



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado Gestão em Direção e Chefia dos**  
**Serviços de Enfermagem**

**INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS:**  
**CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA**

**Karine Sobral de Oliveira**

**Porto, 2019**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado Gestão em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem**

---

**INTELIGÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS:  
CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA**

**Dissertação de Mestrado**

**Orientada por**  
**Prof.(a) Doutor António Luis Carvalho**  
**Coorientada pela**  
**Prof.(a) Doutora Cristina Barroso**

**Karine Sobral de Oliveira**

**Porto, 2019**



## AGRADECIMENTOS

É muito difícil expressar com poucas palavras a minha felicidade por estar concretizando um dos grandes sonhos da minha vida. Muitas pessoas fizeram parte desse momento e cada uma teve um papel essencial para esta realização. Não foi nada fácil, estar tão longe de casa é um misto de sentimentos diários, é se orgulhar da escolha que te ofereceu muitos benefícios e se odiar pelas mesmas escolhas que te fizeram perder também tantos momentos com sua família. Mas estou aqui, muito feliz e grata a cada um que me apoiou e ajudou de alguma forma.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Deus por ter me dado força para superar as dificuldades e saúde para poder concretizar esse momento tão importante da minha vida.

Agradeço a minha família pelo apoio incondicional e por sempre acreditarem em mim. Apesar da distância, vocês sempre foram meu pilar. Ao meu pai Dermeval, a minha mãe Viviane, a minha irmã Sabrina e ao meu anjo (in memoriam) Gustavo. A minha tia Rafa pelo apoio e ajuda durante todo esse percurso.

Ao meu marido Victor pelo amor, paciência, companheirismo e apoio durante todo esse período.

Aos meus orientadores: Professor Doutor Luis Carvalho e Professora Doutora Cristina Barroso pela paciência e troca de informações, pelos ensinamentos e mestria.

À Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a equipa de enfermagem que participou desse projeto, pela disponibilidade e colaboração nesse estudo.

A todos os meus amigos do Brasil, em especial a minha amiga Tânia pelo grande apoio e amizade.

Aos amigos que conquistei em Portugal e a equipa Geridoc pelo suporte, compreensão e ajuda.

Obrigada a todos vocês!



## RESUMO

**Tema:** A adoção de sistemas de melhoria contínua da qualidade é fundamental para a certificação das organizações de saúde. Cabe ao enfermeiro chefe, enquanto gestor, desenvolver estratégias que promovam um melhor nível de desempenho, com direta repercussão nos ganhos em saúde. Conhecer a sua equipa e as suas capacidades de inteligência emocional é essencial. Esta capacidade permite ao enfermeiro o controlo emocional para lidar com os desafios os diários dos cuidados face às necessidades dos clientes. A Supervisão Clínica em Enfermagem apresenta-se como uma estratégia que pode contribuir para o desenvolvimento pessoal, promover o pensamento crítico reflexivo, favorecer a qualidade e a segurança dos cuidados, aumentar a satisfação profissional, desenvolver competências e reduzir os níveis de ansiedade. **Objetivo:** Identificar contributos da Supervisão Clínica para Inteligência Emocional dos enfermeiros após implementação do Modelo de Supervisão Clínica. **Método:** Estudo quantitativo, de carácter descritivo correlacional e transversal, cuja questão de investigação é: Quais os contributos da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem para a IE dos Enfermeiros? **Resultados:** Amostra constituída por 47 enfermeiros, idade média de 35,4 anos, 80,9% do género feminino com tempo médio de exercício na profissão de 12,0 anos. Apenas 27.7% têm formação em supervisão clínica, 76.6% não têm experiência anterior como supervisor e 74.5% não tem experiência como supervisado. Na fase 3, o modelo não ajustado, os dados apresentaram significância estatística para as capacidades de Inteligência Emocional na dimensão: gestão das emoções nas variáveis: idade  $p=0,015$  e tempo de exercício na profissão  $p=0,011$ ; na dimensão empatia para a variável tempo de exercício na profissão  $p=0,051$ . No modelo ajustado, os dados apresentaram significância estatística para capacidades de Inteligência Emocional na dimensão: autoconsciência para a variável género masculino  $p=0,057$ ; na dimensão gestão de relacionamento em grupos, para as variáveis tempo de exercício na profissão  $p=0,001$ , aumento da idade  $p=0,002$  e formação em Supervisão Clínica  $p=0,014$ . As três categorias que emergiram das estratégias de supervisão clínica, consideradas contributos para potenciar capacidades de Inteligência Emocional, que mais se destacaram foram: feedback, formação contínua e apoio. **Síntese Conclusiva:** A Inteligência Emocional dos enfermeiros mostrou melhorar após implementação do modelo de supervisão clínica, facto visível através do valor da média em todas as dimensões quando comparada a Fase 1 com a Fase 3. Apesar das dificuldades sentidas na atualidade ao nível das práticas clínicas a supervisão clínica apresenta-se como sendo uma estratégia a adotar pelos enfermeiros chefes na gestão dos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Enfermeiro Gestor. Inteligência Emocional. Competência Emocional. Supervisão Clínica em Enfermagem.



## ABSTRACT

**Theme:** The adoption of continuous quality improvement systems is fundamental for the certification of health organizations. It is up to the head nurse, as manager, to develop strategies that promote a better level of performance, with direct repercussions on health gains. Knowing your team and your inspirational skills are essential. This capability enables the nurse to have emotional control to deal with the daily care challenges faced with client needs. The Clinical Supervision in Nursing presents itself as a strategy that can contribute to personal development, promote reflective critical thinking, promote quality and safety of care, increase professional satisfaction, develop skills and reduce anxiety levels. **Objective:** To identify contributions from the Clinical Supervision for Emotional Intelligence of nurses after implementation of the Clinical Supervision Model. **Method:** A quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional study, whose research question is, what are the contributions of the implementation of the Clinical Supervision Model in Nursing to Nurses' EI? **Results:** A sample consisting of 47 nurses, mean age of 35.4 years, 80.9% of the female gender with mean exercise time in the profession of 12.0 years. Only 27.7% have clinical supervision training, 76.6% do not have previous experience as supervisor and 74.5% do not have experience as supervised. In the phase 3, the unadjusted model, the data presented statistical significance for the Emotional Intelligence capabilities in the dimension: emotion management in variables: age  $p = 0.015$  and time of exercise in the profession  $p = 0.011$ ; in the empathy dimension for the exercise time variable in the profession  $p = 0.051$ . In the adjusted model, the data presented statistical significance for Emotional Intelligence capabilities in dimension: self-awareness for the male gender variable  $p = 0.057$ ; in the dimension of relationship management in groups, for the variables exercise time in the profession  $p = 0.001$ , increase of age  $p = 0.002$  and training in Clinical Supervision  $p = 0.014$ . The three categories that emerged from the clinical supervision strategies, considered to contribute to the enhancement of Emotional Intelligence capacities, were feedback, ongoing training and support. **Conclusion:** The Emotional Intelligence of the nurses showed improvement after implementation of the clinical supervision model, which is visible through the value of the average in all dimensions when compared to Phase 1 with Phase 3. Despite the current difficulties in clinical practice, clinical supervision is a strategy to be adopted by senior nurses in the management of health services.

**Keywords:** Nurse Manager. Emotional Intelligence. Emotional Competence. Clinical Supervision in Nursing.



## CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CE - Competência Emocional

CIT - Contrato Individual de Trabalho

C-S2AFECARE-Q - Identificação do Projeto de Investigação Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

DGS - Direção Geral da Saúde

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVCE - Escala Veiga Branco de Competência Emocional

ICN - International Council of Nurses

IE - Inteligência Emocional

MSCE - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

OE - Ordem dos Enfermeiros

PLM - Programa Liderança para a Mudança

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

SAFECARE - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

SC - Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SNS - Sistema Nacional de Saúde

ULSM - Unidade Local de Saúde de Matosinhos



## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| NOTA INTRODUTÓRIA.....  | 15        |
| <b>1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL .....</b>   | <b>19</b> |
| <b>1.1 Gestão e liderança nas organizações de saúde .....</b>   | <b>19</b> |
| 1.1.1 Papel e competências do enfermeiro gestor .....   | 20        |
| 1.1.2 Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências .....   | 23        |
| <b>1.2 Inteligência emocional e competência emocional .....</b>   | <b>26</b> |
| 1.2.1 Capacidades da inteligência emocional .....   | 28        |
| 1.2.2 Importância da inteligência emocional nos enfermeiros .....   | 32        |
| <b>1.3 Supervisão clínica em enfermagem.....</b>  | <b>34</b> |
| 1.3.1 Conceitos e modelos de supervisão clínica em enfermagem .....   | 37        |
| 1.3.2 Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) .....  | 42        |
| <b>2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>  | <b>43</b> |
| <b>2.1 Contexto .....</b>   | <b>44</b> |
| <b>2.2 Pertinência do estudo .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>2.3 Finalidade e objetivos .....</b>   | <b>45</b> |
| <b>2.4 Hipóteses de investigação .....</b>  | <b>46</b> |
| <b>2.5 Tipo de estudo.....</b>  | <b>46</b> |
| <b>2.6 Desenho do estudo .....</b>  | <b>48</b> |
| <b>2.7 População e amostra .....</b>  | <b>49</b> |
| <b>2.8 Variáveis .....</b>  | <b>49</b> |
| 2.8.1 Características sociodemográficas. ....   | 50        |
| 2.8.2 Características relacionadas ao exercício da profissão. ....  | 50        |
| <b>2.9 Colheita de dados.....</b>   | <b>51</b> |
| <b>2.10 Tratamento dos dados .....</b>  | <b>53</b> |
| <b>2.11 Considerações éticas .....</b>  | <b>54</b> |
| <b>3. RESULTADOS.....</b>   | <b>55</b> |
| <b>3.1 Fatores preditivos da escala das Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco e suas dimensões .....</b> | <b>57</b> |
| 3.1.1 Escala total - Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco .....   | 57        |

|  |            |
|--|------------|
| 3.1.2 Dimensão 1 - Autoconsciência .....   | 58         |
| 3.1.3 Dimensão 2 - Gestão de emoções .....   | 60         |
| 3.1.4 Dimensão 3 - Automotivação .....   | 61         |
| 3.1.5 Dimensão 4 - Empatia .....   | 62         |
| 3.1.6 Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos .....   | 63         |
| <b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>  | <b>67</b>  |
| 4.1 Escala total de capacidade de inteligência emocional .....   | 67         |
| 4.2 Dimensão 1 - Autoconsciência .....   | 69         |
| 4.3 Dimensão 2 - Gestão de emoções .....   | 70         |
| 4.4 Dimensão 3 - Automotivação.....  | 72         |
| 4.5 Dimensão 4 - Empatia.....  | 73         |
| 4.6 Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos .....   | 73         |
| 4.7 Síntese da discussão dos dados apresentados.....   | 78         |
| 4.8 Estratégias de supervisão clínica.....   | 79         |
| 4.9 Análise das Hipóteses .....  | 82         |
| <b>CONCLUSÃO .....</b>   | <b>83</b>  |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>87</b>  |
| <b>ANEXO 1 - Questionário.....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>ANEXO 2 - Autorização para aplicação da “Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE)” .....</b>  | <b>105</b> |
| <b>ANEXO 3 - Autorização para aplicação da escala adaptada de Veiga-branco “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros” .....</b>    | <b>107</b> |
| <b>ANEXO 4 - Parecer da comissão de ética para a realização do estudo .....</b>  | <b>109</b> |
| <b>ANEXO 5 - Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo.....</b>   | <b>111</b> |
| <b>ANEXO 6 - Carta de parceria entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Escola Superior de Enfermagem do Porto .....</b>               | <b>113</b> |
| <b>ANEXO 7 - Integração da mestranda no Projeto C-S2AFECARE-Q na Unidade Local de Saúde de Matosinhos .....</b>                                | <b>121</b> |
| <b>ANEXO 8 - Resposta da Comissão de ética à integração da mestranda no Projeto C-S2AFECARE-Q na Unidade Local de Saúde de Matosinhos.....</b> | <b>123</b> |
| <b>ANEXO 9 - Texto divulgado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos sobre o Projeto C-S2AFECARE-Q.....</b>                                    | <b>125</b> |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| TABELA 1. Consistência interna da escala das Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco.....   | 52 |
| TABELA 2. Descrição da amostra em estudo.....  | 55 |
| TABELA 3. Descrição da amostra em estudo relativamente à escala das capacidades de Inteligência Emocional de veiga-branco e suas dimensões.....                  | 56 |
| TABELA 4. Escala total de capacidade de inteligência emocional .....   | 57 |
| TABELA 5. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão autoconsciência .....  | 59 |
| TABELA 6. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão gestão de emoções .....  | 60 |
| TABELA 7. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão automotivação .....  | 61 |
| TABELA 8. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão empatia. ....  | 62 |
| TABELA 9. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão gestão de relacionamentos em grupos .....  | 64 |
| TABELA 10. Dados significativos e discutidos da Escala total de capacidade de inteligência emocional .....   | 68 |
| TABELA 11. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão autoconsciência .....                                    | 69 |
| TABELA 12. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão gestão de emoções .....                                  | 70 |
| TABELA 13. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão automotivação .....                                      | 72 |
| TABELA 14. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão empatia .....  | 73 |
| TABELA 15. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão gestão de relacionamentos em grupos .....                | 74 |
| TABELA 16. Síntese dos dados significativos não ajustados que foram discutidos .....   | 78 |
| TABELA 17. Síntese dos dados significativos ajustados que foram discutidos ....  | 79 |
| TABELA 18. Categorias que emergiram das estratégias de supervisão clínica consideradas contributos para potenciar as capacidades de Inteligência Emocional ..... | 80 |



## NOTA INTRODUTÓRIA

As mudanças constantes a nível social, económico, político e cultural que ocorreram atualmente nos contextos e na profissão de enfermagem provocou um desafio no que concerne à gestão das unidades e serviços de enfermagem, gerando uma reflexão diversificada sobre o papel e o contributo do enfermeiro gestor na gestão dos serviços e no desenvolvimento de competências nos enfermeiros, de modo a atingir a excelência dos cuidados.

O papel do enfermeiro gestor tem sofrido alterações ao longo dos tempos, a procura da obtenção de uma gestão mais eficiente e eficaz cujo objetivo é a aquisição de níveis mais elevados de cuidados e mais seguros para os clientes é o mote da atualidade. Concordamos com Guerra (2016) quando refere que os enfermeiros da área de gestão constituem uma estrutura essencial para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro gestor detém conhecimentos de enfermagem a nível de cuidados gerais e específicos na área da gestão em enfermagem. Nesse sentido, as suas funções envolvem vários domínios, no sentido da garantia por parte do serviço dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que lhe permitem obter a certificação da qualidade.

Ao enfermeiro gestor compete zelar pela gestão dos cuidados, da segurança dos clientes, dos recursos humanos, dos conflitos, do desenvolvimento profissional, da formação, dos materiais, do risco clínico e não clínico, entre outros (Regulamento nº101/2015). Ele, pode ainda participar na definição de políticas organizacionais e dos planos estratégicos de implementação, para além de ser um elo de ligação entre a administração da organização e a equipa que tem a seu cargo.

O guia orientador do enfermeiro gestor, publicado em 2015 no Diário da República, define domínio de competência como um fio condutor alinhado a um conjunto de competências (Regulamento nº101/2015). Este guia orientador surgiu como um ponto de partida para que todos os enfermeiros gestores seguissem uma conduta semelhante e caminhassem para a obtenção de cuidados de excelência centrados nos clientes.

O estilo de liderança adotado pelo enfermeiro gestor é um aspeto essencial no crescimento profissional dos enfermeiros da equipa, facilitando o desenvolvimento dos projetos adotados no serviço e nos objetivos que este pretende atingir. Assim, a liderança surge como um processo de atuar sobre os outros, de modo a conseguir que eles atuem da forma como o líder espera que atuem. Também, pode ser definida como a aptidão para influenciar a equipa a atuar de acordo com os objetivos delineados e os projetos adotados.

Este processo é facilitador quando o líder gera novas ideias e leva a equipa a contribuir de forma voluntária para o bem do serviço.

De facto, o gestor líder é responsável pelo desenvolvimento profissional dos elementos que compõem a sua equipa. Por esse motivo, ele deve conhecer as emoções dos seus elementos e as suas necessidades de modo a adotar estratégias promotoras da sua evolução.

As emoções estão presentes na rotina de todos os seres humanos. Atualmente, o controlo das emoções é fundamental para o desenvolvimento pessoal. No cenário mundial é exigido que o indivíduo possua capacidades de Inteligência Emocional (IE) que vão muito além de capacidades de inteligência cognitiva. É preciso saber controlar emoções para viver num contexto onde há constantes mudanças e desafios.

Pelo que se pode observar, há um aumento no interesse de estudos realizados na área da enfermagem relacionadas com o controlo das emoções e o seu impacto no ambiente de trabalho, na qualidade da prestação de cuidados ao cliente, liderança, satisfação profissional entre outros aspetos.

Nos dias de hoje, pode-se exigir do enfermeiro uma capacidade de controlo emocional para lidar com os desafios diários das instituições de saúde, as longas horas de trabalho e as necessidades dos utentes. A educação emocional tem como finalidade entender melhor a consciência emocional e controlar as emoções, para responder às necessidades que surgem da melhor forma possível (Goleman, 1995, 2000; Bisquerra, 2003; Steiner, 2000; Damásio, 2010 cit. por Lopes, 2013).

Para Goleman (1995), a IE está relacionada com a capacidade de superar as dificuldades, criar incentivos pessoais, não agir por impulso, evitar que a ansiedade atrapalhe as tomadas de decisão, ter autoconfiança e compreensão. A IE está relacionada com a capacidade do indivíduo de compreender, controlar e gerir suas próprias emoções (Mayer & Cobb, 2000).

Sendo a enfermagem uma profissão de grande relação com a saúde das pessoas, é de extrema importância que os profissionais possuam capacidades de IE para que possam orientar os seus pensamentos e ações. O enfermeiro deve ser capaz de controlar as suas emoções e compreender as emoções dos outros, pois só assim conseguirá atender às necessidades individuais do cliente (All-Hamdan et al., 2017 cit. por Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2017). Nesse sentido, cabe ao gestor zelar pelo desenvolvimento das emoções dos elementos da sua equipa.

Para Abreu (2007), a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é um processo fundamental para a evolução pessoal, porque promove o pensamento crítico reflexivo e, desta forma, favorece a qualidade e segurança dos cuidados. Além disto, a SCE proporciona um

aumento na satisfação profissional, desenvolvimento de competências e redução dos níveis de ansiedade (Cruz et al., 2013).

Abreu e Maia (2003, p.8) definem SCE como um “processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes/clientes e o aumento da satisfação profissional”.

A SCE pode proporcionar um melhor atendimento ao cliente, mitigar os erros clínicos, aumentar a eficiência no trabalho, reduzir o índice de *burnout* e melhorar a performance do enfermeiro (Cruz, Carvalho & Sousa, 2013). Além disso, é possível melhorar o indicador de satisfação do enfermeiro no trabalho, aumentar a autoconfiança e assimilação da teoria com a prática (Cruz, Carvalho & Sousa, 2013).

A OE define Supervisão Clínica (SC) como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.4).

Com o aparecimento desse novo cenário, surge então a necessidade de os gestores de enfermagem criarem mecanismos promotores da IE nos enfermeiros, gerando melhoria no ambiente de trabalho e segurança no cliente (Parneu, 2015 cit. por Giménez-Espert & Prado-Gascó, 2017).

No âmbito do Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem da ESEP (2017/2018), e considerando a problemática exposta, pretende-se investigar: Quais os contributos da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem (MSCE) para a IE dos Enfermeiros?

Este estudo faz parte de outro mais alargado inserido na parceria estabelecida entre a ESEP e Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), que tem como objetivo promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes através da adoção de um modelo de supervisão clínica de pares, o C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados. A implementação deste projeto (C-S2AFECARE-Q) consiste numa estratégia adotada pelos gestores do departamento de cirurgia no sentido de capacitar os enfermeiros da equipa para desempenhar cuidados mais seguros e com maior qualidade. O estudo atual está integrado na terceira fase do projeto de investigação e pretende avaliar a influência desta estratégia no desenvolvimento das capacidades de IE dos enfermeiros fazendo a comparação entre os dados obtidos na fase 1 (antes da implementação do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado - MSCEC) e os obtidos na fase 3 (após a implementação do MSCEC).

São objetivos desse estudo:

- Avaliar a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM;
- Relacionar a supervisão clínica com a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM;
- Identificar os contributos da supervisão clínica para a IE dos enfermeiros após implementação do modelo de supervisão clínica;

A fim de responder aos objetivos acima citados, foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, transversal e correlacional através da aplicação de um questionário. O instrumento de recolha de dados é a Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) que é composta por três partes: na primeira parte é realizada a caracterização sociodemográfica da população, na segunda parte é avaliada a satisfação profissional dos enfermeiros do serviço por meio da Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM e, na terceira parte é avaliada a capacidade de IE dos enfermeiros através da “EVCE” adaptada e validada para estes profissionais. Para realização desse estudo foram consideradas apenas a primeira e terceira parte do questionário.

De forma a facilitar a leitura, este relatório encontra-se organizado em três partes. A primeira, corresponde ao enquadramento conceptual, onde se abordam as questões da gestão e da liderança nas organizações com destaque nas competências do enfermeiro gestor, os fundamentos e capacidades de IE e a Importância da IE nos enfermeiros. Também são abordados os conceitos de SCE e os Modelos de Supervisão.

A segunda parte corresponde ao enquadramento metodológico, onde é exposta a pertinência do estudo, a finalidade, as questões orientadoras, o contexto, o desenho e o tipo de estudo, a população e amostra, as variáveis, a colheita de dados, o tratamento dos dados e as considerações éticas.

Na terceira parte é realizada a discussão e análise dos resultados e, por fim, é apresentada a conclusão do estudo com destaque para os pontos mais relevantes da investigação, bem como as limitações e propostas para outras possíveis investigações.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCETUAL

### 1.1 Gestão e liderança nas organizações de saúde

A gestão é imprescindível à existência, sobrevivência e sucesso de qualquer organização. No que respeita às organizações de saúde, durante muitos anos, as preocupações com a gestão e os seus processos não foram encaradas como um aspeto central e prioritário. O lema defendido era o de que a saúde e a vida humana não tinham preço. Atualmente, com os cortes orçamentais verificados a nível das organizações de saúde nomeadamente no setor público, as questões relacionadas com a gestão tornaram-se mais complexas. De igual modo, surge a necessidade de concorrência para ocupar um lugar privilegiado na distribuição orçamental do Estado.

O reconhecimento da qualidade clínica no Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com os padrões internacionais predefinidos constitui uma prioridade estratégica do Ministério da Saúde, que tem como objetivo principal ganhar, cada vez mais, a confiança dos clientes de cuidados. Isso leva à procura por parte das organizações de saúde da acreditação da qualidade dos seus serviços prestados à comunidade. O processo de certificação e de acreditação da qualidade em saúde envolve e divulga o empenho voluntário dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão e contribui para incrementar a eficiência, reduzindo os custos na saúde.

A grande diversidade de novas tecnologias médicas, a grande oferta de cuidados, as novas necessidades de uma população cada vez mais idosa e com mais doenças crónicas e o conseqüente aumento das despesas, são fatores que pesam nas questões da gestão. Atualmente, o peso crescente e incontrolável dos custos na saúde leva a que a função de gestão nas organizações, adquira um papel preponderante tanto ao nível da sua gestão de topo como da gestão dos contextos de cuidados.

Em 2009 a Direção-Geral da Saúde (DGS) assumiu a responsabilidade de criar e desenvolver um Programa Nacional de Acreditação em Saúde (PNAS), aplicável a todas as organizações de saúde do Sistema de Saúde português tendo em conta as suas características, qualquer

que seja a tipologia das unidades de saúde (Despacho n.º 14223/2009). Esse documento serviu impulso na reestruturação e adoção de novos modelos de gestão.

A adequação da primazia da gestão clínica na prestação de cuidados ao cliente e ao esforço de normalização clínica baseada na evidência passou a ser uma preocupação atual. A monitorização dos resultados, a necessidade de fomentar junto dos profissionais de saúde o empenho no desenvolvimento contínuo da qualidade, a disseminação do conhecimento uniformização de cuidados nas e a rentabilização de recursos, tempo e custos; passaram a ser alguns dos eixos centrais na gestão dos contextos, tendo em conta a adoção e desenvolvimento da cultura da melhoria contínua da qualidade.

Assim, e considerando que os enfermeiros com funções de gestão têm necessariamente de mobilizar conhecimentos desta disciplina torna-se pertinente abordar alguns aspetos conceituais relacionados com a ciência de gestão nomeadamente o papel e competências do enfermeiro gestor e as estratégias promotoras de desenvolvimento de competências nos enfermeiros.

### **1.1.1 Papel e competências do enfermeiro gestor**

Os gestores em enfermagem ocupam uma posição de gestão numa das áreas mais cruciais das organizações, as unidades prestadoras de cuidados. Porque é nas unidades prestadoras de cuidados que se operacionalizam a maioria das decisões sobre os processos de saúde/doença dos clientes, elas estão na linha da frente dos serviços de saúde, tendo grande impacto e repercussão a nível social. Neste sentido, a prestação de cuidados de enfermagem depende do papel e das competências desempenhadas pelo gestor (Hesbeen, 2001; Potra, 2015).

Sullivan et al. (1994, p.37) acrescentam que a posição adotada pelo gestor deve proporcionar “as melhores oportunidades para dinamizar e harmonizar os diferentes contributos para a prestação de cuidados de saúde, assim como para implementar e fomentar uma utilização eficiente e racional dos recursos disponíveis”. Os gestores são, assim, considerados figuras chave das unidades de cuidados ou serviços de saúde, onde a sua posição estratégica pode ser considerada “a ponta de lança da mudança destas organizações” (Hesbeen, 2001, p. 79).

O papel do gestor tem sido considerado por vários autores como complexo e exigente. Complexo devido à multiplicidade de tarefas e à diversidade dos profissionais envolvidos e,

exigente uma devido ao não distanciamento sob o ponto de vista pessoal com os demais profissionais - os gestores estão próximos das pessoas que dirigem, tanto pela sua origem profissional e social como pela realidade física do quotidiano. A estas dificuldades acrescem outras como a posição hierárquica que ocupa na equipa e na organização hospitalar, a carga de trabalho mental ligada ao sofrimento dos clientes e famílias, a instabilidade das equipas, as pressões para o aumento da produtividade e a contenção dos custos e, em simultâneo, o aumento da qualidade na prestação de cuidados. Estes constrangimentos associados à necessidade de os ultrapassar, tornam particularmente relevante a eficácia com que os enfermeiros com funções de gestão desempenham o seu papel e competências (Anthony et al., 2005).

O campo de competências de enfermagem, tem vindo a ser estudado desde o tempo de Collière (1999), sendo uma temática pertinente na atualidade. Em 2004, a OE emitiu um documento “Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais, baseado no quadro do *International Council of Nursing (ICN)*” com o objetivo de criar um referencial para o exercício profissional dos enfermeiros. Em 2010, a OE aprovou o regulamento das competências específicas para os enfermeiros especialistas em várias especialidades e em 2015 foi publicado o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101/2015).

Segundo o Regulamento n.º 101/2015 o enfermeiro gestor é o enfermeiro que possui um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. Cabe a ele garantir o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem aprovados pela OE no que concerne ao enunciado descritivo sobre a “Organização dos Cuidados de Enfermagem”, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão. Ele é o responsável pela gestão de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais e dos conflitos, entre outros.

