudo, pensa-se ter contribuído para o descortinar de um conjunto de informações importantes acerca da temática da Inteligência emocional e da atitude do enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência. Deste modo, apresenta-se as principais conclusões alcançadas com o desenvolvimento desta investigação.

Os enfermeiros do SU de adultos que compõem a amostra possuem habilidade individual adequada para entender, clarificar e regular as emoções. São, deste modo, capazes de sentir e expressar os sentimentos de forma adequada, compreendem bem os seus estados emocionais e são capazes de regular corretamente os seus estados emocionais.

As variáveis sociodemográficas/profissionais da amostra que influenciam a inteligência emocional percebida do enfermeiro são o sexo e a perceção da necessidade de formação em IE. Os enfermeiros do sexo feminino conseguem compreender melhor, de forma adequada, os seus estados emocionais. Sendo que o enfermeiro que percebe a necessidade de formação em IE apresenta um nível de inteligência emocional percebida superior ao nível da “Clareza de sentimentos” e da “Reparação do estado emocional”.

Evidenciaram-se scores mais elevados nas “atitudes de aproximação” do que nas “atitudes de desconforto/esmorecimento” e não se verifica scores baixos nas “atitudes de evicção” face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência. Obteve-se também scores elevados nas “atitudes assertivas”. O que significa que os enfermeiros em estudo apresentam atitudes positivas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU.

As variáveis sociodemográficas/profissionais da amostra que influenciam as atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida no serviço de urgência são a idade, o tempo de exercício profissional em SU, a formação em CPFV e a perceção de necessidade de formação em CPFV e IE.

Os enfermeiros mais velhos tendem a apresentar atitudes mais negativas face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Do mesmo modo, quanto menor for o tempo de exercício profissional no serviço de urgência mais positivas são as atitudes dos enfermeiros face aos CPFV. Sendo que, as atitudes de evicção e de desconforto/esmorecimento aumentam com incremento de tempo de exercício profissional em SU.

A formação em CPFV está relacionada com um decréscimo de “atitudes de desconforto/esmorecimento” pelo enfermeiro face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Os enfermeiros que percecionam a necessidade de formação em CPFV e IE apresentam atitudes de maior aproximação face aos cuidados à pessoa em fim de vida.

Cuidar da pessoa em fim de vida constitui uma das maiores dificuldades com a qual o enfermeiro se confronta no dia-a-dia profissional, verifica-se ainda assim, no presente estudo, que a maioria destes apresenta uma atitude positiva face CPFV e que esta é influenciada pela IEP apenas ao nível das atitudes assertivas.

Procurou-se desenvolver um estudo que contribuísse para a profissão de enfermagem ao trazer conhecimento na área da IE e dos Cuidados Paliativos. Os resultados deste estudo têm implicações para a prática de enfermagem, na medida em que contribuem para o conhecimento de saberes, a aplicar na prática dos cuidados pelo enfermeiro no seu dia-a-dia perante a pessoa em fim de vida. Evidenciam a necessidade de capacitação dos enfermeiros no âmbito da IE e dos cuidados à pessoa em fim de vida, para que as suas atitudes conduzam à prestação de cuidados de qualidade à pessoa em fim de vida que recorre ao SU.

Face ao exposto, deixa-se algumas sugestões que precisam de ser levadas em conta pelos enfermeiros, e que devem abarcar diversas áreas, nomeadamente da investigação, formação, prática de cuidados e gestão de cuidados.

Considera-se necessária a introdução da temática da IE no plano curricular de enfermagem. Tal como ao longo do percurso profissional do enfermeiro, formações relacionadas com IE, a morte e a pessoa em fim de vida, de forma a aquisição/atualização de conhecimentos que capacitem na gestão de cuidados à pessoa em fim de vida, facilitando e melhorando as suas capacidades de relação com os mesmos. Da mesma forma, deve ser criado no SU espaços de reflexão e partilha de vivências, dos diferentes profissionais de saúde, envolvidos no cuidar da pessoa em fim de vida e sua família.

