



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Escola Superior de Saúde

## PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Pedro Miguel Miranda Antunes

Julho de 2021





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Pedro Miguel Miranda Antunes

PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO  
COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efetuado sob a orientação da  
Mestre Especialista na Área Científica de Enfermagem Mara Rocha

Coorientação

Professora Doutora Maria Aurora Pereira

Escola Superior de Saúde, Julho de 2021



## RESUMO

A crescente procura por mais e melhores cuidados de saúde tem levado a um aumento significativo na última década do número de episódios em serviço de urgência, uma situação que é transversal a todos os níveis de atuação. Do lado oposto a este aumento estão equipas reduzidas em número, com dificuldade em dar resposta perante serviços sobrelotados, na maior parte das vezes por situações pouco ou não urgentes, situação explicada por alguma ineficiência dos cuidados de saúde primários e pelo fácil acesso aos serviços hospitalares de urgência.

Esta é uma situação que sobrecarrega os serviços de saúde e os profissionais, colocando em causa a segurança e a qualidade dos cuidados. Neste mesmo contexto, a gestão de cuidados ganha uma elevada importância, pelo que é imperativo entregar essa função a profissionais capazes e preparados para a mesma. Num ambiente de grande complexidade como o serviço de urgência, dinâmico e com um fluxo de utentes mantido durante as 24 horas do dia, e onde o enfermeiro gestor não está em permanente presença física, é ao enfermeiro coordenador de equipa que cabe essa gestão de cuidados e até a gestão do serviço, na ausência do enfermeiro gestor do mesmo.

Ainda que a figura do enfermeiro coordenador de equipa não esteja contemplada na carreira de Enfermagem, ela existe em praticamente todos os serviços de urgência. Desta forma, é imperativo definir qual o perfil de competências destes elementos, fundamentais para o bom funcionamento dos serviços e para o garante da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto de urgência.

Neste sentido, realizámos um estudo com base na técnica de *Delphi*, que começou pela construção de uma proposta de perfil de competências, composta por 21 competências, agrupadas por tipologia (comportamentais, técnico-profissionais e de liderança e gestão). A elaboração deste instrumento foi suportada pela revisão bibliográfica, e posteriormente colocada sob escrutínio de um painel de peritos, conforme preconizado para a técnica de *Delphi*. Na primeira ronda, os peritos que integraram o painel, também contribuíram individualmente com sugestões de competências a acrescentar à proposta de perfil.

A proposta final deste perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa, constituído por 28 competências, obteve concordância máxima em 92,9% delas (26 competências), e com um grau de consenso *MUITO ELEVADO* em 21 competências e

*ELEVADO* nas restantes sete. Foi, assim, possível construir uma versão de consenso para a qual se sugere validação e que se espera servir de catalisador para a mudança de paradigma, legislando e regulamentando a figura do enfermeiro coordenador de equipa, com domínios de competências bem definidos e que permitam o desenvolvimento adequado dessas mesmas competências.

**Palavras-chave:** enfermagem; coordenador de equipa de enfermagem; competência clínica; serviço hospitalar de emergência

## **ABSTRACT**

The growing demand for more and better health care has led to a significant increase in the last decade of the number of episodes in emergency services, a situation that cuts across all levels of activity. On the opposite side of this growth are teams that are reduced in number, with difficulty in responding to overcrowded services, most often due to low or non-urgent situations, a situation explained by some inefficiency of primary health care services and by the easy access to hospital emergency services.

This is a situation that overloads health services and professionals, putting the safety and quality of care at risk. In this context, care management gains a great importance, which is why it is imperative to deliver this task to professionals who are capable and prepared for it. In highly complex environment such as the emergency room, which is dynamic, has a flow of users 24 hours a day, and where the nurse manager is not physically present all the time, it is the nursing team coordinator who is responsible for the care management and even the management of the service.

Although the figure of the nursing team coordinator is not included in the nursing career, it exists in practically all emergency services. Thus, it is imperative to define the competence profile of these elements, which are fundamental for the proper functioning of services and for guaranteeing the safety and quality of nursing care in an emergency context.

Taking this into account, we carried out a study base on the Delphi technique, which began with the construction of a proposal for a competences profile, comprising 21 competences, grouped by typology (behavioral, technical-professional and leadership and management). The elaboration of this instrument was supported by the bibliographical review, and later placed under the scrutiny of a panel of experts, as recommended for the Delphi technique. In the first round, the experts who were part of the panel also contributed individually with suggestions of competences to be added to the profile's proposal.

The final draft of the competences profile of the nursing team coordinator, consisting of 28 competences, obtained maximum agreement in 92.9% of them (26 competences), and with a degree of consensus VERY HIGH in 21 competences and HIGH in the remaining seven. Thus, it was possible to build a version of consensus for which validation is suggested and which is expected to serve as a catalyst for a paradigm shift,

legislating and regulating the figure of the nursing team coordinator, with well-defined domains of competences that allow for the adequate development of these same skills.

**Keywords:** nursing; nursing team coordinator; clinical competence; hospital emergency service.



## **AGRADECIMENTOS**

À Mestre Especialista na Área Científica de Enfermagem Mara Rocha, orientadora, e à Professora Doutora Maria Aurora Pereira, coorientadora deste trabalho, pela disponibilidade, apoio, compreensão e paciência.

Aos Enfermeiros Peritos, que amavelmente aceitaram o convite para participar neste projeto, enriquecendo-o sobremaneira.

À Enfermeira Elisa Freire, delegada de turma, pela dedicação abnegada. E aos restantes companheiros de turma...um grupo fenomenal e do qual muito me orgulho em fazer parte.

À D. Sandra Sousa, pela ajuda sempre disponível e gentil.

Ao Mestre Samuel Sousa, pelo exemplo que me norteia.

Ao Rui Barbosa, pela sapiência sempre presente e amiga.

Ao Miguel Correia, pela amizade fraterna e apoio neste percurso.

Aos meus Pais e Irmão, porque convosco tudo fica mais fácil... muito mais fácil! MUITO OBRIGADO!

E, claro, a VOCÊS... pelo suporte vital e constante, mesmo nas alturas mais ensombradas e de maior provação; pelo incentivo contínuo; e pelo AMOR incessante com que me presenteiam a cada momento. MUITO OBRIGADO!

## **DEDICATÓRIA**

Às minhas queridas filhas, Constança e Carminho, pelo tempo  
que me roubei de vocês.

À minha esposa Tânia, a minha melhor amiga e companheira  
da minha vida, por tudo...e porque me é tudo.

À pequena Helena...a prova de que os milagres existem!

*“Parece haver uma diferença substantiva entre a execução e a competência na execução. A execução não basta, é essencial ser eficaz e eficiente.”*

Susana Sobral Mendonça, 2009

## **SIGLAS**

AACN -

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ANA – American Nurses Association

APEGEL – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

CIOMS – Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

CRRNEU - Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência

EfCCNa - European Federation of Critical Care Nursing Associations

ENA – Emergency Nurses Association

ENIG - Emergency Nursing Interest Group

ESEnC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

EuSEN - European Society for Emergency Nursing

MCEEMC - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

SUB - Serviço de Urgência Básica

SUMC - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP - Serviço de Urgência Polivalente

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

## ABREVIATURAS

art. - artigo

ed. - edição

e-mail - *electronic mail*

et al. – *et alli* (e outros)

IIQ – Intervalo interquartil

Md – Mediana

n.º - número

p. – página

vol – volume

1ª – primeira

2ª – segunda

## SUMÁRIO

<b>SIGLAS</b>	XII
<b>ABREVIATURAS</b>	XIII
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	V
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	VI
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	VII
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>	VIII
<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>CAPÍTULO I – AS COMPETÊNCIAS E O ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA</b>	13
1 – Competências: conceitos e tipos	15
2 – O Enfermeiro no Serviço de Urgência	22
3 – O enfermeiro coordenador de equipa no Serviço de Urgência	28
<b>CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO</b>	33
1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO E OBJETIVOS	35
2.2 – A seleção dos peritos: princípios e critérios	39
2.2.1 – Caraterização do painel de peritos	41
2.3 – Procedimentos de recolha de dados	44
2.4 – Procedimento de análise dos dados	46
3 – Princípios éticos	49
<b>CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b>	55
<b>CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b>	66
<b>CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS</b>	72
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
<b>APÊNDICES</b>	85
<b>APÊNDICE A – PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA:E</b>	87

<b>APÊNDICE B – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA UICISA:E</b>	94
<b>APÊNDICE C – CONVITE AOS PERITOS</b>	97
<b>APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	101
<b>APÊNDICE E – LISTA DE COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS E RESPETIVA DEFINIÇÃO</b>	104
<b>APÊNDICE F – INSTRUMENTO ENVIADO AOS PERITOS 1ª RONDA</b>	108
<b>APÊNDICE G – INSTRUMENTO ENVIADO AOS PERITOS 2ª RONDA</b>	116
<b>APÊNDICE H – VERSÃO DE CONSENSO</b>	122

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo do iceberg das competências	19
Figura 2 - Núcleos de competências	20
Figura 3 - Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão	30
Figura 4 - Fases do estudo	37



## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definições de saberes	17
Quadro 2 - Resultados da 1ª ronda	57
Quadro 3 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências comportamentais - pessoais)	58
Quadro 4 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências comportamentais - interpessoais)	58
Quadro 5 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências técnico-profissionais)	59
Quadro 6 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências de liderança e gestão)	59
Quadro 7 - Resultados da 2ª ronda	61
Quadro 8 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências comportamentais - pessoais)	61
Quadro 9 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências comportamentais - interpessoais)	62
Quadro 10 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências de liderança e gestão)	62
Quadro 11 – Perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa - resultados finais	64

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Número de peritos por ronda	43
Tabela 2 – Caracterização dos peritos por sexo	43
Tabela 3 - Caraterização da idade dos peritos	43
Tabela 4 - Caraterização da experiência profissional dos peritos	44
Tabela 5 - Caraterização da formação académica e profissional dos peritos	44
Tabela 6 - Critérios para determinar grau de consenso	49

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Episódios de urgência (em milhões)	22
Gráfico 2 - Percentagem de episódios de urgência com prioridade branca, azul ou verde	23

## **INTRODUÇÃO**

A eventual ineficiência dos cuidados de saúde primários na resposta a situações agudas e a facilidade de acesso aos cuidados hospitalares, aliadas à grande percentagem de utentes com isenção de taxas moderadoras, são alguns dos fatores que contribuem para a elevada afluência aos serviços de urgência básicos, médico-cirúrgicos e polivalentes. Desde há vários anos que, segundo os dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), os números atingem cerca de 6.300.000 episódios/ano (excecando-se o ano de 2020, que contou 4.500.000 episódios), o que leva a uma sobrecarga dos serviços de saúde.

O serviço de urgência (SU), talvez pela diversidade de situações e pelo “sentimento de adrenalina” que delas advém, é uma área de interesse e fascínio para os jovens profissionais em início de carreira. Ainda assim, este interesse traz consigo um sentimento de insegurança e inaptidão.

Num SU, as situações potencialmente fatais para um utente não acontecem uma de cada vez, tão-pouco sabemos quando estas vão acontecer. Poder-se-ão suceder momentos de simultaneidade de situações que requerem maior alerta e disponibilidade de profissionais, quer em número quer em tempo. E as equipas são, na maioria dos contextos de urgência da realidade portuguesa, diminutas em número face às necessidades sentidas.

A crescente exigência por melhores cuidados de saúde em todos os níveis de atendimento, a complexidade das respostas necessárias aos problemas de saúde e a insubstituibilidade dos cuidados de enfermagem, exigem respostas competentes de profissionais de excelência (Serrano, Costa e Costa, 2011). Assim, espera-se dos enfermeiros que trabalham em SU um rigor científico e técnico cada vez mais diferenciado, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

A investigação sobre as competências e a sua aplicabilidade na gestão das organizações tem, na atualidade, um peso tendencialmente crescente (Ceitil, 2021). De qualquer forma, a competência carece sempre de um contexto em que os conhecimentos e capacidades sejam transmitidos e aplicados, o que implica uma capacidade de comunicação eficaz e eficiente, por forma a demonstrar a referida competência e com esta gerar os resultados pretendidos. A competência caracteriza-se pelos saberes, habilidades, atitudes, mas apenas se materializa aquando da sua aplicabilidade no contexto específico.

A divisão das competências por tipologias não é consensual na literatura, sendo que a divisão mais básica e consensual as separa em dois tipos essenciais – transversais e específicas.

Pelo facto de trabalharmos desde o início da atividade profissional em contexto de urgência/emergência, e reconhecendo a importância que o enfermeiro coordenador de equipa de um SU tem na dinâmica diária de uma organização tão complexa e volátil, admitindo que as diferentes características, capacidades e competências desses elementos tem influência na qualidade dos cuidados prestados, na gestão de conflitos e, quem sabe até, no *outcome* clínico e no grau de satisfação dos utentes, questionamos qual deverá ser o perfil mais adequado dos enfermeiros para assumir este papel preponderante numa equipa de enfermagem.

Também a experiência profissional nos demonstrou que na generalidade dos serviços não existe um modelo com perfil de competências definido que suporte a seleção de enfermeiros para o exercício da função de coordenação de equipa, sendo que, na maioria das vezes, se desconhecem os critérios de escolha e quando existem são subjetivos, conhecendo-se apenas as funções inerentes ao “cargo”.

Assim, e tendo por base o anteriormente elencado, surge então a questão principal desta investigação:

- Qual o perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um Serviço de Urgência?

Para responder a esta questão, delineamos como objetivos deste trabalho:

- identificar as competências que devem integrar o perfil do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU;
- construir e validar uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU.

Por forma a alcançar os objetivos definidos, optámos por um estudo sustentado na técnica de *Delphi*. Para o efeito, suportada na revisão da literatura, foi elaborada uma versão inicial de um questionário sobre o perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU, que viria a ser sujeito a escrutínio por um painel de peritos, conforme procedimento da técnica de *Delphi*.

Este relatório encontra-se dividido em quatro capítulos, organizados sequencialmente. Do primeiro consta o enquadramento teórico que suporta a investigação e a criação do instrumento que estará na base da recolha de dados, e incide sobre os conceitos e tipos

de competências, a contextualização do enfermeiro no SU e mais especificamente, do enfermeiro coordenador de equipa.

No segundo capítulo descreve-se todo o percurso metodológico traçado para atingir os objetivos deste estudo e validar o perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU, bem como as considerações éticas.

Os terceiro e quarto capítulos contêm a apresentação e discussão de resultados, respetivamente, seguidos das principais conclusões, limitações e perspetivas futuras associadas a este estudo.



**CAPÍTULO I – AS COMPETÊNCIAS E O ENFERMEIRO  
COORDENADOR DE EQUIPA DO SERVIÇO DE URGÊNCIA**





Neste capítulo pretendemos compreender melhor o fenómeno aqui em estudo, mediante o confronto do referencial teórico com o saber de enfermeiros experientes, designadamente, a forma como os participantes no estudo interpretam e valorizam as competências necessárias ao exercício profissional do enfermeiro coordenador de equipa de um SU.

O referencial teórico que se apresenta em seguida tenta descrever o conceito de competência e seus determinantes e explorar o SU enquanto contexto único de aquisição de competências no exercício profissional do enfermeiro

## 1 – Competências: conceitos e tipos

A definição da palavra competência bifurca em dois sentidos literais. Se por um lado, competência pode ser descrita como uma capacidade em determinada área, seja ela de que ordem for, por outro, também pode ser definida como uma atribuição. Silva (2008, p. 7) distingue duas perspetivas para definir competência, quando a descreve “como padrão de desempenho, que permite reconhecer o trabalho como competente (*competence*)” e “como comportamento exibido pelo indivíduo, que permite a execução do trabalho com competência (*competency*)”.

Já Chiavenato, citado por Mateus e Serra (2017, p. 90) define competência como uma qualidade detida pelo sujeito e que é autenticada pelos seus pares, mas também como “as características individuais essenciais para o desempenho profissional das pessoas, seja na forma de conhecimentos, habilidades ou atitudes”. Os mesmos autores citam Paiva e Melo definindo “competências como um conjunto de qualificações que um indivíduo detém para executar o seu trabalho com um nível superior de desempenho” (2017, p. 90).

Outra definição é emanada por Rego e Cunha (2019, p. 82) ao designarem competências como *skills*, mas também como traços, referindo que “as *skills* são habilidades ou capacidades para realizar algo de modo eficaz...” e que os “traços são atributos individuais que englobam disposições personalísticas, necessidade e motivos, e valores”, fazendo a ressalva de que as *skills* podem ser inatas ou decorrentes de aprendizagem e passíveis de aperfeiçoamento.

Brandão e Guimarães (2001) aludem à construção de um conceito de competência elaborado por Thomas Durand alicerçado em três dimensões – conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim, esta entende-se como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes interdependentes e necessárias à consecução de determinado

objetivo. Estas dimensões mostram-se de forma interdependente, já que perante uma habilidade se pressupõe que quem a exhibe domine não só a técnica, mas também o saber que a suporta, da mesma forma que um determinado comportamento é sustentado por conhecimentos e habilidades inerentes a tal atitude.

Os mesmos autores salientam a aplicabilidade do conceito de competência tanto à pessoa como ser individual – competências humanas, como a uma organização no seu todo – competências organizacionais, dizendo que as “crenças e valores compartilhados pela equipe de trabalho influenciam sobremaneira a conduta e o desempenho de seus componentes” (Brandão e Guimarães, 2001, p. 10).

Mascarenhas (2009, p. 262) conjuga o conceito de competência e capacidades, as quais se podem apresentar como conhecimentos, habilidades e atitudes que são mobilizadas consoante a especificidade da tarefa, ou seja o “exercício de uma competência consistirá na combinação e na mobilização dessas capacidades para cumprir uma demanda de trabalho, ou um evento”.

Fleury e Fleury (2001, p. 185) também se referem à perspectiva de que “o conceito de competência é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho”, associando um melhor desempenho à inteligência e ao perfil pessoal de cada indivíduo.

Suportados na definição elencada por Zarifian, os mesmos autores descrevem competência como “a inteligência prática para situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam com tanto mais força, quanto mais aumenta a complexidade das situações”, ressaltando que “competência não se limita a um *stock* de conhecimentos teóricos e empíricos detido pelo indivíduo, nem se encontra encapsulada na tarefa” (Fleury e Fleury, 2001, p. 187). Mencionam, ainda, a ideia de Le Boterf de que competência é o combinar de um conjunto de vetores – o indivíduo, a sua formação académica e a sua formação profissional, definindo como “um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros”, e que “implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado” (Fleury e Fleury, 2001, p. 187).

Como tal, Fleury e Fleury (2001, p. 188) definem competência como “um saber agir responsável e reconhecido que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos, habilidades, que agreguem valor económico à organização e valor social ao indivíduo”, destacando que cada organização pode privilegiar diferentes tipos de competências, podendo estas ser “de carácter técnico, comportamental, *gerencial...*”, de acordo com os objetivos traçados pelas mesmas.

Assim, depreende-se que a competência carece sempre de um contexto em que os conhecimentos e faculdades sejam aplicados e transmitidos, o que implica uma capacidade de comunicação capaz e eficiente, por forma a demonstrar a referida competência e com esta gerar os resultados pretendidos. A competência caracteriza-se pelos saberes, habilidades, atitudes, mas apenas se materializa aquando da sua aplicabilidade no contexto específico.

Os autores recorrem a Le Boterf para explicar as ideias presentes na definição que explanaram, desenvolvendo para tal um quadro (Quadro 1) com os principais conceitos.

Quadro 1 - Definições de saberes

Saber agir	Saber o quê e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir;
Saber mobilizar recursos	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências;
Saber comunicar	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos;
Saber aprender	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais. Saber desenvolver-se;
Saber comprometer-se	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se;
Saber assumir responsabilidades	Ser responsável, assumindo os riscos e consequências das suas ações e sendo por isso reconhecido;
Ter visão estratégica	Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas;

(Fonte: Fleury e Fleury, 2001, p. 188)

Por parte das organizações em geral, mas também especificamente da enfermagem, competência será tida, não apenas como o conjunto de saberes (saber ser, saber fazer, saber saber) detidos pelo profissional, mas também pela forma como este os aplica no seu quotidiano, e a forma como se entrega, imiscuindo-se com os princípios e objetivos da organização (Serrano, Costa e Costa, 2011).