Assim, o enfermeiro gestor tem que perceber os novos conceitos de gestão, estar desperto a novos desafios, na medida em que, durante esses processos ocorrem oportunidades onde os enfermeiros gestores podem ser os atores na organização e realizar uma mudança estratégica com sucesso. A enfermagem foi uma das profissões que teve de rever o seu leque de competências de gestão. O conceito de competência e a sua vasta aplicabilidade parece ser uma solução para ultrapassar estes desafios.

Ao longo dos anos foram vários os autores que se dedicaram ao estudo de competências. Presentemente em Portugal, com a legislação atual, constata-se que as funções de

enfermeiro gestor estão regulamentadas nas funções do enfermeiro principal com competência acrescida de enfermeiro gestor.

Os domínios da competência acrescida do Enfermeiro gestor são a gestão e a assessoria de gestão. As competências do domínio da gestão são as seguintes: i) garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; ii) garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; iii) gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; iv) garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera; e, v) garantir a prática profissional baseada na evidência (Regulamento n.º 101/2015). No Regulamento n.º 101/2015, cada uma destas competências é apresentada com o respetivo descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação.

Para Ceitil (2010), o conceito de competências é abrangente e refere-se a modalidades estruturadas de ação, requeridas, exercidas e validadas num determinado contexto, ele propõe quatro perspetivas: as competências como atribuições “são consideradas como prerrogativas que determinadas pessoas podem (ou devem) usar e que são inerentes ao exercício de determinados cargos ou responsabilidades, sendo por isso não circunscritas nem às características pessoais nem aos desempenhos específicos dos seus respetivos detentores”; as competências como qualificações, “traduz um conjunto de saberes ou domínios de execução técnica que as pessoas poderão adquirir, seja por via do sistema formal de ensino, seja por via da formação profissional, seja por outras modalidades de aprendizagem ao longo da vida”; as competências como traços ou características pessoais, reafirmando que as competências devem ser vistas na perspetiva das características e traços das pessoas, resultando na estrutura da sua personalidade.

Segundo o Regulamento n.º 101/2015, o domínio da gestão engloba as seguintes unidades de competência:

- Garante uma prática profissional e ética na equipa que lidera - Demonstra a garantia de um exercício seguro, profissional e ético, utilizando capacidades na tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimentos e atitudes do domínio ético-deontológico, legislativo e profissional e na avaliação sistemática dos serviços prestados ao cliente.
- Garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem - Promove a conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera.
- Gere a equipa de enfermagem otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem - A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da gestão de pessoas, de recursos materiais e tecnológicos, de sistemas

de gestão da qualidade, de contratualização interna e externa, de gestão orçamental e de avaliação sistemática das melhores práticas.

- Garante o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera - Providencia oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, fornece *feedback* construtivo, gere o desempenho profissional e constrói o trabalho em equipa. Utiliza ferramentas de comunicação, advocacia, negociação, *coaching* e supervisão. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da governação clínica, inteligência emocional e formação.
- Garante a prática profissional baseada na evidência - Promove a realização de estudos científicos para a qualidade e o valor dos cuidados oferecidos ao cliente. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio da investigação.

### 1.1.2 Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências

Na enfermagem, a gestão e a liderança têm sido referidas como sendo essenciais para a melhoria da prestação dos cuidados, para o desenvolvimento e formação dos enfermeiros, sendo considerada como vital para alcançar a mudança efetiva nas organizações de saúde (Fielden, Davidson & Sutherland, 2009). No entanto, constata-se que a maioria das organizações se investe de forma muito ténue no desenvolvimento dos seus trabalhadores, argumentando razões centradas na inexistência de políticas de saúde e estratégias de gestão (Ferreira, 2002).

Estas estratégias de gestão assumem-se como estruturantes no contexto atual de mudanças constantes das políticas de saúde, das organizações de saúde e na reestruturação dos cuidados de saúde, alicerçadas aos problemas decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros e aliadas à exigência de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados a prestar.

Estas mudanças, introduzidas essencialmente nas últimas décadas nas organizações de saúde e na conceção do trabalho, implicam conseqüentes alterações na gestão dos recursos humanos, conferindo-lhe uma posição estratégica nas organizações de saúde, atualmente altamente complexas (Felício, Lopes, Salgueiro & Parreira, 2007). No sentido de dar resposta a estes desafios, o enfermeiro gestor e líder da equipa de enfermagem, deve ser proactivo na atitude e atuar de forma antecipatória adaptando-se às adversidades que surgem na organização de saúde. E para que isso aconteça, é fundamental que

desenvolva um conjunto estratégias que possibilitem conciliar os objetivos organizacionais com os objetivos da equipa de enfermagem, de modo a atingir a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a satisfação dos clientes e dos profissionais.

Torna-se fundamental a utilização da liderança no contexto. O gestor tem de ser capaz de estimular a equipa de cuidados a dar o máximo de si em benefício do grupo, transmitindo a visão e o sentido da missão da organização. Alguns autores defendem que a liderança parece ter um papel importante no desenvolvimento das competências dos subordinados (Farrell et al., 2005; Melo, Silva & Parreira, 2010). Outros referem algumas aptidões a utilizar, como por exemplo: identificação com o grupo (Erickson, 2006), preocupação com o bem-estar dos elementos da equipa (Williams, 2005), construção de um clima de confiança (Higginson, 1989), assertividade (Farrel et al., 2005), servir de modelo de referência nas práticas (Casimir et al., 2006).

Alguns estudos demonstram que a comunicação eficaz entre o líder e os liderados pode provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho (Trevisan, Mendes, Favero & Melo, 1998). Já a falha na comunicação causa impacto negativo, dificultando a concretização dos objetivos da equipa e da organização (Santos & Silva, 2003).

Para Mezomo (2001) um aspeto imprescindível para o desenvolvimento pessoal é possuir conhecimentos acerca da missão, dos valores e das metas da organização, é promover um “ambiente físico” adequado ao desempenho das funções e um “ambiente psicológico” baseado no respeito recíproco, na informação, nos valores éticos, na confiança, na tolerância, no realce sobre os pontos fortes, no bom humor e na cordialidade. Para o autor, o desenvolvimento de competências da equipa passa por um conjunto de habilidades e competências pessoais do gestor que promovem a confiança, a segurança e a motivação, condição necessária ao crescimento pessoal e profissional do enfermeiro e do qual também faz parte o *feedback*.

O gestor deve tentar sempre adequar o trabalho às “expectativas pessoais” dos elementos da equipa, de modo a levar a que as pessoas se superem a elas próprias, encontrem novos desafios e melhorem o seu desempenho, assumindo a responsabilidade pelas suas ações. É também fundamental que promova e desenvolva uma prática baseada na evidência, auxiliando e incentivando a adoção das *guidelines* mais atuais. A discussão de casos pode também ser utilizada, mas para isso é necessário tempo.

Estudos recentes têm mostrado vantagens na utilização da supervisão clínica como estratégia para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros quer em contexto de formação inicial ou em contexto de formação contínua (Maia & Abreu, 2003; Pinto, 2011;

Cruz, 2012; Pinto, 2013; Cruz, Carvalho & Sousa, 2013, 2015). O objetivo da supervisão como estratégia de gestão é estruturar a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados.

Segundo o Regulamento n.º 366/2018 a supervisão clínica desenvolve um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, no ocorre durante o acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais do supervisionado e que tem como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional deste e de si próprio. Neste processo é também garantida uma transição socioprofissional segura, com vista à garantia da qualidade dos cuidados e das aprendizagens profissionais.

O reconhecimento de que os sistemas de saúde e os clientes beneficiam quando os enfermeiros têm fortes aptidões de liderança levou a que fosse criado pelo *International Council of Nurses* (ICN) um Programa de Liderança para a Mudança (PLM) no sentido de ajudar no desenvolvimento dos enfermeiros como líderes e gestores em ambientes de saúde complexos e em constante alteração (Baumann, 2007).

Em Portugal, a gestão é uma área de intervenção de enfermagem reconhecida, pela Ordem dos Enfermeiros, como tendo uma importância estratégica e determinante no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, na garantia da qualidade dos cuidados e na segurança dos clientes.

Na OE está formalmente definido que ao enfermeiro com cargo de chefia compete, de entre outras funções, promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão relativamente ao processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Neste contexto, parece evidente que o enfermeiro gestor, com estas competências e funções formalmente atribuídas, pode ter um papel importante na promoção do desenvolvimento de competências relacionais dos enfermeiros, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A relação dos diferentes papéis de liderança, desenvolvidos pelos enfermeiros chefes e os resultados obtidos no aumento da produtividade e na qualidade dos cuidados prestados parecem destacar a importância da liderança. O papel de líder parece relacionar-se com o desenvolvimento das pessoas por proporcionar uma orientação empática, facilitar oportunidades de formação e contribuir para a criação de um clima favorável ao desenvolvimento do espírito de grupo (Melo, Silva & Parreira, 2010).

Num estudo sobre liderança em enfermagem realizado por Dias (2001), o autor refere que o estilo de liderança do enfermeiro chefe, orientado para o relacionamento, resultou em não eficácia no desempenho dos enfermeiros. Como solução para a não eficácia do estilo

de liderança dos enfermeiros gestores o autor sugeriu a seleção de gestores com capacidades de liderança e o treino da liderança.

No entanto, é necessário evitar o erro frequente em centrar o processo de liderança no excesso de regras e regulamentos podendo culminar numa gestão tradicional centrada na hierarquia, em vez de se situar ao nível do cliente (Parreira, 2006).

Neste contexto, apela-se para a necessidade de equilibrar o desempenho dos vários papéis de liderança no sentido de tornar a liderança eficaz, pelo que, nos parece de relevo a importância do conhecimento acerca das capacidades de IE e da adoção de uma estratégia promotora dessas capacidades. Os gestores têm de desenvolver atitudes inovadoras, e adotar a implementação de novos projetos e invistam na união dos enfermeiros promovendo uma conscientização e envolvimento da equipa de saúde e a reflexão sobre a prática no sentido de facilitar a mudança e melhorar o desempenho.

Deste modo, os enfermeiros líderes podem fazer a diferença enquanto agentes de mudança nas organizações de saúde pelo facto de serem estratégicos e visionários, colaborativos e capazes de estabelecer parcerias, servindo de modelo na gestão da mudança através da criatividade e inovação e na identificação de alternativas no processo de mudança (Ferguson, 2009).

## **1.2 Inteligência emocional e competência emocional**

O conceito de Competência Emocional (CE) foi criado a partir de uma longa trajetória de investigação. Através de uma publicação que surgiu nos anos 90, que pretendia aumentar e aprimorar o conceito de Quociente de Inteligência de Alfred Binet, Gardner (1994, 1995) tentou acabar com a noção da existência de uma única inteligência, considerando as várias características mentais da pessoa (Afonso, 2013).

Gardner (1994, 1995) considerou a inteligência em nove domínios, sendo eles, inteligência linguística, inteligência lógico-matemática, inteligência espacial, inteligência musical, inteligência corporal-cinestésica, inteligência interpessoal, inteligência intrapessoal, naturalista e existencial (Afonso, 2013).

A introdução dessa ideia despertou o interesse de outros investigadores, mais especificamente da inteligência intrapessoal que está relacionada com a capacidade de se entender a si próprio e respeitar os próprios sentimentos e da inteligência interpessoal e que se refere à percepção acerca das necessidades e motivação do outro (Afonso, 2013).

A partir do novo conceito proposto por Gardner (1994, 1995) e já em 1990, Salovey e Mayer evidenciaram o termo “Inteligência Emocional” (IE) cuja definição estava relacionada com a capacidade de compreensão, avaliação, regulação e manifestação das emoções.

Sendo assim, IE é definida como a “...habilidade para reconhecer o significado das emoções e suas inter-relações, assim como raciocinar a resolver problemas baseados nelas. A IE está envolvida na capacidade de perceber emoções, assimilá-las com base nos sentimentos, avaliá-las e gerenciá-las...” (Mayer, Caruso & Salovey 2000, p. 267).

Posteriormente Goleman (1995, 2010) cit. por Afonso (2013), expandiu esse conceito e referiu que a IE está relacionada com a habilidade de reconhecer os próprios sentimentos e os sentimentos alheios, de se auto motivar e gerir as emoções individuais e nos relacionamentos em grupos. Assim, a IE é reconhecida através da apresentação de características relevantes, que indicam o nível de desempenho do indivíduo. Goleman (1995), considerou existirem cinco domínios: autoconsciência, automotivação, gestão das emoções, empatia e gestão de relacionamento em grupo.

Em 1990 Salovey e Mayer, baseando-se no conceito de IE sugerem o conceito de CE (Salovey & Mayer, 1990 cit. por Lopes, 2013). A CE representa a capacidade de identificar os próprios sentimentos e dos outros e, também a capacidade de encarar esse sentimento (Goleman, 1995, 2010 cit. por Lopes, 2013) que de acordo com Salovey e Mayer (1990) cit. por Lopes (2013) está vinculado à capacidade de entender, gerir e manifestar as emoções com intuito de provocar crescimento pessoal.

O facto de muitos autores se preocuparem apenas com as características físicas do indivíduo, sem levar em consideração as crenças e valores durante a experiência emocional, foi um aspeto muito criticado (Saarni, 1999). Para Saarni (1999) é preciso ter autoeficácia nas relações sociais, o que significa que é importante conhecer as próprias emoções e saber orientá-las. O autor acrescenta que os resultados são influenciados pelos princípios éticos e morais do indivíduo, podendo afetar ou não a integridade pessoal (Saarni, 2002 cit. por Lopes 2013).

Posteriormente Bisquerra (2003) cit. por Lopes (2013) define CE como sendo uma “competência sócio-emocional”, que se refere a um conjunto de competências e conhecimentos essenciais para entender e expressar de forma adequada os eventos emocionais. De acordo o autor, existem cinco CE: consciência emocional, competência social, regulação emocional, competências para a vida e bem-estar e autonomia emocional.

Mais tarde Veiga Branco (2005), entende que a CE é pós facto e existe após conquistar o grau pretendido de realização, que é percebido por meio de comportamentos obtidos e vivenciados pelo indivíduo. A autora considera que CE é diferente de IE estando, portanto,

relacionado com algo mais palpável, manifesto e mensurável através de comportamentos e atitudes do indivíduo, que são visíveis e sentidas pelo próprio e pelos outros (Veiga Branco, 2005).

Para Veiga Branco (2004) uma pessoa com estágio elevado de CE tem muita clareza e entendimento do que consegue ou não controlar. Já de acordo com Goleman (1995) cit. por Veiga Branco (2004) não é possível diferenciar a razão da emoção, uma vez que é essencial identificar o sentido dos resultados das decisões após controlo das emoções.

No âmbito da gestão por competências, Assis (2010), na análise de vários estudos salienta as quatro habilidades que o enfermeiro gestor deve reunir, nomeadamente: cognitiva (capacidade de planeamento, identificação de problemas e as formas de os solucionar); analítica (capacidade de priorizar, de tomada de decisões de acordo com o ambiente em contexto e avaliar resultados obtidos); comportamental (capacidade de comunicar, de conjugar, de delegar e trabalhar em equipa) e de ação (capacidade em transformar objetivos propostos, os conhecimentos em ações direcionadas para a prestação de cuidados de qualidade, envolvendo a componente socioeconómica da organização da saúde).

### **1.2.1 Capacidades da inteligência emocional**

Tal como referimos anteriormente Goleman (1995) considerou existirem cinco domínios ou capacidades de IE que a seguir se apresentam.

#### **Autoconsciência**

A autoconsciência está relacionada com o conhecimento das próprias emoções, com a compreensão de si e do que está a sentir a nível neurológico como “estado neural que mantém ativa a autorreflexão” o que revela a “ter consciência tanto do nosso estado de espírito, como dos nossos pensamentos a respeito desse estado de espírito” (Goleman, 1995, p.67). Segundo Goleman (1995), essa é a primeira capacidade de CE que é determinante para as outras capacidades.

Para retratar melhor a autoconsciência é preciso entender sobre todo o processo da emoção no corpo humano e no cérebro e a forma de sentir essa emoção. As emoções mantêm o indivíduo informado acerca do estado do seu corpo e de todos os seus órgãos. O

corpo sustenta a homeostasia interna, mesmo não havendo conhecimento desses estados, através de um equilíbrio e harmonia que o corpo emite para o cérebro (Veiga Branco, 2005).

Em relação ao nível neurológico, a tomada de consciência estimula uma leve mudança no exercício mental relacionada com a ação frenadora neocortical, possibilitando controlar os sentimentos (Veiga Branco, 2005). Isso significa ser levado pela emoção ou tomar consciência de que se está a ser levado por ela (Goleman, 1995).

É muito importante que o indivíduo tenha a capacidade de ler a sua própria consciência, relacionada com os fenómenos emocionais já vivenciados (Damásio, 1996 cit por Veiga Branco, 2004), pois só assim é possível iniciar a CE e determinar a potência e o valor da sua emoção (Veiga Branco, 2004).

### **Gestão das emoções**

A gestão das emoções está relacionada com a capacidade que se tem de conduzir da melhor forma as próprias emoções, autodominar o sentimento. Depois de conseguir gerir a emoção a nível individual é que se consegue transferir para as relações interpessoais (Lopes, 2013). A pessoa que não consegue ter essa capacidade está frequentemente a ser vítima das próprias atitudes impensáveis. Os indivíduos que não se sentem vulneráveis tornam-se inabaláveis na compreensão do estímulo e, posteriormente, no seu comportamento. É essencial que haja uma interrupção de sentimentos invasivos e uma substituição por sentimentos agradáveis, mesmo em momentos de raiva e aborrecimento de forma a contrapor sentimentos prejudiciais (Veiga Branco, 2004).

É fácil dizer para controlar a fúria, porém sabe-se que em momentos negativos controlar esse sentimento pode parecer difícil. Segundo Goleman (1995) é possível e deve-se controlar a raiva através da empatia, observando o que pode estar a acontecer com aquela pessoa que gerou esse sentimento e o porquê de ter feito isso. Se alimentar a raiva, poderá trazer consequências cada vez mais negativas e impensáveis (Veiga Branco, 2004).

Existem alguns métodos que ajudam a afastar esse sentimento, uma atividade relaxante como um passeio ou a prática de exercício físico, podem colaborar para eliminar esses pensamentos negativos (Veiga Branco, 2004).

Conhecer e compreender o próprio corpo de forma a conseguir controlar elementos do comportamento, ajuda a alcançar o autodomínio (Veiga Branco 2005). Em momentos de tristeza e angústia, não é eficaz nem saudável para a pessoa estar sozinha, porque só estará alimentando ainda mais o sentimento de tristeza. É importante que em momentos como esse, a pessoa procure estabelecer um convívio para reorientar e desviar os pensamentos menos positivos (Veiga Branco, 2004).

## **Automotivação**

A automotivação (Goleman, 1995), também denominada de motivação (Goleman, 1999) baseia-se em carregar a energia conduzida por emoções, com intuito de atingir os próprios objetivos e preparar o indivíduo para que ele se torne mais eficiente para os contratempos da vida. As emoções negativas tendem a fazer com que o indivíduo tome certas atitudes desviando-o do seu objetivo principal. É muito complicado pensar de forma clara e correta quando se tem emoções negativas (Veiga Branco, 2004).

A motivação positiva é contraditória ao que foi dito anteriormente, porque ela é estimulada através de sentimentos de felicidade, animação, confiança e representa perseverança e eficácia no alcance dos objetivos que foram traçados para a vida.

De acordo com Goleman (1999), um elemento importante para conquistar o autocontrole emocional é “resistir ao impulso e escolher adiar a recompensa” (Goleman, 1999, p.102) e, para isso, é preciso que haja determinação pessoal. A esperança e otimismo também colaboram para a automotivação. De acordo com a Teoria da Motivação (Chapin, 1989; cit por Goleman, 1995), existe uma relação entre desempenho e ansiedade.

A esperança está relacionada com a capacidade de “acreditar que temos a vontade e os meios para atingir os nossos objetivos, sejam eles quais forem” (Goleman, 1996, p.108). Segundo Veiga Branco (2004, p.60) “só pessoas com altos níveis de esperança se veem a si mesmas capazes de sair de qualquer sarilho; arranjar maneira de resolver qualquer problema; de se motivarem a si mesmas”, geralmente são pessoas que se conseguem ajustar para alcançar os objetivos. Ser dotado de esperança significa não ser induzido e influenciado pela ansiedade, tendo em vista a IE (Veiga Branco, 2004).

As pessoas otimistas consideram o insucesso como decorrência de algo externo, sendo passível de mudança, já os pessimistas pensam o contrário e veem o insucesso como um problema em si que não é capaz de ser mudado. O otimista racional acredita que tudo irá acontecer da melhor forma possível, mesmo existindo dificuldades e obstáculos (Weiner, in Barros e Barros, 1996 cit. por Veiga Branco, 2004).

## **Empatia**

A empatia está relacionada com a capacidade de entender, compreender, inteirar-se, saber ouvir a pessoa e observar por meio da linguagem verbal e não verbal. Para que o indivíduo consiga entender de forma correta o outro, é preciso que ele já tenha desenvolvido em si próprio a capacidade de autoconsciência e gestão de emoções, só assim ele será capaz de ajudar o outro nos momentos difíceis (Lopes, 2013). Para Veiga Branco (2004) a empatia proporciona entrar em harmonia com a outra pessoa.

De acordo com Goleman (1995, p.117) “a empatia nasce da autoconsciência e quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias ações, mais destros seremos em ler os sentimentos dos outros”. Isso está relacionado com a habilidade de identificar a linguagem não verbal que está a ser apresentada através da expressão da face, corpo, postura, silêncio, vestuário, entre outros. Esta capacidade é designada por sintonização, onde existe percepção e resposta apropriada com empatia (Stern, 1987, cit por Goleman, 1995, p 121). De acordo o autor, a sintonização não está relacionada com imitação, não basta apenas repetir o que a pessoa está a fazer ou a pensar, é preciso sentir e entender.

A capacidade de empatia é um aspeto central na profissão de enfermagem, uma vez que os enfermeiros cuidam de pessoas. Não é possível existir um bom cuidado quando não se sabe compreender a perspectiva e os sentimentos do outro e para isso, é fundamental que haja compreensão e entendimento dos clientes, dos seus sentimentos, angústias, das suas dores físicas e psicológicas e da sua expectativa em relação ao cuidado. Porém, como já foi referido, só é capaz de entender o outro aquele que é capaz de se entender a si próprio, sendo essencial que o enfermeiro tenha consciência da importância da habilidade de autoconsciência e gestão das emoções para que possa ter empatia com os clientes que tem a seu cuidado.

### **Gestão de relacionamentos em grupo**

Para que seja possível gerir as emoções das outras pessoas é necessário que existam todas as capacidades anteriormente descritas. Esta habilidade está relacionada com a capacidade de originar e empenhar-se nas relações sociais, identificar e solucionar os conflitos (Veiga Branco, 2004).

Para Veiga Branco (2004, p.64), as pessoas que são eficientes em gerir relacionamentos em grupo apresentam algumas características peculiares “são tendencialmente líderes naturais, espontâneos; conseguem dar expressão aos sentimentos coletivos e articulá-los, de modo a conduzir o grupo na direção dos seus objetivos; gostam-se de estar com essas pessoas, transmitem bem-estar, são hábeis a controlar as suas próprias expressões (verbais e não verbais) das emoções; sintonizam-se com as reações dos outros (...) são fiéis a si próprio (...)”.

Já as pessoas que não são competentes para gerir relacionamentos em grupo estabelecem relações difíceis, agem conforme o seu objetivo não respeitando das ideias dos outros, impõem suas ideias e não ouvem os outros pontos de vista, mostrando falta de inteligência por meio de irritabilidade ou inibição. Também desprezam a privacidade alheia fazendo questionamentos inconvenientes, centralizam a conversa em si, apresentam muitos tipos de expressão fácil durante a conversa, só se ouvem a si próprio e expõem a opinião de maneira ostensiva (Veiga Branco, 2004).

### 1.2.2 Importância da inteligência emocional nos enfermeiros

As emoções estão entrelaçadas com relacionamentos humanos e, portanto, se a profissão de enfermeiro se concentra principalmente nas relações humanas é imperativo que os enfermeiros possuam competências que lhes permitam responder de maneira sensível a outros seres humanos (Heffernan, Griffin, McNulty & Fitzpatrick, 2010). As competências de IE fornecem a base para uma prática de enfermagem eficaz (Wheeler, 2005). O reconhecimento de informações emocionais foi identificado como importante na tomada de decisões informadas na enfermagem (Akerjordet & Severinsson, 2010).

A profissão de enfermagem exige que o enfermeiro, no processo de cuidar, tenha de interagir constantemente com os clientes de cuidados, com a equipa médica e com os restantes profissionais de saúde. Assim, interação enfermeiro-cliente é o pulso da prática de enfermagem. Essa interação não é apenas discursiva, trata-se de um processo complexo que envolve a percepção do enfermeiro, a compreensão das emoções do cliente e a utilização das percepções para gerir as situações do cliente em direção ao objetivo do cuidado (Heffernan et al., 2010; Wheeler, 2005) e isto envolve IE.

O conceito de IE tem crescido em popularidade entre os enfermeiros nas últimas duas décadas, criando interesse tanto ao nível social quanto profissional (Faguy, 2012). Hoje, os cuidados de saúde incluem não apenas cuidados médicos de qualidade, mas também um conjunto de cuidados que abrangem o respeito pelos objetivos do tratamento, as preferências e escolhas do cliente, o respeito pelas necessidades emocionais, sociais e espirituais do cliente, pelo que é necessário utilizar os pontos fortes dos recursos interdisciplinares. Assim, o cuidado não pode ser confinado ao alimento físico, mas também às necessidades psicológicas e espirituais (Hurley, 2008).

O papel da IE na profissão de enfermagem deve ser visto tendo em conta duas dimensões:

- 1) A percepção e compreensão do enfermeiro sobre as emoções do cliente;
- 2) A utilização pelo enfermeiro dessas percepções para gerir situações complexas tendo em conta prestação de cuidados de qualidade.

Os enfermeiros devem desenvolver competências para avaliar as respostas do cliente à doença. Isso requer uma autointrospecção ativa dos eventos, avaliação dos eventos, compreensão psicológica dos clientes e, acima de tudo, uma preocupação genuína com eles. A percepção não pode ser universal no sentido de que cada cliente difere nos seus comportamentos e atitudes face às diversas questões da vida, apresentando assim, níveis variados de compreensão e capacidade de suportar (Birks, McKendree & Watt, 2009).

As exigências modernas da prática de enfermagem dependem das competências da IE para alcançar um cuidado centrado no cliente. Não há dúvida de que a IE na enfermagem leva a atitudes mais positivas, maior adaptabilidade, melhores relacionamentos e maior orientação para valores positivos (Wheeler, 2005).

Davies, Jenkins e Mabbet (2010) realizaram um estudo qualitativo que pretendia analisar como é que os enfermeiros cuidavam dos clientes fora de um ambiente de cuidados intensivos e como reconheciam e lidavam com as suas emoções e as dos outros. Os investigadores descobriram que todos os enfermeiros percecionavam a IE como essencial na prestação de cuidados de qualidade. Os autores concluíram que a prestação de cuidados em casa é preenchida com questões emocionais complexas e que a IE tem o potencial de melhorar o atendimento, o trabalho em equipa e o bem-estar na equipa de enfermagem.