Uma outra sugestão que se deixa, é a de que devem ser realizados futuros estudos, sobre a relação entre a IE e as atitudes dos enfermeiros face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, em amostras de maior dimensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adem, E. d. (2013). *Inteligência Emocional nos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Alves, J. A., Ribeiro, C., & Campos, S. (julho de 2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência, III série, n.7*, 33-42.
- Apóstolo, J. L. (março de 2009). O conforto nas teorias de enfermagem– análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, 61-67.
- Aradilla-Herrero, A., & Tomás-Sábado, J. (2011). The role of emotional intelligence in nursing. *Nursing Students and their Concerns*, 131-154.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2013). Death Attitudes and Emotional Intelligence in Nursing students. *Omega*, 66 (1), 39-55. doi:<http://dx.doi.org/10.2190/OM.66.1.c>
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., & Gomez-Benito, J. (2013). Perceived emotional intelligence in nursing: psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 955-966. doi:10.1111/jocn.12259
- Aroso, A., Andrade, D., & Fernandes, A. (2015). *Competência Emocional do Profissional de Saúde*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Bragança. Bragança: Escola Superior de Saúde, Portugal.
- Bailey, C., Murphy, R., & Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 3364-3372. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. . Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). pp. 13-25. Obtido de Consortium for Research on Emotional Intelligence R. Bar-On: <http://www.eiconsortium.org>

- Batista, T. M. (2012). *A Morte Inesperada no Serviço de Urgência: Um Olhar ao Vivido pelos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado) Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Brito, F. M., Costa, I. C., Costa, S. F., Andrade, C. G., Santos, K. F., & Francisco, D. P. (abril-junho de 2014). Comunicação na iminência da morte: percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 317-322. doi:10.5935/1414-8145.20140046
- Carvalho, C. G. (2013). Importância da Inteligência Emocional para a efetiva [ação] de uma assistência de Enfermagem mais humanizada. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 10, 630-638.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2 ed.). Loures: Lusociência.
- Costa, A. C., & Faria, L. (2009). A Inteligência Emocional no Contexto de Enfermagem: Estudo Exploratório com o Questionário de Competência Emocional (QCE). *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. ISBN- 978-972-8746-71-1
- Damáσιο, A. (2010). *O Livro da Consciência - A Construção do Cérebro Consciente* (1.^a ed.). (C. d. Leitores, Ed., & L. O. Santos, Trad.) Maia: Temas e Debates.
- Decreto de Lei n.º nº 1/2005 de 12 de agosto de 2005. *Diário da República - I série- A. N.º 155*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Decreto de Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro de 2015. *Diário da República - I série. N.º 181*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Diogo, P. M. (2006). *A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- Direcção Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas.
- Frias, C. (2012). O cuidar da pessoa em fim de vida como experiência formadora. *Avances en Enfermería*, XXX N.º 1 , 13-22.
- Garden, H. (1995). *Inteligências Múltiplas: A Teoria na Prática*. (M. A. Veronese, Trad.) Porto: Artes Médicas Editográfica.

- Goleman, D. (2000). *Inteligência Emocional* (9.º ed.). (M. D. Correia, Trad.) Lisboa: Temas e Debates.
- Goleman, D. (2006). *Inteligência Social – a nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais Lda.
- Goleman, D. (2014). *Trabalhar com a inteligência emocional*. (Á. A. Fernandes, Trad.) Lisboa: Temas e Debates - Círculo Leitores.
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. J. (Julho-Agosto de 2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. (O. d. Médicos, Ed.) 4, pp. 327-334.
- Gregório, F. A. (2008). *Competência Emocional e Satisfação Profissional dos Enfermeiros* (Dissertação de mestrado em Psicologia). Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Educação de Beja, Faro.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. (17 de fevereiro de 2017). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido de Principais indicadores: Instituto Nacional de Estatística.
- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3192-3202. doi:10.1111/jocn.12386
- Kleinman, S. (Jun- de 2004). What is the Nature of Nurse Practitioners' Lived Experiences Interacting With Patients? . *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16, 263- 269.
- Kock, F. (2011). Factors influencing nurses' attitudes towards caring for dying patients in oncology settings in the Western Cape Metropole. Tese de Mestrado. Universidade de Stellenbosch. (U. d. Stellenbosch, Ed.) *Tese de mestrado*, p. 131.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursmg*, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook* , 86-92.

- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Landa, J. M., & Zafra, E. L. (2010). The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview. *Psychology, 1*, 50-58. doi:10.4236/psych.2010.11008
- Lange, M., Thom, B., & Kline, N. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum, 35* (6), 995-959.
- López-Zafra, E., & Landa, J. M. (2010). The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview. *Psychology, 1*, 50-58. doi:10.4236/psych.2010.11008
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Lisboa: Coisas de Ler.
- Mallory, J. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing, 305-312*.
- Martin, D., & Boeck, K. (1997). *O que é a Inteligência Emocional: Como conseguir que as nossas emoções determinem o nosso triunfo em todas as situações*. (1 edição ed.). Lisboa: Pergaminho, Lda.
- Martins, M., Agnés, P., & Sapeta, P. (2012). *Fim de Vida no Serviço de Urgência: Dificuldades e Intervenções dos Enfermeiros na Prestação de Cuidados*. Revisão Sistemática da Literatura , Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco.
- McQueen, A. C. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing, 47*, 101-108.
- Ministério da Saúde. (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência*. Lisboa.
- Ministerio da Saúde. (11 de agosto de 2014). Diário da República, 2.^a série. *Despacho n.º 10319/2014, n.º153*. Lisboa, Portugal: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto. Obtido em 10 de novembro de 2016, de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82BE86B31314C3/40304/2067320678.pdf>
- Monteiro, M., & Santos, M. R. (1997). *Psicologia: Nova Edição*. Porto: Porto Editora.

- Morôco, J. (2014). *Análise Estatística como SPSS Statistics* (6.^a edição ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber, Análise e Gestão de Informação, LDA.
- Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativo* (2 ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setubal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS.
- Oliveira, A. (1999). *O desafio da morte*. Lisboa: Noticias Editorial.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (17 de fevereiro de 2017). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido de membros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/default.aspx>
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (1. ed.). Loures: Lusociência.
- Pacheco, S. (janeiro de 2006). A morte no ciclo vital: perspectiva da enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros - Final de Vida: VI Seminário do Conselho Jurisdicional*, 20, 31-34. ISSN 1646-2629
- Pereira, A. M. (2013). *Morte em Contexto Hospitalar: Vivências dos Enfermeiros* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 978-972-618-498-0
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (8 ed.). New York: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-4511-7679-7.493p.
- Queirós, M. (2014). *Inteligência Emocional - Aprenda a ser Feliz*. Porto: Porto Editora.
- Queirós, M. M., Berrocal, P. F., Extremera, N., Carral, j. M., & Queirós, P. S. (2005). Validação e Fiabilidade da Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 199-216.
- Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República - II série - N.º 35*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República - II série- A. N.º 35*. Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Regulamento n.º 188/2015 de 22 de abril de 2015. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário da República - II série - N.º 78* Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.

Saraiva, D. M. (Abril de 2009). Atitude do Enfermeiro Perante a Morte: Investigação. *Nursing: Edição Portuguesa*, 6-13. ISBN 0871-6196.

Serra, S. S. (2012). *Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro* (Tese de mestrado). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Sheehy, S. (2011). *Enfermagem de Urgência - da Teoria à Prática* (6 ed.). Loures: Lusodidacta.

Silva, C. M., Valente, G. S., Bitencourt, G. R., & Brito, L. N. (15 de Jul/Set de 2010). *A Teoria do Cuidado Transpessoal na Enfermagem: análise segundo Meleis*. Obtido de *Cognitare Enfermagem*: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/18902>

Silva, J. F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim*. Lisboa: Lusociência.