A aplicabilidade do conceito de competência na área da gestão de recursos humanos remonta à década de 70, altura em que o psicólogo David McClelland em conjunto com os seus colaboradores, fruto de um estudo sobre o método de seleção de diplomatas americanos, publicou o artigo "*Testing for competence rather than for the intelligence*".

Neste estudo, McClelland (1973) identificou características que diferenciavam indivíduos com uma performance excelente daqueles que demonstravam uma

performance mediana, organizando-as em grupos de competências, definindo quais as que seriam determinantes num elevado padrão de desempenho e na obtenção de resultados de excelência. Esta técnica viria a dar origem a uma metodologia de construção do modelo de competências denominado por *Job Competence Assessment*.

Segundo Ceitil (2021), na década de 80 tornou-se comum a criação de escalas de competências que se baseavam, não apenas naquilo que era a tarefa a desempenhar, mas também nas habilidades necessárias e nas atitudes favoráveis. O mesmo autor cita a definição do conceito de competência de Boyatzis “como as características de fundo de um indivíduo, que guardam uma relação causal com o desempenho efetivo ou superior no posto” (Ceitil, 2021, p. 93).

Camara (2017, p. 15) suporta-se, igualmente, em Boyatzis para afirmar que as competências se medem pelos resultados, sendo caracterizadas como comportamentos ou ações, mas que tais comportamentos estão dependentes de “...valores, traços de personalidade, motivações e autoconceito”. Desta forma, os comportamentos e ações correspondem a *outputs* e os valores, traços de personalidade, motivações e autoconceito correspondem a *inputs* (Camara, 2017; Ceitil, 2021).

Como referido, competência pode ser vista por dois prismas distintos no que se refere ao seu conceito. Camara (2017) aborda os termos *competence* e *competency*, distinguindo-os e relacionando-os com os termos *input* e *output*, relação também estabelecida por Ceitil (2021, p. 95) que cita a distinção elaborada por Linda Ellison que refere que “as *competences* correspondem aos *outputs* especificados, ou esperados, da performance profissional de uma pessoa, enquanto as *competencies* são os *inputs* que essa pessoa traz para a sua atividade profissional e que é suposto resultarem em performance superior”.

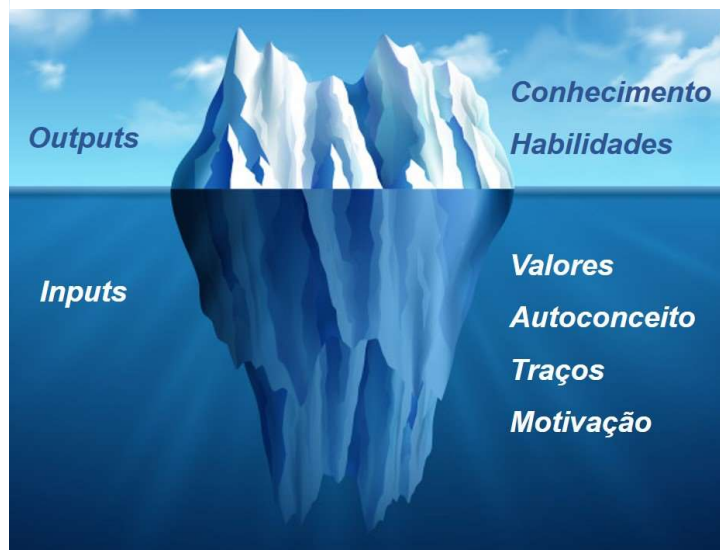
Camara (2017) refere ainda que os comportamentos e ações (*competences*) são de fácil observação e identificação, enquanto os *inputs* (*competencies*), por serem características intrínsecas, são mais difíceis de identificar e objetivar.

Para simplificar a compreensão desta distinção, o autor recorre à analogia do *iceberg* (Figura 1), na qual se percebe que os *outputs* estão na porção acima da linha de água, logo facilmente observáveis; enquanto os *inputs* estão submersos, ocultos e mais difíceis de identificar, mas indissociáveis dos *outputs*. Estes *inputs* são particularidades do indivíduo e que este dificilmente consegue mudar. São eles:

- os valores - presentes nas ideias e orientações de vida do indivíduo;
- o autoconceito - a ideia que o indivíduo tem de si mesmo, a forma como este se vê;
- os traços - atributos físicos e psicológicos do indivíduo;

- a motivação - o que norteia e direciona as ações do indivíduo para a consecução dos objetivos;

Figura 1 - Modelo do iceberg das competências



Fonte: adaptado de Ceitil (2021)

À superfície estão as habilidades e o conhecimento - *outputs*, é nestes que se centraliza o estudo das competências, já que são facilmente identificáveis e é neles que é possível intervir por forma a serem desenvolvidos (Ceitil, 2021).

Ceitil (2021) sustenta-se nos conceitos de competência de vários autores para distinguir dois tipos de competências presentes num modelo de competências: as transversais (ou genéricas) e as específicas, divisão corroborada por Camara (2017).

As competências transversais são comuns a várias conjunturas, aplicáveis a qualquer colaborador, logo inespecíficas e sem qualquer particularidade profissional ou situacional, não podendo ser hierarquizadas. As competências específicas, pelo contrário, estão relacionadas com uma função concreta, e podem ser hierarquizadas (Ceitil, 2021). Quando definidas e associadas às competências genéricas, definem o perfil de uma determinada função (Camara, 2017).

Rego e Cunha (2019) abordam a temática da liderança, seccionando as competências em quatro núcleos (Figura 2):

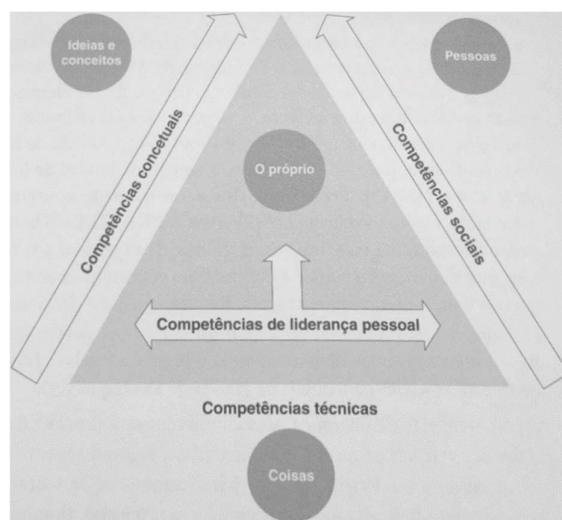
- competências técnicas - são aquelas que se relacionam com a aptidão do indivíduo no domínio de atividade da organização,

- competências sociais - referem-se à capacidade de estabelecer e manter relações profícuas com outros indivíduos e/ou entidades;

- competências conceptuais - traduzem a capacidade de analisar e compreender a envolvente da realidade que rodeia o indivíduo. Definir problemas, perceber a origem dos mesmos, planificar e definir cenários, bem como o pensamento crítico são alguns exemplos dessas capacidades;

- competências de liderança pessoal - reportam à capacidade do indivíduo, de forma disciplinada, se gerir a si próprio.

Figura 2 - Núcleos de competências



Fonte: Rego e Cunha (2019)

Na opinião de Camara (2017), as competências podem ser divididas em 3 grupos a que o autor chama de *clusters*. Esta separação pressupõe a organização das competências em conjuntos homogêneos, tendo em conta a natureza de cada uma delas, que podem dar origem a subgrupos (*subclusters*) que vão de encontro à especificidade da organização.

De acordo com o autor, os três *clusters* de competências são *liderança e gestão*, que agrupam as competências direcionadas para definir a estratégia da organização, conseguindo mobilizar e comprometer os colaboradores com essa estratégia e “levá-las a passar à ação para concretizar a mudança” (Camara, 2017, p. 20); as *técnico-profissionais*, que reúne as competências relacionadas com as habilidades, conhecimentos e experiência profissional (o que está acima da superfície da água, na analogia do *iceberg*), as quais estão habitualmente certificadas e/ou documentadas, e

como tal, são facilmente verificáveis; por último, as *comportamentais*, que se referem aos comportamentos, atitudes e qualidades pessoais do indivíduo (a parte submersa do *iceberg*) e que se dividem em dois *subclusters* – competências pessoais e competências interpessoais.

Como referido, a construção de um modelo de competências de uma organização inclui dois tipos de competências: as transversais (ou genéricas) e as específicas. Como o próprio nome indica, as transversais deverão estar presentes no portefólio de competências de qualquer colaborador dessa organização. Já as específicas deverão escrutinar as características de cada família de funções da organização, quando somadas às competências transversais formarão o perfil de competências específico para a função pretendida (Camara, 2017).

A identificação e seleção das competências transversais têm como objetivo principal definir competências que reflitam o *mindset* de uma organização, alinhando-as com os valores e cultura da mesma. Normalmente são definidas por um painel de gestores de topo da organização (Camara, 2017). As competências específicas, por estarem direcionadas para uma determinada função, são também identificadas por um painel de gestores, que nesta situação em concreto, são da área específica dessa função. Para esta identificação, é também comum tomar-se como exemplo pessoas com performances superiores na função, e até recorrer a peritos de outras organizações para a tomada de decisão na seleção das competências específicas (Camara, 2017).

Este autor salienta a importância de, em primeira instância, os painéis de identificação e seleção esclarecerem qual a definição de cada uma das competências para que, independentemente do recrutador ou avaliador, todos os candidatos possam ver as suas competências avaliadas de forma justa e concordante com as definições predefinidas.

Ainda segundo o mesmo autor, os perfis de competências não têm uma predefinição em número de competências, podendo variar conforme a especificidade da função, embora a recomendação seja de constituir perfis que contenham entre oito e doze competências. A explicação para esta recomendação direciona-se para as escolhas realizadas através de entrevista, em que o avaliador deverá conseguir enquadrar a informação que obtém na entrevista com o perfil definido. Se este for extenso, a informação conseguida em entrevista nunca conseguirá responder com precisão a todas as competências.

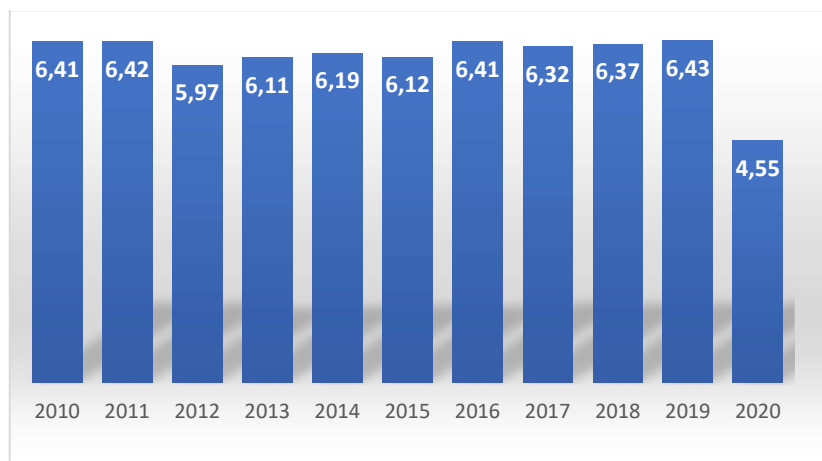


## 2 – O Enfermeiro no Serviço de Urgência

A definição de SU está inscrita no Despacho Normativo n.º 11/2002, de 6 de março, no art. 1º, referindo-se a este como um “serviço de ação médica hospitalar” e “serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas”. É a área hospitalar que tem por finalidade dar resposta a situações agudas urgentes e/ou emergentes, funcionando, para isso, ininterruptamente 365 dias por ano. Ainda assim, o fácil acesso aos SU por parte da população portuguesa traduz-se em números elevados de episódios de urgência, o que leva a uma sobrecarga dos serviços e dos sistemas de saúde (Pereira *et al.*, 2019).

Como referido anteriormente, os números anuais de episódios de urgência são muito elevados, atingindo números superiores a 6 milhões (Gráfico 1).

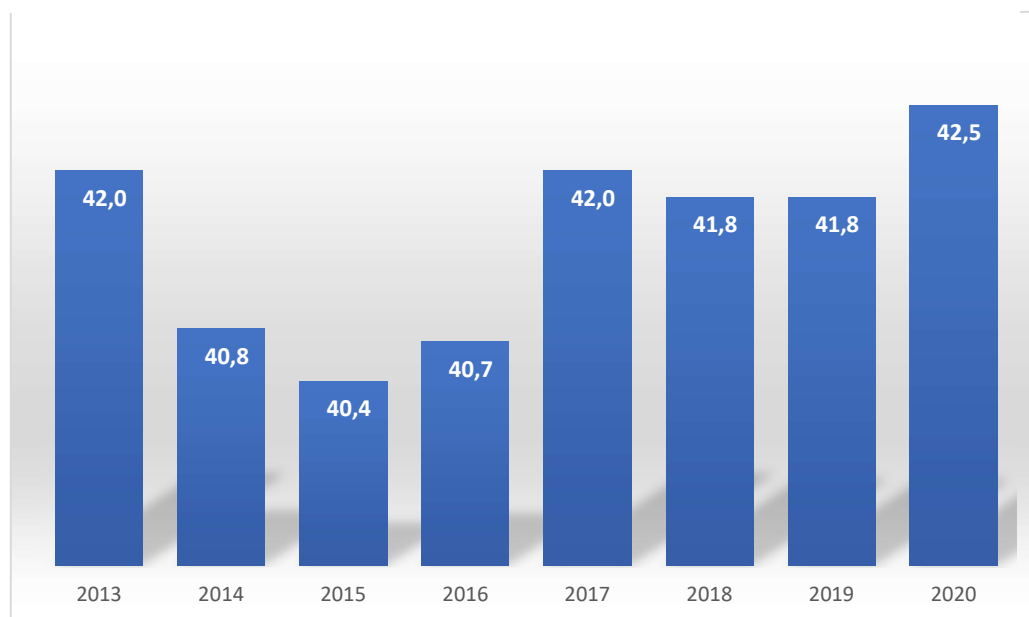
Gráfico 1 - Episódios de urgência (em milhões)



Fonte: adaptado de Relatório anual - acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2020)

Segundo o relatório de 2012 da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Urgência/Emergência (CRRNEU), corroborado pelos dados da ACSS (Gráfico 2), cerca de metade dos episódios de urgência a que o mesmo se refere foram considerados, pelo sistema de triagem de Manchester, como não urgentes (pulseira branca ou azul) ou pouco urgentes (pulseira verde).

Gráfico 2 - Percentagem de episódios de urgência com prioridade branca, azul ou verde



Fonte: adaptado de Relatório anual - acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2020)

Aliado a este facto, no referido relatório é salientado que os episódios abertos em igual período de tempo nas estruturas associadas a cuidados de saúde primários para dar resposta a situações agudas não urgentes foram apenas de quatro milhões, comparativamente com os seis milhões de episódios em serviços de urgência dos diferentes níveis de diferenciação.

Os SU no nosso país estão qualificados em três níveis distintos, de acordo com o seu nível de diferenciação e capacidade de resposta. Esta qualificação está inscrita no Despacho n.º 18459/2006, de 12 de setembro, revogado pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, o qual define a rede de serviços de urgência. Os três níveis elencados, por ordem decrescente de diferenciação, são: serviço de urgência polivalente (SUP), serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC) e serviço de urgência básica (SUB). O mesmo despacho define igualmente as características de cada um dos níveis de diferenciação, passando pelos recursos técnicos, materiais, formação, indicadores de qualidade e meios humanos, nos quais se incluem as valências clínicas, e até o número mínimo de habitantes abrangidos pela unidade de urgência.

Tal como descrito anteriormente, o SU, pela diversidade de situações e pelo sentimento de adrenalina que delas advém, distingue-se como uma área interessante para os jovens profissionais no início da sua atividade profissional, interesse este que traz consigo um sentimento de insegurança e inaptidão. As situações potencialmente fatais

para um utente não acontecem de forma ordenada e agendada, conferindo um sentimento de expectativa ao contexto profissional. Suceder-se-à uma simultaneidade de situações que requerem maior alerta e disponibilidade de profissionais, quer em número quer em tempo. As equipas são, na maioria dos contextos de urgência da realidade portuguesa, diminutas em número face às necessidades sentidas.

Devido à elevada afluência aos SUB, SUMC e SUP, pela falta de capacidade de resposta, pela desorganização e por lidar em toda a sua linha com a saúde e a vida humana, o SU torna-se um ambiente por demais favorável para o aflorar de emoções. Como tal, é frequente que este seja um ambiente tenso e catalisador de conflitos.

A prestação de cuidados de enfermagem no SU implica um nível de exigência, complexidade e especificidade acrescidos, e envolve um elevado número de recursos humanos que diferem entre si, não apenas pelos diferentes trajetos académicos e profissionais, com formação específica em diferentes áreas, mas também pelas diferentes metodologias, perspectivas e valores que caracterizam a sua individualidade. Como tal, a conjugação destas diversidades num trabalho que se exige como sendo de equipa, deverá ser uma prioridade e uma preocupação das chefias na organização dos SU.

Em 2003, a OE, como órgão regulador da profissão de enfermagem, definiu o perfil do enfermeiro de cuidados gerais, traçando um caminho para excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem. Esse perfil de competências, reorganizado em 2015, é constituído por três domínios – responsabilidade profissional, ética e legal; prestação e gestão dos cuidados; desenvolvimento profissional (*Regulamento n.º 190/2015*, 2015).

Segundo Costa e Gaspar (2017), a competência dos enfermeiros tende a aumentar com a idade e com a experiência profissional, independentemente do local de prestação de cuidados, visão que os autores afirmam ser partilhada por Oliveira e Queirós e Chang *et al.*(2001).

Como mencionado, o interesse dos enfermeiros na formação pós-graduada tem vindo a aumentar nos últimos anos o que, de acordo com alguns estudos, se tem revelado uma mais-valia. Costa e Gaspar (2017) afirmam que os cursos de mestrado em enfermagem permitem aos enfermeiros desenvolver capacidades de liderança e gestão que podem vir a ser aplicadas nos seus locais de trabalho, bem como fortalecer capacidades de raciocínio a um nível superior.

Ainda que a literatura na área não seja vasta, depreende-se que as competências de um enfermeiro que presta cuidados num local de elevada exigência como é o SU, deverão ter sempre por base o perfil de competências de qualquer enfermeiro, ainda

que existam alguns autores (Beja, Bandeira e Barros, 2009; Costa e Gaspar, 2017) que definam competências específicas para quem trabalha num serviço em que a exigência e o desafio são constantes.

A enfermagem no SU caracteriza-se por ser pluridimensional e multifacetada, tal é a diversidade de conhecimentos exigida. Implica o conhecimento de múltiplos sistemas do organismo e processos de doença, exigindo capacidades ímpares de avaliação, reconhecimento, intervenção e tratamento, sendo que estas podem ser de âmbito geral ou especializado (MacPhail, 2001).

No estudo de Holanda, Marra e Cunha (2015), as autoras tinham por objetivo traçar um perfil de competências profissionais do enfermeiro de emergência que fosse adaptado à realidade brasileira. Deste modo, definiram um perfil composto por oito competências:

- Desempenho “assistencial” - capacidade do enfermeiro em prestar cuidados de forma individualizada, atendendo às necessidades e expectativas dos clientes, suportando-se em conhecimento científico e técnico essencial a um resultado de qualidade;
- Trabalho em equipa - capacidade de desenvolver ações concertadas com o grupo de trabalho na execução das tarefas por forma a alcançar objetivos comuns com espírito corporativo;
- Liderança - capacidade de influenciar os outros nas atitudes e comportamentos na execução das tarefas, utilizando a melhor estratégia para a consecução dos objetivos;
- Humanização - capacidade para prestar cuidados com dignidade, de acordo com a cultura, valores e crenças, num ambiente com as condições mínimas de atendimento e trabalho;
- Relacionamento interpessoal - capacidade de interagir com as pessoas de forma cordial, empática e profissional;
- Tomada de decisão - capacidade de traçar uma linha de ação entre as várias alternativas para atuar nas diversas situações, tendo em conta conhecimentos, experiências, limites e riscos;
- Orientação para os resultados - capacidade para desempenhar as tarefas, focado nos resultados e de acordo com as linhas de ação traçadas, em que os objetivos, tarefas e responsabilidades foram previamente definidos;

- Proatividade - capacidade para responder com prontidão, direcionando esforços para as situações que podem ser resolvidas pela sua interferência e para antecipar ações antes que os problemas surjam, de forma consciente e responsável.