Deve-se reconhecer que as competências emocionais não são meros talentos inatos, mas capacidades aprendidas que devem ser desenvolvidas para alcançar um desempenho excecional (Goleman, 2001). A empatia em enfermagem, a capacidade do enfermeiro de perceber e raciocinar, bem como a capacidade de interagir, são vistas como características centrais no enfermeiro que pretende construir uma relação terapêutica efetiva com o cliente (Harrison & Fopma-Loy, 2010).

Indivíduos que têm contacto direto com clientes, que são extremos na responsabilidade e que apresentam precisão no cumprimento do dever ou trabalho por turnos desenvolvem, durante um intervalo de tempo mais longo ou mais curto, a síndrome de *burnout*. Mas as complicações causadas por esse *stress* podem ser evitadas usando a IE como uma ferramenta de gestão da ansiedade (Nooryan et al., 2012).

Aumentar a IE não beneficia apenas os clientes, mas também beneficia os enfermeiros de várias maneiras. Estudos mostram que um maior nível de IE coincide com a redução do *stress* e do *burnout* (McQueen, 2004, cit por Barriball, Fitzpatrick & Roberts, 2011). O *Burnout* é um dos problemas mais comuns na profissão de enfermagem, em grande parte causado pelo *stress* e excesso de trabalho, embora outros fatores possam estar envolvidos. Enfermeiros que sofrem de *burnout* podem sentir-se frustrados, cansados, desinteressados no seu trabalho, havendo uma queda na produtividade, levando a doenças, conflitos interpessoais e sofrimento emocional. Com um nível mais alto de IE, os enfermeiros são capazes de se adaptar e entender as necessidades dos seus clientes. Eles também podem lidar melhor com o *stress* emocional e melhorar as suas competências sociais, levando a benefícios de longo prazo na sua saúde ocupacional (Faguy, 2012).

Programas de treino que podem melhorar a IE nos profissionais de saúde devem ser introduzidos não apenas no ambiente de trabalho, mas também nos estudantes de enfermagem. O reconhecimento e a aceitação das emoções, lidando corretamente com a

ansiedade e a expressão emocional é um fator importante que deve ser o núcleo nos programas educacionais (Mayer & Cobb, 2000).

Merkey (2010) discutiu, no seu estudo, o papel da IE no papel de gestão do enfermeiro. O autor enfatiza a necessidade de uma IE elevada quando os gestores de enfermagem estão a interagir com médicos e outros enfermeiros. A falta deste tipo de inteligência pode levar a relações tensas com os médicos, com a organização e com outros enfermeiros. Isso ocorre porque a sua falta indica baixa autoconsciência e sensibilidade às emoções de outras pessoas. O papel da IE é ainda mais importante quando um enfermeiro desempenha um papel de gestor porque precisa de gerir o relacionamento com os clientes, bem como com a equipa de cuidados e demais funcionários da organização.

A enfermagem é, por definição, uma profissão de cuidar. No entanto, não é suficiente, simplesmente, fornecer assistência técnica de qualidade. Enquanto os aspetos práticos e racionais da enfermagem são satisfeitos, o aspeto emocional - os sentimentos do cliente - não podem ser ignorados (Faguy, 2012). Os enfermeiros devem procurar também satisfazer o aspeto emocional, atendendo às necessidades psicológicas, emocionais e sociais do cliente, respeitando as suas escolhas e objetivos. A investigação mostrou que a IE está interligada com experiências positivas do cliente (Harrison & Fopma-Loy, 2010; Kooker, Shultz & Codier, 2007). Alimentar a IE ajuda o enfermeiro a ter uma atitude mais positiva, a melhorar o relacionamento com os outros e a aumentar a adaptabilidade. No mundo atual, a alta IE é vital para satisfazer as exigências de um cuidado centrado no cliente (McQueen, 2004).

### **1.3 Supervisão clínica em enfermagem**

As progressivas imposições relacionadas com a formação profissional, a qualidade dos cuidados prestados e a forma de organização do trabalho, incentivaram o aparecimento de estudos sobre os métodos da aprendizagem em ensino clínico, facto que gerou reflexões acerca do acompanhamento das práticas, surgindo assim as primeiras considerações acerca da SCE (Abreu, 2007).

Abreu e Morrow (2013) referem que a Supervisão Clínica (SC) é um método cooperante entre dois ou mais enfermeiros com intuito de impulsionar o desenvolvimento das habilidades do enfermeiro e proporcionar melhorias na qualidade e segurança do cliente.

O objetivo da formação em enfermagem é capacitar os enfermeiros para interferir com responsabilidade e conhecimento nas diversas situações de saúde do dia-a-dia dos clientes de cuidados. Dessa forma, não se pode considerar que existe um perfil preestabelecido na pessoa, mas sim que essa capacidade é desenvolvida de acordo com um processo de avaliação crítica e reflexiva, tão característica da profissão de enfermagem (Garrido, Pires & Simões, 2008).

Segundo Sousa (1989) cit. por Garrido, Pires e Simões (2008, p.36), “A formação deve preparar enfermeiros que sejam profissionais altamente competentes, capazes de orientar o futuro dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo sempre mais o seu saber (...)”.

A SC tem sido identificada na enfermagem como um processo para melhorar a prática clínica e reduzir a carga emocional da enfermagem. É uma estratégia aceita para identificar soluções para problemas, melhorar a prática e aumentar a compreensão de questões profissionais (Cleary, Horsfall & Happell, 2010).

A sua relevância na enfermagem prende-se nos possíveis benefícios que pode agregar aos cuidados com o cliente e aos enfermeiros, tanto individualmente como enquanto grupo profissional. A supervisão não só ajuda a prevenir o *stress* e o *burnout*, como também contribui para a satisfação no trabalho (Brunero & Stein-Parbury, 2008). A SC é um processo de apoio profissional e aprendizagem em que os enfermeiros são auxiliados no desenvolvimento da sua prática por meio de um tempo de discussão regular com colegas experientes e conhecedores (Fowler, 1996). Durante a SC, os enfermeiros empregam os processos de reflexão para identificar e atender a sua necessidade de desenvolvimento profissional. O objetivo da SC é melhorar a prática de enfermagem e, portanto, precisa de ser focado na interação do cliente com o enfermeiro (Rossen, 2005).

A SC tem como objetivo promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção do indivíduo e a prestação de cuidados seguros através de processos reflexivos e análise da prática clínica, com o objetivo final de melhorar a prática profissional. O processo de supervisão também pode estabelecer relações de trabalho positivas e cooperação com outros colegas. O foco do processo de supervisão é a autonomia progressiva do supervisionado (Butterworth, Bell, Jackson & Majda, 2008).

O supervisor deve ser um enfermeiro qualificado e especializado que atue tanto como modelo quanto como referência num ambiente confidencial seguro, a fim de aprimorar o conhecimento e as competências profissionais. Um supervisor deve encorajar o supervisionado a tornar-se um ator ativo e envolvido no processo de aprendizagem para mudanças positivas. O supervisor deve assumir a missão de ajudar e orientar os supervisionados, fornecendo *feedback* contínuo e regular sobre o seu desempenho. É esperado que o supervisor ouça, motive, facilite e estimule, enquanto desenvolve um processo conjunto com o supervisionado (Gonsalvez & Milne, 2010).

O processo cognitivo primário da SC é a reflexão, ou seja, o pensamento de volta às experiências clínicas, a fim de recontá-las e aprofundar a compreensão e/ou identificar áreas para melhorias posteriores. A reflexão é particularmente relevante para o crescimento profissional numa disciplina baseada na prática, como a enfermagem. Ou seja, o conhecimento de enfermagem está inserido na experiência, e a aprendizagem por meio da experiência é essencial para a prática profissional do enfermeiro (Fowler, 1996).

A SC permite que os enfermeiros discutam o atendimento ao cliente num ambiente seguro e de apoio. Por meio da participação em supervisão, os enfermeiros podem fornecer *feedback* e sugestões aos seus colegas, num esforço para aumentar a compreensão sobre questões clínicas. Neste sentido, a SC é projetada para servir uma função educativa de pares. A oportunidade de discutir questões gerais em relação ao atendimento ao cliente também abre uma janela de oportunidade para desenvolver abordagens consistentes para clientes individuais e as suas famílias. Nesse sentido, a supervisão fornece aos enfermeiros a oportunidade de melhorar o atendimento ao cliente, em particular para um determinado cliente e, em geral, em relação à manutenção dos padrões de cuidado (Milne, 2007). Além disso, fornece um meio para os enfermeiros demonstrarem apoio ativo um ao outro como colegas profissionais. Através da partilha e da compreensão, eles percebem que não estão sozinhos nos seus sentimentos e percepções, proporcionando segurança e validação (West, 2009).

A SC fornece um ambiente seguro para os enfermeiros se envolverem ativamente uns com os outros para refletir sobre a sua prática clínica e melhorar os padrões de atendimento. Permite-lhes pensar proactivamente e encontrar soluções para os problemas, por exemplo, lidar com situações difíceis ou conflito. Muitas das questões profissionais que os enfermeiros enfrentam podem ser desafiadoras e avassaladoras, mas a possibilidade de discuti-las com os colegas pode melhorar a prática e a compreensão dos indivíduos para, em última análise, beneficiar a prática no contexto mais amplo. O processo de supervisão facilita o indivíduo a desenvolver conhecimento e competências e vincula a teoria e a investigação à prática (Wheeler & Richards, 2007).

Nesse cenário, a SC Clínica mostra-se como um importante fator capaz de promover o desenvolvimento das competências profissionais e da reflexão nos enfermeiros.

### 1.3.1 Conceitos e modelos de supervisão clínica em enfermagem

O conceito de SC apareceu na década de 80 em Portugal relacionado com a área das ciências da educação e da pedagogia. Alarcão e Tavares foram os primeiros responsáveis por estudar a SC e afirmam que é preciso existir um profissional com mais experiência para ser supervisor e auxiliar o profissional com menos experiência. Esses autores afirmam que a supervisão é um “(...) processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (Alarcão & Tavares, 2007, p.16).

Na literatura existem várias definições de supervisão, porém o conceito é retratado como vazio e complicado, o que torna difícil localizar uma definição clara e completa de supervisão (Garrido, 2004).

Abreu (2007, p.181) refere que existem três factos que historicamente marcaram o desenvolvimento da SC na profissão “o movimento da educação permanente, na década de 70; os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; os processos de certificação da qualidade”.

Garrido e Simões (2008) afirmam que a SCE é composta por uma relação profissional entre um enfermeiro ou uma equipa de enfermeiros na atividade clínica e um supervisor. Conforme Abreu (2007, p.177) Supervisão Clínica é um “(...) processo, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e de desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos clientes e o aumento da satisfação profissional”.

Fonseca (2006, p.11) define supervisão clínica como um “(...) processo dinâmico, interativo, mediador, facilitador e potenciador da aprendizagem experiencial, baseado numa relação de confiança e ajuda entre todos os intervenientes, onde cada um desempenha funções e estabelece estratégias que permitam atingir uma finalidade comum (...)”.

A Ordem dos Enfermeiros refere que a SCE é “um processo formal de acompanhamento [contínuo] da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.5).

Segundo Fonseca (2006, p.11) o enfermeiro que tem auxílio de “(...) estratégias e processos de orientação, ajuda e acompanhamento das práticas clínicas”, apresenta mais

confiança nos cuidados prestados ao cliente, e conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente à relação entre o supervisor e o supervisionado Garrido, Simões e Pires (2008) reforçam a ideia que esta deve possibilitar aos profissionais criar, preservar e melhorar padrões e incentivar a restauração da prática clínica, por meio da reflexão sobre todo o trabalho realizado (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Segundo Alarcão e Tavares (2007) a relação supervisor-supervisionado e a sua dinâmica é essencial para o sucesso do processo supervisivo. De acordo com os autores o êxito desse processo está diretamente relacionado com a qualidade da relação estabelecida. Acrescentam ainda que "(...) as situações de supervisão se devem caracterizar por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido" (Alarcão & Tavares, 2003, p.71).

Conforme já referido, percebe-se que a SCE é fulcral no que diz respeito ao desenvolvimento de competências, valores profissionais e conhecimentos, por meio de uma maior autonomização e responsabilização dos profissionais de enfermagem pelos cuidados proporcionados. Esse processo possibilita pensar não somente na prática clínica, mas também protege os valores do profissional supervisionado e a organização do processo de supervisão clínica (Faugier & Butterworth, 1994; Royal College of Nursing, 2002; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; NCPDNM, 2008; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma a SCE torna-se muito importante para a promoção da qualidade dos cuidados, colaborando para os ganhos e bons resultados em saúde (Garrido, Pires & Simões, 2008).

Relativamente aos modelos de SC, o modelo de Faugier (1992) é um dos modelos de crescimento e apoio mais citados na literatura de enfermagem. O modelo concentra-se no "crescimento e desenvolvimento" do supervisionado, tanto educacional quanto pessoalmente, enquanto o papel do supervisor é visto como "facilitador do crescimento" e fornece suporte essencial para a prática da excelência clínica. As principais características que sustentam o "modelo de crescimento e apoio" são: generosidade, recompensa, abertura, vontade de aprender, reflexivo e instigante, humanidade, sensibilidade, intransigente, pessoal, prática, orientação, relação e confiança.

O modelo de Friedman e Marr (1995) compartilha uma perspectiva semelhante com o modelo de Faugire (1992) sobre a ênfase no desenvolvimento, mas uma clara diferença está no seu foco na competência. O modelo visa estabelecer padrões para a competência clínica por meio da integração de sistemas educacionais e profissionais, vinculando a educação relevante às habilidades e competências necessárias na prática clínica e facilitando o desenvolvimento profissional por meio de toda a carreira de um profissional. Friedman e Marr (1995) também enfatizam o papel facilitador do supervisor e isso é

expresso como uma ligação entre a supervisão clínica e os conceitos de "apoio", "empowerment" e "desenvolvimento".

Proctor (1986) sugeriu um modelo interativo de três funções para a supervisão clínica, que é amplamente citado na literatura de enfermagem da atualidade. As três funções interativas no modelo são denominadas "formativas", "restaurativas" e "normativas". A função formativa da supervisão é definida como a sua característica educacional e vinculada ao desenvolvimento de competências, compreensão e habilidades. Isto é conseguido através da reflexão e exploração do trabalho do supervisionado. A função restaurativa é definida como ações de apoio e respostas para descarregar o stress, mas também para manter as emoções, a estabilidade e os limites adequados, tomando consciência dos efeitos do stress emocional e de como lidar com qualquer reação. A função normativa é definida como um aspeto de gestão da supervisão clínica, como um elemento crucial de controlo de qualidade, mas também como crucial para o desenvolvimento de padrões.

O modelo de Proctor (1986) combina todas as três funções da supervisão clínica e descreve como esta se pode concentrar predominantemente numa ou em outras funções em momentos diferentes. No entanto, ressalta-se que as funções são inter-relacionadas e sobrepostas. O modelo de Paunonen (1991) difere um pouco do Proctor, pois concentra-se na garantia de qualidade nos serviços de saúde. O modelo tem uma semelhança interessante com o modelo de Friedman e Marr (1995), pois também sugere integração da supervisão clínica, treino em serviço e educação continuada, argumentando que isso é benéfico para apoiar e promover o desenvolvimento profissional dos profissionais de enfermagem como um processo contínuo.

O modelo tem como objetivo definir os padrões de qualidade na prática, mas também especificar a experiência e os desafios dos profissionais para o desenvolvimento profissional. O modelo enfatiza que o envolvimento pessoal melhora a motivação e o compromisso de desenvolver a prática clínica da unidade. O modelo baseia-se no pressuposto de que, a longo prazo, esse processo terá um efeito benéfico na qualidade dos serviços e no bem-estar dos profissionais de saúde.

Heron (1990) apresentou um modelo de estilo de intervenção de seis categorias, originalmente desenvolvido para aconselhamento e treino profissional para conselheiros, que foi recentemente adotado em enfermagem e aplicado por vários autores (Cutcliffe & Epling, 1997). O modelo é focado na relação de supervisão e os seus diferentes estilos. No modelo de Heron (1990), igual valor é colocado em cada um dos seis estilos de intervenção. Supõe-se que estes possam ser usados de forma intercambiável ou combinados em qualquer ponto da supervisão. Os seis estilos são classificados em dois estilos de intervenção mais amplos: autoritário e facilitador. O estilo autoritário está preocupado com os estilos assertivos do supervisor nas ações e na prática do

supervisionado. O estilo autoritário é composto por intervenções prescritivas, informativas e de confronto. A intervenção prescritiva envolve dar conselhos diretamente e direcionar o comportamento do supervisionado explicitamente. A intervenção informativa procura instruir, transmitir conhecimento e informar o supervisionado. O confronto com a intervenção está preocupado em estar à frente do supervisionado, dando *feedback* claro e direto e desafiando crenças e atitudes. O estilo facilitador é definido como menos diretivo, obtendo informações sobre o supervisionado. Consiste em intervenções catárticas, catalíticas e de apoio. A intervenção catártica significa que o supervisor tenta capacitar o supervisor para liberar a tensão e as emoções, por exemplo, tristeza e raiva. A intervenção catalítica encoraja o supervisionado a ser reflexivo, autodirigido e engenhoso. A intervenção de apoio significa que o supervisor tem como objetivo confirmar e validar o valor e o valor do supervisionado. Intervenções catárticas e de apoio parecem estar próximas do que Proctor (1986) descreveu como sendo a função restauradora da supervisão clínica. Existem semelhanças interessantes entre a definição de intervenção catalítica e a definição de Severinsson das características do processo de supervisão clínica.

O modelo de supervisão clínica de Severinsson (1995, 2001) é um dos modelos recentemente publicados em enfermagem com foco na relação de supervisão. A ênfase da supervisão é definida como suporte para o desenvolvimento da identidade de trabalho, competência, habilidades e ética do supervisionado. O modelo baseia-se no pressuposto de que, durante a supervisão, o supervisor transforma o conhecimento em diferentes níveis, convidando um supervisor a iniciar e participar de um diálogo. Um elemento essencial no modelo é o diálogo que é definido como dialético com o propósito de compreender e explicar vários fenômenos na prática. O diálogo é importante para receber e dar (1) confirmação e obter insights. A confirmação é vista como de apoio e motivação, mas também para promover a proximidade em relação aos clientes. De acordo com o modelo, o conhecimento e os valores relativos ao cuidado são transformados e aprendidos durante o processo de supervisão clínica. Isso é concetualizado no modelo como (2) dando um "significado". A segunda suposição no modelo é que o processo de supervisão é em grande parte um processo de aprendizagem no qual o crescimento e o desenvolvimento ocorrem, especialmente na forma de desenvolvimento espiritual e emocional. O terceiro conceito no modelo é (3) autoconsciência. Vê-se que o diálogo dialético inicia o processo de desenvolvimento em que o fator ativo é a autoconsciência. Para resumir o modelo de Severinsson (1995, 2001): este integra em supervisão clínica três conceitos principais, que são confirmação, significado e autoconsciência. O modelo é interessante, pois enfatiza claramente a competência e a responsabilidade do supervisor para estabelecer os conceitos-chave no processo de supervisão de enfermagem.

O modelo de supervisão de Ekstein e Wallerstein (1972) é interessante, pois foi classificado como um dos trabalhos pioneiros (Bernard & Goodyear, 1998), retratando e definindo a supervisão clínica claramente como um processo de ensino e aprendizagem. Argumenta-se

que este modelo distingue supervisão explicitamente da psicoterapia. O modelo do "losango" enfatiza os relacionamentos que os descrevem como interação mútua e como processos de interação entre supervisor, supervisionar/terapeuta, cliente e administrador, que constituem os processos de ensino e aprendizagem. As relações são vistas como uma estratificação das relações, que também refletem as diferentes funções e responsabilidades que os participantes carregam. Assume-se no modelo que os relacionamentos enfrentados pelo supervisionado são aqueles com cliente e supervisor e definidos como relacionamentos de "ajuda" e "aprendizagem". Supõe-se que um supervisor tenha uma relação quase indireta com um cliente, pois a principal responsabilidade é ensinar habilidades psicoterapêuticas, mas uma responsabilidade adicional consiste em manter padrões clínicos e de treino. A função de um administrador é identificada como sendo relevante de forma a fornecer informações sobre os aspectos do processo de aprendizagem e as técnicas de ensino empregadas. O modelo de Ekstein e Wallerstein (1972) é interessante por causa da sua perspectiva educacional claramente definida, indicando vínculos entre a supervisão clínica e a qualidade da prática e dos serviços.

Hawkins e Shohet (1996) desenvolveram o seu modelo originalmente para o trabalho social e outras profissões de ajuda, mas ele tem sido frequentemente citado e aplicado também na enfermagem. O modelo de matriz dupla dos autores tem semelhanças com o modelo de Ekstein e Wallerstein (1972), na medida em que envolve diferentes profissionais e enfatiza a relação com o cliente. O modelo desvia o foco do contexto e de questões organizacionais mais amplas e analisa mais de perto o processo da relação de supervisão.

O modelo de Hawkins e Shohet (1996) baseia-se no pressuposto de que os diferentes estilos de supervisão não podem ser explicados por estágios de desenvolvimento, tarefa primária ou estilo de intervenção. Em vez disso, presume-se que os diferentes estilos de supervisão clínica estão ligados às escolhas e decisões constantes que os supervisores fazem sobre o foco no relacionamento tripartido entre supervisor, supervisionado e cliente. Com base nessas premissas, o modelo sugerido é composto de dois sistemas ou matrizes interligadas: (1) o sistema de terapia (supervisor interligando e cliente); e, (2) o sistema de supervisão (envolvendo supervisionado e supervisor). Esses dois sistemas são divididos em seis subcategorias, dependendo da ênfase e foco da atenção. Isto dá seis modos de supervisão clínica dentro de um modelo integrado no qual o sistema terapêutico lida com: (1) reflexão sobre o conteúdo do sistema terapêutico; (2) exploração de estratégias e intervenções usadas pelo supervisionado; e, (3) exploração do processo terapêutico e relação. O sistema de supervisão lida com (4) a contratransferência do supervisionado; (5) o relacionamento supervisivo; e, (6) a própria contratransferência do supervisor. O modelo é considerado flexível e durante o movimento da sessão de supervisão clínica entre os modos e a adoção de vários modos de supervisão podem ocorrer. A suposição essencial no modelo de Hawkins e Shohet (1993) é semelhante à de Ekstein e Wallerstein (1972) em que processos paralelos idênticos ocorrem na terapia e na supervisão.

### 1.3.2 Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC)

O MSCEC foi desenvolvido por Cruz (2012), fruto de um trajeto de investigação-ação que decorreu no Centro Hospitalar do Médio Ave. Segundo Cruz (2012, p.164) este modelo assenta na “união da relação que se estabelece entre os intervenientes que atuam nos três eixos e que permitem a sua retroalimentação, tornando-o num modelo ativo, dinâmico, pragmático”. Ainda segundo a perspectiva de Cruz (2012), este modelo designa uma ferramenta essencial para melhorar, de forma contínua, a qualidade, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, sendo uma mais-valia para a tomada de decisões.

O MSCEC comporta três eixos, designadamente: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. Os contributos que podem proporcionar para a segurança dos clientes e dos profissionais, para a qualidade dos cuidados de enfermagem em particular e da saúde em geral, para a satisfação dos enfermeiros com o seu exercício profissional e para a satisfação dos clientes com os cuidados prestados, nomeadamente aqueles que se traduziram em ganhos em saúde especificamente os mais sensíveis aos cuidados de enfermagem, são altamente e diretamente dependentes das relações que se estabelecem por via dos eixos referidos, destacando-se os seus principais intervenientes: clientes, enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisores clínicos major, enquanto potenciais agentes de mudança para a excelência em saúde (Cruz, 2012).

O MSCEC é inovador devido à sua flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto, desde que seja colocado num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com logística própria (Cruz, 2012).

Caso sejam asseguradas estas condições, o impacto na excelência da prestação dos cuidados, na segurança dos clientes, na aptidão dos enfermeiros ao exercício profissional e na satisfação dos diferentes intervenientes, será previsível.

## 2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Após realizar o enquadramento conceptual do estudo, é importante desenhar todo o percurso metodológico do trabalho, mostrando as etapas envolvidas na investigação.

Para se construir o conhecimento é preciso que haja uma investigação científica, composta principalmente por um desenho de estudo onde todos os pormenores são planeados e justificados, além de exibir todo o percurso metodológico e as providências utilizadas nessa etapa para dar seguimento ao estudo (Fortin, 2009).

É também importante que seja feita a delimitação do problema que pretende investigar, com objetivo de definir e assinalar o que realmente o investigador tenciona estudar (Fortin, 2009).

O processo de investigação é composto por várias fases, sendo elas; pertinência do estudo, finalidade e objetivos, questões de investigação ou problema, desenho do estudo, tipo do estudo, população e amostra, instrumento e método para colheita de dados, tratamento e análise dos dados, não esquecendo as questões éticas que envolvem a investigação (Fortin, 2009).

Uma investigação inicia-se através de uma questão, onde o investigador observou algo que não conhece a explicação. Por meio desta questão, surgem variáveis e relações entre elas. O investigador executa o estudo em bases de dados com intuito de procurar saber se já existe algo sobre a sua questão, ou se o que existe ainda precisa ser mais estudado (Ribeiro, 2010).

Posteriormente, o investigador precisa levantar as informações e fazer o desenho do estudo. Após realizar essas etapas será definido o instrumento e será realizada a colheita de dados, após a qual se realizará a análise do que foi encontrado e explanação dos resultados (Ribeiro, 2010).

## **2.1 Contexto**

A ULSM foi criada no ano de 1999 pelo Decreto-Lei n.º 207/99. Essa unidade foi criada, como um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial. Integra o Hospital de Pedro Hispano e os Centros de Saúde de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira.

A ULSM tem como missão identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência. Prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e clientes.

São atribuições da ULSM: prestar cuidados primários e continuados de saúde à população, prestar cuidados diferenciados de saúde à população da área de influência da ULSM, assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde do concelho de Matosinhos, participar no processo de formação contínua, pré e pós-graduada de profissionais do sector prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes.

A ULSM assinou uma parceria com a ESEP para implementar o projeto de investigação SAFECARE (Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados). Este projeto tem como aspeto central implementar de um modelo de Supervisão Clínica em enfermagem. O presente estudo, insere-se nesse projeto e foi realizado nos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM.

## **2.2 Pertinência do estudo**

Antes de atuar na realização de um trabalho de investigação, é necessário que o investigador seja capaz de esclarecer a importância do tema escolhido e a sua utilidade para o exercício profissional (Fortin, 2009).

De acordo com Alarcão e Canha (2013, p.34) a SCE está presente nas “preocupações com a formação e gestão da prestação de cuidados de saúde e com a avaliação da qualidade dos serviços e desenvolvimento profissional”. Como o gestor é o responsável pelo desenvolvimento profissional dos elementos da equipa, é fundamental que ele conheça as emoções dos seus elementos e as suas necessidades de modo a adotar estratégias promotoras do seu desenvolvimento.

A SC possibilita melhorar o desenvolvimento profissional, apoiar o enfermeiro no âmbito profissional e pessoal, estimular a tomada de decisão clínica, garantir a segurança do cliente, proporcionar a inovação e assegurar a qualidade dos cuidados prestados (National Health Service, 2009).

Atualmente, as exigências modernas da enfermagem dependem das competências da IE para alcançar um cuidado centrado no cliente. Não há dúvida de que a IE na enfermagem leva a atitudes mais positivas, maior adaptabilidade, melhores relacionamentos e maior orientação para valores positivos (Wheeler, 2005).

Há um crescente interesse nos estudos da área de enfermagem que estão relacionadas com o controlo das emoções e o seu impacto no ambiente de trabalho. Considerando que não há estudos que avaliam a inteligência emocional dos enfermeiros após a implementação de um modelo de supervisão clínica, julgou-se pertinente estudar a influência da adoção do MSCEC na IE dos enfermeiros.

