

Impacto de um modelo de supervisão clínica nas capacidades da inteligência emocional em enfermeiros

Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses

Como citar este artigo:

Augusto MCB, Oliveira KS, Carvalho ALRF, Pinto CMCB, Teixeira AIC, Teixeira LOLSM. Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. Rev Rene. 2021;22:e60279. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>

-  Maria Cristina Bompastor Augusto¹
-  Karine Sobral de Oliveira²
-  António Luís Rodrigues Faria de Carvalho²
-  Cristina Maria Correia Barroso Pinto²
-  Ana Isabel Carvalho Teixeira¹
-  Leonor Olímpia Lopes Sousa Morais Teixeira¹

¹Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

Autor correspondente:

Maria Cristina Bompastor Augusto
Rua dos Benguiados, 336 2ºesquerdo.
4480-794. Vila do Conde, Porto, Portugal.
E-mail: augusto.cristina@gmail.com

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Renan Alves Silva

RESUMO

Objetivo: analisar o impacto da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem nas capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros. **Métodos:** estudo de métodos mistos. Colheu-se os dados quantitativos antes e após a implementação do Modelo, pela escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros; analisou-se por estatística descritiva e pelo teste-t para amostras emparelhadas. Participaram 47 enfermeiros de um hospital. Obteve-se os dados qualitativos pela análise dos discursos dos enfermeiros numa apresentação pública, através de técnicas de análise de conteúdo tipo temática/categorial. Os achados foram integrados no final para gerar os resultados. **Resultados:** não se verificou diferenças estatisticamente significativas com a implementação do Modelo. Contudo, os enfermeiros envolvidos reconheceram o impacto positivo do Modelo *SafeCare* no desenvolvimento das competências emocionais. **Conclusão:** o estudo apresentou contributos para a supervisão clínica e para o desenvolvimento das competências emocionais.

Descritores: Enfermeiros; Cuidados de Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Inteligência Emocional.

ABSTRACT

Objective: to analyze the impact of the implementation of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. **Methods:** mixed methods study. Quantitative data were collected before and after the implementation of the Model, using the scale of Emotional Intelligence Capacities of Nurses; analyses were carried out using descriptive statistics and paired samples were analyzed using the t-test. 47 nurses from one hospital participated. Qualitative data were obtained from the analysis of the discourses of the nurses in a public presentation, using thematic/categorizing content analysis. The findings were integrated at the end to generate the results. **Results:** no statistically significant differences were found with the implementation of the Model. However, the nurses involved recognized the positive impact of the SafeCare Model in the development of emotional competences. **Conclusion:** the study contributed for clinical supervision and for the development of emotional competences.

Descriptors: Nurses, Male; Nursing Care; Nursing; S Nursing, Supervisory; Emotional Intelligence.

Introdução

Os enfermeiros, como profissionais de saúde, para além de estarem integrados em equipes multidisciplinares, também, na sua prática, prestam cuidados a pessoas, a maioria das vezes, emocionalmente vulneráveis pela presença de doenças físicas ou mentais. Como tal, a competência emocional destes profissionais é vital⁽¹⁾. É expectável que os enfermeiros demonstrem preocupação empática pelos pacientes, ao mesmo tempo que tenham que regular os seus próprios sentimentos e expressões como parte das suas funções⁽²⁾. A competência emocional, vulgarmente conhecida como competência da inteligência emocional, deve ser central para a prática da enfermagem, pois tem o potencial de impactar a qualidade do atendimento e dos resultados da assistência aos pacientes, da tomada de decisão, do pensamento crítico e do bem-estar dos profissionais de enfermagem, em geral⁽³⁾.

A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade, a competência, a habilidade ou a capacidade autopercebida de identificar, avaliar e gerir as emoções de si mesmo, dos outros e dos grupos⁽⁴⁾. É composta por cinco domínios: autoconsciência, gestão das emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamento em grupos. Os primeiros três domínios (autoconsciência, gestão das emoções e automotivação) dizem respeito às competências intrapessoais de inteligência e representam a forma como individualmente gerimos as nossas próprias emoções. A empatia e a gestão de relacionamento em grupos representam as competências sociais, que determinam a forma como entendemos e lidamos com os outros⁽⁴⁾.