Como referido, a enfermagem em contexto de urgência pauta-se pela exigência resultante da polivalência e pluridisciplinaridade que, de forma transversal, caracterizam os SU, independentemente do nível de diferenciação. E esta exigência parte, não apenas dos órgãos de gestão mas, cada vez mais, dos utentes / clientes.

Segundo Costa e Gaspar (2017, p. 52), o enfermeiro perito é aquele que detém um corpo de conhecimentos aprofundado e se distingue pelas capacidades de “liderança, supervisão e de promoção da mudança e pelas capacidades de comunicação e relacionais acrescidas”, bem como pela “(...) capacidade para, de uma forma reflexiva atuar, planificar, sistematizar e avaliar de forma consistente”.

Como tal, espera-se dos enfermeiros que trabalham em SU um rigor científico e técnico cada vez mais diferenciado, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados prestados.

Desta forma, a Ordem dos Enfermeiros (OE), através do Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro, no seu preâmbulo, enumera as competências comuns do Enfermeiro Especialista, definindo-o como

*o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011)*

O mesmo regulamento esclarece que a “definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” e que, independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas partilham um leque de conhecimentos, também designados por domínios, que o regulamento define como competências comuns.

Este regulamento foi, entretanto, revogado pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro que, também no preâmbulo, define que “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Diário da

República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019). O mesmo documento elenca como competências comuns do enfermeiro especialista as seguintes:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:
  - Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
  - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade:
  - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
  - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
  - Garante um ambiente terapêutico e seguro.
- Competências do domínio da gestão dos cuidados:
  - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
  - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
- Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:
  - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
  - Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica.

No que respeita às funções de coordenação de equipa de enfermagem, a OE salienta as competências atrás referidas do domínio de gestão dos cuidados para reforçar que tais funções devem ser exercidas, preferencialmente, por enfermeiros especialistas, o que, no caso específico do SU, compete aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. São exemplo disto o parecer n.º 20/2015 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, ao afirmar que “dispondo as equipas dos serviços de urgência de profissionais com estas competências, deverão ser estes a exercerem as funções de chefes de equipa” (Ordem dos Enfermeiros, 2015), e o Parecer conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica da OE quando refere que o enfermeiro que assume

a responsabilidade do turno deverá “possuir um conjunto de competências, que integra cumulativamente as competências comuns e específicas na área de especialização de acordo com o *core* de conhecimentos científicos da respetiva unidade orgânica/serviço”, o que permitirá que este seja “(...) Líder no conhecimento, nas capacidades e habilidades centradas no *core* da disciplina, da cultura organizacional e do serviço/unidade de cuidados, de modo a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras”(Ordem dos Enfermeiros, 2017).

### 3 – O enfermeiro coordenador de equipa no Serviço de Urgência

Como mencionado anteriormente, a “figura” do enfermeiro coordenador não se encontra definida nem regulamentada no nosso país, assumindo até diferentes nomenclaturas no universo da enfermagem em Portugal, passando por “coordenador de equipa de enfermagem”, “chefe de equipa de enfermagem” ou até, ainda que com distinção na sua essência, “responsável de turno de enfermagem”.

Ainda que a OE se refira, em alguns pareceres, ao enfermeiro chefe de equipa, esta figura não consta da carreira especial de enfermagem, sendo a sua presença na estrutura organizacional definida internamente, sem transversalidade entre instituições, mesmo entre as que têm dependência da tutela do ministério da saúde.

Como tal, e partindo do princípio de que a figura do enfermeiro coordenador de equipa existe, ainda que de forma não legislada ou regulada, torna-se imperioso definir o conceito de enfermeiro coordenador de equipa.

Segundo Marques (2019, p. 63) um enfermeiro coordenador de equipa pode caracterizar-se “como sendo um elemento central da equipa que integra e das respetivas unidades funcionais onde exerce funções”, “(...) assumindo funções de responsabilidade acrescida na gestão dos cuidados”, “(...) sendo um elemento que trabalha lado a lado com os seus pares, não se evidenciando um cargo bem definido”. A autora refere ainda que estes profissionais devem ter o reconhecimento da equipa como pilares e como um exemplo, e estar capacitados de competências técnicas e relacionais, das quais destaca a comunicação, motivação, maturidade pessoal e profissional e o desenvolvimento da equipa.

Na opinião de Frade (2006, p. 70), o enfermeiro coordenador de equipa “assume um conjunto de competências como representante do enfermeiro chefe de serviço”, como tal, “é desejável que para além dos conhecimentos de enfermagem gerais e específicos,

estes profissionais sejam detentores de outros conhecimentos e características (...). Entre elas, o autor salienta capacidade de liderança, motivação, comunicação, gestão de conflitos, coordenação, tomada de posição e empatia. O coordenador de equipa assume, assim, um papel de charneira entre os clientes do serviço e os órgãos de gestão da instituição em que estão inseridos, ao gerirem os recursos e cuidados prestados sem negligenciar os objetivos e estratégias da organização.

No Parecer n.º 03/2016, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) refere que é imperativo clarificar e criar cargos de gestão intermédia, que tenham como função colaborar e apoiar as chefias de enfermagem na gestão dos serviços, e esclarece que, na área de atuação a que reportam, os enfermeiros chefes, chefes (ou coordenadores) de equipa ou responsáveis de turno, devem ser peritos, reconhecendo-se-lhes o conhecimento, as capacidades e as habilidades, devendo para isso, ser detentores do título de especialista na área em questão.

Ainda no âmbito dos órgãos da OE, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC) no Parecer n.º 20/2015 refere-se às competências do enfermeiro chefe de equipa de um SU, recorrendo ao art. 4º do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de fevereiro, salientando que a gestão de cuidados é um dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, e que as competências associadas a esse domínio são: 1) gerir os cuidados, “optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional” e 2) adaptar a liderança “e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (2011, p. 8649); e ao Regulamento n.º 124/2011 de 18 de fevereiro que define como competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica:

*a) Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; b) Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da concepção à acção; c) Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (2011, p. 8656)*

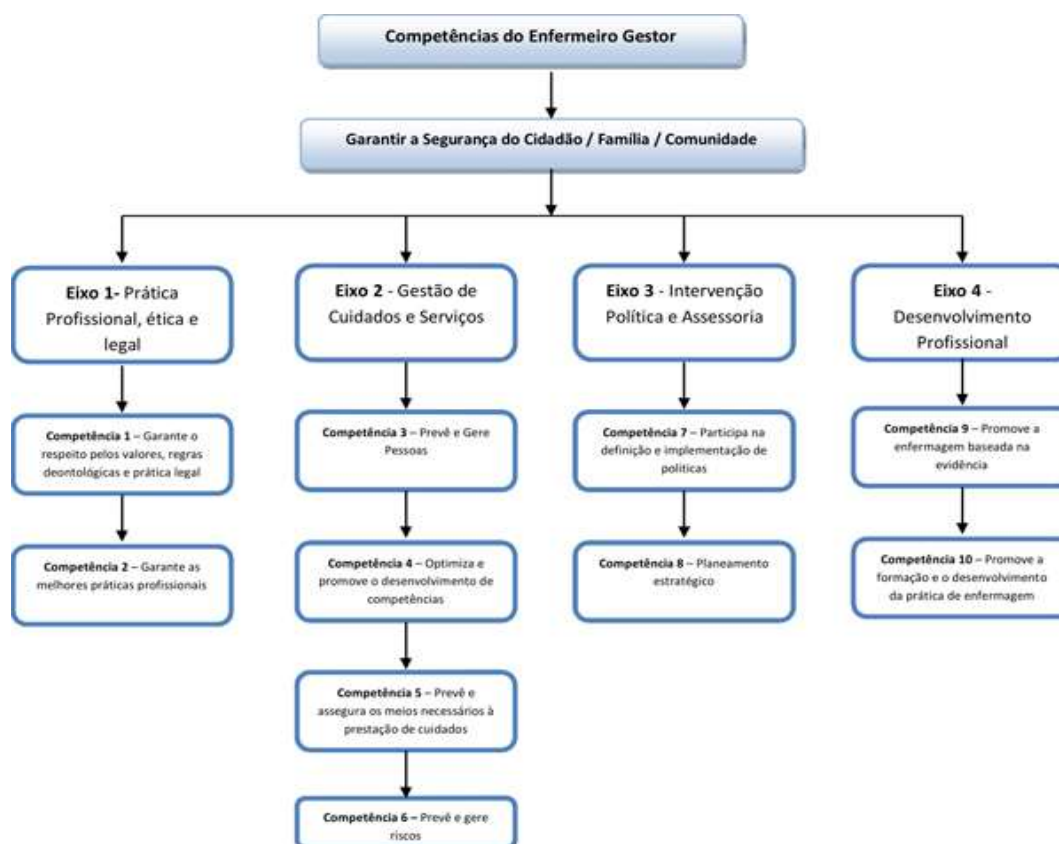
O mesmo documento, à semelhança do Parecer n.º 03/2016 de 17 de junho da MCEESMO, define que as funções de coordenação de equipa devem ser exercidas por enfermeiros especialistas, neste caso, em enfermagem médico-cirúrgica. Importa



salientar o facto de que ambos os regulamentos que suportam este parecer (n.º 122/2011 e n.º 124/2011, ambos de 18 de fevereiro) foram, entretanto, revogados pelos Regulamentos n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e n.º 429/2018 de 16 de julho, respetivamente, ainda que os excertos citados se mantenham inalterados na sua quase totalidade.

Segundo a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGEL), as características, capacidade e desempenho dos enfermeiros gestores estão diretamente relacionadas com o nível de segurança e com a qualidade dos cuidados prestados, sendo que “enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de qualidade” (2013, p. 1). Neste sentido, a APEGEL apresentou à OE um referencial de competências para enfermeiros da área da gestão, fruto do consenso entre esta entidade e diversos enfermeiros gestores, no qual são definidas dez competências. Estas estão divididas em quatro eixos de intervenção (Figura 3) e pretendem garantir uma resposta eficiente e com garantia de qualidade nos diversos níveis de atuação dos enfermeiros.

Figura 3 - Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão



Fonte: APEGEL, 2013 (<http://www.apegel.org/Paginas/valencias>)

No sentido de criar uma proposta de um perfil de competências do enfermeiro coordenador de um SU, e com o intuito de identificar um conjunto de competências a serem sujeitas a escrutínio por um painel de peritos na área em estudo, foi realizada uma pesquisa que envolveu diretrizes de entidades de referência nacionais e internacionais – APEGEL (2013); EfCCNa (2013); OE, (2015 e 2016); EuSEN (2017); ENIG (2018); ANA (2018), bem como estudos de investigação (Frade, 2006; Augusto e Rodrigues, 2013; DeRuggiero, 2014; Kallas, 2014; McGill University, 2017; Marques, 2019). As competências identificadas foram, posteriormente, agrupadas por tipologia segundo a classificação de Camara (2017) – competências comportamentais, competências técnico-profissionais e competências de liderança e gestão.

Apesar de haver concordância na maioria das competências encontradas na bibliografia anteriormente descrita, não havia em cada fonte uma definição única para cada competência. Dessa forma, alicerçadas na bibliografia encontrada (Augusto e Rodrigues, 2014; Camara, 2017; Ceitil, 2021), foram encontradas definições para cada uma das competências (Apêndice E – **Lista de competências identificadas e respetiva definição**), por forma a permitir ao painel de peritos fazer o seu juízo sem que houvesse lugar a dualidade de interpretação sobre o conceito das competências.

Terminada a abordagem teórica das competências e do contexto clínico, torna-se imperioso descrever o percurso metodológico, à luz da problemática em estudo e seus objetivos.



## **CAPÍTULO 2 - PERCURSO METODOLÓGICO**



Em qualquer disciplina o papel da investigação é de vital importância no seu desenvolvimento, constituindo-se como o pilar que sustenta a prática e atesta a credibilidade perante a comunidade científica, ao “alargar o campo de conhecimentos (...) e a facilitar o desenvolvimento desta como ciência” (Fortin, 2009b, p. 18).

No que à enfermagem diz respeito, a investigação é importante pelos contributos para a construção de evidência científica, ao estabelecer uma base científica que norteia e sustenta a prática de cuidados e tem a sua origem documentada em meados do século XIX com estudos feitos por Nightingale sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Fortin, 2009b).

É objetivo deste capítulo descrever o percurso metodológico deste estudo de investigação, ou seja, descrever os métodos utilizados para dar resposta à questão de investigação. Segundo Fortin (2009b), esta fase divide-se em quatro etapas: escolher o desenho de investigação; definir a população e amostra; definir variáveis; e escolher os métodos de colheita de dados. Deste modo, após revisitar a problemática em estudo e os objetivos delineados, apresentamos o desenho deste estudo de investigação.

## 1 – Problemática em estudo e objetivos

Estudos no âmbito da liderança têm vindo a aumentar nas últimas décadas dada a importância desta na dinâmica de qualquer organização, nomeadamente em organizações de saúde, sujeitas a mudanças políticas e de recursos constantes (Rezende e Duarte, 2017). Exemplo disso são os SU, onde os fluxos de clientes são permanentemente variáveis, bem como a rotatividade de recursos humanos. É também de salientar o papel fulcral que a liderança tem na dimensão organizacional de qualquer empresa, e as unidades hospitalares não fogem a essa regra. Sendo o SU a porta de entrada de uma percentagem considerável de clientes, é notória a importância que estes serviços têm na dinâmica das organizações hospitalares.

No que respeita à enfermagem, e fruto dos picos de afluência esperados em determinadas alturas do ano, chega aos SU, anualmente, um número elevado de profissionais (na sua maioria sem experiência profissional) que, por limitações de contratação impostas pelos organismos públicos que tutelam o setor da saúde, vê a sua permanência nos serviços resumir-se a uma fugaz passagem, algo para o qual já têm consciência no momento do ingresso. Fora destes picos de afluência, os SU têm equipas de enfermagem em número reduzido, com cargas horárias mensais bem

superiores ao regulamentado e, muitas vezes, a trabalhar com condições estruturais desadequadas a uma prestação de cuidados digna e segura.

Tendo um percurso profissional ligado à enfermagem em contexto de urgência e emergência, intra e extra-hospitalar, cientes das diferentes características, capacidades e competências dos elementos com responsabilidade de coordenação de equipa, questionamo-nos se estes influenciam as dinâmicas organizacionais, a qualidade dos cuidados prestados, a gestão de conflitos, etc. O mesmo percurso demonstrou-nos que, genericamente, os serviços não dispõem de um modelo que sustente a identificação do perfil desejado e, assim, suporte a seleção de enfermeiros para funções de coordenação, sabendo que, por norma, se desconhecem ou são subjetivos os critérios, conhecendo-se apenas as funções inerentes ao “cargo”.

A função de coordenação nas equipas de enfermagem em Portugal não é muito clara e pouco ou nada normalizada, mas como mencionado no capítulo anterior, a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, no parecer n.º 20/2015, afirma que devem ser os enfermeiros especialistas a exercer as funções de chefia de equipa.

Assim, e tendo por base o exposto, surge então a questão principal desta investigação:

– “Qual o perfil de competências de um enfermeiro coordenador de equipa de um Serviço de Urgência?”

Para responder a esta questão, definimos os seguintes objetivos para este estudo:

- Identificar as competências que devem integrar o perfil do enfermeiro coordenador de equipa de um SU;
- Construir e validar uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU.

Desta forma, a finalidade do estudo consiste em contribuir para a identificação e seleção de profissionais capacitados para o desempenho de funções especializadas, designadamente a coordenação de equipas de enfermagem, exponenciando a segurança e a excelência dos cuidados.

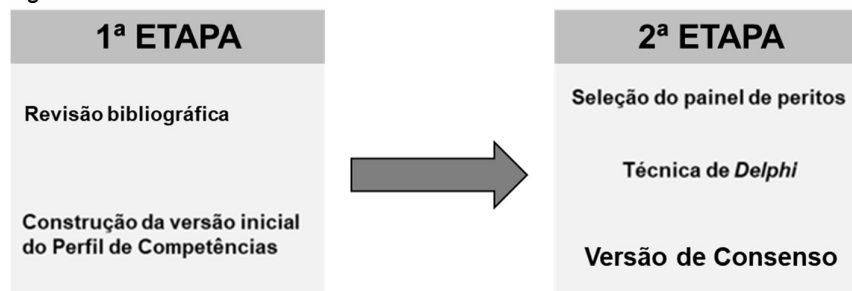
## 2 - Desenho do estudo

Os estudos de investigação de abordagem qualitativa estão associados ao estudo dos seres humanos, numa perspetiva holística, acreditando na existência de mais do que uma realidade e que cada uma dessas realidades é permeável ao tempo e às perceções de cada indivíduo (Fortin, 2009b). Neste método de estudo, o investigador escolhe o fenómeno que deseja estudar e aprofunda-o com o intuito de construir uma nova realidade com significado para si e/ou para os indivíduos que partilham o fenómeno em estudo (Fortin, 2009b). Tendo sempre em consideração o ponto de vista dos participantes no estudo, é objetivo da abordagem qualitativa “descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência” (Fortin, 2009a, p. 32). Neste sentido, escolhemos esta abordagem para nortear este trabalho de investigação.

Tendo em conta que o objetivo principal deste estudo é a construção e validação de um perfil de competências para uma função específica, dentro das funções do enfermeiro de um SU, optámos por um estudo de Delphi, “que consiste numa série de envios e de retornos de questionários visando estabelecer um consenso num grupo de peritos sobre um assunto em particular” (Fortin, 2009a, p. 394). Uma das principais vantagens desta técnica prende-se com o facto de conseguir reunir um grupo de peritos no complexo procedimento de construção de um consenso, mantendo o anonimato dos participantes durante todo o processo. De salientar, também, é a importância que a literatura atribui à heterogeneidade do grupo, sendo relevante para o consenso a participação de um grupo variado em experiências, áreas de especialidade ou perspetivas.

Como tal, este estudo desenvolveu-se em duas etapas (Figura 4). Numa primeira etapa teve lugar a revisão bibliográfica e a construção de uma proposta do perfil do enfermeiro coordenador de equipa, e numa segunda etapa procedemos à seleção do painel peritos, de acordo com os critérios definidos, e posterior submissão e validação da proposta através da técnica de consenso.

Figura 4 - Fases do estudo



Fonte: elaborado pelo autor



## 2.1 - Técnica de *Delphi*

Como referido, o método eleito assenta na Técnica de Delphi, que constitui uma técnica de grupo que funciona pela interação entre investigador e um grupo escolhido de peritos em determinada área. Tem como objetivo atingir consenso através de um processo sistematizado por etapas, as quais habitualmente se denominam por rondas, para obter informação e opiniões, e permite obter juízos em assuntos complexos sobre os quais a informação é escassa e/ou pouco precisa (Yousuf, 2007). É um processo iterativo, mas sem interação “cara-a-cara” entre investigador e peritos, bem como entre peritos. Os resultados são analisados a cada ronda, sendo estes compilados e remetidos novamente ao grupo para outra ronda. Desta forma, os intervenientes têm acesso às respostas do grupo e têm a oportunidade de responder novamente, podendo manter ou alterar a sua resposta.

A bibliografia distingue algumas variações ao método original, mas defende que existem características básicas inerentes a esta técnica. São elas o anonimato, o *feedback* controlado das respostas ao grupo, a síntese e construção da resposta do grupo como um todo e a possibilidade de revisão e alteração das respostas pelos peritos ao longo das diferentes rondas.