### **2.3 Finalidade e objetivos**

Desta forma, a finalidade deste estudo é identificar os contributos da supervisão clínica para a IE dos enfermeiros após implementação do MSCEC. Para este estudo traçamos os seguintes os objetivos específicos:

- Avaliar a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM;
- Relacionar a supervisão clínica com a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM.

## 2.4 Hipóteses de investigação

A hipótese está relacionada com a previsão de relação entre duas ou mais variáveis (Polit, Beck e Hungler, 2004). De acordo com Quivy (2008), o trabalho de investigação é organizado através das hipóteses e, desta forma é conduzido com mais organização.

Ribeiro (2010, pp.34-35) diz que “as hipóteses propõem-se clarificar o que é que o investigador espera encontrar no final do estudo e porquê e quando são confirmadas podem ser generalizadas a outras populações em situação semelhantes” (Coutinho, 2011). A hipótese é “um enunciado que antecipa a relações entre variáveis e que necessita de uma verificação empírica” (Fortin, 2009, p.165).

As hipóteses são formuladas com base nos objetivos do estudo, deste modo, para esse estudo formulamos as seguintes hipóteses:

**H1** - Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a IE dos enfermeiros;

**H2** - Existe relação estatisticamente significativa entre tempo de exercício da profissão e a IE dos enfermeiros.

**H3** - Existe relação estatisticamente significativa entre a experiência anterior como supervisor e a IE dos enfermeiros.

**H4** - Existe relação estatisticamente significativa entre possuir outra habilitação académica e a IE dos enfermeiros.

**H5** - Existe relação estatisticamente significativa entre ter experiência como supervisionado e a IE dos enfermeiros.

## 2.5 Tipo de estudo

Este estudo assenta no paradigma de investigação positivista quantitativo “(...) por se expressar através de números (ou seja, por entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo)” (Ribeiro, 2010, p.79). A finalidade desse estudo é identificar fatos ou evidências com as variáveis em estudo através da verificação das

hipóteses. É também esperado para prever resultados de causa-efeito, que podem ser aplicados com o objetivo de proporcionar melhorias em circunstâncias similares (Fortin, 2009).

Este estudo é de caráter descritivo, porque apresentar de forma organizada a informação sobre as características de uma população ou de um fenômeno (Fortin, 2009).

Com a finalidade de responder aos objetivos traçados, realizou-se um estudo do tipo quantitativo, de caráter descritivo correlacional e transversal com a aplicação de um questionário. O instrumento de recolha de dados utilizado foi a Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE) que é composta por três partes: na primeira parte é realizada a caracterização sociodemográfica da população, na segunda parte é avaliada a satisfação profissional dos enfermeiros do serviço através da Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM e, na terceira parte são avaliadas as capacidades de IE dos enfermeiros através da “EVCE” adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006). Para realização desse estudo foram consideradas apenas a primeira e terceira parte do questionário.

De acordo com Fonseca (2002), a metodologia designa o estudo da organização, dos caminhos a serem percorridos, para se elaborar um estudo, ou para se fazer ciência. A metodologia tem interesse pela validade do caminho escolhido para se chegar ao fim proposto pela investigação (Minayo, 2007).

A análise quantitativa é o conjunto de métodos e raciocínios utilizados para analisar os dados normalizados (isto é, informações cuja natureza e as modalidades de codificação são estritamente idênticos de um indivíduo ou situação a outro). Estes dados resultam muitas vezes de um inquérito por questionário, mas também podem ser produzidos pela codificação de documentos de arquivos, registos administrativos, fontes áudio ou de vídeo (Terrence & Escrivão Filho, 2006).

Com base em métodos estatísticos (que são concebidos como ferramentas de análise de vários dados), a análise quantitativa produz informações em números (percentagens, probabilidades, rácios, proporções, classificações, entre outros). Estes números, no entanto, não constituem um fim em si mesmo. Os números são apenas intermediários ou etapas no caminho que vai desde o inquérito à apresentação dos resultados do inquérito. Permitem compreender padrões de comportamento (ou atitudes ou opiniões), ligações entre as variáveis (descrevendo comportamentos, atitudes, características sociais ou dos indivíduos), estimar a fiabilidade de um resultado estabelecido numa amostra, classificar indivíduos ou situações, hierarquizar fatores que contribuem para a produção de um facto social (Günther, 2006).

O objetivo do método quantitativo é testar hipóteses pré-determinadas e produzir resultados generalizáveis. Utilizando métodos estatísticos, os resultados da análise

quantitativa podem confirmar ou refutar hipóteses sobre o impacto de um programa ou ação na população estudada. Eles também podem medir o impacto de acordo com os indicadores selecionados. As conclusões retiradas a partir da análise de dados quantitativos indicam a quantidade de pessoas afetadas pela ação/programa, qual a área de impacto da ação é e quais são as principais necessidades da população estudada (Marshall, 1996).

## **2.6 Desenho do estudo**

No âmbito do mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem da ESEP (2017/2018) e considerando a problemática exposta, pretende-se investigar: Quais os contributos da implementação do MSCE para a IE dos Enfermeiros?

Este estudo está integrado no projeto Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q). O projeto C-S2AFECARE-Q conta com parcerias entre várias organizações de saúde e a ESEP. De entre as várias parcerias estabelecidas, este estudo faz parte de outro mais alargado inserido na parceria estabelecida entre a ESEP e ULSM, que tem como objetivo promover a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes através da adoção de um MSCEC, como se pode verificar no texto divulgado na ULSM (Anexo 1). O projeto alargado conta com três fases: na primeira fase são avaliados os indicadores predefinidos na carta de parceria, na segunda fase é implementado o MSCEC e na terceira fase são novamente avaliados os indicadores da fase um.

Este estudo insere-se na fase três do projeto e visa operacionalizar e identificar o impacto da implementação do MSCEC na IE dos enfermeiros. No estudo mais alargado, nomeadamente na primeira fase do projeto uma colega avaliou as capacidades de IE nos enfermeiros antes da implementação do modelo de SC.

## 2.7 População e amostra

A população alvo deste estudo foi constituída pelo total de enfermeiros prestadores de cuidados dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM. A amostragem, coincidente com a população, foi constituída por 47 enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que prestavam cuidados nos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM.

De forma concisa a amostra pode ser definida como uma parcela de uma população selecionada para fins de análise. Uma amostra trata-se de um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população. Sendo que, uma população ou universo nada mais é do que um conjunto de elementos que possuem determinadas características (Gonçalves, 2009).

A amostra deve ter a dimensão adequada para obter a precisão que se pretende, uma amostra representativa da população é aquela que reflete os aspetos típicos dessa população (Almeida & Freire, 2000).

A amostragem exerce uma grande importância sobre a qualidade dos resultados e deve ser, o mais possível, representativa da população (Almeida & Freire, 2000). A significância da amostragem corresponde ao número de elementos que a constitui e a sua representatividade reporta-se à sua qualidade (Almeida & Freire, 2000).

A representatividade e imparcialidade são duas questões importantes que devem ser tidas em conta na seleção da amostra, pois para ser apropriada esta deve ser representativa, ou seja, deve conter em proporção tudo o que a população possui. Além do mais, todos os elementos da população devem ter igual oportunidade de fazer parte da amostra, ou seja, esta deve também ser imparcial (Gonçalves, 2009).

## 2.8 Variáveis

A análise descritiva foi efetuada com recurso à média e desvio padrão (variáveis quantitativas) e frequência absoluta e relativa (variáveis qualitativas). O estudo das variáveis foi realizado através da análise estatística descritiva e inferencial.

Variáveis são características de interesse, medida em cada indivíduo da amostra ou população. A variável dependente está relacionada com o objetivo do estudo e são valores (fenómenos ou factos) a serem descobertos ou explicados, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pela variável independente. A variável independente influencia, afeta ou determina outras variáveis do estudo.

A variável dependente é a SCE e a IE dos enfermeiros, que foi medida pela escala das capacidades de IE Veiga-branco categorizadas em 5 dimensões, são elas: autoconsciência; gestão das emoções; automotivação; empatia; gestão de relacionamentos em grupo, usando as respostas dos participantes ao questionário.

A variável dependente para nosso objetivo secundário está relacionada a diferença na IE dos enfermeiros antes e após implementação do modelo de supervisão clínica, com uma nova aplicação do questionário. Foi considerado apenas uma variável independente no modelo.

As variáveis nominais são apresentadas em números e percentis, e as variáveis contínuas são determinadas por números com casas decimais e desvio padrão.

O score total da escala das Capacidades de IE Veiga-branco bem como das dimensões foi obtido através da soma dos itens que as constituem.

### **2.8.1 Características sociodemográficas.**

As características sociodemográficas incluíram idade e sexo.

### **2.8.2 Características relacionadas ao exercício da profissão.**

As principais exposições de interesse foram fatores relacionados ao exercício profissional: tempo de exercício da profissão, título profissional (enfermeiro e enfermeiro especialista), habilitação académica (licenciatura, pós-graduação, especialidade, mestrado, licenciatura com especialidade e mestrado, licenciatura com pós-graduação e especialidade), situação

jurídica de emprego (Contrato de trabalho (CT) na função pública, Contrato Individual de Trabalho (CIT) por tempo indeterminado, CIT a termo resolutivo certo, outro) tempo de exercício de funções no serviço, local onde exerce funções (cirurgia B, cirurgia C, Ala I) formação em supervisão clínica (não, sim), experiência anterior como supervisor (ausente, supervisão de estudantes, supervisão de estudantes e de pares), experiência anterior como supervisionado (ausente, durante o curso de licenciatura, durante especialidade).

## 2.9 Colheita de dados

A recolha de dados pode ser conceptualizada como um dos momentos mais cruciais da realização da investigação, uma vez que é durante a recolha de dados que o investigador adquire as informações fundamentais para o desenvolvimento do seu estudo.

Pode-se ainda constatar que o sucesso da investigação depende, em grande medida, da forma como o investigador faz a recolha dos dados e, para recolher de forma correta as informações necessárias para a realização da sua investigação, é desafio do investigador escolher corretamente os instrumentos de recolha de dados que atendam aos seus objetivos e que se encontrem de acordo com a técnica utilizada (Prodanov, 2013).

Na colheita de dados e de forma a dar cumprimento às considerações éticas, neste estudo foi assegurado o anonimato dos participantes. Foi também garantida a privacidade e confidencialidade da informação recolhida.

O instrumento/questionário de colheita de dados apresentado teve a consistência interna da escala avaliada e das suas dimensões obtida através do alfa de *Cronbach* que é uma medida da covariância entre os itens de uma mesma escala para avaliação da precisão do Coeficiente (Pasquali, 2003 cit por Bueno et al., 2006). “A consistência interna também pode ser considerada como um indicativo de validade do instrumento, embora de forma mais limitada” (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 2003 cit por Bueno et al., 2006, p.313).

As respostas ao questionário foram avaliadas de modo a garantir a sua confiabilidade, e através da análise dos coeficientes apresentados, podemos concluir que a consistência interna é boa ou muito boa, apresentando o valor mais elevado para a escala total (alfa=0.947) e o valor mais baixo para a dimensão 2 - gestão de emoções (alfa=0.779), conforme apresentamos na Tabela 1.

Tabela 1. Consistência interna da escala das Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco

|   | <i>Alfa de Cronbach</i> |
|---|-------------------------|
| <b>Total</b>  | 0.947                   |
| <b>Dimensão 1 - Autoconsciência</b>                     | 0.908                   |
| <b>Dimensão 2 - Gestão de emoções</b>                   | 0.779                   |
| <b>Dimensão 3 - Automotivação</b>                       | 0.817                   |
| <b>Dimensão 4 - Empatia</b>                             | 0.846                   |
| <b>Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos</b> | 0.875                   |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

O questionário usado (Anexo 1) é constituído por três partes (Anexo 6): Na parte I, foi efetuada uma caracterização sociodemográfica da população em estudo; na parte II, NÃO foi utilizada para avaliada a satisfação profissional dos enfermeiros; na parte III, pudemos conhecer as capacidades de IE dos enfermeiros por meio da escala “Capacidades da IE em enfermeiros”

Na recolha de dados foi utilizado o instrumento/questionário com perguntas cujas respostas consideram a perceção do entrevistado em relação a um fato. Esse tipo de pergunta é composto por uma afirmação na qual o entrevistado deverá marcar sua opinião segundo uma escala de likert de 7 pontos (Nunca - Raramente - Pouco frequente - Por norma - Frequente - Muito frequente - Sempre) em que 1 corresponde a nunca e 7 corresponde a sempre.

Como este questionário teve como base a “Escala Veiga de Competências Emocionais” de Veiga Branco que foi posteriormente adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela, foi concedida autorização aos autores (Anexo 2 e Anexo 3, respetivamente).

Durante a colheita de dados, o participante pode assinalar uma resposta em cada afirmação de acordo com sua opinião. No estudo utilizamos a escala das capacidades de IE Veiga-branco para avaliação da IE dos enfermeiros antes e após uma intervenção. Durante a aplicação dos questionários foi o participante que preencheu as questões, mediante as instruções fornecidas.

Este estudo contribui para uma descrição/definição das capacidades IE dos 47 enfermeiros participantes. Os dados recolhidos na fase um foram relevantes para a implementação do MSCEC (fase 2) e para a nova avaliação, através da reaplicação do questionário, na fase três, permitindo a comparação posterior dos resultados obtidos nesta fase com a fase um.

A colheita de dados foi realizada através do total dos questionários preenchidos pelos 47 enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM, no período que decorreu entre junho a agosto de 2018. A colheita de dados ocorreu do seguinte modo: realizou-se o

pedido de cooperação para a participação na investigação; forneceu-se informação pelo investigador acerca da investigação e objetivos da mesma, foi garantido a confidencialidade das respostas; realizou-se a aplicação do questionário (Anexo 6). Foi obtido o consentimento de cada participante. Forneceu-se também informação de que havia necessidade de respostas em todas as questões. A colheita de dados decorreu no local de trabalho.

## 2.10 Tratamento dos dados

Os dados foram analisados usando o software SPSS®, para Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL) através do lançamento dos dados obtidos nos questionários. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05. Estes foram verificados pelo grupo de investigação, com a finalidade de despistar erros e ou informações anormais. Procedeu-se à análise estatística e à análise descritiva da escala recorrendo ao score total e aos scores das dimensões que compõem a escala. Foi também efetuado o cálculo da média e respetivo desvio padrão. Na análise estatística foi ainda considerada uma análise de regressão linear simples. Sendo uma equação para cada dimensão do questionário (além da escala total).

A identificação de potenciais fatores preditivos (género, idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas, situação jurídica de emprego e local onde exerce funções) do questionário foi efetuada em duas fases, na escala e avaliadas cada uma das dimensões, foi efetuada com recurso à regressão linear simples. Por fim, foram usados modelos de regressão linear ajustados realizados de modo a identificar fatores independentes da escala e das respetivas dimensões.

Os dados foram submetidos aos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a escala total - Capacidades de IE Veiga-branco, para as duas fases. Testes independentes de amostras  $t$  (variáveis contínuas) e testes de Qui-quadrado (variáveis categóricas) foram realizados para comparar os resultados antes e a após a implementação da intervenção com o MSCEC.

Os dados com significância estatística simples de  $p \leq 0,05$  foram apresentados, identificada significância e discutidos comparando com a alteração após a intervenção.

## 2.11 Considerações éticas

Segundo Fortin (2009, p.116) “(...) a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”. Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal facto deve contribuir para que a enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Art.º 81 do Código Deontológico de Enfermagem). No decurso desta investigação, foram respeitados todos os princípios éticos a ela inerentes, é de salvaguardar que a realização desta investigação foi autorizada quer pela Comissão de Ética (Anexo 4) quer pelo Conselho de Administração da ULSM (Anexo 5). Também foi assinada a carta de parceria (Anexo 6).

De modo a integrar a investigadora na fase 3 do Projeto, que já estava a decorrer, foi dado conhecimento ao Conselho de Administração da ULSM (Anexo 7) tendo-se obtido resposta favorável (Anexo 8).

O C2-SAFECARE-Q foi divulgado na página web da ULSM (Anexo 9) de modo a que todos os colaboradores da organização tivessem acesso à informação sobre o projeto em curso.

### 3. RESULTADOS

A seguir, apresentamos o tratamento de dados e a respectiva análise.

A idade média dos 47 participantes foi de 35,4 anos (desvio padrão, 6,9 anos) (faixa, 23-57 anos) e 38 participantes (80,9%) eram do sexo feminino. O tempo de exercício na profissão foi de 12,0 anos (desvio padrão, 6,5 anos). Trinta e nove (83,0%) participantes são enfermeiros e 8 (17,0%) são enfermeiros especialistas. A maioria dos participantes possui licenciatura 32 (68,1%). Relativamente à situação jurídica, a maioria tem CIT por tempo indeterminado 35 (74,5%). O tempo médio de exercício de funções no serviço é de 7,9 anos (desvio padrão, 6,5), e provêm de três serviços distintos (36,2% de cirurgia B, 31,9% de cirurgia C e 31,9% de Ala I). Apenas 13 (27,7%) têm formação em supervisão clínica, 36 (76,6%) não têm experiência anterior como supervisor clínico e 35 (74,5%) não têm experiência enquanto supervisor. Conforme apresentado na Tabela 2.

TABELA 2. Descrição da amostra em estudo.

|  | N  | n (%) ou média (dp) |
|--|----|---------------------|
| <b>Género</b>  | 47 |                     |
| Feminino   |    | 38 (80.9)           |
| Masculino  |    | 9 (19.1)            |
| <b>Idade (anos)</b>                                    | 47 | 35.4 (6.9)          |
| <b>Tempo de exercício na profissão (anos)</b>          | 47 | 12.0 (6.5)          |
| <b>Título profissional</b>                             | 47 |                     |
| Enfermeiro   |    | 39 (83.0)           |
| Enfermeiro especialista                                |    | 8 (17.0)            |
| <b>Habilitações académicas</b>                         | 47 |                     |
| Licenciatura   |    | 32 (68.1)           |
| Pós-graduação  |    | 1 (2.1)             |
| <b>Especialidade</b>                                   |    | 8 (17.0)            |
| Mestrado   |    | 1 (2.1)             |
| Licenciatura + Especialidade + Mestrado                |    | 1 (2.1)             |
| Licenciatura + Pós-graduação+ Especialidade            |    | 4 (8.5)             |
| <b>Situação jurídica de emprego</b>                    | 47 |                     |
| CT Funções Públicas                                    |    | 4 (8.5)             |
| CIT por tempo indeterminado                            |    | 35 (74.5)           |
| CIT a termo resolutivo certo                           |    | 5 (10.6)            |
| Outro  |    | 3 (6.4)             |
| <b>Tempo de exercício de funções no serviço (anos)</b> | 27 | 7.9 (6.5)           |
| <b>Local onde exerce funções</b>                       | 47 |                     |

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| Cirurgia B                          | 17 (36.2) |
| Cirurgia C                          | 15 (31.9) |
| Cirurgia I                          | 15 (31.9) |
| Formação em supervisão clínica      | 47        |
| Não                                 | 34 (72.3) |
| Sim                                 | 13 (27.7) |
| Experiência anterior supervisor     | 47        |
| Não                                 | 36 (76.6) |
| Supervisão de estudantes            | 10 (21.3) |
| Supervisão de estudantes e de pares | 1 (2.1)   |
| Experiência supervisionado          | 47        |
| Não                                 | 35 (74.5) |
| Durante o curso de licenciatura     | 7 (14.9)  |
| Durante a especialidade             | 5 (10.6)  |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Tabela 3 apresentamos os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão para cada uma das dimensões e para a escala total das capacidades de IE de Veiga-branco, na Fase 1 e Fase 3 do estudo.

TABELA 3. Descrição da amostra em estudo relativamente à escala das capacidades de IE de Veiga-branco e suas dimensões nas fases 1 (F1) e fase 3 (F3).

|  | N. de itens | Mínimo |     | Máximo |     | Média |       | Desvio padrão |      |
|--|-------------|--------|-----|--------|-----|-------|-------|---------------|------|
|  |             | F 1    | F 3 | F 1    | F 3 | F 1   | F 3   | F 1           | F 3  |
| <b>Total</b>   | 84          | 296    | 349 | 510    | 513 | 416.5 | 425.0 | 47.0          | 39.5 |
| <b>Dimensão 1</b><br>Autoconsciência                     | 20          | 67     | 79  | 133    | 137 | 106.0 | 107.5 | 15.8          | 13.0 |
| <b>Dimensão 2</b><br>Gestão de emoções                   | 18          | 51     | 66  | 111    | 102 | 83.3  | 84.3  | 11.7          | 9.3  |
| <b>Dimensão 3</b><br>Automotivação                       | 21          | 81     | 87  | 135    | 135 | 106.6 | 110.3 | 12.6          | 12.9 |
| <b>Dimensão 4</b><br>Empatia                             | 12          | 40     | 43  | 75     | 79  | 60.7  | 61.2  | 9.1           | 8.8  |
| <b>Dimensão 5</b><br>Gestão de relacionamentos em grupos | 13          | 37     | 37  | 75     | 85  | 59.8  | 60.6  | 9.7           | 10.1 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Tabela 3 identifica-se que o valor da média em todas as dimensões apresentou um aumento quando comparados os estudos da Fase 1 com os da Fase 3. Vale ressaltar que essa melhoria foi constatada, apesar das dificuldades sentidas na atualidade ao nível das práticas clínicas, acrescidas pela insatisfação, instabilidade na profissão e escassez de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde.

### 3.1 Fatores preditivos da escala das Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco e suas dimensões

A seguir são apresentados os fatores preditivos (género, idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas, situação jurídica de emprego e local onde exerce funções) que foram analisados com recurso à regressão linear simples.

#### 3.1.1 Escala total - Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-branco

A Tabela 4 mostra os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado, para a escala total - Capacidades de IE Veiga-branco, para a Fase 1 e Fase 3.

TABELA 4. Escala total de capacidade de inteligência emocional.

|  | Escala total de capacidade de inteligência emocional |       |                 |       |                 |       |                 |       |
|--|--|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|
|  | Fase 1   |       |                 |       | Fase 3          |       |                 |       |
|  | Não ajustado   |       | Ajustado        |       | Não ajustado    |       | Ajustado        |       |
|  | B (se)   | P     | B (se)          | P     | B (se)          | p     | B (se)          | P     |
| <b>Género</b>                                  |  |       |                 |       |                 |       |                 |       |
| Feminino                                       | 1  | -     | 1               | -     | 1               | -     | 1               | -     |
| Masculino                                      | 38.0<br>(16.7)                                       | 0.028 | 35.4<br>(15.8)  | 0.031 | 33.2<br>(14.0)  | 0.022 | 28.0<br>(14.1)  | 0.054 |
| Idade (anos)                                   | -0.28<br>(1.0)                                       | 0.784 | 3.3<br>(3.8)    | 0.401 | -1.3<br>(0.8)   | 0.130 | 5.5<br>(3.4)    | 0.118 |
| Tempo de exercício na profissão (anos)         | -0.58<br>(1.1)                                       | 0.595 | -3.9<br>(4.2)   | 0.351 | -1.7<br>(0.9)   | 0.058 | -7.4<br>(3.7)   | 0.055 |
| <b>Habilitações académicas</b>                 |  |       |                 |       |                 |       |                 |       |
| Licenciatura                                   | -7.5<br>(14.8)                                       | 0.617 | -37.5<br>(17.7) | 0.041 | -2.2<br>(12.8)  | 0.863 | -17.6<br>(15.7) | 0.270 |
| Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado | 1  | -     | 1               | -     | 1               | -     | 1               | -     |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>          |  |       |                 |       |                 |       |                 |       |
| Não  | 1  | -     | 1               | -     | 1               | -     | 1               | -     |
| Sim  | -13.4<br>(15.4)                                      | 0.389 | -24.1<br>(17.6) | 0.180 | -15.8<br>(13.2) | 0.237 | -21.8<br>(15.9) | 0.178 |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>         |  |       |                 |       |                 |       |                 |       |
| Não  | 1  | -     | 1               | -     | 1               | -     | 1               | -     |
| Sim  | -23.3<br>(16.0)                                      | 0.152 | -8.9<br>(18.1)  | 0.624 | -5.2<br>(14.3)  | 0.718 | -09<br>(16.2)   | 0.955 |
| <b>Experiência supervisionado</b>              |  |       |                 |       |                 |       |                 |       |
| Não  | 1  | -     | 1               | -     | 1               | -     | 1               | -     |
| Sim  | -38.8<br>(14.8)                                      | 0.012 | -44.1<br>(16.2) | 0.010 | 7.9<br>(13.8)   | 0.567 | 6.4<br>(14.5)   | 0.663 |

FONTES: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Fase 1, analisando os resultados dos modelos não ajustados, constata-se que apenas as variáveis sexo e experiência como supervisionado são estatisticamente significativas. Quando comparado com o gênero feminino, o gênero masculino apresenta score mais elevado da escala total de capacidade de IE. E quando comparado com participantes que não possuem a experiência como supervisionado, os participantes da investigação que possuem experiência como supervisionado apresentam menor score da escala total de capacidade de IE.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que as duas variáveis gênero e experiência como supervisionado permaneceram estatisticamente significativas. No entanto, a variável habilitações académicas torna-se significativa no modelo ajustado, o que numa dimensão amostral demasiado reduzida não é comum. Quando comparado com o gênero feminino, ajustando para as restantes variáveis, o gênero masculino apresenta score mais elevado da escala total de capacidade de IE. Quando comparado com participantes que não possuem a experiência como supervisionado, ajustando para as restantes variáveis, os participantes que possuem experiência como supervisionado têm menor score da escala total de capacidade de IE. E quando comparado com participantes que possuem mais do que licenciatura (Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado), ajustando para as restantes variáveis, os participantes que possuem licenciatura apresentam menor score da escala total de capacidade de IE. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 22.8% da variabilidade da escala total de capacidade de IE.

Na Fase 3 analisando os resultados dos modelos não ajustados, constata-se que apenas a variável sexo é estatisticamente significativa. Quando comparado com o gênero feminino, o gênero masculino apresenta score mais elevado da escala total de capacidade de IE.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que nenhuma variável permanece estatisticamente significativa. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 14.1% da variabilidade da escala total de capacidade de IE.

### **3.1.2 Dimensão 1 - Autoconsciência**

A Tabela 5 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado, na dimensão 1 - autoconsciência, para a Fase 1 e Fase 3. Não foi possível obter conclusões para a variável habilitações literárias, dado que o score médio da dimensão para ambos os grupos é exatamente o mesmo.