A inteligência emocional pode ser melhorada através de programas de treino específico desenvolvidos para enfermeiros⁽⁵⁻⁶⁾, pois é uma competência que se vai desenvolvendo gradualmente ao longo dos anos⁽²⁾, e a sua importância na prática da assistência é reconhecida⁽³⁾. As estratégias mais recomendadas para a educação em inteligência emocional são as que promovem a conscientização e o crescimento pessoal,

através da utilização de mecanismos de supervisão/suporte por parte de outros⁽¹⁾, de que é exemplo a supervisão clínica.

A supervisão clínica é uma ferramenta fundamental que dá suporte e auxilia os enfermeiros a melhorar e desenvolver as suas competências assistenciais e emocionais, e pode ser definida como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e o supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, construção de conhecimento e 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”^(7:16657).

Existe um corpo limitado de estudos empíricos sobre a avaliação dos efeitos da supervisão clínica em profissionais de enfermagem⁽⁸⁾. Apesar de a supervisão clínica já estar bem implementada em países como a Austrália ou o Reino Unido, ainda não faz parte do cotidiano dos enfermeiros em Portugal e no Brasil, sendo apenas direcionada para os estudantes de enfermagem. Em 2010, a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa publicou o Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde salientou a importância do processo de supervisão, que para além do mecanismo de suporte para os enfermeiros e para a sua prática, seria uma garantia de segurança e qualidade assistencial⁽⁹⁾. No Brasil, apesar de estar previsto um Estágio Curricular Supervisionado, este encontra dificuldades na sua efetivação por falta de clareza no papel do enfermeiro supervisor, e por dificuldades de regulação dos campos de prática clínica⁽¹⁰⁾.

Estão descritos alguns modelos de supervisão clínica que podem ser aplicados à prática dos enfermeiros. Estes podem agrupar-se de acordo com a filosofia e a teoria adotadas. Por exemplo, existem modelos centrados no desenvolvimento humano, onde a função do supervisor é potenciar o crescimento pessoal e profissional do supervisionado; existem modelos centrados nas funções supervisivas (normativa, formativa e restaurativa), entre outros. Apesar de existi-

rem diversos modelos, estes, geralmente, quando implementados, não traduzem o seu impacto na prática da supervisão clínica, nem a justificação que conduziu à sua seleção⁽¹¹⁾.

Na tentativa de colmatar as necessidades identificadas para a implementação da supervisão clínica, surgiu em Portugal o Modelo *SafeCare*. Este é um modelo contextualizado de supervisão clínica em enfermagem, que resulta da evolução de um modelo desenvolvido em 2012, também em Portugal, que pretendia ser eficaz para os enfermeiros e adaptar-se a diferentes contextos socioclinicos e políticos. Com a sua implementação pretendia-se identificar as necessidades dos contextos, e, perante essas necessidades, promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, fomentar a criação de ambientes favoráveis à prática baseada na evidência e ao desenvolvimento da profissão⁽¹²⁾.

O Modelo *SafeCare* baseia-se em quatro eixos estruturantes: contexto (referente ao conjunto de elementos e circunstâncias em que o cuidado é desenvolvido e prestado), cuidado de enfermagem (enfoca no relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, ou entre o enfermeiro e um grupo de pacientes), desenvolvimento profissional (refere-se à necessidade de o enfermeiro manter o seu treino durante a sua atividade profissional) e supervisão (baseia-se no conceito defendido pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses). Este modelo compreende quatro etapas: na primeira etapa efetua-se o diagnóstico de situação; na segunda avaliam-se as necessidades em supervisão clínica dos profissionais; a terceira etapa corresponde à implementação da supervisão clínica em enfermagem; e na quarta procede-se à avaliação. O Modelo *SafeCare*, como modelo contextualizado, pretende ser “uma forma efetiva de desenvolver a prática profissional e o conhecimento, permitindo que os enfermeiros aprendam uns com os outros, apoiem-se mutuamente, reconheçam e sejam reconhecidos pelos outros, bem como moderem a preocupação e a ansiedade relativas às funções que exercem”^(9:291). A eficácia da implementação de um modelo de supervisão clínica é tanto

maior quanto a qualidade da relação que se estabelece entre estes eixos.