A questão do anonimato é aquela que reúne maior consenso como sendo uma das características mais importantes e diferenciadoras da técnica de Delphi (Marques e Freitas, 2018; Scarparo *et al.*, 2012; Hsu e Sandford, 2007; Yousuf, 2007; Kayo e Securato, 1997). Segundo os autores, o facto de o investigador conseguir manter o anonimato dos participantes ao longo de todo o processo permite ultrapassar problemas de comunicação que podem surgir na interação presencial; evita a eventual influência dos peritos com maior capacidade de persuasão sobre os restantes; combate a natural relutância de algumas pessoas em falar e exprimir opiniões em público; e evita o constrangimento que os peritos podem sentir em alterar a sua opinião ao longo das rondas.

Outras vantagens desta técnica descritas pela literatura são: fácil acesso a peritos geograficamente mais distantes, principalmente na atualidade com o recurso às tecnologias de informação (Powell, 2003; Scarparo *et al.*, 2012; Yousuf, 2007); consoante a diferenciação dos peritos, a produção de ideias entre rondas, tanto em quantidade, como em qualidade e especificidade (Powell, 2003; Scarparo *et al.*, 2012); a não influência direta entre peritos, já que não existe contacto (Scarparo *et al.*, 2012;

Yousuf, 2007); e o baixo custo associado ao método (Scarparo *et al.*, 2012; Yousuf, 2007; Powell, 2003).

Como desvantagens, são elencadas a dificuldade em formar o painel de peritos, já que a técnica de Delphi se torna tanto mais eficaz quanto maior for o conhecimento dos participantes sobre o tema em estudo (Scarparo *et al.*, 2012; Powell 2003); a complexidade na elaboração do questionário, para que este não seja ambíguo e se evitem vieses, o que requer um conhecimento aprofundado sobre o tema (Scarparo *et al.*, 2012; Powell 2003); o tempo necessário aos peritos para formularem as suas respostas, podendo tornar-se num processo moroso, o que pode levar ao abandono de alguns participantes (Scarparo *et al.*, 2012; Yousuf, 2007; Powell 2003).

Na utilização da técnica de Delphi no desenvolvimento de um trabalho de investigação, há que planear e transpor as fases necessárias à execução da referida técnica. Para tal, é necessário escolher e convidar os peritos a participar no estudo, definir critérios de consenso, criar um primeiro questionário e submetê-lo aos participantes, recolher as respostas e analisá-las por forma a desenvolver um segundo questionário, devolvendo-o aos participantes, acompanhado pela súmula das primeiras respostas. Este processo repete-se até que haja consenso entre os participantes, sendo que o mínimo aconselhado são as duas rondas (Scarparo *et al.*, 2012) e o máximo ideal serão quatro rondas (Kayo e Securato, 1997).

## 2.2 – A seleção dos peritos: princípios e critérios

No que concerne à escolha dos participantes para integrarem o painel de peritos, Powell (2003) refere a importância para o sucesso da técnica de Delphi de duas considerações essenciais: a dimensão e as qualificações dos peritos.

Quanto à dimensão, a literatura não é consensual sobre um número ideal de participantes, mas defende que esta possa variar consoante o âmbito do tema em estudo (Powell, 2003) e que o investigador deve ter em atenção a questão da abstenção e/ou desistência dos participantes, a qual ronda os 30% (Scarparo *et al.*, 2012). Como tal, depreende-se que quanto maior for o número de participantes, maior a probabilidade de se conseguir um consenso sólido.

Em relação às qualificações, fator referido como determinante no sucesso e credibilidade da técnica (Scarparo *et al.*, 2012; Powell, 2003), a seleção do painel deverá ter em conta que a diversificação de experiências e a heterogeneidade do grupo de

peritos que compõem um painel num estudo *Delphi*, é algo que acrescenta valor e dimensão ao consenso obtido (Marques e Freitas, 2018), sendo primordial a reconhecida *expertise* dos participantes no tema em estudo.

E porque aos participantes de estudos desta natureza se exige o reconhecimento como peritos, é pertinente a definição do termo. Assim, perito é “alguém cujo saber e educação num dado campo é reconhecida – e, aqui, tanto na perspetiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional” (Nunes, 2010, p. 3). Segundo a autora, os peritos podem diferenciar-se e deter *expertise* em diferentes áreas e domínios.

Neste sentido, Nunes (2010) distingue, entre outros, os domínios científico, técnico e prático, clínico (na prestação de cuidados), gestão e investigação. O domínio científico, normalmente associado a diferenciação académica, relaciona-se com a produção de conhecimento e com o pensamento crítico e fundamentado na teoria. Já o domínio técnico e prático reporta às competências técnicas que, com a devida sustentação teórica, permitem um agir capaz associado a tomada de decisão autónoma. O domínio clínico, relacionado com a prestação de cuidados, associa o perito a um papel de referência no seio da equipa, sendo reconhecido como tal, e a servir-se da sua *expertise* para influenciar e instruir os seus pares, favorecendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. No domínio da gestão importa referir a capacidade dos peritos em influenciar e conduzir equipas na direção traçada para a consecução dos objetivos. Por último, o domínio da investigação refere-se ao conhecimento do processo, métodos e técnicas de investigação e “a capacidade de análise e de síntese, o carácter metódico da intervenção e das suas observações” (Nunes, 2010 p. 6).

Desta forma, e porque o objeto deste estudo se relaciona com a disciplina Enfermagem, impõe-se como primeiro critério para a seleção de peritos, a licenciatura em Enfermagem.

Com este critério como ponto de partida, considerando o explanado anteriormente e a ideia emanada por Nunes (2010, p. 9) de que há “uma vantagem que é preciso ponderar e majorar: a das sinergias entre os diversos tipos de peritos...”, definimos ainda os seguintes critérios para a seleção do painel de peritos:

- Experiência em investigação, com ênfase na área do estudo das competências em enfermagem;
- Experiência em direção de serviços de Enfermagem;

- Experiência em chefia de serviços de urgência, polivalentes, médico-cirúrgicos ou básicos;
- Experiência  $\geq 5$  anos na coordenação de equipas de enfermagem de serviço de urgência polivalente;
- Experiência  $\geq 5$  anos como responsável de turno de serviço de urgência médico-cirúrgico ou básico.

Como descrito anteriormente, o único critério absoluto era a licenciatura em Enfermagem e, com os critérios relativos escolhidos, ambicionava-se conseguir um painel heterogéneo em perspetivas e experiências, que enriquecesse sobremaneira a eventual versão de consenso. Posto isto, procedeu-se, então, à seleção dos peritos a convidar para integrar o painel que tomaria posição na técnica de *Delphi* e de forma intencional, optamos por incluir enfermeiros com *expertise* na área da gestão de serviços hospitalares, na gestão de cuidados e, também em investigação na área das competências em enfermagem. Este processo foi assente na amostragem por rede, técnica na qual “os indivíduos recrutados inicialmente segurem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas” que se enquadrem nos critérios de inclusão definidos (Fortin, 2009a, p. 322).

Da aplicação de todo este processo resultou um grupo de peritos, cuja caracterização será descrita no ponto que se segue.

### 2.2.1 – Caracterização do painel de peritos

Na fase de seleção foram identificados 15 enfermeiros que preenchiam os critérios definidos, tendo sido enviado o convite formal a todos eles, conforme explicitamos no próximo ponto. Deste grupo, responderam ao questionário da 1ª ronda 12 peritos (

Tabela 1), o mesmo número que participou na 2ª ronda. Isto confirma a literatura que defende existir sempre um número de pessoas que não responde ao primeiro contacto e, como tal, é importante explicar com detalhe os objetivos e o método do estudo (Marques e Freitas, 2018).

Tabela 1 - Número de peritos por ronda

Peritos	N (1ª Ronda)	%	N (2ª Ronda)	%
Enfermeiros convidados	15		15	
Enfermeiros participantes	12	80,0%	12	80,0%

No que concerne ao sexo, o painel de peritos revelou-se relativamente equilibrado, com 58,3% a pertencer ao sexo masculino e 41,7% ao sexo feminino (

Tabela 2), sendo que do grupo inicial de convidados, a relação era de 53,3% para 46,7%, com o sexo masculino a ser representado por mais um elemento.

Tabela 2 – Caracterização dos peritos por sexo

Sexo	N	%
Feminino	5	41,7%
Masculino	7	58,3%

O painel foi constituído por enfermeiros com média de idades de 47,2 anos, estando estas compreendidas entre os 63 e os 37 anos. Essa mesma média revelou-se mais alta nas mulheres do que nos homens – 51,4 contra 44,1 anos, sendo o elemento mais jovem do sexo masculino e o mais velho do sexo feminino (Tabela 3)

Tabela 3 - Caracterização da idade dos peritos

Idade	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Total	47,2	8,2	37	63
Feminino	51,4	8,7	43	63
Masculino	44,1	6,2	37	57

Relativamente à experiência profissional, a análise descritiva (Tabela 4) demonstra a heterogeneidade do grupo ainda que com uma média reveladora de uma experiência considerável – 25,7 anos sendo o desvio padrão de 8,7. Mais uma vez o sexo feminino revelou maior antiguidade, com o elemento mais experiente – 44 anos, e o elemento

com menos tempo de experiência profissional a pertencer ao sexo masculino com 15 anos.

*Tabela 4 - Caracterização da experiência profissional dos peritos*

<b>Experiência profissional</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Total	25,7	8,7	15	44
Feminino	30,2	9,1	21	44
Masculino	22,4	6,8	15	36

No campo da formação académica, tendo como único critério absoluto a licenciatura em Enfermagem, interessa referir que 75% dos peritos detém o grau de mestre e que a mesma percentagem são detentores de uma especialização em enfermagem (Tabela 5). De salientar, igualmente, o facto de 41,7% ter formação pós-graduada.

*Tabela 5 - Caracterização da formação académica e profissional dos peritos*

<b>Formação Académica e Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Licenciatura	3	25,0%
Mestrado	9	75,0%
Pós-Graduação	5	41,7%
Especialização em Enfermagem	9	75,0%

### 2.3 – Procedimentos de recolha de dados

O percurso deste estudo de investigação teve início com uma pesquisa bibliográfica em bases de dados de reconhecida importância na área das ciências da saúde (B-On, Scielo, RCAAP), utilizando as palavras-chave “enfermagem”, “coordenador de equipa de enfermagem”, “competência clínica” e “serviço hospitalar de emergência”. O objetivo da pesquisa era identificar as competências associadas ao papel do enfermeiro com funções de chefia ou coordenação de equipa e, a partir dessa identificação, criar uma proposta de perfil de competências que fosse sujeito à apreciação e validação por parte de um painel de peritos, utilizando a técnica de Delphi.

Assim, sustentada na bibliografia selecionada (Marques, 2019; ANA, 2018; ENIG, 2018; McGill University, 2017; EuSEN, 2017; OE, 2015 e 2016; Kallas, 2014; DeRuggiero, 2014; APEGEL, 2013; EfCCNa, 2013; Augusto e Rodrigues, 2013; Frade, 2006), foi elaborada uma lista de competências, agrupadas por tipo de competência conforme defendido por Camara (2017), usada como instrumento sujeito a escrutínio do painel de peritos.

A partir desta lista foi elaborado um questionário (Apêndice F – **Instrumento enviado aos peritos 1ª Ronda**), configurado na plataforma *online Google Forms*. Deste faziam parte vinte e uma competências, agrupadas segundo as tipologias “comportamentais – pessoais” (oito competências), “comportamentais – interpessoais” (cinco competências), “técnico-profissionais” (três competências) e “liderança e gestão” (cinco competências) (Camara, 2017). Numa primeira parte, era pedido que fosse dado o grau de concordância a cada uma destas competências, às quais estava associada uma régua de respostas - escala de *Lickert*, com cinco possibilidades de resposta. Esta escala intervalava entre 1 e 5, sendo que 1 correspondia a “Discordo completamente”; 2 “Discordo”; 3 “Não concordo nem discordo”; 4 “Concordo” e 5 “Concordo completamente”.

Na construção do instrumento, foi também incluída uma pergunta de resposta livre, na qual era pedido aos peritos que enumerassem competências que entendessem como pertinentes para o perfil em estudo e que não constassem da primeira parte do questionário.

Nesta fase, construído o instrumento e definido o painel de peritos conforme o procedimento descrito no ponto anterior, foi realizado, telefonicamente, um primeiro contacto com todos os peritos identificados, no qual, de forma sucinta, foram explicados os objetivos, a pertinência e a metodologia do estudo, e indagado o interesse e eventual disponibilidade para integrar o painel de peritos.

Posteriormente foi formulado o convite formal (Apêndice C – **Convite aos peritos**), e enviado via correio eletrónico, aos convidados que se mostraram disponíveis para participar neste estudo. Deste documento constava a identificação do investigador principal e orientadores, a identificação, pertinência e objetivos do estudo, informações relevantes sobre a metodologia a utilizar, a garantia do carácter voluntário da participação e do anonimato, bem como da confidencialidade das respostas. Constava também desse *e-mail* o endereço eletrónico para o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D – **Termo de Consentimento**



**Livre e Esclarecido**), no qual, após o preenchimento e devida aceitação de participação, dava acesso ao endereço eletrónico do instrumento de recolha de dados da 1ª ronda (Apêndice F – **Instrumento enviado aos peritos 1ª Ronda**).

Como referido, foi utilizada a plataforma *online Google Forms* para levar a cabo a aplicação do questionário para procedermos à técnica de *Delphi* conforme delineado na fase metodológica. Esta é uma ferramenta que permite aos participantes fácil acesso a toda a informação referente ao estudo, bem como encurta o tempo despendido com o processo de preenchimento, envio, receção e análise dos dados colhidos.

Terminada a 1ª ronda, após a análise estatística das respostas obtidas, percebendo que todas tinham atingido consenso *ELEVADO* ou *MUITO ELEVADO*, e com a necessidade de submeter as competências sugeridas pelos participantes nesta ronda a escrutínio do painel, decidiu-se elaborar um questionário (Apêndice G – **Instrumento enviado aos peritos 2ª Ronda**) para uma 2ª ronda. Neste questionário introduziram-se as competências sugeridas e submeteram-se, novamente, as competências que apenas tinham atingido consenso *ELEVADO*. Desta forma, este segundo instrumento era composto por doze competências – três “comportamentais – pessoais”, quatro “comportamentais – interpessoais, e cinco de “liderança e gestão”, mantendo-se o recurso à mesma escala de *Lickert* para obtenção do grau de concordância.

Foi, seguidamente, enviado novo *e-mail* aos participantes, com o intuito de iniciar a 2ª ronda da técnica de *Delphi*, do qual constavam os resultados obtidos na 1ª ronda e o *link* com o endereço eletrónico para acesso ao novo questionário.

Terminada a 2ª ronda de respostas, foi realizada nova análise estatística dos dados recolhidos, a qual permitiu perceber que, de acordo com os critérios pré-estabelecidos, tinha sido alcançado consenso em todas as competências, possibilitando assim formular e validar a versão de consenso do perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU (Apêndice H – **Versão de consenso**).

## 2.4 – Procedimento de análise dos dados

Sendo a técnica de *Delphi* um método que visa a obtenção de consenso num grupo de peritos, torna-se necessário definir previamente quais os critérios de consenso para o estudo em questão (Iqbal e Pison-Young, 2009; Keeney, Hasson e McKenna, 2006).

A bibliografia não é consensual na definição dos critérios para o consenso. Se por um lado, alguns autores estabelecem percentagens entre os 70 e os 80% de concordância numa resposta para que se consiga consenso (Scarparo *et al.*, 2012; Hsu e Sandford, 2007; Keeney *et al.*, 2006), outros autores referem que a estabilidade de uma resposta ao longo das rondas também é um fator a ter em consideração na obtenção do consenso (Marques e Freitas, 2018). Desta forma percebe-se que os resultados do método *Delphi* são tratados através da estatística descritiva (Marques e Freitas, 2018), com a utilização de medidas de tendência central (média, moda, mediana) e de dispersão, como por exemplo o intervalo interquartil (Hsu e Sandford, 2007).

A concordância traduz a fidelidade de uma resposta de dois ou mais participantes independentes, quando estes utilizam o mesmo instrumento de avaliação, sendo que o grau de concordância é mais representativo do que a exatidão do próprio instrumento. Este grau de concordância pode ser traduzido pela percentagem de acordo, dividindo o número de respostas concordantes pelo número total de respostas e multiplicando o resultado da divisão por 100, sendo aceites valores entre 80 e 100% (Fortin, 2009a). No caso específico deste estudo, entende-se o grau de concordância como resultado dessa operação, tendo por base o número de respostas “CONCORDO” e “CONCORDO COMPLETAMENTE”.

As medidas de tendência central fazem parte da análise descritiva e pretendem descrever o valor mais frequente numa série de respostas, habitualmente presente a meio dessa mesma série, traduzindo-se por um só número (Fortin, 2009a). Sendo a mediana uma dessas medidas, esta representa o valor central de uma “distribuição de frequências de uma variável, em duas partes igual, contendo cada uma 50% dos dados” (Fortin, 2009a, p. 420). Para o cálculo da mediana, os dados devem ser distribuídos por ordem (habitualmente crescente) ou agrupados por classe de resposta.

As medidas de dispersão permitem perceber a forma como os valores das respostas de distribuem relativamente à média, traduzindo uma amostra homogénea quanto mais baixo for a diferença entre eles (Fortin, 2009a). Uma dessas medidas é o intervalo interquartil que representa a diferença entre os terceiro e o primeiro quartis, ou seja, dividindo uma amostra em quatro partes iguais, corresponde a 25% dos valores que se encontram antes e a 25% depois da média. Desta forma, a variabilidade das respostas será tanto menor quanto menor for o valor do intervalo interquartil.

Para o estudo em questão, de acordo com os pressupostos aqui descritos, e com base nos critérios de consenso adotados por Capelas *et al.* (2018), estabelecem-se como critérios para determinar o grau de consenso os dispostos na seguinte tabela (

Tabela 6):

Tabela 6 - Critérios para determinar grau de consenso

<b>GRAU DE CONSENSO</b>	<b>CONCORDÂNCIA</b>	<b>MEDIANA</b>	<b>INTERVALO INTERQUARTIL</b>
<b>MUITO ELEVADO</b>	≥80%	5	0
<b>ELEVADO</b>	≥80%	≥4	1
<b>MODERADO</b>	60-79%	≤4	1
<b>BAIXO</b>	<60%	4	>1

Fonte: adaptado de Capelas et al. (2018)

Com os critérios para determinar o grau de consenso definidos, importa agora estabelecer quais os critérios para inclusão das competências na versão de consenso. Como tal, com base nos critérios de consenso anteriormente referidos, define-se como critério para inclusão de uma competência na versão final aquela que reúna consenso *ELEVADO* ou *MUITO ELEVADO* nas respostas dadas.

De acordo com o que vem sendo exposto, no presente estudo faz-se uso de uma metodologia de análise estatística descritiva simples, designadamente medidas de tendência central e de dispersão, através da determinação da mediana e do intervalo interquartil para aferir o grau de consenso nas diferentes de rondas de resposta dos participantes.

### 3 – Princípios éticos

A história da investigação na área das ciências da saúde, no passado recente do século XX, conduziu à necessidade de criar regras de ética e morais, estabelecendo códigos de conduta que previnam que atrocidades do passado se repitam, e também que da investigação resulte dano para os participantes, ainda que por ação inconsciente ou involuntária do investigador.

Neste contexto, e após o julgamento de Nuremberga, em 1947 foi constituído o Código de Nuremberga do qual constam dez artigos que estabelecem regras, princípios e limites na investigação junto de seres humanos. Este código impõe como essencial a obtenção do consentimento livre e esclarecido, sendo considerado a base dos princípios éticos em investigação no mundo (Fortin, 2009a).