TABELA 5. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - autoconsciência.

|  | Dimensão 1 - autoconsciência |       |                |       |               |       |               |       |
|--|------------------------------|-------|----------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|  | Fase 1                       |       |                |       | Fase 3        |       |               |       |
|  | Não ajustado                 |       | Ajustado       |       | Não ajustado  |       | Ajustado      |       |
|  | B (se)                       | P     | B (se)         | p     | B (se)        | p     | B (se)        | P     |
| <b>Género</b>                                  |                              |       |                |       |               |       |               |       |
| Feminino                                       | 1                            | -     | 1              | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Masculino                                      | 11.1<br>(5.7)                | 0.056 | 10.4<br>(5.8)  | 0.079 | 10.4<br>(4.6) | 0.029 | 9.7<br>(5.0)  | 0.057 |
| Idade (anos)                                   | -0.03<br>(0.3)               | 0.932 | 0.6<br>(1.4)   | 0.647 | -0.1<br>(0.3) | 0.720 | 1.0<br>(1.2)  | 0.411 |
| Tempo de exercício na profissão (anos)         | -0.1<br>(0.4)                | 0.824 | -0.7<br>(1.5)  | 0.658 | -0.2<br>(0.3) | 0.538 | -1.1<br>(1.3) | 0.390 |
| <b>Habilitações académicas</b>                 |                              |       |                |       |               |       |               |       |
| Licenciatura                                   |                              |       | -8.3<br>(6.5)  | 0.208 | -0.7<br>(4.1) | 0.875 | -3.0<br>(5.6) | 0.593 |
| Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado |                              |       | 1              | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>          |                              |       |                |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                            | -     | 1              | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -6.5<br>(5.1)                | 0.212 | -9.0<br>(6.4)  | 0.170 | -2.8<br>(4.3) | 0.514 | -3.8<br>(5.5) | 0.494 |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>         |                              |       |                |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                            | -     | 1              | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -5.3<br>(5.4)                | 0.332 | -1.2<br>(6.6)  | 0.860 | -3.0<br>(4.5) | 0.507 | -4.5<br>(5.7) | 0.435 |
| <b>Experiência supervisionado</b>              |                              |       |                |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                            | -     | 1              | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -10.6<br>(5.1)               | 0.043 | -11.8<br>(5.9) | 0.053 | 1.7<br>(4.4)  | 0.701 | 33<br>(5.1)   | 0.527 |

FONTES: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Fase 1 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas a variável experiência como supervisionado é estatisticamente significativa. Quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, os participantes da investigação que possuem experiência como supervisionado apresentam menor score para a dimensão 1 - autoconsciência.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que nenhuma variável permanece estatisticamente significativa. No entanto pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 14,1% da variabilidade para a dimensão 1 - autoconsciência.

Na Fase 3 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas a variável sexo é estatisticamente significativa. Quando comparado com o género feminino, o género masculino apresenta score mais elevado para a dimensão 1 - autoconsciência.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que nenhuma variável permanece estatisticamente significativa. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 4.0% da variabilidade para a dimensão 1 - autoconsciência.

### 3.1.3 Dimensão 2 - Gestão de emoções

A Tabela 6 mostra os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado, da dimensão 2 - gestão de emoções, para a Fase 1 e Fase 3.

TABELA 6. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - gestão de emoções.

|  | Dimensão 2 - gestão de emoções |       |               |       |               |       |               |       |
|--|--------------------------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|  | Fase 1                         |       |               |       | Fase 3        |       |               |       |
|  | Não ajustado                   |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado      |       |
|  | B (se)                         | P     | B (se)        | p     | B (se)        | p     | B (se)        | P     |
| <b>Género</b>                                  |                                |       |               |       |               |       |               |       |
| Feminino                                       | 1                              | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Masculino                                      | 7.6<br>(4.2)                   | 0.080 | 6.8<br>(4.0)  | 0.098 | 5.3<br>(3.4)  | 0.124 | 5.0<br>(3.4)  | 0.146 |
| Idade (anos)                                   | -0.5<br>(0.2)                  | 0.045 | 0.1<br>(1.0)  | 0.926 | -0.5<br>(0.2) | 0.015 | 0.01<br>(0.8) | 0.992 |
| Tempo de exercício na profissão (anos)         | -0.6<br>(0.3)                  | 0.035 | -0.5<br>(1.1) | 0.606 | -0.5<br>(0.2) | 0.011 | -0.5<br>(0.9) | 0.613 |
| <b>Habilitações académicas</b>                 |                                |       |               |       |               |       |               |       |
| Licenciatura                                   | 1.4<br>(3.7)                   | 0.716 | -8.2<br>(4.5) | 0.075 | 1.5<br>(2.9)  | 0.614 | -1.6<br>(3.8) | 0.675 |
| Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado | 1                              | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>          |                                |       |               |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                              | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -8.0<br>(3.7)                  | 0.034 | -8.9<br>(4.5) | 0.052 | -4.1<br>(3.0) | 0.176 | -2.8<br>(3.8) | 0.455 |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>         |                                |       |               |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                              | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -6.9<br>(3.9)                  | 0.084 | -3.7<br>(4.6) | 0.426 | -3.4<br>(3.2) | 0.284 | -3.9<br>(3.8) | 0.311 |
| <b>Experiência supervisionado</b>              |                                |       |               |       |               |       |               |       |
| Não  | 1                              | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim  | -6.6<br>(3.8)                  | 0.092 | -6.1<br>(4.1) | 0.145 | 2.3<br>(3.1)  | 0.461 | 4.2<br>(3.5)  | 0.232 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Fase 1, analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas as variáveis idade, tempo de exercício na profissão e formação em supervisão clínica são estatisticamente significativas. Constata-se uma diminuição no score da dimensão 2 - gestão de emoções com o aumento da idade e do tempo de exercício na profissão dos participantes. Quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, os participantes do estudo que possuem formação em supervisão clínica apresentam score mais baixo para a dimensão 2 - gestão de emoções.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que nenhuma variável permanece estatisticamente significativa. No entanto pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 19.7% da variabilidade para a dimensão 2 - gestão de emoções.

Na Fase 3 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas as variáveis idade e tempo de exercício na profissão são estatisticamente significativas. Constata-se uma diminuição no score para a dimensão 2 - gestão de emoções com o aumento da idade e o aumento do tempo de exercício na profissão.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que nenhuma variável permanece estatisticamente significativa. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 9.9% da variabilidade dimensão 2 - gestão de emoções.

### 3.1.4 Dimensão 3 - Automotivação

A Tabela 7 seguinte apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado da dimensão 3 - automotivação, para a Fase 1 e Fase 3.

TABELA 7. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - automotivação.

|  | Dimensão 3 - automotivação |       |               |       |               |       |          |   |
|--|----------------------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|----------|---|
|  | Fase 1                     |       |               |       | Fase 3        |       |          |   |
|  | Não ajustado               |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado |   |
|  | B (se)                     | P     | B (se)        | p     | B (se)        | P     | B (se)   | P |
| <b>Género</b>                                  |                            |       |               |       |               |       |          |   |
| Feminino                                       | 1                          | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Masculino                                      | 14.2<br>(4.2)              | 0.002 | 13.5<br>(4.2) | 0.003 | 8.8<br>(4.7)  | 0.064 |          |   |
| Idade (anos)                                   | 0.04<br>(0.3)              | 0.878 | 1.3<br>(1.0)  | 0.192 | -0.2<br>(0.3) | 0.558 |          |   |
| Tempo de exercício na profissão (anos)         | -0.06<br>(0.3)             | 0.830 | -1.6<br>(1.1) | 0.160 | -0.2<br>(0.3) | 0.487 |          |   |
| <b>Habilitações académicas</b>                 |                            |       |               |       |               |       |          |   |
| Licenciatura                                   | -5.7<br>(3.9)              | 0.150 | -9.3<br>(4.7) | 0.055 | -3.2<br>(4.1) | 0.437 |          |   |
| Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado | 1                          | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>          |                            |       |               |       |               |       |          |   |
| Não  | 1                          | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Sim  | 1.9<br>(4.2)               | 0.653 | -1.1<br>(4.7) | 0.815 | -1.2<br>(4.3) | 0.787 |          |   |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>         |                            |       |               |       |               |       |          |   |
| Não  | 1                          | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Sim  | -3.3<br>(4.4)              | 0.451 | -1.9<br>(4.8) | 0.693 | 0.3<br>(4.5)  | 0.943 |          |   |
| <b>Experiência supervisionado</b>              |                            |       |               |       |               |       |          |   |
| Não  | 1                          | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Sim  | -5.9<br>(4.2)              | 0.166 | -8.3<br>(4.3) | 0.059 | -0.4<br>(4.4) | 0.927 |          |   |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Analisando os resultados do modelo não ajustado na Fase 1, constata-se que apenas a variável sexo é estatisticamente significativa. Quando comparado com o género feminino, o género masculino apresenta score mais elevado para a dimensão 3 - automotivação.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que a variável sexo permanece estatisticamente significativa. Quando comparado com o género feminino, ajustando para as restantes variáveis, o género masculino apresenta score mais elevado para a dimensão 3 - automotivação. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 22.8% da variabilidade para a dimensão 3 - automotivação.

Na Fase 3, analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que nenhuma variável é estatisticamente significativa. Assim, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

### 3.1.5 Dimensão 4 - Empatia

A Tabela 8 mostra os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado, da dimensão 4 - empatia, para a Fase 1 e Fase 3.

TABELA 8. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - empatia.

|  | Dimensão 4 - empatia |       |               |       |               |       |          |   |
|--|----------------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|----------|---|
|  | Fase 1               |       |               |       | Fase 3        |       |          |   |
|  | Não ajustado         |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado |   |
|  | B (se)               | p     | B (se)        | p     | B (se)        | p     | B (se)   | p |
| <b>Género</b>                                  |                      |       |               |       |               |       |          |   |
| Feminino                                       | 1                    | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Masculino                                      | 1.3<br>(3.4)         | 0.710 | 0.8<br>(3.2)  | 0.797 | 5.7<br>(3.2)  | 0.083 |          |   |
| Idade (anos)                                   | 0.1<br>(0.2)         | 0.506 | -0.1<br>(0.8) | 0.090 | -0.3<br>(0.2) | 0.159 |          |   |
| Tempo de exercício na profissão (anos)         | 0.1<br>(0.2)         | 0.503 | 0.2<br>(0.8)  | 0.810 | -0.4<br>(0.2) | 0.051 |          |   |
| <b>Habilitações académicas</b>                 |                      |       |               |       |               |       |          |   |
| Licenciatura                                   | -3.3<br>(2.8)        | 0.249 | -8.7<br>(3.6) | 0.020 | -0.9<br>(2.8) | 0.750 |          |   |
| Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado | 1                    | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>          |                      |       |               |       |               |       |          |   |
| Não  | 1                    | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Sim  | -0.4<br>(3.0)        | 0.897 | -4.1<br>(3.6) | 0.262 | -2.7<br>(2.9) | 0.352 |          |   |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>         |                      |       |               |       |               |       |          |   |
| Não  | 1                    | -     | 1             | -     | 1             | -     |          |   |
| Sim  | -3.5<br>(3.1)        | 0.274 | -2.1<br>(3.7) | 0.567 | -3.6<br>(3.0) | 0.245 |          |   |

| Experiência supervisionado |               |       |               |       |               |       |
|----------------------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| Não                        | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim                        | -7.9<br>(2.8) | 0.008 | -9.5<br>(3.3) | 0.006 | -1.0<br>(3.0) | 0.729 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Na Fase 1 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas a variável experiência como supervisionado é estatisticamente significativa. Quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, os participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score para a dimensão 4 - empatia.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que a variável experiência como supervisionado permanece estatisticamente significativa. Pode-se perceber que a variável habilitações académicas, apesar de no modelo univariado não ser estatisticamente significativa, torna-se significativa no modelo ajustado. Quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, ajustando para as restantes variáveis, os participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score para a dimensão 4 - empatia. Quando comparado com participantes com mais do que licenciatura, ajustando para as restantes variáveis, os participantes com licenciatura apresentam menor score da dimensão 4 - empatia. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 15.5% da variabilidade para a dimensão 4 - empatia.

Na Fase 3 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que nenhuma variável é estatisticamente significativa. Assim, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

### 3.1.6 Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos

A Tabela 9 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustado e ajustado, da dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos, para a Fase 1 e Fase 3.

TABELA 9. Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - gestão de relacionamentos em grupos.

|   | Dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos |       |               |       |               |       |               |       |
|---|--|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|   | Fase 1   |       |               |       | Fase 3        |       |               |       |
|   | Não ajustado                                     |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado      |       |
|   | B (se)   | p     | B (se)        | P     | B (se)        | p     | B (se)        | p     |
| <b>Gênero</b>   |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Feminino  | 1  | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Masculino   | 3.8<br>(3.6)                                     | 0.293 | 3.9<br>(3.6)  | 0.285 | 4.2<br>(3.8)  | 0.268 | 2.5<br>(3.3)  | 0.460 |
| <b>Idade (anos)</b>                                   | 0.1<br>(0.2)                                     | 0.732 | 1.3<br>(0.9)  | 0.152 | -0.3<br>(0.2) | 0.181 | 2.7<br>(0.8)  | 0.002 |
| <b>Tempo de exercício na profissão (anos)</b>         | -<br>0.02<br>(0.2)                               | 0.934 | -1.3<br>(0.9) | 0.162 | -0.4<br>(0.2) | 0.053 | -3.1<br>(0.9) | 0.001 |
| <b>Habilitações acadêmicas</b>                        |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Licenciatura  | 0.2<br>(3.1)                                     | 0.946 | -3.0<br>(4.0) | 0.458 | 4.8<br>(3.2)  | 0.143 | -0.5<br>(3.7) | 0.886 |
| <b>Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado</b> | 1  | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>                 |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Não   | 1  | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim   | -0.4<br>(3.2)                                    | 0.907 | -1.0<br>(4.0) | 0.807 | -8.6<br>(3.2) | 0.010 | -9.7<br>(3.7) | 0.014 |
| <b>Experiência anterior supervisor</b>                |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Não   | 1  | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim   | -4.3<br>(3.3)                                    | 0.205 | -0.1<br>(4.1) | 0.988 | 0.2<br>(3.7)  | 0.947 | 5.8<br>(3.8)  | 0.138 |
| <b>Experiência supervisionado</b>                     |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Não   | 1  | -     | 1             | -     | 1             | -     | 1             | -     |
| Sim   | -7.8<br>(3.1)                                    | 0.014 | -8.3<br>(3.7) | 0.028 | 0.6<br>(3.5)  | 0.859 | 0.3<br>(3.4)  | 0.922 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-SZAFECARE-Q

Na Fase 1 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas a variável experiência como supervisionado é estatisticamente significativa. Quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, os participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que a variável experiência como supervisionado permanece estatisticamente significativa. Quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, ajustando para as restantes variáveis, os participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score da dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos. No entanto, pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 7.7% da variabilidade para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos.

Na Fase 3 analisando os resultados do modelo não ajustado, constata-se que apenas a variável formação em supervisão clínica é estatisticamente significativa. Quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, os participantes com

formação em supervisão clínica apresentam menor score para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos.

Ao considerar o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, identifica-se que a variável formação em supervisão clínica permanece estatisticamente significativa. As variáveis idade e tempo de exercício na profissão, apesar de nos modelos univariados não serem estatisticamente significativas, tornam-se significativas no modelo ajustado. Quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis, os participantes com formação em supervisão clínica possuem menor score para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos. Constata-se um aumento do score para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos com o aumento da idade e com o aumento do tempo de exercício na profissão. Podendo ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado apenas 27.5% da variabilidade para a dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos.



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passamos à discussão e comparação dos dados estatisticamente significativos obtidos na amostra.

Foi encontrada significância estatística no total dos dados da Escala Capacidades de Inteligência Emocional Veiga-Branco no modelo ajustado na fase 1 referentes às seguintes variáveis sociodemográficas: sexo masculino  $p=0,031$ , possuir licenciatura  $p=0,041$  e possuir experiência como supervisor  $p=0,010$ . Na fase 3 nenhum desses dados permaneceu com significância estatística no modelo ajustado. Contudo, na fase 3 o modelo ajustado dos dados não apresentou significância estatística para as capacidades de Inteligência Emocional nas dimensões: Autoconsciência, Gestão das emoções, automotivação e empatia. Nessa fase (fase 3) o modelo ajustado dos dados apresentou significância estatística para as capacidades de Inteligência Emocional apenas para a dimensão: gestão de relacionamento em grupos e para as variáveis: tempo de exercício na profissão  $p=0,001$ ; aumento da idade  $p=0,002$  e possuir formação em Supervisão Clínica  $p=0,014$ .

### 4.1 Escala total de capacidade de inteligência emocional

A seguir apresentamos a tabela (Tabela 10) com os dados com significância estatística da escala total de capacidade de inteligência emocional.

TABELA 10. Dados significativos e discutidos da Escala total de capacidade de inteligência emocional.

|   | Escala total de capacidade de inteligência emocional |       |                 |       |                |       |                 |       |
|---|--|-------|-----------------|-------|----------------|-------|-----------------|-------|
|   | Fase 1   |       |                 |       | Fase 3         |       |                 |       |
|   | Não ajustado   |       | Ajustado        |       | Não ajustado   |       | Ajustado        |       |
|   | B (se)   | P     | B (se)          | P     | B (se)         | P     | B (se)          | P     |
| <b>Género</b>                                 |  |       |                 |       |                |       |                 |       |
| <b>Masculino</b>                              | 38.0<br>(16.7)                                       | 0.028 | 35.4<br>(15.8)  | 0.031 | 33.2<br>(14.0) | 0.022 | 28.0<br>(14.1)  | 0.054 |
| <b>Tempo de exercício na profissão (anos)</b> | -0.6<br>(1.1)  | 0.595 | -3.9<br>(4.2)   | 0.351 | -1.7<br>(0.9)  | 0.058 | -7.4<br>(3.7)   | 0.055 |
| <b>Habilitações académicas</b>                |  |       |                 |       |                |       |                 |       |
| <b>Licenciatura</b>                           | -7.5<br>(14.8)                                       | 0.617 | -37.5<br>(17.7) | 0.041 | -2.2<br>(12.8) | 0.863 | -17.6<br>(15.7) | 0.270 |
| <b>Experiência supervisionado</b>             |  |       |                 |       |                |       |                 |       |
|   | -38.8<br>(14.8)                                      | 0.012 | -44.1<br>(16.2) | 0.010 | 7.9<br>(13.8)  | 0.567 | 6.4<br>(14.5)   | 0.663 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a Tabela 10, na escala das Capacidades de IE Veiga-branco identificaram-se, nas fases 1 e 3, dados estatísticos significativos referentes ao sexo masculino quando comparado com o sexo feminino. O valor de  $p=0,028$  na primeira fase manteve-se significativo assim como na terceira fase  $p=0,022$  para o modelo não ajustado. Esses dados chamam-nos a atenção, pois do total de 47 enfermeiros apenas 9 (19,1%) eram homens, quando comparado ao género feminino de enfermeiros com um total de 38 (80,9%). O valor de  $p=0,031$  na primeira fase não se manteve significativo na terceira fase  $p=0,054$  no modelo ajustado.

“Diversos estudos tem investigado as diferenças entre géneros no que se refere à inteligência emocional. (...) informam que a inteligência emocional é percebida sistematicamente como um atributo feminino e o QI como masculino” (Petrides, Furnham & Martin, 2004 cit por Bueno et al., 2006, p.308).

Entretanto o resultado obtido contradiz o estudo acima, assim como o de Goleman 2000, que teve como objetivo conhecer melhor o conceito IE e as diferenças entre homens e mulheres. Nesses estudos, ao nível da IE global não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas com variáveis na qual se inclui o sexo. Ainda assim, o resultado obtido no nosso estudo pode ser justificado segundo a afirmação de Goleman (2000), “os homens apresentam maior autoconfiança e optimismo, adaptam-se com maior facilidade e suportam melhor o *stress*” (Goleman 2000 cit por Vilela, 2006, p.115).

Vieira, Moreira e Morgadinho (2008, p.2), nos resultados obtidos no seu estudo afirmam que “pensar que homens e mulheres são iguais quanto a aptidões, habilidades e comportamentos, significa criar uma sociedade baseada numa mentira biológica e

científica (...) o cérebro está organizado de modo diferente (...), bem como o processo de informação, o que leva a percepções, prioridades e comportamentos distintos”. E ainda que “a diferença sexual na química e na constituição do cérebro, influencia o modo como (...) reagem ao ambiente ou a acontecimentos stressantes (...)” (Vieira, Moreira & Morgadinho, 2008, p.5).

Bueno et al. (2006, p.313) afirmam que “diversos estudos apontam que as mulheres lidam melhor com as emoções do que os homens (...) em todos os aspectos relacionados à inteligência emocional, a média das mulheres foi significativamente mais elevada que a dos homens”.

Torna-se importante apurar estes resultados em estudos futuros, uma vez que a profissão de enfermagem continua a ser maioritariamente representada no feminino.

Também se identificou-se na fase 1 dado estatístico significativo referente à licenciatura com o valor de  $p=0,041$  no modelo ajustado. Esse dado, quando comparado, não se manteve significativo na fase 3 com  $p=0,270$  no modelo ajustado.

Relativamente ao possuir experiência profissional, identificou-se na fase 1 dado estatístico significativo com o valor de  $p=0,012$  no modelo não ajustado e com o valor de  $p=0,010$  no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não se manteve significativo na fase 3 com  $p=0,270$  no modelo não ajustado e no modelo ajustado com  $p=0,0663$ .

## 4.2 Dimensão 1 - Autoconsciência

A seguir apresentamos a Tabela 11 com os dados com relevância estatística da escala de capacidade de inteligência emocional para a dimensão autoconsciência.

TABELA 11. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - autoconsciência.

|                                   | Dimensão 1 - autoconsciência |       |             |       |              |       |           |       |
|-----------------------------------|------------------------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|-----------|-------|
|                                   | Fase 1                       |       |             |       | Fase 3       |       |           |       |
|                                   | Não ajustado                 |       | Ajustado    |       | Não ajustado |       | Ajustado  |       |
|                                   | B (se)                       | P     | B (se)      | p     | B (se)       | p     | B (se)    | p     |
| <b>Género</b>                     |                              |       |             |       |              |       |           |       |
| <b>Masculino</b>                  | 11.1 (5.7)                   | 0.056 | 10.4 (5.8)  | 0.079 | 10.4 (4.6)   | 0.029 | 9.7 (5.0) | 0.057 |
| <b>Experiência supervisionado</b> |                              |       |             |       |              |       |           |       |
|                                   | -10.6 (5.1)                  | 0.043 | -11.8 (5.9) | 0.053 | 1.7 (4.4)    | 0.701 | 33 (5.1)  | 0.527 |

FONTES: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a Tabela 11, na escala a dimensão autoconsciência, identificou-se na fase 3, o dado estatístico significativo referente ao sexo masculino com o valor de  $p=0,029$  no modelo não ajustado. Esse dado quando comparado não estava significativo na fase um, com  $p=0,056$  no modelo não ajustado, o que nos indica que com a implementação MSCC ocorreu o efeito positivo na dimensão autoconsciência quando comparado com a fase 1, com valor de “P” no modelo não ajustado.

No estudo desenvolvido por Vieira, Moreira e Morgadinho (2008, p.6), percebe-se que a inteligência emocional pode ser praticada, não é estática e evolui ao longo do tempo, daí o facto dos homens poderem apresentar um nível de inteligência mais elevado. Sendo assim “homens e mulheres têm igual probabilidade de terem o dito quociente emocional semelhante, ou seja, a inteligência emocional depende mais de cada um de nós do que algo determinado à nascença”.

### 4.3 Dimensão 2 - Gestão de emoções

A seguir a Tabela 12, apresenta os dados da escala de capacidade de inteligência emocional para a dimensão gestão de emoções.

TABELA 12. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - gestão de emoções.

|  | Dimensão 2 - gestão de emoções |       |               |       |               |       |               |       |
|--|--------------------------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|  | Fase 1                         |       |               |       | Fase 3        |       |               |       |
|  | Não ajustado                   |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado      |       |
|  | B (se)                         | P     | B (se)        | p     | B (se)        | p     | B (se)        | p     |
| Idade (anos)                           | -0.5<br>(0.2)                  | 0.045 | 0.1<br>(1.0)  | 0.926 | -0.5<br>(0.2) | 0.015 | 0.01<br>(0.8) | 0.992 |
| Tempo de exercício na profissão (anos) | -0.6<br>(0.3)                  | 0.035 | -0.5<br>(1.1) | 0.606 | -0.5<br>(0.2) | 0.011 | -0.5<br>(0.9) | 0.613 |
| Formação em supervisão clínica         | -8.0<br>(3.7)                  | 0.034 | -8.9<br>(4.5) | 0.052 | -4.1<br>(3.0) | 0.176 | -2.8<br>(3.8) | 0.455 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a Tabela 12, na escala a dimensão gestão de emoções, identificou-se na fase 1 e 3, o dado estatístico significativo, referente, a idade com o valor de  $p=0,045$  na fase 1, no modelo não ajustado. Esse dado quando comparado manteve-se significativo na fase 3, com  $p=0,015$  no modelo não ajustado. Esse dado indica que com a implementação MSCEC ocorreu o efeito positivo quando comparado com a fase 1 no modelo não ajustado.

Segundo “Maslach et al. (1996) referem que os indivíduos mais novos apresentam níveis mais elevados nas componentes exaustão emocional (...)” (Maslach et al., 1996 cit por Cavaco, 2015, p.46)

Goleman (2001) atribuiu “à maturidade grande importância no desenvolvimento da Competência Emocional (...) as experiências mais longas de vida pessoal e profissional, determinam o desenvolvimento das capacidades da IE, nomeadamente a Gestão de Emoções, sendo um contributo para que os enfermeiros ultrapassem os obstáculos oriundos do seu ambiente de trabalho” (Goleman, 2001, cit por Cavaco, 2015, p.48).

Mayer et al. (2004 cit por Cavaco, 2015 p.47), “(...) diz que a Inteligência Emocional deve desenvolver-se com a idade, (...) nem sempre as investigações obtiveram resultados confirmatórios dessa premissa”. Porém Mayer et al. (2004, cit por Cavaco, 2015, p.47) e Papadogiannis, Logan, Sitarenios, (2009, cit por Cavaco, 2015, p.47) explicam que:

“a idade mais madura traz mais Auto encorajamento - possivelmente motivado por um sentido de urgência advindo da percepção de sermos mortais -, uma melhor compreensão das nossas próprias emoções - no fundo, uma melhor compreensão de nós mesmos enquanto seres humanos -, uma maior capacidade de empatia e contágio emocional e mais elevados níveis de autocontrolo emocional, possivelmente motivados por maiores níveis de serenidade e de tolerância no relacionamento com os outros que a idade também proporciona, bem como pelos ensinamentos propiciados pelas múltiplas experiências vivenciadas ao longo da vida”.

Na escala a dimensão gestão de emoções, identificou-se na fase 1 e 3, o dado estatístico significativo, referente, ao tempo de exercício na profissão (anos) com o valor de  $p=0,035$  na fase 1, no modelo não ajustado. Esse dado quando comparado manteve-se significativo na fase 3, com  $p=0,011$  no modelo não ajustado, o que indica que, com a implementação MSCEC, ocorreu o efeito positivo quando comparado com a fase 1, no modelo não ajustado.

Num estudo realizado por Alves, Ribeiro e Campos (2012) foi identificada uma correlação positiva e moderada para todas as dimensões da inteligência emocional, com exceção da empatia, em relação ao tempo de exercício da profissão e a capacidade de inteligência emocional. Desta forma foi comprovado que quanto maior o tempo de exercício da profissão, maior a capacidade de inteligência emocional.

Segundo Cavaco (2015, p.46) “isso pode ser explicado pelo fato de que, no começo da profissão, esses profissionais se encontram em um período de sensibilização, quando a transição das expectativas idealistas para a realidade da prática quotidiana mostra que as primeiras nem sempre se realizam como prometido ou esperado”.

Na escala a dimensão gestão de emoções, identificou-se na fase 1, o dado estatístico significativo, referente, a formação em supervisão clínica com o valor de  $p=0,034$  no modelo não ajustado. Esse dado quando comparado não estava significativo na fase 3, com  $p=0,176$  no modelo não ajustado, o que indica que com a implementação MSCEC o dado não se manteve significativo quando comparado com a fase 1, no modelo não ajustado.