Em Portugal, após a implementação da primeira versão do Modelo *SafeCare*, verificou-se que quando os enfermeiros supervisionados estavam mais automotivados, discutiam menos questões pessoais⁽¹³⁾. Contudo, sabe-se que a influência da adoção de um modelo de supervisão clínica no aumento das capacidades da inteligência emocional em enfermeiros, em diferentes contextos, carece de investigação.

Esta pesquisa objetivou analisar o impacto da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem nas capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros.

Métodos

Esta pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva do tipo investigação ação, o Projeto *SafeCare*, e centra-se nos dados quantitativos e qualitativos relativos à variável capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros.

Nesta pesquisa usou-se um método misto com um tipo de desenho convergente concomitante, uma vez que foi efetuada a recolha e a análise de dados de forma independente, para a posteriori comparar e combinar os resultados⁽¹⁴⁾. Para a abordagem quantitativa, usou-se um delineamento descritivo longitudinal; para a abordagem qualitativa usou-se uma metodologia do tipo exploratório, com carácter descritivo. A coleta dos dados (quantitativos e qualitativos) foi efetuada por um pesquisador treinado, que conhecia o ambiente hospitalar onde decorreu a investigação.

Os dados foram coletados no período entre maio de 2016 e junho de 2018. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados em separado, e integrados por uma interpretação geral, de modo a identificar convergências e/ou diferenças⁽¹⁴⁾.

O cenário de pesquisa foi um hospital do norte de Portugal, e a implementação do Modelo *SafeCare* decorreu em três enfermarias cirúrgicas desse hospital. Uma amostra de conveniência foi usada para

recrutar os participantes para o estudo quantitativo. O critério de inclusão consistia em incluir no estudo apenas os enfermeiros que estavam na prestação de cuidados assistenciais aos pacientes nas unidades onde foi implementado o Modelo. Dos 59 enfermeiros que compunham as equipes, apenas 56 prestavam cuidados assistenciais, sendo esses convidados a participar na pesquisa, que decorreu durante as horas anuais previstas para formação.

Os questionários da pesquisa foram entregues pelo pesquisador principal aos 56 enfermeiros das três unidades, na primeira fase da implementação do Modelo, em 2016. Nesse momento, o pesquisador entregou dois questionários idênticos com um mesmo código aleatório. Foi pedido aos enfermeiros que preenchessem apenas um dos questionários e guardassem o outro para ser preenchido na quarta etapa da implementação do Modelo. No final da implementação do Modelo *SafeCare*, obteve-se 47 (83,9%) questionários totalmente preenchidos, e passíveis de emparelhamento com os questionários obtidos na primeira fase (56 questionários). Esta foi considerada a amostra. A diferença encontrada deu-se por fenômenos de licença de maternidade/paternidade, ausências por doença, fenômenos de turnover, e não devolução do questionário ou pelo mesmo não estar totalmente preenchido.

A coleta de dados da pesquisa quantitativa incluiu dois questionários: 1) sociodemográfico: idade, sexo, estado civil, tempo de experiência profissional, e habilitações acadêmicas; 2) a escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada para a população destes profissionais⁽¹⁵⁾.

A escala que avaliou as competências emocionais dos enfermeiros é constituída por um total de 84 itens, organizados em cinco subescalas, que correspondem às cinco capacidades da inteligência emocional: Autoconsciência (20 itens), Gestão de Emoções (18 itens), Automotivação (21 itens), Empatia (12 itens) e Gestão de Relacionamentos em Grupos (14 itens). Pediu-se a cada participante que avaliasse até que ponto concordava com cada afirmação. As opções

de resposta eram: 1-Nunca, 2-Raramente, 3-Pouco frequente, 4-Por norma, 5-Frequente, 6-Muito frequente, 7-Sempre. O score total da escala das Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros, bem como das dimensões, foi obtido através da soma dos itens que as constituem. A análise descritiva das escalas totais e das dimensões foi efetuada através do cálculo da média e respetivo desvio padrão. Procedeu-se à análise da confiabilidade da escala total e das suas dimensões, através das estimativas do alfa de Cronbach. Os coeficientes encontrados sugeriram que a consistência interna foi boa ou muito boa, apresentando o valor mais elevado para a escala total (alfa=0,95) e o valor mais baixo para a dimensão gestão de emoções (alfa=0,78), para esta pesquisa.