O Código de Nuremberga foi, assim, o primeiro passo na criação de políticas de proteção de participantes em investigação, tendo servido de base para criação da Declaração de Helsínquia, em 1964. Entretanto revista ao longo dos anos (Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; África do Sul, 1996; Edimburgo, 2000; Washington, 2002; Tóquio, 2004; Seul, 2008; Fortaleza, 2013), este documento foi elaborado pela Associação Médica Mundial com o objetivo de nortear a investigação que envolvesse seres humanos, do ponto de vista ético. A versão atualizada e em vigor (2013) é composta por um “conjunto de princípios base relativos aos métodos científicos, à publicação de resultados e à diferenciação entre a investigação terapêuticas...” (Fortin, 2009a).

No panorama internacional, o Conselho das Organizações Internacionais de Ciências Médicas (CIOMS) inicia o estudo sobre ética em pesquisa biomédica em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, dando origem à Proposta de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos em 1982. Mais recentemente, em 2016, o CIOMS lançou a última atualização denominada “Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Relacionadas com a Saúde Envolvendo Seres Humanos”, documento constituído por vinte e cinco diretrizes e quatro anexos que visam proteger os participantes dos estudos e garantir que a investigação seja relevante e conduzida de forma equitativa e imparcial, independentemente do local ou de características dos participantes (CIOMS, 2018).

Também o “*Énoncé de politique des trois conseils: Éthique de la recherche avec des êtres humains!*”, formulado em 2001 por um painel constituído por três entidades canadianas (*Instituts de recherche en santé du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada e Conseil de recherches en sciences humaines*), contém um conjunto de princípios éticos, pelos quais se deve nortear a investigação com humanos. É constituído por sete princípios éticos que têm como principal objetivo o respeito pela dignidade humana (Fortin, 2009a).

Para a condução deste trabalho de investigação, estes documentos foram a base para determinar os princípios éticos em que o estudo assenta. Todos estes princípios se baseiam no respeito pela dignidade humana. São esses princípios:

- o respeito pelo consentimento livre e esclarecido
- o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais
- o respeito pela justiça e pela equidade
- o equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes
- a redução dos inconvenientes

Segundo o princípio do respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o indivíduo tem o direito de tomar decisões livremente, munido de toda a informação sobre o tema em questão. Relativamente à investigação, este deve escolher sobre a sua participação ou não num estudo, garantindo que “obteve toda a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem aquilo em que se envolve” (Fortin, 2009a, p. 186). Esta tomada de decisão esclarecida implica que o indivíduo entenda, igualmente, que é livre de cessar a sua participação no estudo em qualquer etapa ou momento do estudo, sem que disso resulte qualquer prejuízo para o próprio (Fortin, 2009a).

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade reporta à importância de proteger a informação de natureza pessoal e privada de um indivíduo e garantir que, decorrente do estudo de investigação, apenas se tornarão públicos os dados que este entender. Desta forma, é imperativo o investigador garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos durante o estudo, comprometendo-se com a não divulgação desses dados, mesmo após o término do estudo, sem que obtenha autorização expressa do indivíduo em questão (Fortin, 2009a).

Outro princípio ético considerado é o do respeito pela justiça e pela equidade. Este determina que todos os participantes de um estudo de investigação sejam encarados e tratados da mesma forma e com o mesmo critério durante todo o processo, sendo para isso imperativo que o investigador exponha aos participantes a essência, os objetivos e a duração do estudo, bem como a metodologia a usar. Determina igualmente que, quer os benefícios quer as penosidades sejam repartidas de igual forma por todos os intervenientes no estudo. Este princípio determina ainda “que a escolha dos participantes deve ser diretamente ligada ao problema de investigação e não motivada por questões de conveniência” (Fortin, 2009a, p. 190).

Ao elaborar o desenho de um estudo de investigação, deve ser uma preocupação do investigador considerar todos os possíveis resultados, positivos e negativos, e informar os participantes para que estes possam tomar a decisão consciente e informada de todas as vantagens e desvantagens que do estudo possam advir para a sua pessoa (Fortin, 2009a). Esta é a essência do princípio do equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes, sejam estes de que natureza forem, e que podem variar consoante o tipo de estudo.

Neste sentido, torna-se indispensável abordar o princípio da redução dos inconvenientes, segundo o qual os investigadores devem assegurar a não exposição dos participantes a qualquer risco desnecessário, bem como tentar minimizar a exposição aos inconvenientes inevitáveis e previamente aceites de forma livre e

informada pelos participantes. Entre os inconvenientes a que se reporta o princípio da não maleficência que consta do enunciado de política das três entidades de investigação canadianas mencionadas estão a dor física, a fadiga, a ansiedade, a angústia moral e a intrusão na vida privada (Fortin, 2009a).

Este estudo de investigação assenta nos princípios éticos atrás descritos, pelo que conforme referido, foi fornecida a todos os participantes a informação necessária sobre o tema e métodos a utilizar no estudo em curso, por forma a garantir o consentimento de participação livre e completamente esclarecido.

Será garantido, tal como o método a utilizar – técnica de *Delphi* – o exige, total anonimato, bem como confidencialidade dos dados privados dos participantes, durante e após o término do estudo. Nesse sentido, será tida em conta a 22ª Diretriz do CIOMS – “Dados obtidos em ambiente on-line e ferramentas digitais em pesquisas de saúde”, que ressalva a importância de proteger a privacidade dos dados dos participantes, acautelando não só a divulgação direta, como também a difusão inferida de dados, a qual pode levar a uma identificação indireta dos participantes.

A seleção dos participantes será realizada em função do estudo com base, unicamente, como anteriormente exposto, em critérios de relevo para a investigação, não havendo lugar a motivações ou interesse pessoal do investigador ou dos participantes.

Deste estudo não são expectáveis quaisquer malefícios, riscos ou inconvenientes para os participantes mas, de qualquer forma, estes serão informados da possibilidade de, a qualquer momento, poderem cessar a sua participação no estudo, sem que para isso seja necessária qualquer justificação prévia e sem que daí resulte qualquer consequência.

Igualmente relevante para este estudo é a integridade na investigação científica. Segundo o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) este é um princípio ético que deverá marcar presença em todos os estudos de investigação. Desta forma, pela escassez de orientações na matéria no nosso país, e assente na publicação do “Código Europeu de Conduta para a Integridade Científica. Edição Revista.” (2017) da *All European Academies*, foi publicado pelo CNECV um documento – “Integridade na Investigação Científica – Recomendação”, no qual este organismo afirma que devem ser salvaguardados “princípios e padrões éticos e de integridade científica” (2018, p. 11). Esta recomendação estende-se a todas as instituições de investigação e de ensino superior, indústria e investigadores de todas as áreas.

Os princípios inscritos no documento atrás referido são: a confiabilidade na garantia da qualidade da investigação, refletida no desenho experimental, nas metodologias a usar,

na análise dos resultados e no uso de recursos”; “a honestidade no desenvolvimento, implementação, revisão, publicação e comunicação da investigação”; “o respeito pelos colegas, participantes da investigação, sociedade, ecossistemas, património cultural e meio ambiente”; e “a responsabilidade: pela investigação, pela ideia da publicação, pela sua gestão e organização, pela formação, supervisão e coordenação e, também, pelo seu impacto (científico, social e económico)” (CNECV, 2018, pp. 11–12).

Para a realização deste estudo de investigação, foi elaborado e submetido um pedido de parecer (Apêndice A) à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).





**CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE  
RESULTADOS**



No presente capítulo, vamos proceder à apresentação e análise dos dados obtidos através da aplicação do questionário em duas rondas, conforme procedimento anteriormente descrito

Para uma melhor sistematização apresentaremos os resultados da 1ª ronda, seguidos dos da 2ª ronda e por tipologia de competências.

## 1- Resultados da primeira ronda

Os resultados obtidos na primeira ronda para as 21 competências elencadas no formulário (Apêndice F) enviado ao painel de peritos participantes foram (

Quadro 2):

Quadro 2 - Resultados da 1ª ronda

<b>Competência comportamentais - pessoais</b>	<b>Conc.(%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
A1.1 - Adaptação à mudança	100	5	0	<b>ME</b>
A1.2 - Autocontrolo	100	5	1	<b>E</b>
A1.3 - Autodesenvolvimento	100	5	0	<b>ME</b>
A1.4 - Autonomia	100	5	0	<b>ME</b>
A1.5 - Iniciativa	100	5	0	<b>ME</b>
A1.6 - Integridade	100	5	0	<b>ME</b>
A1.7 - Pensamento crítico	100	5	0	<b>ME</b>
A1.8 - Resiliência e motivação	100	5	0	<b>ME</b>
<b>Competência comportamentais - interpessoais</b>				
A2.1 - Comunicação	100	5	0	<b>ME</b>
A2.2 - Ética	100	5	0	<b>ME</b>
A2.3 - Relacionamento interpessoal	100	5	1	<b>E</b>
A2.4 - Resolução problemas	100	5	1	<b>E</b>
A2.5 - Trabalho em equipa	100	5	0	<b>ME</b>
<b>Competência técnico-profissionais</b>				
B1 - Competências técnicas de enfermagem	100	5	0	<b>ME</b>
B2 - Gerir prioridades	100	5	0	<b>ME</b>
B3 - Trabalhar em situações adversas	100	5	0	<b>ME</b>
<b>Competência de liderança e gestão</b>				
C1 – Coordenação	100	5	0	<b>ME</b>
C2 - Desenvolvimento de colaboradores	83,3	4,5	1	<b>E</b>
C3 - Gestão de conflitos	100	5	0	<b>ME</b>
C4 - Liderança	100	5	0	<b>ME</b>
C5 - Persuasão	91,7	4,5	1	<b>E</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado

No grupo das competências comportamentais – pessoais verifica-se que apenas uma das competências (A1.2 – Autocontrolo) não obteve consenso *MUITO ELEVADO*, embora tenha reunido consenso *ELEVADO* (Quadro 3).

Quadro 3 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências comportamentais - pessoais)

Competências comportamentais - pessoais	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
A1.1 - Adaptação à mudança	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.2 - Autocontrolo	100%	5	1	<b>E</b>
A1.3 - Autodesenvolvimento	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.4 - Autonomia	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.5 - Iniciativa	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.6 - Integridade	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.7 - Pensamento crítico	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.8 - Resiliência e motivação	100%	5	0	<b>ME</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado

Ainda no *cluster* das competências comportamentais, mas no *subcluster* interpessoais, verifica-se 100% de concordância em todas as competências avaliadas, o que resulta, dependendo dos valores do IIQ, em consenso *ELEVADO* e *MUITO ELEVADO* (Quadro 4).

Quadro 4 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências comportamentais - interpessoais)

Competências comportamentais - interpessoais	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
A2.1 - Comunicação	100%	5	0	<b>ME</b>
A2.2 - Ética	100%	5	0	<b>ME</b>
A2.3 - Relacionamento interpessoal	100%	5	1	<b>E</b>
A2.4 - Resolução de problemas	100%	5	1	<b>E</b>
A2.5 - Trabalho em equipa	100%	5	0	<b>ME</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

Como tal, objetiva-se que, apesar do pleno na concordância, 60% das competências (A2.1 – Comunicação; A2.2 – Ética; A2.5 – Trabalho em equipa) obtiveram consenso *MUITO ELEVADO* e as restantes 40% (A2.3 – Relacionamento interpessoal; A2.4 – Resolução de problemas) obtiveram consenso *ELEVADO*.

No *cluster* de competências técnico-profissionais, todas as competências enviadas na 1.ª ronda à avaliação do painel de peritos participantes obtiveram 100% de concordância com um grau de consenso *MUITO ELEVADO* (Quadro 5).

Quadro 5 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências técnico-profissionais)

Competências técnico-profissionais	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
B1 - Competências técnicas de enfermagem	100%	5	0	<b>ME</b>
B2 - Gerir Prioridades	100%	5	0	<b>ME</b>
B3 - Trabalhar Em Situações Adversas	100%	5	0	<b>ME</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E – Elevado

Relativamente ao *cluster* das competências de liderança e gestão, do conjunto de respostas do painel de peritos participantes resultaram duas competências (C2 - Desenvolvimento de colaboradores e C5 – Persuasão) com percentagens de concordância inferiores a 100%, ao contrário das demais competências aqui em estudo, nas quais se verifica o valor máximo de concordância (Quadro 6).

Quadro 6 - Análise descritiva de resultados 1ª Ronda (Competências de liderança e gestão)

Competências de liderança e gestão	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
C1 – Coordenação	100%	5	0	<b>ME</b>
C2 - Desenvolvimento de colaboradores	83,3%	4,5	1	<b>E</b>
C3 - Gestão de conflitos	100%	5	0	<b>ME</b>
C4 - Liderança	100%	5	0	<b>ME</b>
C5 - Persuasão	91,7%	4,5	1	<b>E</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

Ainda assim, estas duas competências (C2 - Desenvolvimento de colaboradores e C5 – Persuasão) conseguiram, segundo os critérios pré-estabelecidos, níveis de concordância superiores a 80%, com medianas superiores a 4, resultando assim num consenso *ELEVADO*. As demais competências (C1 – Coordenação, C3 - Gestão de conflitos e C4 – Liderança) apresentam consenso *MUITO ELEVADO* (Quadro 6).

Conforme já descrito no ponto relativo aos procedimentos de recolha de dados, na primeira ronda foi igualmente proposto ao painel de peritos participantes que sugerissem competências que entendessem pertinentes para o perfil de competências em construção desde que não fizessem parte do formulário da referida ronda.

No seguimento das propostas enviadas na primeira ronda pelo painel de peritos participantes, foram introduzidas e acrescidas ao formulário enviado à segunda ronda as seguintes competências: A1.9 - Conformidade, A1.10 - Autoconsciência, A2.6 - Empatia, A2.7 - Assertividade, C6 - Prática colaborativa, C7 - Delegação e C8 - Inovação.

Assim, e ainda que de acordo com o critério pré-definido todas as competências escrutinadas na primeira ronda tivessem obtido consenso para integrar a versão final do instrumento, entendeu-se que seria vantajoso submeter novamente no formulário enviado à 2.<sup>a</sup> ronda (Apêndice F), as competências que verificaram um grau de consenso de *ELEVADO*, transitando sem mais formalidades para a versão final do instrumento as competências que obtiveram consenso *MUITO ELEVADO*. Desta forma, pretendeu-se aferir sobre a estabilidade presente no grau de consenso ou se, eventualmente, apresentava diferenças.

## 2- Resultados da segunda ronda

Na 2.<sup>a</sup> ronda, e conforme explanado no final do ponto anterior, com a submissão das sete competências sugeridas pelos peritos (A1.9 - Conformidade, A1.10 - Autoconsciência, A2.6 - Empatia, A2.7 - Assertividade, C6 - Prática colaborativa, C7 - Delegação e C8 – Inovação) adicionaram-se ao formulário as competências que haviam conseguido consenso *ELEVADO* na 1.<sup>a</sup> ronda (A1.2 - Autocontrolo, A2.3 - Relacionamento interpessoal, A2.4 - Resolução de problemas, C2 - Desenvolvimento de colaboradores e C4 – Persuasão).

Os resultados obtidos foram os expressos no Quadro 7.

Quadro 7 - Resultados da 2ª ronda

<b>Competência comportamentais - pessoais</b>	<b>Conc.(%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
A1.2 - Autocontrolo	100	4	1	<b>E</b>
A1.9 - Conformidade	100	5	1	<b>E</b>
A1.10 - Autoconsciência	100	5	0	<b>ME</b>
<b>Competência comportamentais - interpessoais</b>				
A2.3 - Relacionamento interpessoal	91,7	5	0	<b>ME</b>
A2.4 - Resolução problemas	100	5	0,75	<b>E</b>
A2.6 - Empatia	100	5	1	<b>E</b>
A2.7 - Assertividade	100	5	1	<b>E</b>
<b>Competência de liderança e gestão</b>				
C2 - Desenvolvimento de colaboradores	100	5	0	<b>ME</b>
C5 - Persuasão	91,7	4	1	<b>E</b>
C6 - Prática colaborativa	100	5	0	<b>ME</b>
C7 - Delegação	100	5	0	<b>ME</b>
C8 - Inovação	100	5	0,75	<b>E</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

Relativamente às competências comportamentais pessoais, após análise, constata-se que a competência A1.2 - Autocontrolo manteve estabilidade, obtendo um grau de consenso igual aquele verificado na 1.ª ronda (*ELEVADO*). Por sua vez, as duas competências introduzidas no formulário nesta 2ª ronda obtiveram concordância de 100%, embora com graus de consenso distintos. Assim, na competência A1.10 - Autoconsciência verifica-se um grau de consenso *MUITO ELEVADO*, enquanto a competência A1.9 - Conformidade obteve um consenso *ELEVADO* (Quadro 8).

Quadro 8 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências comportamentais - pessoais)

<b>Competências comportamentais - Pessoais</b>	<b>Conc.(%)</b>	<b>Md</b>	<b>IIQ</b>	<b>Consenso</b>
A1.2 - Autocontrolo	100%	4	1	<b>E</b>
A1.9 - Conformidade (*)	100%	5	1	<b>E</b>
A1.10 - Autoconsciência (*)	100%	5	0	<b>ME</b>

(\*) – Adicionada na 2ª ronda por sugestão do painel de peritos

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

Em relação às competências comportamentais interpessoais (Quadro 9), é de salientar que a competência A2.3 – Relacionamento interpessoal obteve consenso *MUITO ELEVADO*, embora tenha sido a única desta tipologia a não atingir a percentagem máxima de concordância. As restantes, apesar da concordância total, obtiveram consenso *ELEVADO*.



Quadro 9 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências comportamentais - interpessoais)

Competências comportamentais - Interpessoais	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
A2.3 - Relacionamento interpessoal	91,7%	5	0	<b>ME</b>
A2.4 - Resolução de problemas	100%	5	0,75	<b>E</b>
A2.6 - Empatia (*)	100%	5	1	<b>E</b>
A2.7 - Assertividade (*)	100%	5	1	<b>E</b>

(\*) – Adicionada na 2ª ronda por sugestão do painel de peritos

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

No que diz respeito às competências de liderança e gestão (Quadro 10), a competência C2 – Desenvolvimento de colaboradores conseguiu nesta ronda consenso **MUITO ELEVADO**, à semelhança das competências C6 Prática colaborativa e C7 Delegação, sendo que estas fazem parte do conjunto de sugestões do painel.

Quadro 10 - Análise descritiva de resultados 2ª Ronda (Competências de liderança e gestão)

Competências de liderança e gestão	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
C2 - Desenvolvimento de colaboradores	100%	5	0	<b>ME</b>
C5 – Persuasão	91,7%	4	1	<b>E</b>
C6 - Prática colaborativa (*)	100%	5	0	<b>ME</b>
C7 - Delegação (*)	100%	5	0	<b>ME</b>
C8 - Inovação (*)	100%	5	0,75	<b>E</b>

(\*) – Adicionada na 2ª ronda por sugestão do painel de peritos

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado

Em síntese, os resultados finais de ambas as rondas, expressos no quadro da página seguinte (

Quadro 11), ditam um instrumento composto por 28 competências agrupadas em três *clusters*, sendo que as competências comportamentais se dividem em dois *subclusters* – pessoais e interpessoais. Conforme os critérios definidos para a consecução da versão de consenso do perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU, podem integrar a referida versão todas as competências escrutinadas nas duas rondas.