#### 4.4 Dimensão 3 - Automotivação

A Tabela 13 apresenta os dados da escala de capacidade de inteligência emocional para a dimensão automotivação.

TABELA 13. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - automotivação.

|                                   | Dimensão 3 - automotivação |       |            |       |              |       |          |   |
|-----------------------------------|----------------------------|-------|------------|-------|--------------|-------|----------|---|
|                                   | Fase 1                     |       |            |       | Fase 3       |       |          |   |
|                                   | Não ajustado               |       | Ajustado   |       | Não ajustado |       | Ajustado |   |
|                                   | B (se)                     | P     | B (se)     | P     | B (se)       | p     | B (se)   | p |
| <b>Género</b>                     |                            |       |            |       |              |       |          |   |
| Masculino                         | 14.2 (4.2)                 | 0.002 | 13.5 (4.2) | 0.003 | 8.8 (4.7)    | 0.064 |          |   |
| <b>Habilitações académicas</b>    |                            |       |            |       |              |       |          |   |
| Licenciatura                      | -5.7 (3.9)                 | 0.150 | -9.3 (4.7) | 0.055 | -3.2 (4.1)   | 0.437 |          |   |
| <b>Experiência supervisionado</b> |                            |       |            |       |              |       |          |   |
| Sim                               | -5.9 (4.2)                 | 0.166 | -8.3 (4.3) | 0.059 | -0.4 (4.4)   | 0.927 |          |   |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a tabela acima, na escala a dimensão automotivação, identificou-se na fase 1 e 3, o dado estatístico significativo, referente ao sexo com o valor de  $p=0,002$  na fase 1, no modelo não ajustado, e com o valor de  $p=0,003$  na fase 1, no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não se manteve significativo na fase 3, com  $p=0,064$  no modelo não ajustado. Esse dado indica que com a implementação MSCEC o dado não se manteve significativo quando comparado com a fase 1, no modelo não ajustado.

#### 4.5 Dimensão 4 - Empatia

Na Tabela 14 são apresentados os dados da escala de capacidade de inteligência emocional para a dimensão empatia.

TABELA 14. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - empatia.

|  | Dimensão 4 - empatia |       |            |       |              |       |          |   |
|--|----------------------|-------|------------|-------|--------------|-------|----------|---|
|  | Fase 1               |       |            |       | Fase 3       |       |          |   |
|  | Não ajustado         |       | Ajustado   |       | Não ajustado |       | Ajustado |   |
|  | B (se)               | P     | B (se)     | p     | B (se)       | P     | B (se)   | p |
| Tempo de exercício na profissão (anos) | 0.1 (0.2)            | 0.503 | 0.2 (0.8)  | 0.810 | -0.4 (0.2)   | 0.051 |          |   |
| <b>Habilitações acadêmicas</b>         |                      |       |            |       |              |       |          |   |
| Licenciatura                           | -3.3 (2.8)           | 0.249 | -8.7 (3.6) | 0.020 | -0.9 (2.8)   | 0.750 |          |   |
| <b>Experiência supervisionado</b>      |                      |       |            |       |              |       |          |   |
| Sim                                    | -7.9 (2.8)           | 0.008 | -9.5 (3.3) | 0.006 | -1.0 (3.0)   | 0.729 |          |   |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a tabela acima, na escala a dimensão empatia, identificou-se na fase 1 e 3, o dado estatístico significativo, referente, a possuir experiência como supervisionado com o valor de  $p=0,008$  na fase 1, no modelo não ajustado, e com o valor de  $p=0,006$  na fase 1, no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não se manteve significativo na fase 3, com  $p=0,729$  no modelo não ajustado, o que indica que com a implementação MSCEC o dado não se manteve significativo quando comparado com a fase 1, no modelo não ajustado.

#### 4.6 Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos

A seguir apresentamos a Tabela 15 com os dados da escala de capacidade de inteligência emocional para a dimensão gestão de relacionamentos em grupo.

TABELA 15. Dados significativos e discutidos da Escala de capacidade de inteligência emocional dimensão - gestão de relacionamentos em grupos.

|  | Dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos |       |               |       |               |       |               |       |
|--|--|-------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
|  | Fase 1   |       |               |       | Fase 3        |       |               |       |
|  | Não ajustado                                     |       | Ajustado      |       | Não ajustado  |       | Ajustado      |       |
|  | B (se)   | P     | B (se)        | P     | B (se)        | P     | B (se)        | P     |
| Idade (anos)                           | 0.1<br>(0.2)                                     | 0.732 | 1.3<br>(0.9)  | 0.152 | -0.3<br>(0.2) | 0.181 | 2.7<br>(0.8)  | 0.002 |
| Tempo de exercício na profissão (anos) | -0.02<br>(0.2)                                   | 0.934 | -1.3<br>(0.9) | 0.162 | -0.4<br>(0.2) | 0.053 | -3.1<br>(0.9) | 0.001 |
| <b>Formação em supervisão clínica</b>  |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Sim                                    | -0.4<br>(3.2)                                    | 0.907 | -1.0<br>(4.0) | 0.807 | -8.6<br>(3.2) | 0.010 | -9.7<br>(3.7) | 0.014 |
| <b>Experiência supervisionado</b>      |  |       |               |       |               |       |               |       |
| Sim                                    | -7.8<br>(3.1)                                    | 0.014 | -8.3<br>(3.7) | 0.028 | 0.6<br>(3.5)  | 0.859 | 0.3<br>(3.4)  | 0.922 |

FONTE: Relatório do resultado da Investigação C-S2AFECARE-Q

Conforme a Tabela 15, na escala a dimensão gestão de relacionamentos em grupos, identificou-se na fase 3, o dado estatístico significativo, referente, a idade (anos) com o valor de  $p=0,002$  no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não estava significativo na fase 1, com  $p=0,152$  no modelo ajustado. Esse dado indica que com a implementação MSCEC ocorreu o efeito positivo quando comparado com a fase 1, com valor de “ $p$ ” no modelo ajustado.

Segundo Cavaco (2015, p.46) “No que concerne à idade os trabalhadores com idade menor mostraram-se menos realizados, em comparação com os mais velhos”.

Ferreira (2018, p.66)

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

Na escala a dimensão gestão de relacionamentos em grupos, identificou-se na fase 3, o dado estatístico significativo, referente a tempo de exercício na profissão (anos) com o valor de  $p=0,001$  no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não se encontrava como significativo na fase 1, com  $p=0,162$  no modelo ajustado, facto que nos indica que com a implementação MSCEC ocorreu um efeito positivo para a dimensão gestão de relacionamento em grupos.

Segundo Filipe (2017, p.86) que efetuou um estudo sobre a inteligência emocional dos enfermeiros no serviço de urgência “o perfil de atitudes face aos cuidados à pessoa em fim de vida é mais positivo quanto menor for o tempo de exercício profissional no serviço de urgência”.

Segundo Gregório (2008) cit. por Filipe (2017, p.95) no seu estudo verificou o mesmo facto do estudo de Filipe que “Ao contrário do que seria de esperar na amostra, não se verificou relações estatisticamente significativas entre a inteligência emocional percebida do enfermeiro e o tempo de exercício profissional global e no serviço de urgência”.

Segundo Adem (2013) cit. por Filipe (2017, p.96), no seu estudo conseguiu “provar que o tempo de exercício profissional exerce influência significativa na inteligência emocional do enfermeiro”. Como ocorreu no estudo de Sousa (2015) cit. por Filipe (2017, p. 96) que “apurou nos três fatores da Inteligência emocional percebida que os Enfermeiros Gestores com  $\geq 10$  anos na função apresentam médias mais elevadas de inteligência emocional”. Goleman (2014) cit. por Filipe (2017, p. 96) esclarece que o “o desenvolvimento da IE é um processo dinâmico, através de trocas permanentes com modelos positivos e competentes emocionalmente, que promovem a autorreflexão sobre as práticas diárias”.

Segundo Alves, Ribeiro e Campos (2012, p.39), “ao relacionarmos o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a inteligência emocional (correlação de *Pearson*), concluímos que, a correlação é positiva e moderada para o global da escala e para todas as suas dimensões”. Os autores identificaram uma correlação estatisticamente significativa que levou a aceitar que “há relação entre o tempo de exercício profissional dos enfermeiros e a capacidade de inteligência emocional (...), ou seja, quanto mais tempo de serviço, mais capacidades de inteligência emocional (...)”.

Filipe (2017, p.106) conclui que “quanto menor for o tempo de exercício profissional no serviço de urgência mais positivas são as atitudes dos enfermeiros. E sendo influenciadas negativamente pela idade e pelo tempo de exercício profissional”.

Na escala a dimensão gestão de relacionamentos em grupos, identificou-se na fase 3, o dado estatístico significativo, referente à formação em supervisão clínica com o valor de  $p=0,010$  no modelo não ajustado, e com o valor de  $p=0,014$  no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não estava significativo na fase 1, com  $p=0,907$  no modelo não ajustado, e com  $p=0,807$  no modelo ajustado. Esse dado indica que com a implementação MSCEC ocorreu o efeito positivo quando comparado com a fase 1, com valor de “ $p$ ”.

Goleman (2000, 2003) cit. por Cruz (2012, p.220) “as capacidades da inteligência emocional podem ser aprendidas e desenvolvidas ao longo do tempo.

Vilela (2006) cit. por Cruz (2012, p.220) evidencia que:

“(…) a inteligência emocional não tem implicações apenas para a vida pessoal, mas também para o exercício de uma profissão como a de enfermagem. Não apenas no desempenho da sua função social, mas também em tudo que a envolve, tal como: a formação dos profissionais, a forma de gerir os profissionais (a todos os níveis), bem como nas organizações onde estes exercem a sua atividade”.

Vilela (2006) cit. por Cruz (2012, p.220) assegura que “(…) a formação e a educação emocional dos enfermeiros são uma forma de promover um bom clima de trabalho e, por sua vez, otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados por estes profissionais”.

Cruz (2012, p.220) argumenta que “o enfermeiro SC, por trabalhar em proximidade com o supervisor e com os clientes dos cuidados, deve incluir nas suas funções a instrução e o treino das capacidades da inteligência emocional dos seus supervisados, promovendo, por esta via, uma prática de enfermagem baseada na evidência”.

Polit *et al.* (2004) cit. por Cruz (2012, p.231) afirmam que “o desenvolvimento e a utilização do conhecimento são fundamentais para uma assistência em saúde de qualidade”. E relatam que:

“estes enfermeiros rapidamente perceberam a mais-valia que a SCE podia trazer a diferentes níveis, particularmente a qualidade dos cuidados e a qualidade da sua formação e exercício, pelo que a motivação e o entusiasmo surgiram de uma forma natural e evoluíram positivamente sempre com a curiosidade de ver a adequabilidade da solução que tínhamos encontrado para o problema”.

De acordo com a OE (2011) cit. por Cruz (2012, p.240), no Caderno Temático da Acreditação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, pode-se ler:

“A Certificação do Supervisor Clínico de Prática Tutelada de Enfermagem e o processo que abrange: a seleção dos candidatos segundo perfil definido pelo Conselho de Enfermagem, ouvidos os Colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos a respetiva área de especialidade de enfermagem; a formação específica em supervisão clínica de Prática Tutelada de Enfermagem para candidatos selecionados; e a validação de competências no Domínio de Supervisão Clínica”.

Cruz (2012, p.251) “No que se refere as ‘áreas formação’ que o supervisor clínico deve ter, os participantes apontaram a formação em ‘SCE’ como área de eleição”.

Getz (1999) cit. por Cruz (2012, p.251) “afirmava que a formação dos supervisores era muito importante”.

Kelly et al. (2001) cit. por Cruz (2012, p.251) “alertam para a adequabilidade e efetividade da formação, aliás, consideram a formação para supervisores e para supervisados como fundamental por influenciar a qualidade da prática supervisiva”.

Por sua vez, o NHS (2011b) cit. por Cruz (2012, p.252) “refere que os supervisores devem ser preparados e, para tal, os *Trusts* tem programas disponíveis”.

Watkins (2012) cit. por Cruz (2012, p.252) “opinião que uma prática competente de supervisão requer que o supervisor tenha algum treino ou formação, pois a experiência por si só não basta”.

Segundo Cruz (2015, p.156) afirma “quando os supervisores eram mais “auto-motivados”, discutiam menos “questões pessoais”.

Para Goleman (2000, 2003) cit. por Cruz (2015, p.156) “Os supervisores devem ser líderes inteligentes e emocionais que devem ser capazes de ensinar e treinar as capacidades de inteligência emocional dos supervisionados, porque essas capacidades podem ser aprendidas e desenvolvidas”.

Vilela (2006) cit. por Cruz (2015, p.156) afirma que “O treinamento emocional é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho [...] e isso, provavelmente, terá influência na assistência de enfermagem, mas também no processo de supervisão clínica”.

Akerjordet e Severinsson (2010) cit. por Cruz (2015, p.156) reforçam que:

“Como modelos por um longo período, líderes intelectuais emocionais motivam tanto a si mesmos quanto a seus seguidores a se engajar em auto-reflexão em relação à conscientização e aprendizagem, promovendo assim habilidades de autoliderança e oportunidade de descobrir forças e fraquezas através de investigação introspectiva”.

Na escala a dimensão gestão de relacionamentos em grupos, identificou-se na fase 1 e 3, o dado estatístico significativo, referente a possuir experiência como supervisado com o valor de  $p=0,014$  na fase 1, no modelo não ajustado, e com o valor de  $p=0,028$  na fase 1, no modelo ajustado. Esse dado quando comparado não se manteve significativo na fase 3, com  $p=0,859$  no modelo não ajustado. Esse dado indica que com a implementação MSCEC o dado não se manteve significativo quando comparado com a fase 1, com valor de “ $p$ ”.

#### 4.7 Síntese da discussão dos dados apresentados

A seguir são apresentadas as tabelas com a síntese dos dados da escala de capacidade de inteligência emocional nas cinco dimensões e os fatores preditivos (género, idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas, situação jurídica de emprego e local onde exerce funções) que foram analisados com recurso à regressão linear simples.

TABELA 16. Síntese dos dados significativos não ajustados que foram discutidos.

|  |  | Gênero Masculino | Idade (anos) | Tempo de exercício na profissão (anos) | Formação em supervisão clínica |            |
|--|--|------------------|--------------|--|--------------------------------|------------|
| Dados significativos de "p" não ajustado na Fase 3 | <b>Dimensão 1<br/>Autoconsciência</b>                    | B (se)           | 10.4 (4.6)   |  |                                |            |
|  |  | P                | 0.029        |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 2<br/>Gestão de emoções</b>                  | B (se)           |              | -0.5 (0.2)                             | -0.5 (0.2)                     |            |
|  |  | P                |              | 0.015                                  | 0.011                          |            |
|  | <b>Dimensão 3<br/>Automotivação</b>                      | B (se)           |              |  |                                |            |
|  |  | P                |              |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 4<br/>Empatia</b>                            | B (se)           |              |  | -0.4 (0.2)                     |            |
|  |  | P                |              |  | 0.051                          |            |
|  | <b>Dimensão 5<br/>Gestão de relacionamentos em grupo</b> | B (se)           |              |  | -0.4 (0.2)                     | -8.6 (3.2) |
|  |  | P                |              |  | 0.053                          | 0.010      |

Na Tabela 16 podemos identificar que a dimensão 3 - automotivação não apresentou escore significativo para as variáveis apresentadas. No modelo não ajustado obtivemos os seguintes resultados: o tempo de exercício da profissão apresentou melhor score nas dimensões gestão das emoções, empatia e gestão de relacionamentos em grupo; o género masculino apresentou melhor score apenas na dimensão autoconsciência; a idade apresentou melhor score na dimensão gestão das emoções e a formação em supervisão clínica apresentou melhor score na gestão de relacionamentos em grupo. A experiência como supervisor não apresentou dados significativos. Não houve nenhum dado significativo na dimensão automotivação do modelo não ajustado.

TABELA 17. Síntese dos dados significativos ajustados que foram discutidos.

|  |  | Gênero Masculino | Idade (anos) | Tempo de exercício na profissão (anos) | Formação em supervisão clínica |            |
|--|--|------------------|--------------|--|--------------------------------|------------|
| Dados significativos de "p" ajustado na Fase 3 | <b>Dimensão 1<br/>Autoconsciência</b>                    | B (se)           | 9.7 (5.0)    |  |                                |            |
|  |  | P                | 0.057        |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 2<br/>Gestão de emoções</b>                  | B (se)           |              |  |                                |            |
|  |  | P                |              |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 3<br/>Automotivação</b>                      | B (se)           |              |  |                                |            |
|  |  | P                |              |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 4<br/>Empatia</b>                            | B (se)           |              |  |                                |            |
|  |  | P                |              |  |                                |            |
|  | <b>Dimensão 5<br/>Gestão de relacionamentos em grupo</b> | B (se)           |              | 2.7 (0.8)                              | -0.9 (0.9)                     | -9,7 (3.7) |
|  |  | P                |              | 0.002                                  | 0.001                          | 0.014      |

Podemos identificar na Tabela 17 que a dimensão 2, 3 e 4 que são respetivamente - gestão de emoções, automotivação e empatia não apresentaram score significativo para as variáveis apresentadas. No modelo ajustado obtivemos os seguintes resultados: o género masculino apresentou melhor score na dimensão automotivação (como no modelo não ajustado), a idade, o tempo de exercício na profissão e a formação em supervisão clínica apresentaram melhor score na gestão de relacionamentos em grupo. A experiência como supervisor não apresentou dados significativos no modelo ajustado. Neste modelo também não houve nenhum dado significativo nas dimensões gestão de emoções, automotivação e empatia.

#### 4.8 Estratégias de supervisão clínica

Da análise de conteúdo efetuada à questão “XVI - Das estratégias de supervisão clínica descritas na literatura, indique qual(ais) considera ser um contributo para potenciar/otimizar as capacidades de inteligência emocional” resultaram as categorias com as respetivas unidades de enumeração (UE) que apresentamos na Tabela 18.

TABELA 18. Categorias que emergiram das estratégias de supervisão clínica, consideradas contributos para potenciar as capacidades de Inteligência Emocional.

| Categoria  | Subcategoria     | UE |
|--|------------------|----|
| <i>Feedback</i>                                    |                  | 30 |
| Formação contínua                                  |                  | 22 |
| Apoio  |                  | 21 |
| Análise crítico reflexiva das práticas             |                  | 18 |
| Análise de casos                                   | Em grupo         | 18 |
|  | Com o supervisor | 1  |
| Demonstração                                       |                  | 15 |
| Observação   |                  | 15 |
| Auto supervisão                                    |                  | 8  |
| Relatório reflexivo                                |                  | 7  |
| Análise de documentação dos cuidados de enfermagem |                  | 7  |
| Sessões de supervisão individuais                  |                  | 3  |
| Supervisão a distância                             |                  | 1  |

Podemos referir que estratégias de supervisão clínica consideradas contributos para potenciar as capacidades de IE mais citadas pelos participantes foram o *feedback* (citado por 30 participantes), seguida da formação contínua (22 participantes) e do apoio (21 participantes). As estratégias de supervisão clínica consideradas contributos para potenciar as capacidades de IE menos citadas foram as sessões de supervisão individual (citado por 3 participantes) e a supervisão a distância (1 participante) e a análise de casos com o supervisor (1 participante).

De referir que existem outras estratégias de supervisão clínica, consideradas contributos para potenciar as capacidades de IE pelos participantes, que foram relativamente bem pontuadas. Por exemplo a análise crítico reflexiva das práticas e a análise de casos em grupo foi referida por 18 participantes e a demonstração e observação foi mencionada por 15 participantes. O que mostra que são também consideradas estratégias de SC promotoras do desenvolvimento das capacidades de IE.

Para que haja uma efetiva formação em contexto clínico é extremamente importante a existência do *feedback* (Clynes & Raftery, 2008). Na SCE o *feedback* tem relação com o desenvolvimento profissional, uma vez que um dos propósitos da SCE está relacionado com a reflexão sobre as práticas (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005).

A ausência de *feedback* pode vir a proporcionar uma incerteza por parte dos profissionais, desconfiança e, conseqüentemente, pode ocasionar um distanciamento entre supervisor e supervisor (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005). Entretanto, se existir *feedback* e se for conduzido de uma forma correta, irá permitir uma auto percepção e autonomização do supervisor, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais (Ende, 1983 cit. por Pinto 2013). O enfermeiro que recebe *feedback* construtivo do seu supervisor, terá um retorno sobre as suas práticas, irá adaptar o que for necessário e, conseqüentemente, estará mais satisfeito com seu ambiente de trabalho.

A formação contínua é necessária para que ocorra o desenvolvimento profissional e pessoal da equipa de enfermagem. Não convém que a formação contínua seja dissociada da SCE, considerando que isso é algo que permanece com o enfermeiro ao longo do seu trajeto, colaborando para que haja desenvolvimento profissional e aquisição de conhecimentos (Pires, 2004).

É muito importante que hajam reuniões e formação em serviço para que existam momentos de debates e reflexão sobre as práticas visando a excelência dos cuidados e o desenvolvimento pessoal do enfermeiro (Pinto, 2013).

De acordo com a literatura, o stresse é evidenciado na profissão de enfermagem como responsável por originar altos níveis de ansiedade e até mesmo depressão, destacando por isso a relevância do apoio proporcionado pelo enfermeiro supervisor na gestão das emoções (Circenis & Millere, 2012).

Uma das necessidades das organizações de saúde está relacionada com o acompanhamento e suporte aos profissionais de enfermagem para evitar que haja demasiado stresse na prática profissional (Butterworth et al., 2008).

O aumento da satisfação profissional e redução do *burnout* (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Edwards et al., 2006) estão associados com o suporte disponibilizado pelo supervisor para os supervisados (Hyrkäs, 2005). Desta forma, é muito importante a função da SCE por meio da oportunidade que concede aos supervisados para refletir sobre seus dilemas, as dificuldades pessoais e na prática clínica (Cutcliff et al., 1998 cit. por Pinto, 2013). Desta forma, considera-se que o apoio é essencial para a satisfação e desenvolvimento profissional (Currie, 2012).

A análise crítico reflexiva é, sem dúvida uma das estratégias que consideramos ser a que mais contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Através dela, que pode ser efetuada individualmente ou em grupo, e através da análise de casos clínicos, são explorados todos os pontos de vista ou critérios face a uma situação. São identificadas as dúvidas e procuradas evidências e os aspetos importantes são minuciosamente analisados de forma a encontrar respostas eficazes e/ou soluções para os problemas.

A reflexão é um processo mental básico, realizado com um propósito, um resultado, aplicado em situações em que a matéria é incerta ou não está devidamente organizada, não existindo, por isso, uma solução óbvia. O objetivo da reflexão é trazer os processos de raciocínio e os padrões de comportamento para a superfície e torná-los explícitos. Contudo, este processo pode assumir-se como trabalhoso.

A reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, não só porque permite apoiar os enfermeiros a reconhecerem as suas forças e fraquezas, mas

essencialmente porque lhes permite superar as lacunas existentes entre a teoria e a prática e expandir o corpo de conhecimentos integrado na prática.

#### 4.9 Análise das Hipóteses

Após a análise dos resultados foram confirmadas as seguintes hipóteses:

**H1** - Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a IE dos enfermeiros, sendo:

- A idade para as dimensões gestão de emoções e gestão de relacionamentos em grupos;
- O género masculino para a escala total de capacidades de IE e para as dimensões autoconsciência e automotivação.

**H2** - Existe relação estatisticamente significativa entre tempo de exercício da profissão e a IE dos enfermeiros

- Para a escala total de capacidades de IE e nas dimensões gestão de emoções, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

**H4** - Existe relação estatisticamente significativa entre possuir outra habilitação académica e a IE dos enfermeiros.

- Outra habilitação académica para a escala global de capacidades de IE e licenciatura para as dimensões automotivação e empatia.

**H5** - Existe relação estatisticamente significativa entre ter experiência como supervisor e a IE dos enfermeiros.

- Para a escala global de capacidades de IE e para as dimensões autoconsciência, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

A hipótese de que existe relação estatisticamente significativa entre a experiência anterior como supervisor e a IE dos enfermeiros (**H3**) não foi confirmada neste estudo.

## CONCLUSÃO

A SCE é extremamente importante para a prática profissional, através da supervisão clínica é possível garantir melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados. A SCE não traz benefícios somente do ponto de vista dos cuidados, mas também no que diz respeito ao desenvolvimento profissional e pessoal do enfermeiro. Adotando essa estratégia, é possível perceber as necessidades individuais do enfermeiro, suas forças, fraquezas, dúvidas, medos, inseguranças e agir perante essas necessidades, de modo a aumentar a satisfação pessoal do enfermeiro e desenvolver a tomada de decisão clínica.

A IE deve estar presente na vida dos enfermeiros, mas sabemos que essa não é uma realidade constante. Atualmente a enfermagem está a passar por momentos de dificuldade no país, a sobrecarga de trabalho, o acúmulo de horas extras, os rários elevados de clientes nas unidades de saúde e baixo número de profissionais para prestar os cuidados, são algumas das dificuldades. É primordial que se faça uma reflexão de modo a dar mais atenção e apoio aos enfermeiros e, por isso, consideramos importante adotar estratégias que contribuam para o desenvolvimento das capacidades de IE nesses profissionais. O objetivo principal deste estudo baseia-se em perceber se o MSCEC gerou contributos na IE dos enfermeiros.

Os objetivos do estudo consistiram em avaliar a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM; relacionar a supervisão clínica com a IE dos enfermeiros dos serviços de cirurgia B, C e Ala I da ULSM; e, identificar os contributos da SC para a IE dos enfermeiros após implementação do MSCEC. De acordo com estes objetivos utilizamos um questionário que avaliou as capacidades de IE através da escala “Capacidades da Inteligência Emocional para enfermeiros”.

Da análise dos resultados percebemos que o valor da média em todas as dimensões aumentou quando comparamos resultados da Fase 1 com a Fase 3. Apesar das dificuldades sentidas na atualidade ao nível da profissão de enfermagem, essa melhoria foi constatada.

Contudo, com este estudo obtivemos um resultado distinto do que está documentado na literatura. Mesmo em menor número os enfermeiros do género masculino obtiveram score mais elevado na escala total de capacidade de IE e na dimensão de Automotivação, quando comparado com o género feminino.

Ressaltando os resultados, podemos concluir que no modelo não ajustado obtivemos os seguintes resultados:

- O tempo de exercício da profissão apresentou melhor score nas dimensões gestão das emoções, empatia e gestão de relacionamentos em grupo;
- O género masculino apresentou melhor score apenas na dimensão autoconsciência;
- A idade apresentou melhor score na dimensão gestão das emoções;
- A formação em supervisão clínica apresentou melhor score na gestão de relacionamentos em grupo;
- A experiência como supervisor não apresentou dados significativos;
- Não houve nenhum dado significativo na dimensão automotivação do modelo não ajustado.

Já no modelo ajustado obtivemos os seguintes resultados:

- O género masculino apresentou melhor score na dimensão automotivação (como no modelo não ajustado),
- A idade, o tempo de exercício na profissão e a formação em supervisão clínica apresentaram melhor score na gestão de relacionamentos em grupo;
- A experiência como supervisor não apresentou dados significativos no modelo ajustado;
- Não houve nenhum dado significativo nas dimensões gestão de emoções, automotivação e empatia.

Concluimos que a adoção do MSCEC é uma estratégia que deve ser adotada pelos gestores e que contribui para o desenvolvimento das capacidades de IE dos enfermeiros.