Os dados quantitativos foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24.0. Procedeu-se a uma análise descritiva da amostra, que foi efetuada com recurso à média e ao desvio padrão (variáveis quantitativas), e frequência absoluta e relativa (variáveis qualitativas). A avaliação do impacto da implementação do Modelo *SafeCare* na escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros (score total e dimensões) foi efetuada com recurso ao teste t para amostras emparelhadas, após ter sido efetuada a análise da distribuição normal dos dados através do teste de Kolmogorov Smirnov. Em todos os testes e análises efetuadas, foi considerado um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

Na segunda etapa do Modelo *SafeCare* identificou-se as necessidades de supervisão clínica dos enfermeiros, através de reuniões, com todas as partes envolvidas no projeto.

A terceira etapa correspondeu à implementação do Modelo *SafeCare*, e teve a duração aproximada de um ano. Neste período foram selecionados os supervisores clínicos e constituídas oito equipes de supervisão. A seleção dos supervisores clínicos obedeceu aos seguintes critérios: ter experiência profissional no contexto igual ou superior a cinco anos; ser considerado pelo grupo de pares como perito no contexto; demonstrar competências de pensamento crítico

tico e relação interpessoal; e ter formação em supervisão clínica ou experiência em processos formativos. Após a divulgação dos critérios, foi avaliada a disponibilidade e interesse dos enfermeiros selecionados para a função de supervisor clínico. As equipes foram organizadas pelos enfermeiros com funções de gestão, uma vez que foram estes a gerir os horários das reuniões de supervisão. Foram agendadas reuniões com periodicidade mensal, que se realizaram entre setembro de 2016 e novembro de 2017, com duração aproximada de 90 minutos. Nas sessões de supervisão clínica, os profissionais tiveram a oportunidade de discutir questões da sua prática diária. Concretamente, no que diz respeito à inteligência emocional, foram preparadas pela equipe de investigação oito sessões de formação onde, para além da estratégia de exposição teórica dos conceitos, foram utilizadas técnicas de *brainstorming*, de reflexão individual e coletiva sobre vivências do dia-a-dia. Foram efetuados, também, exercícios práticos onde foram promovidas a autorreflexão e a comunicação entre os pares.

A última etapa (Etapa 4) começou em 2018 e terminou seis meses depois, com a avaliação da implementação do Modelo, avaliação esta efetuada de duas formas. A primeira consistiu no preenchimento do questionário previamente codificado, que tinha sido entregue no início do projeto. A segunda correspondeu à coleta dos dados qualitativos que decorreu durante as apresentações públicas dos diferentes profissionais envolvidos no projeto (supervisados, supervisores clínicos e enfermeiros com funções de gestão) num congresso internacional de supervisão clínica, que decorreu em Portugal, em 2018. Para estas apresentações foi pedido a cada enfermeiro que recolhesse as opiniões de todos os elementos da equipe acerca dos contributos da implementação do Modelo *SafeCare* para o desenvolvimento das competências nos profissionais. O congresso foi gravado, e, passados alguns dias, foram transcritas as apresentações. Os dados recolhidos foram sujeitos a técnicas de análise de conteúdo⁽¹⁶⁾. Apenas se fez o tratamento do conteúdo revelado explicitamente pelos sujeitos (conteúdo manifesto), e não se considerou na análise o que não foi

dito (conteúdo latente). O tipo de categorização usado foi estruturalista, uma vez que primeiro se realizou o inventário e posteriormente se fez a sua classificação. A análise efetuada foi do tipo temática-categorial, pois tentou-se revelar as representações sociais dos sujeitos entrevistados, a partir de uma análise de certos elementos constitutivos do discurso⁽¹⁷⁾.