Quadro 11 – Perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa - resultados finais

	Conc.(%)	Md	IIQ	Consenso
<b>Competências comportamentais - Pessoais</b>				
A1.1 - Adaptação à mudança	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.2 – Autocontrolo	100%	4	1	<b>E</b>
A1.3 - Autodesenvolvimento	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.4 – Autonomia	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.5 – Iniciativa	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.6 – Integridade	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.7 - Pensamento crítico	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.8 - Resiliência e motivação	100%	5	0	<b>ME</b>
A1.9 – Conformidade	100%	5	1	<b>E</b>
A1.10 - Autoconsciência	100%	5	0	<b>ME</b>
<b>Competências comportamentais - Interpessoais</b>				
A2.1 – Comunicação	100%	5	0	<b>ME</b>
A2.2 – Ética	100%	5	0	<b>ME</b>
A2.3 - Relacionamento interpessoal	91,7%	5	0	<b>ME</b>
A2.4 - Resolução de problemas	100%	5	1	<b>E</b>
A2.5 - Trabalho em equipa	100%	5	0	<b>ME</b>
A2.6 – Empatia	100%	5	1	<b>E</b>
A2.7 - Assertividade	100%	5	1	<b>E</b>
<b>Competências técnico-profissionais</b>				
B1 - Competências técnicas de enfermagem	100%	5	0	<b>ME</b>
B2 - Gerir prioridades	100%	5	0	<b>ME</b>
B3 - Trabalhar em situações adversas	100%	5	0	<b>ME</b>
<b>Competências de liderança e gestão</b>				
C1 – Coordenação	100%	5	0	<b>ME</b>
C2 - Desenvolvimento de colaboradores	100%	5	0	<b>ME</b>
C3 - Gestão de conflitos	100%	5	0	<b>ME</b>
C4 – Liderança	100%	5	0	<b>ME</b>
C5 - Persuasão	91,7%	4	1	<b>E</b>
C6 - Prática colaborativa	100%	5	0	<b>ME</b>
C7 - Delegação	100%	5	0	<b>ME</b>
C8 - Inovação	100%	5	1	<b>E</b>

Legenda: Conc. – Concordância; Md – Mediana; IIQ – Intervalo interquartil; ME – Muito elevado; E - Elevado



## **CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DE RESULTADOS**



Concluída a apresentação e análise dos dados obtidos através das duas rondas, e conseguida a proposta final de perfil de competências, torna-se necessário discutir os resultados obtidos. Como refere Fortin (2009a, p. 495), “a simples apresentação dos resultados não é suficiente(…)” sendo necessário “ainda apreciá-los e interpretá-los”.

Sem prejuízo da existência nos diversos contextos de prática profissional em Portugal de enfermeiros coordenadores de equipa de enfermagem e dessa existência ser verificada em documentos da Ordem dos Enfermeiros (Parecer n.º 20/2015 MCEEMC e Parecer n.º 03/2016 MCEESMO), enquanto entidade reguladora da profissão, renova-se aqui na discussão o problema da sua inexistência normalizada, tipificada ou regulamentada, o que condiciona a definição das competências necessárias para o desempenho de funções de coordenação de equipa por parte desses enfermeiros.

No que aos resultados obtidos logo na 1ª ronda diz respeito, e apreciando o *subcluster* de competências relativas aos comportamentos pessoais, é de relevar o facto de todas as competências terem obtido 100% de concordância na 1.ª ronda. Ainda que a competência *Autocontrolo* tenha alcançado um grau de consenso *ELEVADO* não se pode desprezar que as sete competências restantes (*Adaptação à mudança, Autocontrolo, Autodesenvolvimento, Autonomia, Iniciativa, Integridade, Pensamento crítico, Resiliência e motivação*) conseguiram um grau de consenso *MUITO ELEVADO*.

Na 2.ª ronda, obteve-se igualmente a concordância na percentagem máxima para todas as competências, embora a competência *Autocontrolo* tenha mantido igual grau de consenso. Por sua vez, as competências introduzidas por proposta do painel de peritos participantes (*Conformidade, Autoconsciência, Empatia, Assertividade, Prática colaborativa, Delegação e Inovação*) também alcançaram um grau de consenso que permite a introdução das mesmas na versão final do instrumento.

Os resultados aqui explicitados não só estão em concordância com os referenciais teóricos e com a evidência produzida na literatura consultada, designadamente, com os perfis de competências apresentados por AACN (2013), EfCCNa (2013), EuSEN (2017), ENIG (2018) e ANA (2018), como também se verificam em conclusões de trabalhos de investigação dirigidos às funções de coordenação de equipa do enfermeiro na realidade nacional (Frade, 2006; Marques, 2019).

Quanto ao *subcluster* competências comportamentais interpessoais, verifica-se uma harmonia entre os resultados obtidos no presente estudo e os referenciais teóricos de perfis de competências apresentados por EfCCNa (2013), EuSEN (2017), ENIG (2018) e ANA (2018), designadamente, no que às competências de *Capacidade de comunicação*,

*Respeito pela ética e deontologia, Trabalho em equipa e Relacionamento interpessoal* diz respeito.

Relativamente ao *cluster* das competências técnico-profissionais, o consenso alcançou-se logo na primeira ronda e em grau *MUITO ELEVADO*.

Isto pode significar que, ainda que as funções do enfermeiro coordenador de equipa no SU possam apresentar conexão com aquelas que são desempenhadas pelo enfermeiro gestor em funções de chefia de serviço, não se esgotam nessa conexão nem prevalecem sobre as demais. Assim, à luz dos resultados obtidos pelas respostas do painel de peritos, parece resultar o entendimento de que o enfermeiro coordenador deve apresentar níveis elevados de experiência e proficiência técnico-profissional na prestação de cuidados às pessoas e famílias em SU, enquanto referência e gestor de cuidados e, como veremos mais à frente, estar presente e liderar os colegas de equipa na prestação de cuidados. Contudo, este juízo à luz dos resultados carece de verificação empírica em investigação dirigida.

No seguimento dos resultados apresentados na 1ª ronda, foi no *cluster* das competências de liderança e gestão que se obteve menor percentagem de concordância, nas competências *Desenvolvimento de colaboradores* e *Persuasão*. Foi também deste *cluster* que transitou para a segunda ronda o maior número de competências, ainda que nos resultados finais apenas duas (*Persuasão* e *Inovação*) das oito competências que constituem este *cluster* tenham obtido consenso *ELEVADO*, enquanto para as restantes o consenso tenha sido *MUITO ELEVADO*.

Relativamente à competência *Desenvolvimento de colaboradores*, esta viu a sua percentagem de concordância subir da primeira para a segunda ronda, aumentando de 83,3% para os 100%, conseguindo um grau de consenso *MUITO ELEVADO*. Daqui se pode depreender, suportando-nos na literatura – ENA (2018) (2011), EfCCNa (2013), AACN (2013), ENIG (2018) e ANA (2018), a importância atribuída ao papel do enfermeiro coordenador de equipa na motivação, orientação e capacitação dos seus pares, tendo o seu significado ancorado ao papel de referência no seio da equipa, permitindo um melhor conhecimento dos percursos profissionais realizados e pretendidos pelos elementos da equipa.

Neste *cluster* incluiu-se a competência *Prática colaborativa*, após proposta feita pelo painel de participantes no decorrer da 1ª ronda, que exige a capacidade de colaborar, partilhar conhecimentos, experiências e habilidades, sendo parte constitutiva do perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa. Apesar da referida competência não integrar o perfil de competências relativo ao enfermeiro gestor apresentado pela APEGEL



(2013), o painel de peritos participantes entendeu reconhecer e validar a sua aquisição enquanto mais-valia para o perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa.

Em paralelo, e ainda que com opções metodológicas distintas da aqui escolhida, verifica-se sintonia na comparação dos resultados obtidos no presente estudo, com os obtidos em estudos de investigação nacionais na área das competências ou das funções do enfermeiro com funções de coordenação de equipa (Frade, 2006; Marques, 2019). A este respeito, destacam-se, com fundamento em critérios de relevância para o presente estudo de investigação, os seguintes trabalhos:

- (i) sobre o papel dos enfermeiros «chefes de equipa» enquanto líderes clínicos, realizado por Marques (2019, p. 63), que afirma que estes enfermeiros “*assumem funções de responsabilidade acrescida na gestão de cuidados (...) no sentido de possibilitarem a boa manutenção das unidades funcionais em que se inserem (...)*” e conseqüentemente na “*obtenção de cuidados e qualidade*”, principalmente na ausência do enfermeiro gestor do serviço. Neste sentido, esta autora defende o reconhecimento dos enfermeiros «chefes-de-equipa» enquanto elementos de referência no seio das equipas, por serem detentores de competências relacionais, das quais se destacam a comunicação e a motivação;
- (ii) o estudo relativo às competências das chefias de equipa de enfermagem de Frade (2006), onde o autor enfatiza que o perfil de competências em estudo deve elencar competências de comunicação, liderança, gestão e ciências de enfermagem além das relacionadas com o conhecimento, capacidades e habilidades específicas do serviço a que se refere, concluindo que o perfil de competências do enfermeiro para o desempenho das funções de chefia de equipa deve encontrar suporte nas competências de liderança e de comunicação, com particular destaque para a aquisição e desenvolvimento de capacidades relacionais de qualidade. Ainda de acordo com o autor, a aquisição de competências relacionadas com a área do *saber-fazer* releva para o exercício de funções de coordenação de uma equipa de enfermagem, na medida em que “*só desse modo (...) [o enfermeiro coordenador de equipa] poderá desempenhar cabalmente as suas funções*” (Frade, 2006, p. 163).
- (iii) também APEGEL (2013) destaca a importância dos enfermeiros da área da gestão, estabelecendo uma relação direta entre a qualidade da prática destes com a qualidade e a segurança dos cuidados prestados pelas equipas, e por isso, reforça a ideia de que é imperativo definir e documentar o referencial de

competências dos enfermeiros na área da gestão. Como tal, infere-se que o enfermeiro coordenador de equipa de um SU, ao constituir-se como uma extensão representativa de algumas das funções desempenhadas pelo enfermeiro gestor do SU, deve obedecer a um referencial de competências normalizado, clarificando as suas competências e atribuições funcionais no seio da equipa.

## **CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS**



A problemática que motivou este estudo de investigação prende-se com uma temática do quotidiano de inúmeros contextos da prática de enfermagem em urgência em Portugal e que, cada vez mais, vem sendo internamente questionada e relacionada com a segurança e a qualidade dos cuidados prestados, embora os estudos de investigação nacionais que abordam a especificidade do perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa se revelem, em número, aquém do que entendemos como necessário.

O papel de enfermeiro coordenador de equipa, ou enfermeiro “chefe de equipa” (dependendo das regiões), poderá ser diferenciador no quotidiano dos serviços.

Face ao exposto, emerge este estudo de investigação direcionado para a construção e validação de uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU e que metodologicamente assentou na técnica de *Delphi*.

A construção do enquadramento teórico através de revisão bibliográfica permitiu edificar alicerces que entendemos serem sólidos para a elaboração do instrumento que daria origem à versão de consenso do perfil de competências em estudo. E para isso foi necessário conceptualizar e tipificar competência.

Importa também referir que a opção de criar um instrumento assente na bibliografia em detrimento de outras metodologias possíveis, como por exemplo, o recurso a um *focus group*, prendeu-se com o facto de se entender que a visão internacional sobre o tema poderia trazer valorização e riqueza à construção de uma versão de consenso.

Foi então elaborado um instrumento com 21 competências divididas em 3 *clusters*, sendo sujeito a escrutínio por um painel de peritos. Numa primeira ronda todas as competências atingiram o grau de consenso definido para serem incluídas na versão final, e constituiu-se um novo conjunto de competências sugeridas pelo painel. Como uma segunda ronda era imperativa, e com o intuito de aumentar a sensibilidade e confiabilidade dos resultados, decidiu-se sujeitar a novo escrutínio, para além das competências elencadas pelos peritos, todas aquelas que não tinham atingido grau de consenso máximo na primeira ronda.

O final da segunda ronda validou uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa com 28 competências, das quais 75% obtiveram consenso *MUITO ELEVADO* e 25% consenso *ELEVADO*.

Nesse sentido, podemos aferir que, como reflexo da importância do constructo conseguido, temos os valores de concordância obtidos no final das duas rondas. O facto

de, num universo de vinte e oito competências validadas pelo painel de peritos, apenas duas não terem atingido 100% de concordância, mas ainda assim, conseguirem 91,7%, pensamos ser indicador de um constructo científico sólido e atual.

Salienta-se também o facto de que o recurso à *técnica de Delphi* resultou numa mais-valia para o estudo, pelo contributo do painel de peritos para validar o instrumento através do conhecimento, *expertise* e opinião revestida de empirismo e saber académico, mas também pelas sugestões de outras competências, para além das que constavam do instrumento inicial, demonstrativas desses mesmos saberes.

Congratulamo-nos com o elevado grau de consenso obtido, embora fique a certeza de que este é um pequeno passo dado no caminho da resolução desta problemática. Fica claro que, uma função de grande importância na gestão de cuidados e na gestão de equipas em contexto de enfermagem de urgência e emergência, carece de definição e regulamentação, com áreas de função bem delimitadas e objetivos bem definidos, assim como formação e desenvolvimento de competências que permitam aos enfermeiros que tenham esse objetivo, percorrer o caminho da capacitação e da excelência.

Ainda que pessoalmente tenha sido extremamente gratificante realizar este estudo, resultando num enriquecimento pessoal e profissional imensurável, é imperativo refletir sobre as limitações inerentes ao mesmo.

A exigência associada à conjugação da vida pessoal com a vida profissional, e a respetiva limitação do tempo a dedicar à investigação, revelou-se uma dificuldade sentida durante todo o processo.

Concomitantemente, a fase pandémica que atravessamos, com exigência acrescida para os profissionais de saúde, tornou-se um fator limitativo para a consecução do estudo no tempo pretendido.

Realça-se, igualmente, o facto de o investigador principal ser inexperiente no processo de investigação, obrigando-o a adquirir conhecimentos que permitissem a condução do estudo de forma íntegra, criteriosa e de acordo com todos os princípios éticos que o sustentam. Tal foi sentido como uma dificuldade inicial, mas de transposição essencial e que entendemos ser uma mais-valia para o resultado final.

Fica a expectativa de que este trabalho de investigação sirva de catalisador para a mudança de paradigma nas instituições, e se enverede pelo caminho da competência. Desta forma, colocando as pessoas certas nas funções certas, o único caminho é o da melhoria contínua e o da excelência dos cuidados, com equipas capacitadas e motivadas, em consonância com os objetivos das organizações. É imperativo

disponibilizar formação contínua na área da liderança, das competências pessoais e interpessoais e, se as organizações assim o entenderem, na área da gestão de equipas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**





AMERICAN ASSOCIATION OF COLLEGES OF NURSING - **Competencies and curricular expectations for clinical nurse leader education and practice** [Em linha]. Washington : AACN, 2013 [Consult. 21 mar. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/White-Papers/CNL-Competencies-October-2013.pdf>>.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION - **Competency Model** [Em linha]. Silver Spring : ANA Leadership, 2018, atual. 2018. Disponível em WWW:<URL:<https://www.nursingworld.org/~4a0a2e/globalassets/docs/ce/177626-ana-leadership-booklet-new-final.pdf>>.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA - **Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão** [Em linha]. Lisboa : APEGEL, 2013 [Consult. 21 jun. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial de Competencias.pdf>>.

AUGUSTO, Maria Cristina Bompastor; RODRIGUES, Ana Cláudia - Competências de gestão para a função de Enfermeiro Gestor. Em **Conferência - Investigação e Intervenção em Recursos Humanos** [Em linha]. Setúbal : [s.n.] Disponível em WWW:<URL:<http://parc.ipp.pt/index.php/iirh/article/view/2079>>.

BEJA, Artur; BANDEIRA, Elsa; BARROS, Filipa - **Competências dos enfermeiros de cuidados gerais na prestação de cuidados ao doente na sala de emergência**. Lisboa : Universidade Atlântica, 2009 Trabalho Final de Pós-Graduação.

BRANDÃO, Hugo Pena; GUIMARÃES, Tomás De Aquino - Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. . ISSN 0034-7590. 41:1 (2001) 8–15. doi: 10.1590/S0034-75902001000100002.

CAMARA, Pedro - **Dicionário de competências**. 1ª ed. Lisboa : Editora RH, 2017. ISBN 978-972-8871-63-5.

CAPELAS, Manuel *et al.* - indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. **Cadernos de Saúde**. Lisboa. . ISSN 2795-4358. 10:2 (2018) 11–24. doi: 10.34632/cadernosdesaude.2018.7245.

CEITIL, Mário - **Gestão e desenvolvimento de competências**. 2ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2021. ISBN 978-982-618-834-6.

CONSELHO DAS ORGANIZAÇÕES INTERNACIONAIS DE CIÊNCIAS MÉDICAS - **Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas a saúde envolvendo seres humanos** [Em linha]. 4ª ed. Brasília : CFM, 2018 Disponível em WWW:<URL:<https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/11/CIOMS-final-Diretrizes-Eticas-Internacionais-Out18.pdf>>. ISBN 9789290360933.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA - **Integridade na investigação científica: recomendação** [Em linha]. Lisboa : CNECV, 2018 [Consult. 17 jun. 2021]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/IntegridadeCNECV2018.pdf>>.

COSTA, Antonio; GASPAR, Pedro - Perfil de Competências do Enfermeiro no Serviço de Urgência. Em DIXIE, MARIA DOS ANJOS; GASPAR, PEDRO; SOUSA, PEDRO MIGUEL LOPES (Eds.) - **Construindo conhecimento em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica** [Em linha]. Leiria : Unidade de Investigação em Saúde, Escola Superior de Saúde de Leiria Instituto Politécnico de Leiria, 2017 [Consult. 2 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:[https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2877/1/PSC\\_Ebook.pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2877/1/PSC_Ebook.pdf)>. ISBN 978-989-99793-9-0 (e-book). p. 49–67.

EMERGENCY MEDICINE PROGRAMME; EMERGENCY NURSING INTEREST GROUP - **Role Profiles for Nursing Staff in Emergency Care Settings in Ireland** [Em linha]. Dublin : EMP, 2018 [Consult. 5 out. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://www.hse.ie/eng/services/publications/clinical-strategy-and-programmes/role-profiles-for-nursing-staff-working-in-emergency-care-settings-in-ireland.pdf>>.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION - **Posicion Statement: nurse leaders in emergency care settings**. Schaumburg : ENA, 2018

EUROPEAN SOCIETY FOR EMERGENCY NURSING - **Position Statement of EUSEN - Minimum standards for nurses working in Emergency Departments** [Em linha]. Liège : EuSEN, 2017 [Consult. 30 set. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://eusen.org/wp-content/uploads/2017/04/EuSEN-Competencies-Emerg-Nurse.pdf>>.

FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso - Construindo o conceito de competência. **Revista de Administração Contemporânea**. Curitiba. . ISSN 1415-6555. 5:spe (2001) 183–196. doi: 10.1590/S1415-65552001000500010.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures : Lusodidacta, 2009a. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Loures : Lusodidacta, 2009b. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRADE, Manuel - **Gerir as competências: um desafio para as chefias de equipa em enfermagem numa unidade hospitalar do sector público** [Em linha]. Évora : Universidade de Évora, 2006 Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10174/16134>>. Dissertação de Mestrado.

HOLANDA, Flávia Lilalva De; MARRA, Celina Castagnari; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm - Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. . ISSN 0103-2100. 28:4 (2015) 308–314. doi: 10.1590/1982-0194201500053.

HSU, Chia Chien; SANDFORD, Brian A. - The Delphi technique: making sense of consensus. **Practical Assessment, Research and Evaluation**. Amherst. . ISSN 1531-7714. 12:10 (2007) 1–8. doi: 10.7275/pdz9-th90.

IQBAL, SUSANNE; PIPON-YOUNG, Laura - The Delphi method. **Psychologist**. [Em linha] 22:7 (2009) 598–601. [Consult. 30 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://thepsychologist.bps.org.uk/volume-22/edition-7/delphi-method>>. ISSN 1939-1463.

KALLAS, Kathryn D. - Profile of an Excellent Nurse Manager. **Nursing Administration Quarterly**. Philadelphia. . ISSN 1550-5103. 38:3 (2014) 261–268. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000032.

KAYO, Eduardo Kazuo; SECURATO, José Roberto - Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo. [Em linha] 1:4 (1997) 51–61. [Consult. 18 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://docplayer.com.br/38900014-Metodo-delphi-fundamentos-criticas-e-vieses.html>>. ISSN 1414-7394.

KEENEY, Sinead; HASSON, Felicity; MCKENNA, Hugh - Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**. . ISSN 0309-2402. 53:2 (2006) 205–212. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03716.x.