Na medida em que é função do enfermeiro gestor garantir um exercício profissional seguro utilizando capacidades na tomada de decisão, garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem através da otimização das respostas às necessidades dos clientes, garantir a prática profissional baseada na evidência, garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera através da adoção de oportunidades de formação contínua e desenvolvimento profissional e pessoal, do fornecimento de *feedback* construtivo e do trabalho em equipa, cujas ferramentas são a comunicação, a advocacia, a negociação, o *coaching* e a supervisão, este estudo pareceu-nos fazer todo o sentido.

Tal como em outros estudos, este também apresenta limitações. As limitações com que nos deparamos foi a nossa inêxperiência na área da investigação e a fundamentação

teórica para alguns dos dados encontrados, o que nos indica que ainda existem poucos estudos acerca da temática.

Considerando os resultados positivos que encontramos sugiroé nossa sugestão realizar a implementação do MSCEC em outras unidades de saúde para que se possa apurar com maior profundidade a influência da SCE no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e encará-lo como um processo de melhoria contínua da qualidade.

A dimensão da amostra neste estudo, impossibilita generalizar os resultados para a população de enfermeiros da ULSM, pelo que sugerimos a sua reprodução com uma amostragem maior.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. & Marrow, C. (2013) Clinical supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE - Políticas Públicas*, 11(2), 16-24.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Afonso, J. R. (2013) *Competência emocional nos fisioterapeutas da Rede Nacional de Cuidados Integrados* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Akerjordet, K. & Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), 363-382.

Alarcão, I. & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Almedina.

Al-Hamdan, Z., Oweidat, I. A., Al-Faouri, I. & Codier, E. (2017). Correlating Emotional intelligence and job performance among jordanian hospitals' registered nurses. *Nursing Forum*, 52(1), 12-20.

Almeida, L. & Freire, T. (2000) *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.

Alves, J. A. C., Ribeiro, C. & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7), 33-42.

Antonhy, M., Standing, T., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M., Sweeney, D., Modic, M. & Dumpe, M. (2005). Leadership and nurse retention. *Journal of Nursing Administration*, 35 (3), 146-155.

Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho - cuidados de qualidade*. Suíça: International Council of Nurses.

Bernard, J. M. & Goodyear, R. K. (1998). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn and Bacon.

Birks, Y., McKendree, J. & Watt, I. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey. *BMC Medical Education*, 9(61), 1-8.

Bland, A. R. & Rossen, E. K. (2005). Clinical supervision of nurses working with patients with borderline personality disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 507-17.

Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 86-94.

Bueno, J. M. H, Santana, P. R., Zerbini, J. & Ramalho, T. B. (2006). Inteligência Emocional em Estudantes Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 305-16.

Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C. & Majda, P. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28(3), 264-72.

Vilela, A.C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Casimir, G., Waldman, D., Bartram, T. & Yang, S. (2006). Trust and the relationship between leadership and follower performance: Opening the black box in Australia and China. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 12 (3), 68-84.

Cavaco, C. I. M. (2015). *A Relação entre inteligência emocional e o Burnout em médicos e enfermeiros* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade do Algarve, Faro.

Ceitel, M. (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Sílabo.

Ceitel, M. (2010). *Gestão e Desenvolvimento de Competências*. Lisboa: Sílabo, 1ª Ed.

Circenis, K & Millere, I. (2012). Stress Related Work environment facts: nurses survey results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine e Public Health*, 4(6), 1150-7.

Cleary, M., Horsfall, J. & Happell, B. (2010). Establishing clinical supervision in acute mental health inpatient units: acknowledging the challenges. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(8), 525-31.

Clynes, M. & Rafter, S. (2008). Feedback: Na essencial elemento of student learning in clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 8, 405-11.

Collière, J. Promover a vida. (1999). *Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

Cruz, S. S. S. M. S. (2012). *Do ad hoc a um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso*. (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.

Cruz, S., Carvalho, A. L. & Sousa, P. (2015). Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: e Excellence in clinical practice. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 171, 153-7.

Cruz, S., Carvalho, A. L. & Sousa, P. (2013). Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 112, 97-101.

Currie, I. (2012). *Clinical Supervision Policy. Clinical Policy document*. Worcestershire Health and Care, 1-12.

Cutcliffe, J. R. & Epling, M. (1997). An exploration of the use of John Heron's confronting interventions in clinical supervision: case studies from practice. *Psychiatric Care*, 4, 174-80.

- Davies, S., Jenkins, E. & Mabbett, G. (2010). Emotional intelligence: district nurses' lived experiences. *British Journal of Community Nursing*, 15(3), 141-6.
- Dias, C. (2001). *Liderança em enfermagem: Estudo do líder, do liderado e da motivação*. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Ekstein, R. & Wallerstein, R. (1972). *The teaching and learning of psychotherapy*. New York: International Universities Press Inc.
- Erikson, A. (2006). Ethical leadership and the public trust. *Public Manager*, 35(1), 62-63.
- Faguy, K. (2012). Emotional intelligence in health care. *Radiologic Technology*, 83(3), 237-53.
- Farrell, J., Flood, P., MacCurtain, S., Hannigan, A., Dawson, J. & West, M. (2005). CEO leadership, top team trust and the combination and exchange of information. *Irish Journal of Management*, 26(1), 22-40.
- Faugier, J. & Butterworth, T. (1994). *Clinical Supervision: a position paper*. Manchester: The School of Nursing Studies - University of Manchester.
- Faugier, J. (1992). *The supervisory relationship: Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman e Hall.
- Felício, M., Lopes, A., Salgueiro, F. & Parreira, P. (2007). Competências de gestão: Um instrumento de medida para a realidade portuguesa. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 6 (3), 18-30.
- Ferguson, S. (2009). *Liderança para a mudança organizacional*. Conferência apresentada no 1º Congresso da APEGL, Coimbra, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferreira, C. A. P. (2018). *Competência Emocional e Interdisciplinaridade as Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.
- Ferreira, J. (2002). *Gestão por competência*. Actas do I Encontro de Enfermagem do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), Carvoeiro.
- Fielden, S., Davidson, M. & Sutherland, V. (2009). Innovations in coaching and mentoring: implications for nurse leadership development. *Health Services Management Research*, 22(2), 92-99.
- Fielding, J. (1993). Qualitative Interviewing. In: GILBERT, N. (Ed.). *Researching Social Life* (135-53). London: Sage.
- Filipe, L. A. M. (2017). *Inteligência Emocional Percebida do Enfermeiro e a pessoa em fim de vida no Serviço de Urgência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Fonseca, J. J. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Ceará: Universidade Estadual do Ceará.
- Fonseca, M. J. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Redhorse - Indústria Gráfica.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Fowler, J. (1996). The organization of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 471-8.
- Friedman, S. & Marr, J. (1995). A supervisory model of professional competence: a joint service/education initiative. *Nurse Education Today*, 15, 239-44.
- Gardner, H. (1994). *Estruturas da mente: a Teoria das Múltiplas Inteligências*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gardner, H. (1995). *Inteligências múltiplas: a teoria na prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Garrido, A., Simões, J. & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Giménez-Espert, M. C. & Prado-Gascó, V. J. (2017). Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 204-9.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: issues in paradigm building In: Cherniss, C. E. & Goleman, D. *The emotionally intelligence workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. 15ª ed. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional: A teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 28ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Braga: Temas e Debates.
- Gonçalves, J. B. (2009). *Amostragem Conceitos Básicos*. Ebah: UNIP.
- Gonsalvez, C. J. & Milne, D. L. (2010). Clinical supervisor training in Australia: a review of current problems and possible solutions. *Australian Psychologist*, 45(4), 233-42.
- Guerra, N. (2016). Atribuição de competências do enfermeiro gestor é prioritário. *Jornal Enfermeiro*, 15, 4-6.
- Günther, H. (2006). Qualitative research versus quantitative research: is that really the question?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 201-9.
- Harrison, P. A. & Fopma-Loy, J. (2010). Reflective journal prompts: a vehicle for stimulating emotional competence in nursing. *Journal of Nursing Education*, 49(11), 644-52.
- Hawkins, P. & Shohet, R. (1996). *Supervision in the helping professions. An individual, group and organizational approach*. Philadelphia: Open University Press, Milton Keynes.
- Heffernan, M., Griffin, M., McNulty, S. R & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 366-73.
- Henderson, P., Ferguson-Smith, A. & Johnson, M. (2005). Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. *BMC Medical Education*, 5, 1-6.
- Heron, J. (1990). *Helping the Client: a creative practical guide*. Sage Publications. Dotesios Printers Ltd.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem - Pensamento e acção numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Higginson, T. (1989). Developing a trust culture: To survive in the 1990s. *Industrial Management*, 31(6), 27-32.

Hurley, J. (2008). The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses. *Journal of Psychiatric e Mental Health Nursing*, 15(5), 379-85.

Hyrkäs, K. (2005). Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 531-56.

Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Haatja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 521-35.

Kooker, B. M., Shoultz, J. & Codier, E. E. (2007). Identifying emotional intelligence in professional nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, 23(1), 30-6.

Lopes, T. S. (2013). *Competência Emocional nos Enfermeiros: na Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados* (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

Maia, T. & Abreu, W. (2003). *Supervisão clínica em enfermagem: relatório síntese do projeto de intervenção*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-25.

Mayer, J. & Cobb, C. (2000). Emotional policy on emotional intelligence: Does it make sense?. *Educational Psychology Review*, 12(2), 163-83.

Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-98.

McQueen, A. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-8.

Melo, R., Silva, M. & Parreira, P. (2010). *Contribution of leadership in the development of relational skills*. Book of Abstracts (p.117) In: 6th INP/APNN Conference 2010, Brisbane, Austrália.

Merkey, L. L. (2010). Emotional intelligence: do you have it?. *The Oklahoma Nurse*, 55(4), 14.

Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos*. Brasil: Editora Manole, Lda.

Milne, D. (2007). An empirical definition of clinical supervision. *The British journal of clinical psychology*, 46(4), 437-47.

Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. *Clinical Supervision: a structured approach to best practice*. [Em linha] Dublin: 2008. [consult. 20 Abril 2018]. Disponível em <https://www.pna.ie/images/ncnm/Clinical%20Supervision%20Disc%20paper%202008.pdf>

National Health Service (NHS) (2009). *Clinical Supervision Policy*. Leicester shine County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.

Nooryan, K., Gasparian, K., Sharif, F. & Zoladl, M. (2012). Controlling anxiety in physicians and nurses working in intensive care units using emotional intelligence items as an anxiety management tool in Iran. *Internation Journal of General Medecine*, 5, 5-10.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. [Em linha]. Lisboa: Conselho de Enfermagem, [consult. 17 Abril2018]. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010). *Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Parreira, P. (2006). *Eficácia organizacional em contexto hospitalar: o impacto da complexidade na liderança* (Tese de doutoramento não publicada). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Paunonen, M. (1991). Changes initiated by a nursing supervision programme: an analysis based on log-linear models. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 982-6.

Pinto, C. (2011). *Desenvolvimento de competências éticas nos enfermeiros em contexto de formação inicial* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Pinto, D. J. E. (2013). *Indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem* (Tese de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

pires, R. (2004). *Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, R. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. São Paulo: Artmed.

Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J. & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse Education Today*, 31(8), 855-60.

Portugal (2018). Diário da República, 2.ª série, N.º 113. Regulamento n.º 366/2018. *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*, 14 de junho, 16656-63.

Portugal (2009). Diário da República, 2.ª série, N.º 120. Despacho n.14223/2009, 24 de junho, 24667-9.

Portugal (2015). Diário da República, 2.ª série, N.º 48. Regulamento n.º 101/2015. *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*, 10 de março, 5948-52.

Portugal (2010). *Regulamento nº101/2015*. Diário da República, II Série, N.º 48, 15 de março, pp.5948-52.

Potra, T. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Proctor, B. (1989). Supervision: a co-operative exercise in accountability. Enabling and ensuring. In: MARKEN, M. & PAYNE, M. *Leicester National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work* (p.21-3). Leicester.

Quivy, R. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Grávida.

Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora.

Royal College of Nursing (RCN) (2003). *Clinical supervision in the workplace: guidance for occupational health nurses*. London: Royal College of Nursing.

Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence: the Guilford Series on Social Emotional Development*. New York: The Guilford Press.

Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence: Imagination. *Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Santos, K. & Silva, M. (2003). Comunicação entre líderes e liderados: Visão dos enfermeiros. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, 37(2), 97-108.

Severinsson, E. (1995). *Clinical nursing supervision in health care*. Nordisk hälsovårdshögskolan (Doctoral Thesis not published). Göteborg, Sweden.

Severinsson, E. (2001). Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*, 8, 36-44.

Strauss, A. & CORBIN, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks: Sage.

Sullivan, P., Baumgardner, C., Henninger, D. & Jones, L. (1994). Management development: preparation nurse managers for the future. *Journal of Nursing Administration*, 24 (6), 32-8.

Terence, A. C. F. & Escrivão Filho, E. (2006). Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. *Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 26, 1-9.

Trevisan, M., Mendes, I., Favero, N. & Melo, M. (1998). Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 6 (5), 77-82.

Veiga Branco, M. A. R. (2005). *Competência emocional em professores: um estudo em discursos do campo educativo* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Veiga Branco, M. A. R. (2004). *Competência emocional: um estudo com professores*. Porto: Quarteto Editora.

Vieira, A., Moreira, J. I. & Morgadinho, R. (2008). Inteligência emocional: cérebro masculino versus cérebro feminino. *O Portal dos Psicólogos*, 2008.

Vilela, A.C. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Aveiro, Aveiro.

West, B. (2009). *Support and Supervision in Nursing: a discourse with the literature*. Aberdeen: Hive Design and Consultancy.

Wheeler, P. (2005). *The importance of interpersonal skills*. *Healthcare Executive*, 20, 44-5.

Wheeler, S. & Richards, K. (2007). The impact of clinical supervision on counsellors and therapists, their practice and their clients: a systematic review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7(1), 54-65.

Williams, L. (2005). Impact of nurses' job satisfaction on organizational trust, health care. *Management Review*, 30 (3), 203-211.

## ANEXO 1 - Questionário



52508



### Questionário

#### C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

Este questionário integra-se no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado numa parceria da Escola Superior de Enfermagem do Porto com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Neste projeto está envolvida a estudante Inês Alves da Rocha e Silva Rocha, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, sob orientação do Sr. Prof. Doutor. Luís Carvalho e da Sra. Prof.ª Doutora Cristina Barroso.

Este questionário é composto por três partes: na primeira, pretendemos efetuar uma caracterização sociodemográfica da população em estudo; na segunda, pretendemos avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros, através da Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM; na terceira, pretendemos conhecer as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, através da Escala "Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros".

Os dados obtidos serão relevantes para a implementação de um modelo de supervisão clínica. Para a validade e utilidade das respostas é importante que responda a todas as questões.

De forma a assegurar o anonimato das respostas em nenhum local do questionário deverá colocar o seu nome. Garantimos o cumprimento de todos os princípios éticos associados a este tipo de estudos.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já agradeço o tempo despendido e a sua colaboração.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Inês Rocha (inesarsrocha@gmail.com – tlm:933573171)

#### REGRAS DE PREENCHIMENTO

1. Por favor, preencha completamente os círculos com esferográfica azul ou preta.
2. Para retificar, coloque uma cruz na(s) opção(ões) errada(s) e preencha completamente o círculo da opção correta.

|                |           |                                  |
|----------------|-----------|----------------------------------|
| Preencha       | assim     | <input type="radio"/>            |
|                | assim não | <input type="radio"/>            |
| Preencha assim |           | <input checked="" type="radio"/> |
|                |           | <input type="radio"/>            |



52508

**PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA****I – CARACTERIZAÇÃO**Género  Feminino  MasculinoIdade   (anos completos)Tempo de exercício profissional   (anos completos)**II – TÍTULO PROFISSIONAL**Enfermeiro Enfermeiro Especialista Enfermeiro Chefe Outro  Especifique, por favor \_\_\_\_\_**III – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS (pode assinalar mais do que uma opção)**Bacharelato Licenciatura Pós-graduação  Especifique, por favor Especialidade  Especifique, por favor Mestrado  Especifique, por favor Doutoramento  Especifique, por favor **IV – SITUAÇÃO JURÍDICA DE EMPREGO**Contrato de Trabalho em Funções Públicas Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo Outro  Especifique, por favor \_\_\_\_\_**V – SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES**Medicina E Medicina M Tempo de exercício de funções, no serviço que referiu   (anos completos)**VI – FORMAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA**NÃO SIM  Especifique, por favor \_\_\_\_\_**VII – EXPERIÊNCIA ANTERIOR ENQUANTO SUPERVISOR CLÍNICO (pode assinalar mais do que uma opção)**NÃO SIM, supervisão de estudantes SIM, supervisão de pares



**PARTE II – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

Assinale, por favor, a opção que melhor exprime a sua opinião, preenchendo apenas o círculo do valor da escala. Todas as afirmações devem ser respondidas.

Na escala de Likert de 5 pontos os valores podem assumir:

| 1   | 2       | 3   | 4         | 5         |
|-----|---------|-----|-----------|-----------|
| Mau | Regular | Bom | Muito Bom | Excelente |

**I – SUPERIOR HIERÁRQUICO  
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU SUPERIOR HIERÁRQUICO, EM RELAÇÃO A:**

|   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo.                                 | <input type="radio"/> |
| Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita.                               | <input type="radio"/> |
| Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado. | <input type="radio"/> |
| Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho.  | <input type="radio"/> |
| Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar.        | <input type="radio"/> |
| Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado.     | <input type="radio"/> |
| Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil.           | <input type="radio"/> |

**II – RELAÇÕES PROFISSIONAIS  
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU LOCAL DE TRABALHO, EM RELAÇÃO A:**

|   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa.  | <input type="radio"/> |
| Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho.   | <input type="radio"/> |
| Facilidade de cooperação e entajuda das várias equipas.   | <input type="radio"/> |
| Facilidade de comunicação entre profissionais.  | <input type="radio"/> |
| Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço.   | <input type="radio"/> |
| Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço.   | <input type="radio"/> |
| Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais.   | <input type="radio"/> |
| Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais.   | <input type="radio"/> |
| Forma como é realizado o planeamento de atividades, nomeadamente a informação disponibilizada pela direção acerca dos projetos e objetivos realizados pelo serviço. | <input type="radio"/> |

**III – A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO  
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU LOCAL DE TRABALHO, EM RELAÇÃO A:**

|   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Forma como é agilizad o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido.  | <input type="radio"/> |
| Forma como está organizado o trabalho em equipa de todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.                         | <input type="radio"/> |
| Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções.   | <input type="radio"/> |
| Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes.   | <input type="radio"/> |
| Nível de limpeza e de iluminação, conforto e temperatura das salas de espera, salas de trabalho, enfermarias, sanitários, corredores e gabinetes. | <input type="radio"/> |
| Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento, e dos cuidados a realizar.   | <input type="radio"/> |





52508

**PARTE III – ESCALA CAPACIDADES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS**

As respostas, nesta fase do questionário, refletem a frequência temporal em que cada situação ocorre, variando num continuum entre “Nunca” e “Sempre”. Na escala de Likert de 7 pontos os valores podem assumir:

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

Assinale as respostas preenchendo apenas o círculo do valor da escala que traduza o número de vezes que cada situação ocorre. Todas as afirmações devem ser respondidas. Em cada situação apresentada, existe a possibilidade de escrever outro tipo de argumento em “outra”.

| <b>I – PERANTE UMA SITUAÇÃO/RELAÇÃO NEGATIVA NA MINHA VIDA, SINTO QUE AO FICAR ENVOLVIDO(A) POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS:</b>          | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito, à medida que esses sentimentos me invadem.                                  | <input type="radio"/> |
| Caio num estado de espírito negativo e rumino, rumino, pensando no(s) pomenor(es) que me fizeram sentir mal.                            | <input type="radio"/> |
| Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.          | <input type="radio"/> |
| Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem; por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo...consigo defini-los.    | <input type="radio"/> |
| Independente mente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites. | <input type="radio"/> |
| Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos não consigo controlá-los.  | <input type="radio"/> |
| Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.                  | <input type="radio"/> |
| Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir e consigo verbalizá-lo; por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.         | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>II – EM SITUAÇÕES/RELAÇÕES NEGATIVAS, RECONHEÇO QUE AO SER ENVOLVIDO POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS:</b>                              | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
| Altera-se a minha capacidade de atenção.  | <input type="radio"/> |
| Diminui o meu nível de raciocínio.  | <input type="radio"/> |
| Altera-se o meu comportamento ao nível relacional/fico em mutismo, eufórico(a), etc.  | <input type="radio"/> |
| Fico mentalmente retido(a) nesses sentimentos durante muito tempo.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>III – RECONHEÇO QUE TENHO TENDÊNCIA A ATUAR COMO UMA PESSOA:</b>   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
| Instável, com várias mudanças de humor.   | <input type="radio"/> |
| Observadora, consciente do que se passa à minha volta.  | <input type="radio"/> |
| Racional, no que respeita aos meus sentimentos.   | <input type="radio"/> |
| Positiva, encaro a vida pela positiva.  | <input type="radio"/> |
| Ruminativa, sempre a “matutar”.   | <input type="radio"/> |
| Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias.  | <input type="radio"/> |
| Azarada, não tenho sorte na vida.   | <input type="radio"/> |
| Autónoma, independente dos medos e outras opiniões.   | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |



52508



| <b>IV – IMAGINE UMA SITUAÇÃO DA SUA VIDA (PESSOAL OU PROFISSIONAL) EM QUE FOI INVADIDO POR UMA ONDA DE FÚRIA OU RAIVA. AO TENTAR FICAR MAIS SERENO(A), TOMO NORMALMENTE UMA ATITUDE:</b> | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Procurei "arrefecer", num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.  | <input type="radio"/> |
| Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.  | <input type="radio"/> |
| Fiquei sozinho "a arrefecer" simplesmente.   | <input type="radio"/> |
| Fiz exercício físico ativo (aeróbio).  | <input type="radio"/> |
| Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.   | <input type="radio"/> |
| Olhei para a situação/facto, por outro prisma, reavaliei a causa da ira.   | <input type="radio"/> |
| Outra _____  | <input type="radio"/> |
| <b>V – QUANDO, NO QUOTIDIANO, SOU INVADIDO(A) POR EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS (FÚRIA, CÓLERA) NORMALMENTE:</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo(a).   | <input type="radio"/> |
| Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/pessoas/atitude que o causaram.  | <input type="radio"/> |
| Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.                                | <input type="radio"/> |
| Consigo "ver" esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____  | <input type="radio"/> |
| <b>VI – QUANDO O MEU ESTADO DE ESPÍRITO É NEGATIVO E FOI ORIGINADO PELA ANSIEDADE, SINTO:</b>  | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.  | <input type="radio"/> |
| Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.  | <input type="radio"/> |
| Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles é uma maneira de aprender a lidar com eles.   | <input type="radio"/> |
| Angústia, mas tento "apanhar" os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.  | <input type="radio"/> |
| Que o meu corpo está a reagir e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____  | <input type="radio"/> |
| <b>VII – QUANDO ME SINTO EM DEPRESSÃO, VERIFICO QUE:</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/situações ainda mais deprimentes.   | <input type="radio"/> |
| Sinto alívio se praticar desporto intenso.   | <input type="radio"/> |
| Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____  | <input type="radio"/> |



52508



| <b>VIII – RECONHEÇO-ME COMO UMA PESSOA:</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.  | <input type="radio"/> |
| Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.   | <input type="radio"/> |
| Que quando está de mau humor, só assolam recordações negativas.   | <input type="radio"/> |
| Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).  | <input type="radio"/> |
| Derrotista (não tem sorte na vida).   | <input type="radio"/> |
| Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.  | <input type="radio"/> |
| Capaz de sair de qualquer sarilho.  | <input type="radio"/> |
| Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.  | <input type="radio"/> |
| Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>IX – IMAGINE UMA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TRATAMENTO DE FERIDA, CATETERISMO VESICAL, ENSINAR UTENTE/FAMÍLIA, ETC.). DURANTE A ATIVIDADE, NORMALMENTE SINTO QUE:</b> | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.  | <input type="radio"/> |
| Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.   | <input type="radio"/> |
| Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.  | <input type="radio"/> |
| Sou assaltado por pensamentos (Será que as pessoas vão gostar? Será que vou ser criticado? Será que o chefe aprova?).   | <input type="radio"/> |
| Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).   | <input type="radio"/> |
| Vou fazendo e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.  | <input type="radio"/> |
| Quanto mais criativo é o trabalho mais me absorve.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>X – QUANDO VIVO UMA SITUAÇÃO DE REJEIÇÃO PESSOAL (A NÍVEL ÍNTIMO, SOCIAL, PROFISSIONAL) SINTO QUE:</b>   | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| Penso no facto e rumino a humilhação.   | <input type="radio"/> |
| Penso no facto e tento encontrar uma atitude contemporizadora.  | <input type="radio"/> |
| Invade-me a autopiedade.  | <input type="radio"/> |
| Invade-me o desprezo, o rancor.   | <input type="radio"/> |
| Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.   | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>XI – NAS RELAÇÕES (PESSOAIS, FAMILIARES, SOCIAIS) COM OS OUTROS, AO LONGO DA MINHA VIDA, FICA-ME A SENSAÇÃO DE QUE SOU CAPAZ DE:</b>                               | <b>1</b>              | <b>2</b>              | <b>3</b>              | <b>4</b>              | <b>5</b>              | <b>6</b>              | <b>7</b>              |
| *Registar/perceber os sentimentos dos outros.   | <input type="radio"/> |
| Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.   | <input type="radio"/> |
| *"Ler" os canais não-verbais (tom de voz, gestos com as mãos, expressão facial, direção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).                             | <input type="radio"/> |
| Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |



52508



| <b>XII – RECONHEÇO QUE NAS MINHAS RELAÇÕES TENHO TENDÊNCIA A VALORIZAR MAIS:</b>  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A expressão verbal do outro (a forma como pronuncia as palavras, as palavras que escolhe).  | <input type="radio"/> |
| A consonância entre as palavras e a atitude corporal da pessoa.   | <input type="radio"/> |
| O tom de voz.   | <input type="radio"/> |
| A direção do olhar (frontal, baixo, a olhar para cima, a buscar outras direções).   | <input type="radio"/> |
| Os gestos (mãos, corpo).  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>XIII – NO QUOTIDIANO E NUMA SITUAÇÃO DE CONFLITO DOU-ME CONTA DE QUE:</b>  | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
| Uso de calma (mas conscientemente) para ouvir.  | <input type="radio"/> |
| Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.  | <input type="radio"/> |
| Tendo a ficar receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude serena, atenta.  | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>XIV – NO QUE RESPEITA AO MEU RELACIONAMENTO COM AS OUTRAS PESSOAS (RELAÇÕES PESSOAIS, SOCIAIS, PROFISSIONAIS), CONSIDERO COMO PROCEDIMENTOS QUE NORMALMENTE ME IDENTIFICAM, QUE:</b> | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
| Conseguo perceber como é que as pessoas se estão a sentir.  | <input type="radio"/> |
| Ajusto-me emocionalmente aos sentimentos que deleto (leio) num grupo, sem ser pela necessidade de gostarem de mim.  | <input type="radio"/> |
| Conseguo dar expressão verbal aos sentimentos colectivos.   | <input type="radio"/> |
| Reconheço os sentimentos dos outros e consigo agir de maneira a influenciar esses sentimentos.  | <input type="radio"/> |
| As minhas relações pessoais são estáveis e mantenho-as ao longo do tempo.   | <input type="radio"/> |
| Tenho habilidade em controlar a expressão das minhas próprias emoções.  | <input type="radio"/> |
| Nas minhas relações com outros digo sempre claramente o que penso, independentemente da opinião que manifestam.   | <input type="radio"/> |
| Tenho domínio sobre os meus próprios sentimentos.   | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |
| <b>XV – RELATIVAMENTE À COMUNICAÇÃO COM GRUPOS (PESSOAS E/OU COLEGAS DE EQUIPA), RECONHEÇO QUE ME ACONTECE:</b>   | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     | 7                     |
| Captar os sentimentos deles e parecer que começo a absorvê-los.   | <input type="radio"/> |
| Ter sensibilidade inata para reconhecer o que os outros estão a sentir.   | <input type="radio"/> |
| Entrar em "sincronismo de estado de espírito".  | <input type="radio"/> |
| Dar comigo a fazer os mesmos gestos ou gestos concordantes com a outra pessoa.  | <input type="radio"/> |
| Preferir colocar-me frente a frente.  | <input type="radio"/> |
| Sentir-me fisicamente sincronizado com os que me rodeiam.   | <input type="radio"/> |
| Outra _____   | <input type="radio"/> |





## ANEXO 2 - Autorização para aplicação da “Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE)”

Augusta Branco <aubra@ipb.pt>

sex, 20 de nov de 2015 17:35

para eu

Boa tarde Dr<sup>a</sup> Susana Escudeiro Melo e Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Bompastor Augusto

Antes de mais o meu reconhecimento de gratidão aos vossos Orientadores, nas pessoas da Sra. Prof.<sup>a</sup> Doutora Sandra Cruz e do Sr. Prof. Doutor Luis Carvalho, por terem concedido a permissão para utilizarem a EVCE (ATUAL NOMENCLATURA PARA A ESCALA) nos vossos estudos! Os meus gratos cumprimentos!