Silva, R. A. (julho-setembro de 2013). Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos - A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida. *Percursos*, 28, 56-76.

Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1624–1636.

Smith, K. B., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 1624–1636.

Sousa, F. A. (2015). *Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem* (Tese de doutoramento em Gestão). Vila Real: Universidade de Trás-os- Montes e Alto Douro.

Tojal, A. L. (2011). *Atitude do Enfermeiro Perante a Morte* (Tese de mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem.

- Vaz, C., & Catita, P. (Setembro de 2000). Cuidar no serviço de urgência. *Revista Nursing*, 148, p.14-17.
- Veiga, A. A., Barros, C. A., Couto, P. J., & Vieira, P. M. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência. *Revista Referência*, 47-56.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito . *Salitis+Scientia*, 41-50.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar - Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (13 de Janeiro de 2009). Inteligência Emocional: Teoria, Pesquisa, Medida, Aplicações e Controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1-11.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Lúcia Andreia Marques Filipe, a exercer funções no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, E.P.E. – HUC, vem solicitar a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Este instrumento de colheita de dados integra a dissertação **“Inteligência emocional do enfermeiro e a atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida: uma realidade num Serviço de Urgência”**.

A sua colaboração é essencial, mas voluntária. Este é absolutamente anónimo e confidencial. Não existem respostas corretas ou incorretas, por isso deverá responder de acordo com a sua realidade. Pede-se que responda de forma atenta e sincera.

Agradeço a sua colaboração.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

1. Idade: ____ (anos)
2. Género:
 - 2.1. Masculino: ____
 - 2.2. Feminino: ____
3. Estado civil:
 - 3.1. Solteiro: ____
 - 3.2. União de facto: ____
 - 3.3. Casado: ____
 - 3.4. Divorciado: ____
 - 3.5. Viúvo: ____
4. Habilitações académicas:
 - 4.1. Licenciatura: ____
 - 4.2. Pós – Licenciatura: ____ Qual? _____
 - 4.3. Mestrado: ____ Qual? _____
 - 4.4. Doutoramento: ____
Qual? _____
5. Local de trabalho:
 - 5.1. Pólo HUC: ____
 - 5.2. Pólo HG: ____
6. Tempo exercício profissional: ____ (anos)
 - 6.1. Tempo exercício profissional no serviço de urgência Pólo HUC: ____ (anos)
 - 6.2. Tempo exercício profissional no serviço de urgência Pólo HG: ____ (anos)
7. Possui formação na área da inteligência emocional?
 - 7.1. Sim: ____ Qual?: _____
 - 7.2. Não: ____
8. Possui formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida?
 - 8.1. Sim: ____ Qual?: _____
 - 8.2. Não: ____
9. Sente necessidade de formação na área da inteligência emocional?
 - 9.1. Sim: ____
 - 9.2. Não: ____
10. Sente necessidade de formação na área dos cuidados à pessoa em fim de vida?
 - 10.1. Sim: ____
 - 10.2. Não: ____

PARTE II

VERSÃO PORTUGUESA MODIFICADA DA TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24)

Neste questionário encontrará afirmações sobre as suas emoções e sentimentos. Leia cada frase e indique o grau em que está de acordo ou desacordo com cada uma delas marcando com X o número que mais se aproxima da sua posição. Tenha presente que não há respostas certas ou erradas, nem respostas boas ou más. Não gaste muito tempo a pensar em cada resposta.

Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo plenamente
1	2	3	4	5

1. Presto muita atenção aos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
2. Preocupo-me muito com os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Acho que é útil pensar nas minhas emoções.	1	2	3	4	5
4. Vale a pena prestar atenção às minhas emoções e estados de espírito.	1	2	3	4	5
5. Deixo que os meus sentimentos se intrometam com os meus pensamentos.	1	2	3	4	5
6. Penso constantemente no meu estado de espírito.	1	2	3	4	5
7. Penso muitas vezes nos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
8. Presto muita atenção àquilo que sinto.	1	2	3	4	5
9. Normalmente sei o que estou a sentir.	1	2	3	4	5
10. Muitas vezes consigo saber aquilo que sinto.	1	2	3	4	5
11. Quase sempre sei exatamente aquilo que sinto.	1	2	3	4	5
12. Normalmente conheço os meus sentimentos sobre as pessoas ou qualquer assunto.	1	2	3	4	5
13. Tenho, muitas vezes, consciência do que sinto sobre qualquer assunto.	1	2	3	4	5
14. Consigo dizer sempre o que sinto.	1	2	3	4	5
15. Às vezes, consigo dizer o que sinto.	1	2	3	4	5
16. Consigo perceber aquilo que sinto.	1	2	3	4	5
17. Embora, por vezes, esteja triste tenho, quase sempre, uma atitude otimista.	1	2	3	4	5
18. Mesmo que me sinta mal, tento pensar em coisas agradáveis.	1	2	3	4	5
19. Quando me aborreço, penso nas coisas agradáveis da vida.	1	2	3	4	5
20. Tento ter pensamentos positivos mesmo que me sinta mal.	1	2	3	4	5
21. Se sinto que estou a perder a cabeça, tento acalmar-me.	1	2	3	4	5
22. Preocupo-me em manter um bom estado de espírito.	1	2	3	4	5
23. Tenho sempre muita energia quando estou feliz.	1	2	3	4	5
24. Quando estou zangado procuro mudar a minha disposição.	1	2	3	4	5

ATITUDES PARA COM OS CUIDADOS AO DOENTE EM FIM DE VIDA
(ESCALA DE FROMMELT)

Assinale a resposta no quadro abaixo que corresponde à sua opinião pessoal sobre cada afirmação feita. Coloque um X na opção que melhor se adequa à sua posição. Se estiver indeciso, escolha a opção “Não Concordo nem Discordo” mas se possível não a use. A sua opinião permitirá a realização deste estudo pelo que solicito o preenchimento de todas as afirmações.

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

1. Prestar cuidados ao doente em fim de vida é uma experiência gratificante.	1	2	3	4	5
2. A morte não é a pior coisa que pode suceder a uma pessoa.	1	2	3	4	5
3. Sentir-me-ia desconfortável a falar com o doente em fim de vida acerca da morte iminente.	1	2	3	4	5
4. Os cuidados de enfermagem à família deveriam continuar após o falecimento e durante o luto.	1	2	3	4	5
5. Eu não desejaria ser responsável pelos cuidados a um doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
6. Não deveria ser o/a enfermeiro/a a falar da morte com o doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
7. O extenso período de tempo necessário para prestar cuidados a um doente em fim de vida iria causar-me frustração.	1	2	3	4	5
8. Ficaria frustrado/a quando o doente em fim de vida a quem eu estivesse a prestar cuidados perdesse a esperança de melhorar.	1	2	3	4	5
9. É difícil estabelecer uma relação próxima com a família do doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
10. Há ocasiões em que a morte é vista como bem-vinda pela pessoa em fim de vida.	1	2	3	4	5
11. Quando um doente pergunta “Enfermeiro/a eu estou a morrer?” penso que é melhor mudar de assunto para algo mais alegre.	1	2	3	4	5
12. Eu sentiria vontade de fugir quando a pessoa realmente morresse.	1	2	3	4	5
13. A família precisa de apoio emocional para aceitar as mudanças de comportamento do doente em fim de vida.	1	2	3	4	5