LAVOIE-TREMBLAY, Mélanie *et al.* - **Supporting Leadership Competencies in Nursing** [Em linha]. Montreal : The McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centered Care, 2017 [Consult. 22 mar. 2021]. Disponível em WWW:<URL:[https://www.mcgill.ca/nursing/files/nursing/leadership\\_competencies\\_aug](https://www.mcgill.ca/nursing/files/nursing/leadership_competencies_aug)

4\_2017.pdf>.

MACPHAIL, Estelle - Panorâmica da enfermagem de urgência. Em NEWBERRY, LORENE (Ed.) - **Enfermagem de urgência - da teoria à prática**. 4ª ed. Loures, Portugal : Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-16-9. p. 3–7.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise De - Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**. São Paulo. . ISSN 1980-6248. 29:2 (2018) 389–415. doi: 10.1590/1980-6248-2015-0140.

MARQUES, Rita - **Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos** [Em linha]. Lisboa : Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2019 Disponível em WWW:<URL:http://hdl.handle.net/10400.26/36865>. Dissertação de Mestrado.

MASCARENHAS, André Ofenhejm - **Gestão estratégica de pessoas: evolução, teoria e crítica**. 1ª ed. São Paulo : Edições Cengage Learning, 2009. ISBN 978-65-5558-200-0.

MATEUS, David; SERRA, Sérgio - **Gestão em saúde: liderança e comportamento organizacional para enfermeiros gestores**. Loures : Lusodidacta, 2017. ISBN 978-989-8075-72-7.

MCCLELLAND, David C. - Testing for competence rather than for «intelligence.» **American Psychologist**. Washington. . ISSN 1935-990X. 28:1 (1973) 1–14. doi: 10.1037/h0034092.

NUNES, Lucília - Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. **Percursos**. [Em linha] 1:17 (2010) 3–9. [Consult. 30 mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://hdl.handle.net/10400.26/9215>. ISSN 1646-5067.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer N.º 20 / 2015 - Competências do Enfermeiro Chefe de Equipa dos Serviços de Urgência. 55:2015) 2008–2010.

PEREIRA, Adelina *et al.* - **Relatório Grupo Trabalho: Serviços de Urgências** [Em linha]. Lisboa : Serviço Nacional de Saúde, 2019 [Consult. 3 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgências.pdf>.

POWELL, Catherine - The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**. . ISSN 0309-2402. 41:4 (2003) 376–382. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02537.x.

REGO, ARMÉNIO; CUNHA, Miguel - **Que Líder Sou Eu? Manual de apoio ao**

**desenvolvimento de competências de liderança.** 3ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2019. ISBN 978-989-561-020-4.

Regulamento n.º 190/2015 - **DR II Série.** 79 (2015) 10087–10090.

REZENDE, HELENA APARECIDA DE; DUARTE, Alzira Da Conceição Silva; - A influência da liderança na promoção de comportamentos de cidadania organizacional entre enfermeiros. Em PARREIRA, PEDRO; MÓNICO, LISETE; CARVALHO, CARLA (Eds.) - **Liderança e Seus Efeitos.** Coimbra, Portugal : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2017. ISBN 978-989-99426-6-0. p. 27–48.

SCARPARO, Fazzolo *et al.* - Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **REV RENE.** Fortaleza. [Em linha] 13:1 (2012) 242–251. [Consult. 18 mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL:http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027980026>. ISSN 1517-3852.

SERRANO, Maria; COSTA, Arminda; COSTA, Nilza - Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência.** Coimbra. . ISSN 08740283. III Série:nº 3 (2011) 15–23. doi: 10.12707/RIII1019.

SILVA, Paulo António Gonçalves Da - **Competências transversais dos licenciados e sua integração no mercado de trabalho** [Em linha]. Braga : Universidade do Minho, 2008 Disponível em WWW:<URL:http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9156/1/Relatorio de dissertacao Paulo Silva.pdf%0Ahttp://hdl.handle.net/1822/9156>. Dissertação de Mestrado.

WATERS, David *et al.* - **EfCCNa: Competencies for European Critical Care Nurses** [Em linha]. Amesterdão : The European Federation of Critical Care Nursing Associations, 2013 [Consult. 21 mar. 2021]. Disponível em WWW:<URL:https://www.efccna.org/images/stories/publication/competencies\_cc.pdf>.

YOUSUF, Muhammad Imran - Using experts' opinions through Delphi technique. **Practical Assessment, Research and Evaluation.** Amherst. . ISSN 1531-7714. 12:4 (2007) 1–8. doi: 10.7275/rrph-t210.



## **APÊNDICES**





**Apêndice A – Pedido de parecer à  
Comissão de Ética da UICISA:E**

**COMISSÃO DE ÉTICA**  
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem**  
(UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

**Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de  
Ética Relativos a Estudos de Investigação**

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

**Título do Projeto: "Perfil de Competências do Enfermeiro Coordenador de  
Equipa de um Serviço de Urgência"**

**Identificação do(s) Proponente(s)**

Nome: Pedro Miguel Miranda Antunes

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Nota curricular em anexo (Anexo 1)

**Investigador responsável:** Pedro Miguel Miranda Antunes (mestrando do VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo)

**Orientador:** Mestre Mara Rocha (detentora do Título de Especialista em Enfermagem ao abrigo do DL n.º 206/2009, de 31 de agosto). Investigadora do Núcleo UICISA:E na ESS-IPVC.

**Justificação:** A ineficiência dos cuidados de saúde primários para situações agudas e a facilidade de acessos aos cuidados hospitalares, aliadas à grande percentagem de utentes com isenção de taxas moderadoras, faz com que a afluência aos SU básicos, médico-cirúrgicos e polivalentes tenha atingido, desde há vários anos, números exagerados - ± 6 000 000 episódios/ano.

O serviço de urgência (SU), talvez pela diversidade de situações e pelo "sentimento de adrenalina" que delas advém, é uma área de interesse e fascínio para os jovens profissionais

em início de carreira. Ainda assim, este interesse traz consigo um sentimento de insegurança e inaptidão.

Num SU as situações potencialmente fatais para um utente não acontecem uma de cada vez, tão-pouco sabemos quando estas vão acontecer. Poder-se-ão suceder momentos de simultaneidade de situações que requerem maior alerta e disponibilidade de profissionais, quer em número quer em tempo. As equipas são, na maioria dos contextos de urgência da realidade portuguesa, diminutas em número face às necessidades sentidas.

O facto de trabalhar desde o início da atividade profissional em contexto de urgência/emergência, tendo passado já por três SU distintos, fez-me interrogar se as diferentes características, capacidades e competências dos enfermeiros com funções de coordenação de equipa têm influência nas dinâmicas organizacionais, na qualidade dos cuidados prestados, na gestão de conflitos e, quem sabe até, no *outcome* clínico e/ou grau de satisfação dos utentes.

**Objetivos do Estudo:**

- Identificar as competências que devem integrar o perfil do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU;
- Construir e validar uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU.

**Data prevista de início dos trabalhos:** Março 2021

**Data prevista de fim dos trabalhos:** Julho 2021

**Data prevista de início da colheita de dados:** Junho 2021

**Data prevista de fim da colheita de dados:** Julho 2021

**Metodologia**

Tipo de Estudo: assente numa abordagem qualitativa, optou-se por um estudo descritivo tendo em conta que, como definem Sampieri, Collado e Lucio, “buscam especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos...” (2013, p. 102).

O percurso metodológico neste trabalho de investigação engloba dois momentos chave para a colheita de dados. Num primeiro momento pretende-se, através de revisão da literatura reunir um conjunto de competências que suportem a criação de um perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU, sendo este, num segundo momento, sujeito a escrutínio por grupo de peritos, com recurso à Técnica de Delphi, por forma a conseguir uma versão de consenso.

Critérios de seleção dos peritos:

Porque o objeto em estudo se relaciona com a disciplina Enfermagem, impõe-se como único critério absoluto para a seleção de peritos, a licenciatura em Enfermagem. Com este critério absoluto como ponto de partida, são critérios relativos os seguintes:

- Experiência em investigação, com ênfase na área do estudo das competências em enfermagem;
- Experiência em direção de serviços de Enfermagem;
- Experiência em chefia de serviços de urgência, polivalentes, médico-cirúrgicos ou básicos;
- Experiência  $\geq$  5 anos na coordenação de equipas de enfermagem de serviço de urgência polivalente;
- Experiência  $\geq$  5 anos como responsável de turno de serviço de urgência médico-cirúrgico ou básico.

Locais onde decorre a Investigação:

O contexto onde decorre o estudo é o SU. Tendo em conta o risco pandémico que o país atravessa e o método de colheita de dados escolhido, os contactos com os participantes serão realizados por correio eletrónico.

Instrumento(s) de Colheita de Dados (juntar exemplo, no formato, que vai ser utilizado):

O instrumento a utilizar na recolha de dados para obtenção do consenso será o questionário construído pelo investigador, aplicado através da plataforma *Google Forms*, a ser enviado na primeira ronda – <https://forms.gle/hnXBtN2CkzVVzekCA>

Garantia de Confidencialidade:

Nos processos de investigação, o investigador deve assumir as obrigações e responsabilidades inerentes, seja para com a sociedade ou a comunidade académica, mas principalmente para com os participantes. Assim, exige-se ao investigador o respeito escrupuloso pelos cinco direitos fundamentais elencados por Fortin (1996): direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

O método escolhido para a colheita de dados – técnica de Delphi, exige o anonimato dos participantes durante todo o processo. Como tal, no convite feito aos peritos é dada essa garantia, bem como é descrito todo o percurso até à obtenção do consenso e solicitado o consentimento informado.

Como é garantida a voluntariedade e autonomias dos participantes (juntar exemplos do documento para informação e obtenção do consentimento):

Termo de consentimento livre e esclarecido para a participação no estudo (Anexo 2)

**Há previsão de danos para os sujeitos da investigação?**

Não são expectáveis quaisquer danos, riscos ou inconvenientes para os participantes

**Há previsão de benefícios para os sujeitos da investigação?**

Com este estudo espera-se obter uma versão de consenso do perfil de competências de um enfermeiro coordenador de equipa de um SU, instrumento este que poderá ser uma mais-valia na identificação e seleção de elementos de um SU para assumirem as funções de coordenação de equipa. Desta forma, acredita-se que os resultados deste estudo se podem configurar como benefícios indiretos para os participantes.

**Custos de participação para os sujeitos da investigação e possível compensação:**

Não aplicável.

**ANEXAR**

**1 - Autorização/concordância dos serviços onde decorre a investigação** (caso já exista)

**2 - Folha de Consentimento Informado** (anexar) que deve conter, para além de outros julgados pertinentes, os seguintes elementos:

- identificação do investigador;
- identificação do estudo;
- objetivos do estudo;
- informações relevantes;
- carácter voluntário da participação;
- confidencialidade das respostas
- declaração, por parte do participante, em como recebeu a informação necessária, ficou esclarecido e aceita participar voluntariamente no estudo.

**3 – Instrumento(s) de Colheita de Dados**

**4 – Projeto de Investigação** (máximo 20 páginas)

**5 – Curriculum Vitae do(s) Proponente(s)** (máximo 1 página por cada)


**Termo de Responsabilidade**

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão

respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

**Data: 21/06/2021**

**O Proponente:**



(Pedro Miguel Antunes)

Assinado por : **Pedro Miguel Miranda Antunes**

Num. de Identificação: 11483975

Data: 2021.06.25 14:24:31+01'00'



**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR





**Apêndice B – Parecer da Comissão  
de Ética da UICISA:E**

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer N° / 790 -2021**

**Título do Projecto:** "Perfil de Competências do Enfermeiro Coordenador de Equipa de um Serviço de Urgência"

### Identificação dos Proponentes

Nome(s):

Pedro Miguel Miranda Antunes

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

Investigador Responsável: Pedro Miguel Miranda Antunes

Orientador: Mestre Mara Rocha - Investigadora do Núcleo UICISA:E na ESS-IPVC.

**Relator:** Carla Barbosa

### Parecer

O estudo apresentado, que é um estudo *assente numa abordagem qualitativa*, tendo optado por uma abordagem *descritiva*, apresenta como objetivos:

- Identificar as competências que devem integrar o perfil do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU;
- Construir e validar uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de uma equipa de um SU.

Metodologicamente em *um primeiro momento pretende-se, através de revisão da literatura reunir um conjunto de competências que suportem a criação de um perfil de competências do enfermeiro coordenador de equipa de um SU, sendo este, num segundo momento, sujeito a escrutínio por grupo de peritos, com recurso à Técnica de Delphi, por forma a conseguir uma versão de consenso.*

*Instrumento: questionário construído pelo investigador, aplicado através da plataforma Google Forms.*

*Participação Voluntária. Os dados serão anonimizados. Refere o investigador que a técnica de Delphi, exige o anonimato dos participantes durante todo o processo. Como tal, no convite feito aos peritos é dada essa garantia, bem como é descrito todo o percurso até à obtenção do consenso e solicitado o consentimento informado.*

Quanto ao consentimento ele existe, prevendo, nomeadamente, que o participante é livre de desistir a qualquer momento.

Considerando o supra exposto o parecer é favorável.





## **Apêndice C – Convite aos peritos**

Exmo.(a) Sr.(a) Enfermeiro(a),

Obrigado, desde já, pela atenção dispensada.

O meu nome é Pedro Miguel Miranda Antunes, enfermeiro em funções no Serviço de Urgência e Emergência Médica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, e mestrando do VI Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

No contexto na Unidade Curricular Dissertação de Natureza Científica, estou a realizar um estudo sobre o “PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA”, sob orientação da Exma. Sra. Professora Mara Rocha e coorientação da Exma. Sra. Professora Maria Aurora Pereira, e que tem como objetivo a criação de um perfil de competências que norteie as chefias dos serviços na hora de identificar enfermeiros para o exercício destas funções.

Com vista à colheita de dados, assente na Técnica de *Delphi*, o conteúdo para os inquiridos a realizar foi sustentado por revisão bibliográfica sobre os temas inerentes, como liderança e competência, bem como em tomadas de posição e diretrizes de instituições nacionais (tais como a Ordem dos Enfermeiros ou a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança) e internacionais (*Emergency Nurses Association, American Association of Colleges of Nursing, Australian College of Critical Care Nurses, Canadian Nurses Association, American Organization of Nurse Executives, etc...*) sobre o tema em estudo.

A Técnica de *Delphi* pode ser usada quando o objetivo de um estudo é obter, comparar e direcionar os julgamentos de um grupo de especialistas (peritos), normalmente através da resposta sequencial a rondas de questionários, em que as opiniões são partilhadas por todos os intervenientes a cada ronda, até à obtenção de um consenso no que ao tema diz respeito. Nas áreas da educação e da saúde, esta técnica tem sido, igualmente, utilizada para a seleção de competências (Silva e Tanaka, 1999).

Uma das principais vantagens desta técnica prende-se com o facto de conseguir reunir um grupo de peritos no complexo procedimento de construção de um consenso, mantendo o anonimato dos participantes durante todo o processo, e é de salientar, também, a importância que a literatura atribui à heterogeneidade do grupo, sendo relevante para o consenso a participação de um grupo variado em experiências, áreas de especialidade ou perspetivas.

Neste contexto, e tendo por base o reconhecimento do(a) Sr.(a) Enfermeiro(a) como perito(a) na área das competências, da gestão ou coordenação de equipas de enfermagem em contexto de urgência e emergência, venho por este meio convidá-lo(a) a participar neste estudo.

Caso decida participar, o que me deixaria extremamente honrado, basta clicar no *link* presente no final desta página e responder afirmativamente ao “Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido” por forma a certificar a participação livre, voluntária e esclarecida, e responder ao primeiro questionário. A previsão aponta para que o consenso seja atingido em duas a três rondas.

Fica desde já assegurado o anonimato de todos os participantes durante todo o processo.

Todo o processo decorrerá através de correio eletrónico e, em qualquer fase deste, estarei ao dispor para qualquer esclarecimento adicional que entenda necessário, através do contacto eletrónico - [enf.pedro.antunes@gmail.com](mailto:enf.pedro.antunes@gmail.com) ou móvel – 965298175.

Agradeço desde já a disponibilidade e colaboração.

Pedro Miguel Antunes

[Termo de Consentimento Livre e Esclarecido](#)  
(clique para iniciar participação)



**Apêndice D – Termo de Consentimento  
Livre e Esclarecido**



# Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

\*Obrigatório

No seguimento do convite para participar no estudo como o título “PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA”, a desenvolver por Pedro Miguel Miranda Antunes, mestrando do VI Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, tendo como objetivos identificar as competências que devem integrar o perfil do enfermeiro coordenador de uma equipa de um serviço de urgência e construir e validar uma proposta de perfil de competências do enfermeiro coordenador de uma equipa de um serviço de urgência, declaro que me foram disponibilizadas as informações solicitadas sobre o estudo em questão, assegurado o respeito pelo princípio do anonimato e o compromisso de confidencialidade em todo o processo, bem como o direito a recusar ou interromper a participação em qualquer fase do estudo sem qualquer prejuízo para a minha pessoa. Como tal, decido voluntariamente que... \*

- ACEITO participar.
- NÃO ACEITO participar.

[Seguinte](#)

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)



**Apêndice E – Lista de competências  
identificadas e respectiva definição**

## LISTA DE COMPETÊNCIAS IDENTIFICADAS E RESPECTIVA DEFINIÇÃO

### A – COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

#### A 1 – COMPETÊNCIAS PESSOAIS

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
A 1.1 - ADAPTAÇÃO À MUDANÇA	Capacidade de manter a eficiência em ambientes de constante mudança – tarefas, responsabilidades e pessoas. Capacidade de se adaptar a situações anômalas (novas ou fora do normal).
A 1.2 - AUTOCONTROLO	Manifestação de comportamentos que evidenciam domínio sobre as suas emoções e impulsos em todas as situações.
A 1.3 - AUTODESENVOLVIMENTO	Condução da ação para a procura contínua de novos saberes que sejam relevantes para a sua atividade profissional, tendo em vista as novas experiências da sua área específica.
A 1.4 - AUTONOMIA	Capacidade de tomar decisões ponderadas (incorporando informação de natureza diversa, incluindo a opinião de outros elementos) na devida altura, tendo em conta as consequências das decisões e medidas em causa.
A 1.5 - INICIATIVA	Influencia ativamente as ocasiões em vez de as aceitar passivamente, originando ação. Identifica oportunidades e atua sobre elas. Empreende projetos de mudança de modo a adaptar-se às exigências que o rodeiam.
A 1.6 - INTEGRIDADE	Comunica as suas intenções, ideias e sentimentos aberta e diretamente; é franco e honesto. Pratica o que diz. Defende aquilo em que acredita. Aceita os seus próprios erros e vulnerabilidades e toma ação para corrigir erros.
A 1.7 - PENSAMENTO CRÍTICO	Apresenta capacidades de análise e avaliação da consistência de raciocínios; é capaz de decidir racionalmente sobre quais as ideias ou informações que devem ser admitidas.
A 1.8 - RESILIÊNCIA E MOTIVAÇÃO	Evidencia, através de comportamentos, uma rápida recuperação, quando confrontado com situações de rutura, stresse e/ou emocionalmente descompensatórias. Apresenta capacidade para estimular os outros a seguir um determinado rumo ou direção, mesmo nas circunstâncias mais adversas.
A 1.9 – CONFORMIDADE	Capacidade para aceitar e agir em harmonia com as normas e regulamentos aplicáveis à sua esfera de ação profissional. Procura o acordo dos responsáveis antes de modificar quaisquer normas e regulamentos.
A 1.10 - AUTOCONSCIÊNCIA	Capacidade de se autoavaliar e formar uma opinião precisa dos seus pontos fortes e fracos e estar disposto a melhorar

#### A 2 – COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
A 2.1 - COMUNICAÇÃO	Capacidade de comunicação, oral e escrita, com clareza, fluência e exatidão. Adapta a linguagem utilizada às características dos interlocutores e preocupa-se com o entendimento da mensagem. Sabe dizer e sabe ouvir. Quando comunica, acrescenta valor e ajuda a resolver problemas.
A 2.2 - ÉTICA	Comportamentos e ações que visam garantir uma prática de Enfermagem dentro de uma estrutura ética e profissional.
A 2.3 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	Capacidade de estabelecer, manter e desenvolver um relacionamento formal e informal com a equipa multidisciplinar.
A 2.4 - RESOLUÇÃO PROBLEMAS	Manifestação de comportamentos orientados para a proatividade, assumindo a disponibilidade e compromisso para implementar formas alternativas de resolução, visando garantir a performance requerida.
A 2.5 - TRABALHO EM EQUIPA	Apresenta disponibilidade para participar enquanto membro de uma equipa da qual ele/ela não é necessariamente líder. Revela ser um colaborador eficaz mesmo quando a equipa está a trabalhar em algo que não possui um interesse pessoal direto, em prol dessa mesma equipa.