Para vós que vão iniciar a pesquisa na área da Competência Emocional, sintam-se bem vindas! É com enorme gratificação que vejo cada vez mais enfermeiros a estudar estas variáveis em contexto clínico e a pesquisar relações de variabilidade ao nível comportamental e atitudinal!

Junto envio em anexo dois docs em word:

1. A Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE), tal como é usada para ser preenchida pelas amostras respondentes;
2. A EVCE com a configuração dos itens invertidos, tal como deve ser usada para a análise dos dados.

Mais me cabe acrescentar que no meu livro Auto Motivação se encontra (no cap de Metodologia) a apresentação de todos os testes estatísticos selecionados para estudar a CE em cada Capacidade da EVCE, com o método de Análise de componentes principais e a respetiva justificação.



## ANEXO 3 - Autorização para aplicação da escala adaptada de Veiga-branco “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”



**Carlos Vilela** <carlosvilela@esenf.pt>

para eu, Susana ▾

6 de jan de 2016 16:19 ☆ ↶ ⋮

Muito boa tarde estimadas Colegas: Susana Escudeiro Melo e Maria Cristina Bompastor Augusto,

Antes de mais, saúdo a escolha da temática de investigação e a pertinência dos Vossos projetos.

Autorizo o uso da escala “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”, que adaptei e validei para a população de enfermeiros a partir da “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, nos vossos projetos inseridos no estudo integrado de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados.

Sendo a escala original da autoria da Sr.ª Prof.ª Doutora Augusta Veiga Branco e na eventualidade de existirem evoluções na configuração e nas orientações do uso da escala, em várias populações, aconselho o contacto e pedido de autorização à referida autora.

No caso de necessitarem de mais algum esclarecimento ou formalidade, estejam completamente à vontade.

Os meus melhores cumprimentos e desejos de um Excelente trabalho,

Carlos Vilela

Enf. Carlos Vilela

Professor Adjunto

Email [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt)



## ANEXO 4 - Parecer da comissão de ética para a realização do estudo

|   |            |                                      |
|---|------------|--------------------------------------|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS<br><br>HOSPITAL PEDRO HERNAN | INFORMAÇÃO | Nº 42/CE/JAS<br><br>Data: 08-07-2016 |
|---|------------|--------------------------------------|

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

Assunto: *Pedido de reapreciação para realização de estudo intitulado "C-SAFECARE-Q: Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados"*

---

Informação

---

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou o pedido de reapreciação para realização de estudo intitulado "C-SAFECARE-Q: Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados", proponentes Maria Cristina Bompastor Augusto, Enfª da Cirurgia B da ULSM, E.P.E. e Susana Escudeiro aluna do Mestrado em Supervisão Clínica na ESEP Porto.

Decidiu nada opor à realização deste estudo após nova redacção do mesmo.

Com os melhores cumprimentos,



*Dr. José Alberto Silva*  
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)



## ANEXO 5 - Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo

|  |                   |                                      |
|--|-------------------|--------------------------------------|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS<br><br>HOSPITAL PEDRO HISPANO | <b>INFORMAÇÃO</b> | Nº 85/16/ RS<br><br>Data: 2016/07/06 |
|--|-------------------|--------------------------------------|

Para: Conselho de Administração  
De: Serviço de Gestão do Conhecimento

Assunto: Autorização para realização de estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado “C-SAFECARE-Q: Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” proponente Maria Cristina Bompastor Augusto, Enfermeira da cirurgia B da ULSM e Susana Escudeiro aluna do Mestrado em Supervisão Clínica na ESEP Porto.

Em anexo informação respectiva,

Com os melhores cumprimentos,

  
.....  
Dr. João Massano

Dr. João Massano

Director do Serviço de Gestão do Conhecimento

Director do Serviço de Investigação, Epidemiologia Clínica e Saúde Pública Hospitalar



## ANEXO 6 - Carta de parceria entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Escola Superior de Enfermagem do Porto



ESEP  
Escola Superior de Enfermagem do Porto



### CARTA DE PARCERIA ENTRE A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO E A UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

#### Enquadramento

Actualmente, enfatiza-se a importância da qualidade nos cuidados de saúde e o reconhecimento que os profissionais da saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a sua prática. Assim, a supervisão clínica tem sido vista como um mecanismo de suporte para tal, apesar da escassa investigação que avalie os seus resultados e os benefícios para os clientes (Barribal & White & Münch, 2004). No documento "Vision for the Future" do National Health Service Management Executive (1993) define-se supervisão clínica como: *"A formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills"* (p. 15).

Walsh *et al* (2003) referem que "a supervisão clínica em enfermagem é um importante instrumento no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem" (p. 33). Edwards *et al* (2005) afirmam que esta é largamente aceite como um pré requisito essencial para cuidados de enfermagem de qualidade. Wood (2004) refere que esta pode ter um papel importante na prevenção do risco clínico. Carrol (2005) assegura que devido ao facto dos enfermeiros estarem sempre ou quase sempre presentes nas experiências dos clientes com as equipas de saúde, eles estão numa posição privilegiada, não só, para detectarem erros e processos que não são seguros para os clientes mas, essencialmente, para prevenirem as suas ocorrências. Importa realçar que, pela natureza das funções que desempenham, os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam com os clientes; logo os que têm maior oportunidade de participar nos projectos de saúde de cada um, com o objectivo de proporcionar ganhos em saúde. Jones (2003) refere que a supervisão está relacionada com a segurança e com as relações profissionais produtivas, pois no estudo que realizou com um grupo de supervisão, concluiu que esta é uma forma efectiva para explorar assuntos relativos à prática



**ESEP**  
Escola Superior de Enfermagem do Porto



profissional, permitindo aos enfermeiros que estes, não só aprendam uns com os outros, ofereçam apoio, reconheçam como os outros os vêem e os apreciam como companheiros de trabalho, mas, também, lhes permitindo moderar a preocupação e a ansiedade relativas às funções que exercem. Segundo Hyrkäs & Lehti (2003), os efeitos da supervisão clínica na qualidade dos cuidados são um dos aspectos fundamentais na melhoria da qualidade e foram definidos como uma área alvo pela Organização Mundial da Saúde.

Na literatura existente, podemos também encontrar estudos que relacionam a supervisão clínica e a formação inicial em enfermagem. Neste contexto, Jerlock & Falk & Severinsson (2003) referem que a supervisão clínica tem por objectivo influenciar de uma forma positiva o processo de aprendizagem dos estudantes promovendo e implementando o processo de tomada de decisão em enfermagem. Dracup & Bryan – Brown (2004) afirmam que os preceptores clínicos e os mentores de carreira são a chave para o crescimento da profissão de enfermagem.

Todavia, recorde-se que segundo vários autores Sloan & Watson (2001) ainda há pouca pesquisa que documente com rigor a extensão dos benefícios da supervisão clínica em enfermagem (Sloan & Watson, 2001; Berggren & Severinsson, 2003).

Neste sentido, o presente projecto visa contribuir para a segurança e a qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de supervisão clínica sustentado nas necessidades dos enfermeiros da Unidade de Convalescença da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. A opção pela investigação – acção neste estudo, centra-se na adequação do que se pretende descobrir, ou seja, um modelo de supervisão clínica que permita, simultaneamente, aumentar o conhecimento e as competências na área e aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos.

Nos termos do regime jurídico fixado no Decreto-lei nº206/04, de 19 de Agosto e na Lei nº27/2002, de 8 de Novembro, é estabelecido entre:

**A ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**, adiante designada por **ESEP** e representada pelo Presidente, Professor Paulo Parente Gonçalves e a **Unidade Local de Saúde de Matosinhos**, adiante designada por **ULSM** e representada pelo



**ESEP**  
Escola Superior de Enfermagem do Porto



Presidente do Conselho de Administração, Dr. Victor Herdeiro celebram, no âmbito do protocolo de cooperação existente, a presente carta de parceria.

A presente carta de parceria visa articular institucionalmente a ESEP e a ULSM, no âmbito das actividades de ensino e investigação prevista no protocolo de cooperação institucional, tendo por finalidade a criação de condições para o desenvolvimento de um projecto de investigação em Supervisão Clínica.

Este estudo, integrado no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de supervisão clínica sustentado nas necessidades dos enfermeiros, e rege-se pelas cláusulas seguintes:

**1.ª**

**(Objecto da carta de parceria)**

Pela presente carta de parceria são definidos os termos e as condições de articulação entre as actividades de ensino e de investigação promovidas pela ESEP e a actividade assistencial e de formação desenvolvida pela ULSM.

**2.ª**

**Serviços / unidades funcionais destinados ao projecto de investigação**

A ULSM afetará à realização do projecto de investigação os seguintes serviços:

- Medicina D
- Cirurgia B
- Cirurgia C

**3.ª**

**Articulação e coordenação de actividades**

A articulação e a coordenação das actividades serão asseguradas nos termos seguintes:

- a) A coordenação do estudo será da responsabilidade da ESEP, enquanto entidade promotora do mesmo;
- b) A coordenação do exercício da actividade assistencial que decorre no serviço, departamento ou unidade funcional, compete à ULSM.



4<sup>a</sup>

**Metodologia de Investigação**

A investigação que se pretende desenvolver decorrerá ao longo de 4 anos, englobando diversas fases interligadas, com uma finalidade comum e objectivos específicos de cada etapa, que vão confluir no “sucesso” que se espera vir a alcançar.

Esta pesquisa decorrerá nas unidades de cuidados da ULSM referida na clausula 2.<sup>a</sup>. A opção, acordada entre os investigadores e a instituição, teve como premissa a solicitação dos responsáveis e enfermeiros do serviço que se constituirão como amostra.

5<sup>a</sup>

**Objectivos do projecto**

- 1) Avaliar o risco de queda dos utentes da Unidade de Convalescência da ULSM;
- 2) Avaliar as necessidades em cuidados de enfermagem dos doentes submetidos a prótese total da anca;
- 3) Identificar as necessidades em supervisão clínica dos enfermeiros da Unidade de Convalescência da ULSM com vista a promover a segurança e qualidade dos cuidados nas áreas avaliadas (risco de queda e cuidados a doentes submetidos a prótese total da anca);
- 4) Identificar os princípios do modelo de supervisão a implementar com vista a dar resposta às necessidades dos enfermeiros;
- 5) Implementar um modelo de supervisão clínica que responda às necessidades dos enfermeiros;
- 6) Reavaliar os indicadores (risco de queda e cuidados a doentes submetidos a prótese total da anca) depois da implementação do modelo de supervisão clínica;
- 7) Compreender o contributo da implementação do modelo de supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados nas áreas avaliadas (risco de queda e cuidados a doentes submetidos a prótese total da anca);
- 8) Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados;
- 9) Comparar os resultados obtidos neste estudo com outros realizados no âmbito deste projeto de investigação.



**6ª**

**Resultados esperados**

Os resultados deste projecto permitirão atingir dois desideratos em simultâneo; por um lado, haverá uma melhoria dos níveis de conhecimento e de competências em supervisão clínica e, por outro, aumentar-se-á a segurança e a qualidade dos cuidados, nomeadamente através de:

- 1- O conhecimento mais aprofundado dos efeitos da supervisão clínica na segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros;
- 2- Construir e validar um instrumento de avaliação das necessidades dos doentes submetidos a prótese total da anca;
- 3- Obtenção de ganhos relacionados com os indicadores analisados.

**7ª**

**Equipa de investigação**

- 1) A equipa de investigação que irá assegurar o desenvolvimento do projecto inclui investigadores da **ESEP** e da **ULSM**, nomeadamente, Ana Paula dos Santos Jesus Marques França (**ESEP**), António Luís Rodrigues Faria de Carvalho (**ESEP**); Cristina Maria Correia Barroso Pinto (**ESEP**); Maria de Fátima Segadães Moreira (**ESEP**); Maria Margarida S. Reis dos Santos Ferreira (**ESEP**), Olga Maria Freitas Simões Oliveira Fernandes (**ESEP**), Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz (**ESEP**); Wilson Jorge Correia de Abreu (**ESEP**); Fátima Cristina Oliveira Silva Pinho (**ULSM**); Rogério Luís Sampaio (**ULSM**) e Mariana Isabel Guedes Azevedo Silva (**ULSM**).
- 2) Participam ainda todos os enfermeiros que prestam cuidados na unidade de cuidados referenciada;
- 3) O investigador responsável é António Luís Rodrigues Faria de Carvalho (**ESEP**).

**8ª**

**Organização das actividades assistenciais**

1. A **ULSM** é a entidade responsável pela prestação de cuidados aos utentes sendo da responsabilidade dos seus enfermeiros a tomada de decisão em cuidados de enfermagem.



2. Todas as actividades desenvolvidas no âmbito do projecto de investigação são precedidas da anuência e sujeitas à supervisão do enfermeiro da unidade de cuidados.

9ª

#### **Compromissos / contrapartidas**

- 1) A **ULSM** compromete-se a:
  - a) Garantir, à **ESEP**, o serviço, previamente acordado entre as partes, por um período contínuo de, no mínimo, quatro anos.
  - b) Assegurar o número mínimo de enfermeiros necessários à prestação de cuidados, de acordo com as directrizes em vigor na instituição;
  - c) Manter, na medida do possível, a estabilidade da equipa de enfermagem, requisito essencial para a construção do modelo de Supervisão Clínica;
  - d) Assegurar e pugnar pelas condições necessárias a uma adequada prestação de cuidados.
- 2) A **ESEP** compromete-se a:
  - a) Colaborar activamente no desenho e concretização do projeto de investigação;
  - b) Realizar as necessárias actividades de formação no âmbito do projeto de investigação;

10.ª

#### **Vigência**

- 1) A presente carta de parceria considera-se em vigor após o cumprimento dos seguintes requisitos cumulativos:
  - a) Assinatura da carta de parceria por ambos os outorgantes;
  - b) A carta de parceria vigora nos quatro anos do projeto de investigação subsequentes à sua entrada em vigor.

11.ª

#### **Alterações à carta de parceria**

- 1) A carta de parceria só poderá ser alterada por acordo escrito entre ambas as partes.
- 2) A aprovação das alterações está sujeita ao mesmo regime de aprovação desta carta de parceria.



12.ª

**Considerações finais**

O projecto de investigação poderá ser submetido a candidatura dos concursos de projectos de Investigação & Desenvolvimento da Fundação para a Ciência e Tecnologia ou outras entidades.

No caso de não ser aprovada nenhuma candidatura referida no ponto anterior, os custos de implementação do projecto são assegurados pela ESEP e pela ULSM, suportando cada uma das instituições os custos com os encargos do respectivo pessoal.

13.ª

**Integração de lacunas**

Os outorgantes celebram a presente carta de parceria de boa-fé e obrigam-se a promover todas as diligências que se revelarem adequadas ao seu pontual cumprimento.

Esta carta de parceria é celebrada em dois exemplares ficando cada um dos outorgantes na posse de um deles.

Pela Unidade Local de Saúde de  
Matosinhos

Dr. Victor Herdeiro  
(Presidente do Conselho de  
Administração)

Porto, 2 de outubro de 2014

Pela Escola Superior de Enfermagem do  
Porto

Prof. Paulo José Parente Gonçalves  
(Presidente da ESEP)



## ANEXO 7 - Integração da mestranda no Projeto C-S2AFECARE-Q na Unidade Local de Saúde de Matosinhos



Exmo. Sr. Presidente  
Comissão de Ética  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.  
R. Dr. Eduardo Torres  
4464-513 Senhora da Hora

*Data: 26/10/2017*

**Assunto: Continuidade do Trabalho de Investigação: Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (C-S2AFECARE-Q)**

O projecto de investigação **Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados** está a ser realizado de acordo com o previsto e estipulado na carta de parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos - EPE.

De acordo com o previamente estabelecido, em cada uma das fases de desenvolvimento do projeto serão incorporados novos investigadores. Neste contexto, vimos solicitar autorização para a integração dos seguintes elementos:

- Manuel Agostinho Caldas Rodrigues - a integrar o estudo nos serviços de Medicina E e M, estudando o "contributo da supervisão clínica em Enfermagem para a conceção de cuidados no âmbito do autocuidado";
- Maria Isabel Esteves Campos Cruz - A integrar o estudo nos serviços de Medicina E e M, estudando o "contributo da supervisão clínica em Enfermagem para a satisfação profissional e a inteligência emocional dos enfermeiros;
- Rafael Gomes Colares - A integrar o estudo nos serviços de Medicina E e M e Cirurgia B, C e Ala I, estudando a "perspetiva dos enfermeiros gestores sobre a implementação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem";
- Karine Sobral de Oliveira - A integrar o estudo nos serviços de Cirurgia B, C e Ala I, estudando o "contributo da supervisão clínica em Enfermagem para a satisfação profissional e a inteligência emocional dos enfermeiros;

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

António Luís Carvalho  
(investigador responsável do  
Projeto C-S2AFECARE-Q)



## ANEXO 8 - Resposta da Comissão de ética à integração da mestranda no Projeto C-S2AFECARE-Q na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

|  |            |                                      |
|--|------------|--------------------------------------|
| UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS<br><br>HOSPITAL PEDRO HISPANO | INFORMAÇÃO | Nº 99/CE/JAS<br><br>Data: 17-11-2017 |
|--|------------|--------------------------------------|

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

Assunto: **Apreciação de adenda ao protocolo de estudo intitulado "Supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados"**

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética apreciou a adenda ao protocolo de estudo intitulado "**Supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados**", cujo Investigador responsável é o Prof. António Luís Carvalho da Escola Superior de Enfermagem do Porto e conforme previsto no protocolo vão ser incorporados novos investigadores.

**A Comissão de Ética tomou conhecimento da integração dos novos investigadores.**

Com os melhores cumprimentos

  
**Dr. José Alberto Silva**  
Presidente da Comissão de Ética  
da ULSM Matosinhos

**Dr. José Alberto Silva**  
(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)



## ANEXO 9 - Texto divulgado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos sobre o Projeto C-S2AFECARE-Q

### PROJETO C-S2AFECARE-Q – SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS

Atualmente, a qualidade dos cuidados e a aprendizagem contínua dos profissionais de saúde constituem-se como preocupações fulcrais das Organizações de Saúde. Assim, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) surge como um mecanismo que possibilita a concretização de uma prática de qualidade, uma vez que se centra em áreas sensíveis de enfermagem, nomeadamente, no desenvolvimento de competências, no suporte aos enfermeiros e na segurança dos cuidados (Macedo, 2012). A SCE pode ser perspectivada como um veículo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, pois através de uma prática reflexiva há o questionamento das ações executadas, resultando, desta forma, numa consciencialização dos aspetos que necessitam de mudança (Dilworth, Higgins, Parker, Brian & Turner, 2013). A SCE fornece ainda encorajamento aos enfermeiros para que realizem essas mudanças, no sentido de melhorar os cuidados, tornando-os mais significativos para o cliente e família, ao mesmo tempo que lhes fornece suporte no desenvolvimento do seu exercício profissional (Abreu, 2007). Nos países mais desenvolvidos no âmbito da SCE, os programas de supervisão são considerados bons investimentos, uma vez que incrementam intervenções de enfermagem de qualidade, viabilizam a diminuição do risco clínico e aumentam a eficiência dos cuidados (Garrido, Simões & Pires, 2008). Outro aspeto importante que se prende com a SCE é a recuperação clínica dos clientes, em que a mesma se constitui como um contributo essencial, uma vez que possibilita aos enfermeiros o aprimoramento da sua prática clínica e, desta forma, uma resposta mais eficaz e efetiva às necessidades dos clientes (Bradshaw, Butterworth & Mairs, 2007). Importa salientar que, pela natureza das funções que desempenham, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para participar nos processos de transição de cada cliente, com o objetivo de os ajudar na mesma e, desta forma, proporcionar ganhos em saúde.

Embora a evidência científica sugira que os programas de SCE trazem benefícios, a sua aplicação nas Organizações de Saúde reveste-se de dificuldades, sendo o maior obstáculo a ultrapassar a falta de um modelo de supervisão formal e consistente (Paton & Binding, 2009). Nesse sentido, é essencial que se desenvolva mais investigação na área, com o intuito de se obter evidência que estabeleça uma relação efetiva entre a implementação de programas supervisivos e um maior desenvolvimento profissional e responsabilização pelas práticas exercidas, resultando numa maior segurança dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, em melhores resultados clínicos (Rocha, 2013). A implementação de um Modelo de SCE nos contextos de saúde trará inequivocamente benefícios ao nível da satisfação profissional, da diminuição da ocorrência do *burnout* (Wallbank, 2013) e do aumento da eficácia e eficiência dos enfermeiros (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2012).

O Projeto C-S2AFECARE-Q visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação de um Modelo de SCE, contextualizado à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. (ULSM) e às necessidades dos enfermeiros dos serviços selecionados para participarem na investigação. A opção por uma metodologia de investigação-ação neste projeto, recorrendo-se a um paradigma de investigação construtivista, centra-se na adequação do que se pretende investigar, ou seja, um Modelo de SCE Contextualizado que permita, simultaneamente, aumentar o conhecimento e as competências dos enfermeiros para o exercício do seu papel e aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Nesse sentido, foi elaborada uma Carta de Parceria entre a ULSM e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) em outubro de 2014, que visa articular institucionalmente a

ESEP e a ULSM, no âmbito das atividades de ensino e investigação prevista no protocolo de cooperação institucional, tendo por finalidade a criação de condições para o desenvolvimento de um projeto de investigação em SCE. Uma vez que o projeto foi expandido para outros serviços da ULSM, em fevereiro de 2017, foi incluída uma Adenda a esta Carta de Parceria.

Importa ainda salientar que o Projeto C-S2AFECARE-Q é uma investigação financiada pelo 02/SAICT/2016 Compete 2020, numa parceria com a ULSM, pelo que são parceiras desta investigação a Enfermeira Conceição Osório (Enfermeira-Chefe do serviço de Cirurgia B), a Enfermeira Paula Camilo (Enfermeira-Chefe do serviço de Cirurgia C) e a Enfermeira Fátima Pinho (Enfermeira-Chefe do serviço de Cirurgia I).

Relativamente à descrição do Projeto C-S2AFECARE-Q, seguidamente encontra-se um esquema que ilustra o desenho da investigação.



Atualmente, o Projeto C-S2AFECARE-Q encontra-se implementado em três serviços de Cirurgia e em dois serviços de Medicina da ULSM. Tendo em consideração os diferentes serviços, os seus *timings* de atuação têm sido os seguintes:

|   | <b>FASE I<br/>- Diagnóstico de Situação -</b> | <b>FASE II<br/>- Implementação do Modelo de SCE -</b> | <b>FASE III<br/>- Avaliação da implementação do Modelo de SCE -</b> |
|---|---|---|---|
| <b>Cirurgia B</b><br><b>Cirurgia C</b><br><b>Cirurgia I</b> | janeiro a junho de 2016                       | setembro de 2016 a novembro de 2017                   | janeiro a abril de 2018   |
| <b>Medicina E</b><br><b>Medicina M</b>                      | outubro a dezembro de 2017                    | janeiro a dezembro de 2018                            | janeiro a março de 2019   |

No que respeita aos indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, foram contratualizados para os serviços de Cirurgia B, Cirurgia C e Cirurgia I, a avaliação da “Dor” e do “Risco de Queda” pelos enfermeiros. Por sua vez, nos serviços de Medicina E e Medicina M, os indicadores contratualizados foram o “Autocuidado Alimentar-se”, o “Autocuidado Higiene” e o “Autocuidado Posicionar-se”.

Para além das atividades descritas no esquema que ilustra o desenho de investigação do Projeto C-S2AFECARE-Q, foram ainda desenvolvidas duas “5as de Enfermagem”, que se realizaram no dia 15 de dezembro de 2016 e 28 de setembro de 2017, intituladas,

respetivamente: “Supervisão Clínica: novos desafios para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” e “Prática baseada na evidência: aspetos práticos das pesquisas em bases de dados na área da saúde”. Está também planeado a realização de mais duas “5as de Enfermagem” para o ano de 2018: dia 27 de setembro – “A importância da comunicação e das capacidades de inteligência emocional nos processos supervisivos” –, e dia 8 de novembro – “Necessidades em supervisão dos enfermeiros: a importância do potencial de reconstrução de autonomia para o autocuidado”.

O Projeto C-S2AFECARE-Q, contextualizado à ULSM e às necessidades dos enfermeiros, pretende compreender quais os contributos da SCE para o desenvolvimento de novas competências, nomeadamente de Capacidades de Inteligência Emocional, assim como melhorar a Satisfação Profissional dos enfermeiros. Por outro lado, ao se trabalharem indicadores como a “Dor”, o “Risco de Queda” e o “Autocuidado”, perspetiva-se que os enfermeiros desenvolvam competências acrescidas na identificação/atuação/registo nesses focos de atenção, o que viabiliza uma tomada de decisão fundamentada e ajustada às necessidades dos utentes, assegurando uma prestação de cuidados de maior qualidade e mais significativos para estes.

Os investigadores do Projeto C-S2AFECARE-Q agradecem a participação, o esforço e o envolvimento de todos os enfermeiros neste projeto, reforçando o seu total compromisso e empenho na implementação do mesmo,

António Luís Carvalho, Cristina Barroso Pinto, Cristina Augusto e Inês Rocha

#### Referências bibliográficas:

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda. ISBN 978-972-8485-87-0.
- Bradshaw, T., Butterworth, A., & Mairs, H. (2007). Does workplace based clinical supervisions during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 4-12.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Brian, K., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: a literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*, 45, 22-32.
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro. ISBN 978-972-789-266-2.
- Koivu, A., Saarinen, P., & Hyrkäs, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2567-2578.
- Macedo, A. (2012). *Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso, Portugal: De Facto Editores. ISBN 978-989-8557-10-0.
- Paton, B., & BINDING, L. (2009). Keeping the centre of nursing alive: a framework for preceptor discernment and accountability. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40, 115-120.
- Rocha, I. (2013). *Construção e validação do Questionário de Avaliação da Frequência de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Wallbank, S. (2013). Maintaining professional resilience through group restorative supervision. *Community Practice*, 86, 26-28.