Discordo fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
1	2	3	4	5

14. À medida que se aproxima a morte do doente, o enfermeiro/a deve começar a distanciar-se dele em termos relacionais.	1	2	3	4	5
15. As famílias deveriam preocupar-se em ajudar o seu familiar doente em fim de vida a aproveitar ao máximo o tempo de vida que lhe resta.	1	2	3	4	5
16. Não deveria ser permitido ao doente em fim de vida tomar decisões sobre os seus cuidados físicos.	1	2	3	4	5
17. A família deveria manter um ambiente tão natural quanto o possível para o seu familiar doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
18. Verbalizar os seus sentimentos é benéfico para o doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
19. Os cuidados de enfermagem deveriam estender-se à família do doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
20. As enfermeiras deveriam permitir horários flexíveis de visitas aos doentes em fim de vida.	1	2	3	4	5
21. O doente em fim de vida e a sua família deveriam ser os decisores principais.	1	2	3	4	5
22. A família deveria ser envolvida na prestação de cuidados ao doente em fim de vida.	1	2	3	4	5
23. Desejaria que a pessoa que eu estivesse a cuidar morresse quando eu não estivesse presente.	1	2	3	4	5
24. Receio estabelecer amizade com doentes em fim de vida.	1	2	3	4	5
25. A dependência de analgésicos não deveria ser uma preocupação para os enfermeiros, quando se verifica em fim de vida.	1	2	3	4	5
26. Sentir-me-ia desconfortável se entrasse no quarto de um doente em fim de vida e o encontrasse a chorar.	1	2	3	4	5
27. Os doentes em fim de vida deveriam ter respostas honestas às suas questões.	1	2	3	4	5
28. Sensibilizar a família para a morte e o morrer não é uma responsabilidade da enfermagem.	1	2	3	4	5
29. Os familiares que permanecem com o doente em fim de vida por vezes interferem com a prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
30. Os enfermeiros podem ajudar o doente em fim de vida a preparar-se para a morte.	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE II – Formulário de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO ESTUDO: Inteligência Emocional do Enfermeiro e a Atitude face aos cuidados à Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência

INVESTIGADOR: Lúcia Andreia Marques Filipe (Enf.^a no CHUC, E.P.E – Pólo HUC.)

ORIENTADOR CIENTÍFICO: Isabel Moreira (Professora na ESEnfC)

Eu, _____ declaro de livre vontade que aceito participar no estudo acima identificado, após ter tomado conhecimento do mesmo e me ter sido apresentado o seu âmbito e objetivo, bem como explicados todos procedimentos de investigação inerentes ao estudo. Foi informado(a) que posso desistir em qualquer momento do preenchimento e compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre a investigação ou os métodos utilizados.

Foi-me assegurado(a) que todos os materiais inerentes ao estudo e que me dizem respeito, serão guardados de forma confidencial durante o processo e pesquisa e destruído após a sua realização, e que nenhuma informação pessoal será divulgada. Compreendo que sou livre de a qualquer momento me retirar do estudo.

Pelo presente documento, declaro o meu consentimento informado, disponibilizando-me para participar no estudo acima identificado.

O participante,

O investigador,

Data: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO I - Pedidos formais de autorização para realização de investigação e
deferimento



AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CHUC	077	16
------	-----	----

NOME DO PROJECTO:

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO E A ATITUDE FACE AOS CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

Enf.ª Lúcia Andreia Marques Filipe

Tendo por base o parecer da Comissão de Ética, é autorizada a realização, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, do Projecto de Investigação supracitado.

DATA:

15/11/16

Presidente do Conselho de Administração

Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

(Dr. José Martins Nunes)

J. M. Nunes
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de
C.H.U.C. - EPE

Exm.º Senhor
Dr. José Martins Nunes
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra,
EPE

de acordo
[Signature]
27/09/2016

6.10.16

Ref.ª: CHUC-077-16

A pedido de **Enf.ª Lúcia Andreia Marques Filipe**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projecto de Investigação sobre **"INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DO ENFERMEIRO E A ATITUDE FACE AOS CUIDADOS À PESSOA EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex.ª. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PIª A Directora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

[Signature]
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - EPE	
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	
Reg. N.º	7936 PCA
Origem	
Data	20/9/2016

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE



Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Direcção para a Clínica
C.H.U.C. - B2
Visto para a Comissão
Att.
21.9.16