A 2.6 – EMPATIA	Capacidade e predisposição para perceber os sentimentos e necessidades dos outros, demonstrando compreensão pelos mesmos e atuando por forma a ir ao encontro das suas expectativas.
A 2.7 – ASSERTIVIDADE	Capacidade de afirmação dos próprios direitos, na expressão de pensamentos, crenças e sentimentos, sem violar os direitos dos outros. Expressar os sentimentos e pensamentos e defender aquilo em que acredita, sem ter de magoar os outros

## B – COMPETÊNCIAS DE TÉCNICO-PROFISSIONAIS

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
B 1 - COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	Capacidade de prestar cuidados de Enfermagem diferenciados em contexto de urgência e emergência, servindo como referência aos seus pares, por meio de experiência profissional reconhecida.
B 2 - GERIR PRIORIDADES	Capacidade de distinguir com clareza as prioridades e concretiza-as de acordo com a sua importância, no seu enquadramento profissional.
B 3 - TRABALHAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS	Evidência de adaptabilidade e propensão para trabalhar em cenários de elevada pressão, turbulência e/ou dificuldades físicas, psicológicas e logísticas.

## C – COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
C 1 – COORDENAÇÃO	Capacidade para coordenar, orientar e dinamizar equipas e grupos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de projetos e à concretização dos objetivos exerce por vezes o papel de orientador e dinamizador das equipas e grupos de trabalho, contribuindo de forma decisiva para que os objetivos sejam alcançados.
C 2 - DESENVOLVIMENTO DE COLABORADORES	Capacidade para desenvolver as aptidões e capacidades dos subordinados através de atividades relacionadas com o cargo atual ou futuro. Perceção das necessidades de desenvolvimento das pessoas. Promove proativamente a transmissão de conhecimentos.
C 3 - GESTÃO DE CONFLITOS	Capacidade para mediar conflitos, considerando as partes envolvidas e propondo soluções de acordo com os interesses institucionais, utilizando técnicas de mediação.
C 4 - LIDERANÇA	Dirige a equipa para os objetivos. Adota a forma de atuação mais ajustada a cada situação. Orienta os outros na realização do trabalho e o leva-os a realizar as tarefas com sucesso. Motiva os colaboradores, encoraja-os e reconhece o seu contributo. Promove o desenvolvimento dos outros por meio de opiniões construtivas, formação, acompanhamento e tarefas desafiantes.
C 5 - PERSUASÃO	Capacidade de influenciar, convencer ou impressionar os outros com o intuito de obter a sua aceitação, concordância ou alteração de comportamentos.
C 6 – PRÁTICA COLABORATIVA	Capacidade de colaboração profissional, partilha de conhecimentos, experiências e habilidades. Demonstra presença assídua e disponível nos contextos da prática
C 7 - DELEGAÇÃO	Capacidade para utilizar pessoas e outros recursos disponíveis. Conhecimento de quando, como e em quem delegar. Distribuição efetiva de autoridade e responsabilidade para tomada de decisões.
C 8 - INOVAÇÃO	Revela orientação para a mudança e predisposição para a inovação, tal como novas abordagens à resolução de problemas ou otimização de processos de trabalho.



**Apêndice F – Instrumento enviado aos  
peritos 1ª Ronda**

# COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA

Para começar a responder, por favor avance para a página seguinte

\*Obrigatório

1 - Este formulário contém 21 competências, agrupadas por tipo de competência. Da lista seguinte, por favor assinale para cada uma das COMPETÊNCIAS, o seu grau de concordância quando relacionadas com o Perfil de Competências do Enfermeiro Coordenador de Equipa de um Serviço de Urgência, segundo a seguinte escala:

- 1 - DISCORDO TOTALMENTE
- 2 - DISCORDO
- 3 - NÃO CONCORDO NEM DISCORDO
- 4 - CONCORDO
- 5 - CONCORDO PLENAMENTE

Todas as competências estão acompanhadas pela respetiva definição

Avance para começar a responder

## COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

### PESSOAIS

#### 1. ADAPTAÇÃO À MUDANÇA \*

Capacidade de manter a eficiência em ambientes de constante mudança – tarefas, responsabilidades e pessoas. Capacidade de se adaptar a situações anómalas (novas ou fora do normal)

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 2. AUTOCONTROLO \*

Manifestação de comportamentos que evidenciam domínio sobre as suas emoções e impulsos em todas as situações

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



3. AUTODESENVOLVIMENTO \*

Capacidade de conduzir a ação para a procura contínua de novos saberes que sejam relevantes para a sua atividade profissional, tendo em vista as novas experiências da sua área específica

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. AUTONOMIA \*

Capacidade de tomar decisões ponderadas (incorporando informação de natureza diversa, incluindo a opinião de outros elementos) na devida altura, tendo em conta as consequências das decisões e medidas em causa

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. INICIATIVA \*

Capacidade de influenciar ativamente as ocasiões em vez de as aceitar passivamente, originando ação. Identifica oportunidades e atua sobre elas. Empreende projetos de mudança de modo a adaptar-se às exigências que o rodeiam

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. INTEGRIDADE \*

Comunica as suas intenções, ideias e sentimentos aberta e diretamente; é franco e honesto. Pratica o que diz. Defende aquilo em que acredita. Aceita os seus próprios erros e vulnerabilidades e toma ação para corrigir erros

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. PENSAMENTO CRÍTICO \*

Apresenta capacidades de análise e avaliação da consistência de raciocínios; é capaz de decidir racionalmente sobre quais as ideias ou informações que devem ser admitidas.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. RESILIÊNCIA E MOTIVAÇÃO \*

Evidencia, através de comportamentos, uma rápida recuperação, quando confrontado com situações de rutura, stress e/ou emocionalmente descompensatórias. Apresenta capacidade para estimular os outros a seguir um determinado rumo ou direção, mesmo nas circunstâncias mais adversas

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INTERPESSOAIS

9. COMUNICAÇÃO \*

Capacidade de comunicação, oral e escrita, com clareza, fluência e exatidão. Adapta a linguagem utilizada às características dos interlocutores e preocupa-se com o entendimento da mensagem. Sabe dizer e sabe ouvir. Quando comunica, acrescenta valor e ajuda a resolver problemas

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. ÉTICA \*

Comportamentos e ações que visam garantir uma prática de Enfermagem dentro de uma estrutura ética e profissional.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL \*

Capacidade de estabelecer, manter e desenvolver um relacionamento formal e informal com a equipa multidisciplinar

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. RESOLUÇÃO PROBLEMAS \*

Manifestação de comportamentos orientados para a proatividade, assumindo a disponibilidade e compromisso para implementar formas alternativas de resolução, visando garantir a performance requerida

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. TRABALHO EM EQUIPA \*

Disponibilidade para participar enquanto membro de uma equipa da qual não é necessariamente líder. Revela ser um colaborador eficaz mesmo quando a equipa está a trabalhar em algo que não possui um interesse pessoal direto, em prol dessa mesma equipa

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPETÊNCIAS TÉCNICO-PROFISSIONAIS

14. COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM \*

Capacidade de prestar cuidados de Enfermagem diferenciados em contexto de urgência e emergência, servindo como referência aos seus pares, por meio de experiência profissional reconhecida

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. GERIR PRIORIDADES \*

Capacidade de distinguir com clareza as prioridades e concretiza-as de acordo com a sua importância, no seu enquadramento profissional

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. TRABALHAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS \*

Evidência de adaptabilidade e propensão para trabalhar em cenários de elevada pressão, turbulência e/ou dificuldades físicas, psicológicas e logísticas

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

17. COORDENAÇÃO \*

Capacidade para coordenar, orientar e dinamizar equipas e grupos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de projetos e à concretização dos objetivos

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. DESENVOLVIMENTO DE COLABORADORES \*

Capacidade para desenvolver as aptidões e capacidades dos subordinados através de atividades relacionadas com o cargo atual ou futuro. Perceção das necessidades de desenvolvimento das pessoas. Promove proativamente a transmissão de conhecimentos

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. **GESTÃO DE CONFLITOS \***

Capacidade para mediar conflitos, considerando as partes envolvidas e propondo soluções de acordo com os interesses institucionais, utilizando técnicas de mediação

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. **LIDERANÇA \***

Dirige a equipa para os objetivos. Adota a forma de atuação mais ajustada a cada situação. Orienta os outros na realização do trabalho e o leva-os a realizar as tarefas com sucesso. Motiva os colaboradores, encoraja-os e reconhece o seu contributo. Promove o desenvolvimento dos outros por meio de opiniões construtivas, formação, acompanhamento e tarefas desafiantes

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. **PERSUASÃO \***

Capacidade de influenciar, convencer ou impressionar os outros com o intuito de obter a sua aceitação, concordância ou alteração de comportamentos

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2 - Enumere **COMPETÊNCIAS** que considera como pertinentes para o referido Perfil de Competências e que não constem da lista elencada no número anterior

22.

---

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO!**



**Apêndice G – Instrumento enviado  
aos peritos 2ª Ronda**

# COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO COORDENADOR DE EQUIPA DE UM SERVIÇO DE URGÊNCIA - 2ª RONDA

\*Obrigatório

Para começar a responder, por favor avance para a página seguinte

1 - Este formulário contém 12 competências, agrupadas por tipo de competência. Da lista seguinte, por favor assinale para cada uma das COMPETÊNCIAS, o seu grau de concordância quando relacionadas com o Perfil de Competências do Enfermeiro Coordenador de Equipa de um Serviço de Urgência, segundo a seguinte escala:

- 1 - DISCORDO TOTALMENTE
- 2 - DISCORDO
- 3 - NÃO CONCORDO NEM DISCORDO
- 4 - CONCORDO
- 5 - CONCORDO PLENAMENTE

Todas as competências estão acompanhadas pela respetiva definição

Avance para começar a responder

## COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

### PESSOAIS

#### 1. AUTOCONTROLO \*

Manifestação de comportamentos que evidenciam domínio sobre as suas emoções e impulsos em todas as situações

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 2. CONFORMIDADE \*

Capacidade para aceitar e agir em harmonia com as normas e regulamentos aplicáveis à sua esfera de ação profissional. Procura o acordo dos responsáveis antes de modificar quaisquer normas e regulamentos.

*Marcar apenas uma oval.*

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



3. AUTOCONSCIÊNCIA \*

Capacidade de se autoavaliar e formar uma opinião precisa dos seus pontos fortes e fracos e estar disposto a melhorar.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INTERPESSOAIS

4. RELACIONAMENTO INTERPESSOAL \*

Capacidade de estabelecer, manter e desenvolver um relacionamento formal e informal com a equipa multidisciplinar.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. RESOLUÇÃO PROBLEMAS \*

Manifestação de comportamentos orientados para a proatividade, assumindo a disponibilidade e compromisso para implementar formas alternativas de resolução, visando garantir a performance requerida.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. EMPATIA \*

Capacidade e predisposição para perceber os sentimentos e necessidades dos outros, demonstrando compreensão pelos mesmos e atuando por forma a ir ao encontro das suas expectativas.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. ASSERTIVIDADE \*

Capacidade de afirmação dos próprios direitos, na expressão de pensamentos, crenças e sentimentos, sem violar os direitos dos outros. Expressar sentimentos e pensamentos e defender aquilo em que acredita, sem magoar os outros.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

8. DESENVOLVIMENTO DE COLABORADORES \*

Capacidade para desenvolver as aptidões e capacidades dos subordinados através de atividades relacionadas com o cargo atual ou futuro. Perceção das necessidades de desenvolvimento das pessoas. Promove proativamente a transmissão de conhecimentos.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. PERSUASÃO \*

Capacidade de influenciar, convencer ou impressionar os outros com o intuito de obter a sua aceitação, concordância ou alteração de comportamentos.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. PRÁTICA COLABORATIVA \*

Capacidade de colaboração profissional, partilha de conhecimentos, experiências e habilidades. Demonstra presença assídua e disponível nos contextos da prática.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. DELEGAÇÃO \*

Capacidade para utilizar pessoas e outros recursos disponíveis. Conhecimento de quando, como e em quem delegar. Distribuição efetiva de autoridade e responsabilidade para tomada de decisões.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. INOVAÇÃO \*

Revela orientação para a mudança e predisposição para a inovação, tal como novas abordagens à resolução de problemas ou otimização de processos de trabalho.

Marcar apenas uma oval.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

UMA VEZ MAIS, OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO!

13. Antes de terminar, para fins estatísticos, pergunto-lhe se respondeu ao questionário na 1ª ronda \*

Marcar tudo o que for aplicável.

- Sim
- Não

---

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários



## **Apêndice H – Versão de consenso**

## A – COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS

A1 – COMPETÊNCIAS PESSOAIS	DEFINIÇÃO
A 1.1 - ADAPTAÇÃO À MUDANÇA	Capacidade de manter a eficiência em ambientes de constante mudança – tarefas, responsabilidades e pessoas. Capacidade de se adaptar a situações anômalas (novas ou fora do normal).
A 1.2 - AUTOCONTROLO	Manifestação de comportamentos que evidenciam domínio sobre as suas emoções e impulsos em todas as situações.
A 1.3 - AUTODESENVOLVIMENTO	Condução da ação para a procura contínua de novos saberes que sejam relevantes para a sua atividade profissional, tendo em vista as novas experiências da sua área específica.
A 1.4 - AUTONOMIA	Capacidade de tomar decisões ponderadas (incorporando informação de natureza diversa, incluindo a opinião de outros elementos) na devida altura, tendo em conta as consequências das decisões e medidas em causa.
A 1.5 - INICIATIVA	Influencia ativamente as ocasiões em vez de as aceitar passivamente, originando ação. Identifica oportunidades e atua sobre elas. Empreende projetos de mudança de modo a adaptar-se às exigências que o rodeiam.
A 1.6 - INTEGRIDADE	Comunica as suas intenções, ideias e sentimentos aberta e diretamente; é franco e honesto. Pratica o que diz. Defende aquilo em que acredita. Aceita os seus próprios erros e vulnerabilidades e toma ação para corrigir erros.
A 1.7 - PENSAMENTO CRÍTICO	Apresenta capacidades de análise e avaliação da consistência de raciocínios; é capaz de decidir racionalmente sobre quais as ideias ou informações que devem ser admitidas.
A 1.8 - RESILIÊNCIA E MOTIVAÇÃO	Evidencia, através de comportamentos, uma rápida recuperação, quando confrontado com situações de rutura, stresse e/ou emocionalmente descompensatórias. Apresenta capacidade para estimular os outros a seguir um determinado rumo ou direção, mesmo nas circunstâncias mais adversas.
A 1.9 – CONFORMIDADE	Capacidade para aceitar e agir em harmonia com as normas e regulamentos aplicáveis à sua esfera de ação profissional. Procura o acordo dos responsáveis antes de modificar quaisquer normas e regulamentos.
A 1.10 - AUTOCONSCIÊNCIA	Capacidade de se autoavaliar e formar uma opinião precisa dos seus pontos fortes e fracos e estar disposto a melhorar

A2 – COMPETÊNCIAS INTERPESSOAIS	DEFINIÇÃO
A 2.1 - COMUNICAÇÃO	Capacidade de comunicação, oral e escrita, com clareza, fluência e exatidão. Adapta a linguagem utilizada às características dos interlocutores e preocupa-se com o entendimento da mensagem. Sabe dizer e sabe ouvir. Quando comunica, acrescenta valor e ajuda a resolver problemas.
A 2.2 - ÉTICA	Comportamentos e ações que visam garantir uma prática de Enfermagem dentro de uma estrutura ética e profissional.
A 2.3 - RELACIONAMENTO INTERPESSOAL	Capacidade de estabelecer, manter e desenvolver um relacionamento formal e informal com a equipa multidisciplinar.
A 2.4 - RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Manifestação de comportamentos orientados para a proatividade, assumindo a disponibilidade e compromisso para implementar formas alternativas de resolução, visando garantir a performance requerida.
A 2.5 - TRABALHO EM EQUIPA	Apresenta disponibilidade para participar enquanto membro de uma equipa da qual ele/ela não é necessariamente líder. Revela ser um colaborador eficaz mesmo quando a equipa está a trabalhar em algo que não possui um interesse pessoal direto, em prol dessa mesma equipa.
A 2.6 – EMPATIA	Capacidade e predisposição para perceber os sentimentos e necessidades dos outros, demonstrando compreensão pelos mesmos e atuando por forma a ir ao encontro das suas expectativas.
A 2.7 – ASSERTIVIDADE	Capacidade de afirmação dos próprios direitos, na expressão de pensamentos, crenças e sentimentos, sem violar os direitos dos outros. Expressar os sentimentos e pensamentos e defender aquilo em que acredita, sem ter de magoar os outros

## B – COMPETÊNCIAS DE TÉCNICO-PROFISSIONAIS

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
B 1 - COMPETÊNCIAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM	Capacidade de prestar cuidados de Enfermagem diferenciados em contexto de urgência e emergência, servindo como referência aos seus pares, por meio de experiência profissional reconhecida.
B 2 - GERIR PRIORIDADES	Capacidade de distinguir com clareza as prioridades e concretiza-as de acordo com a sua importância, no seu enquadramento profissional.
B 3 - TRABALHAR EM SITUAÇÕES ADVERSAS	Evidência de adaptabilidade e propensão para trabalhar em cenários de elevada pressão, turbulência e/ou dificuldades físicas, psicológicas e logísticas.

## C – COMPETÊNCIAS DE LIDERANÇA E GESTÃO

COMPETÊNCIA	DEFINIÇÃO
C 1 – COORDENAÇÃO	Capacidade para coordenar, orientar e dinamizar equipas e grupos de trabalho, com vista ao desenvolvimento de projetos e à concretização dos objetivos exerce por vezes o papel de orientador e dinamizador das equipas e grupos de trabalho, contribuindo de forma decisiva para que os objetivos sejam alcançados.
C 2 - DESENVOLVIMENTO DE COLABORADORES	Capacidade para desenvolver as aptidões e capacidades dos subordinados através de atividades relacionadas com o cargo atual ou futuro. Perceção das necessidades de desenvolvimento das pessoas. Promove proativamente a transmissão de conhecimentos.
C 3 - GESTÃO DE CONFLITOS	Capacidade para mediar conflitos, considerando as partes envolvidas e propondo soluções de acordo com os interesses institucionais, utilizando técnicas de mediação.
C 4 - LIDERANÇA	Dirige a equipa para os objetivos. Adota a forma de atuação mais ajustada a cada situação. Orienta os outros na realização do trabalho e o leva-os a realizar as tarefas com sucesso. Motiva os colaboradores, encoraja-os e reconhece o seu contributo. Promove o desenvolvimento dos outros por meio de opiniões construtivas, formação, acompanhamento e tarefas desafiantes.
C 5 - PERSUASÃO	Capacidade de influenciar, convencer ou impressionar os outros com o intuito de obter a sua aceitação, concordância ou alteração de comportamentos.
C 6 – PRÁTICA COLABORATIVA	Capacidade de colaboração profissional, partilha de conhecimentos, experiências e habilidades. Demonstra presença assídua e disponível nos contextos da prática
C 7 - DELEGAÇÃO	Capacidade para utilizar pessoas e outros recursos disponíveis. Conhecimento de quando, como e em quem delegar. Distribuição efetiva de autoridade e responsabilidade para tomada de decisões.
C 8 - INOVAÇÃO	Revela orientação para a mudança e predisposição para a inovação, tal como novas abordagens à resolução de problemas ou otimização de processos de trabalho.