Exmo. Senhor
Prof. Doutor José Pedro Figueiredo
Dign.º Diretor Clínico do CHUC

S/Ref.º S/Comunicação N/Ref. – Ofício n.º Data
CES/0165 12.09.2016

Assunto: [CHUC-077-16] – *Estudo Observacional "Inteligência Emocional do Enfermeiro e a Atitude face aos Cuidados à Pessoa em Fim de Vida no Serviço de Urgência"* - Lúcia Andreia Marques Filipe - Enfermeira no Serviço de Urgência A e aluna do IX Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (estudo a ser realizado nos Serviços de Urgência A, B e Urgência Pediátrica do CHUC).
(Entrada do processo na CES a 08/07/2016)

Cumprе informar Vossa Ex.ª, de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 09 de Setembro de 2016, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projeto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

H. DO CHUC
Comissão de Ética para a Saúde
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.º Adélio Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grilo Gonçalves; Enf.º Fernando Mateus; Dr. José António Pinheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

Contacto:

CHUC - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto,
3000-075 Coimbra - Portugal
Telefone: +351 239 400 400

Telefone: 239 400 408
Telefax: 239 405 646
E-mail: seccetica@huc.min-saude.pt

ANEXO II - Pedidos formais de autorização para utilização das escalas e deferimento

Exma. Sra. Enfermeira Sara Sofia Santos Serra

Mestra em Cuidados Paliativos

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de Análise Global das Atitudes face aos Cuidados à pessoa em Fim-de-vida

Eu, Lúcia Andreia Marques Filipe, Enfermeira, na qualidade de aluna do IX Curso de Pós-Licenciatura e VI curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretendo elaborar um estudo de investigação intitulado de "Inteligência Emocional do Enfermeiro e a atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência", com a orientação da professora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira.

A investigação tem como objetivos avaliar a inteligência emocional percebida do enfermeiro no SU, conhecer a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, e analisar e descrever a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, com recurso ao SPSS.

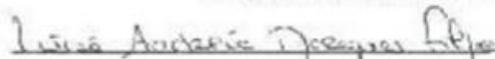
Para a concretização deste estudo seleccionei a Escala de Análise Global das Atitudes face aos Cuidados à pessoa em Fim-de-vida para compor o instrumento de colheita de dados a posterior aplicação aos enfermeiros da amostra seleccionada.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, que conceda a autorização para a utilização da escala por si validada. E, se possível informação sobre sua aplicabilidade.

Agradeço desde já toda a sua compreensão e comprometo-me a utilizá-la de forma correta. Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Coimbra, 2 de maio de 2016



(Lúcia Andreia Marques Filipe)

Contacto:

luciafilipe@sapo.pt

Amiais, 3200-302 Serpins

Declaro que autorizo a aplicação do instrumento em causa,



bea20000@umc.es

Exma. Sra. Maria Manuela Lima de Figueiredo Queirós

Escola EB2,3 de S. João da Madeira, Portugal

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale

Eu, Lúcia Andreia Marques Filipe, Enfermeira, na qualidade de aluna do IX Curso de Pós-Licenciatura e VI curso de Mestrado em Enfermagem de Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pretendo elaborar um estudo de investigação intitulado de "Inteligência Emocional do Enfermeiro e a atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência", com a orientação da professora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira.

A investigação tem como objetivos avaliar a inteligência emocional percebida do enfermeiro no SU, conhecer a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU, analisar e descrever a relação existente entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e a sua atitude face aos cuidados à pessoa em fim de vida no SU. Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, com recurso ao SPSS.

Para a concretização deste estudo necessito de utilizar a Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale no meu instrumento de colheita de dados, para posterior aplicação aos enfermeiros da amostra selecionada.

Deste modo, venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, que conceda a autorização para a utilização da Versão Portuguesa Modificada da Trait Meta-Mood Scale, por vos contruída e validada. E se possível informação sobre a escala e sua aplicabilidade.

Agradeço desde já toda a sua compreensão e comprometo-me a utiliza-la de forma correta. Com os melhores cumprimentos.

Atenciosamente,

Coimbra, 2 de maio de 2016



(Lúcia Andreia Marques Filipe)

Contato:

luciafilipe@sapo.pt

Amiais, 3200-302 Serpins