Inicialmente foi feita uma pré-análise do material transcrito tornando-o objetivo e operacional de modo a conseguir sistematizar as ideias principais. Posteriormente, foram definidas as categorias, definindo-se esse percurso de categorização por leituras verticais e horizontais das transcrições. Desse procedimento surgiu a necessidade de elaborar arranjos categoriais onde foram classificadas as unidades de análise em categorias temáticas. A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória por E1, E2 e E3, sendo que a letra E é de enfermeiro, não obedecendo a nenhuma ordem específica de participação. O *software* utilizado para trabalhar o conjunto de materiais discursivos foi o *Microsoft Excel*.

O Conselho de Administração e a Comissão de Ética do hospital onde decorreu o estudo procederam à sua autorização (nº 42/2016). Também foram consideradas todas as questões éticas relacionadas com a aplicação destes tipos de instrumentos. O anonimato e a confidencialidade dos atores e a natureza voluntária da sua participação na pesquisa foram sempre garantidos, durante toda a pesquisa.

Resultados

A implementação do Modelo *SafeCare* foi concluída por 47 enfermeiros, de três enfermarias cirúrgicas de um hospital do norte de Portugal, dos quais 38 eram mulheres e 9 eram homens. A idade média dos participantes foi de 35 anos (Desvio-padrão (dp) = 6,9 anos) com tempo médio de exercício profissional de 12 anos (dp = 6,5 anos). Maioritariamente os enfermeiros eram generalistas (83,0%), enquanto os demais eram detentores do título de enfermeiro especialista.

A Tabela 1 apresenta os valores da média e do

desvio padrão de cada uma das dimensões da escala em cada um dos momentos de avaliação, ou seja, na etapa 1 e na etapa 4. Verificou-se que os valores da média tiveram um aumento da etapa 1 para a etapa 4 da implementação do Modelo *SafeCare*.

Para se perceber o impacto do Modelo *SafeCare* nas capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros, nomeadamente na escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros (score total e dimensões), recorreu-se ao teste-t para amostras emparelhadas. Através da comparação dos valores médios do score total e das dimensões da escala antes (etapa 1) e depois (etapa 4) da implementação do Mo-

delo *SafeCare* (Tabela 1). Não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$ para todos os pares avaliados) em nenhuma das dimensões avaliadas.

Na análise efetuada ao material discursivo produzido pelos enfermeiros, emergiram três categorias, que procuravam identificar quais as competências que foram desenvolvidas com a implementação do Modelo *SafeCare* nas capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros. Daí emergiram três categorias: 1) desenvolvimento de competências intrapessoais da inteligência emocional; 2) desenvolvimento de competências sociais da inteligência emocional; e 3) outros contributos do Modelo *SafeCare*.

Tabela 1 – Descrição da amostra em estudo relativamente à escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, e avaliação do efeito da implementação do Modelo *SafeCare*. Porto, Portugal, 2018

Variáveis	Média		Desvio padrão		Média da diferença (erro padrão)	Intervalo de Confiança 95%	*p
	Etapa 1	Etapa 4	Etapa 1	Etapa 4			
Autoconsciência	106,0	107,5	15,8	13,0	-1,5 (1,9)	-5,3 – 2,3	0,436
Gestão de emoções	83,3	84,3	11,7	9,3	-0,96 (1,7)	-4,4 – 2,5	0,581
Automotivação	106,6	110,3	12,6	12,9	-3,7 (1,9)	-7,5 – 0,22	0,064
Empatia	60,7	61,2	9,1	8,8	-0,45 (1,6)	-3,6 – 2,7	0,776
Gestão de relacionamentos em grupos	59,8	60,6	9,7	10,1	-0,30 (1,6)	-3,6 – 3,0	0,854
Total	416,5	425,0	47,0	39,5	-5,8 (6,5)	-18,8 – 7,2	0,372

*Teste-t

Os enfermeiros envolvidos na implementação reconheceram o impacto positivo do Modelo *SafeCare* no desenvolvimento das competências intrapessoais da inteligência emocional: *Consciencialização dos problemas que afetam os profissionais de enfermagem; Assistimos ao desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais nos profissionais (E1). O papel dos supervisores foi fundamental para conseguir trazer a equipe para o projeto, através de estratégias que eles próprios adotaram. Estratégias como fazer reflexões escritas anónimas, identificar as nossas maiores dificuldades, as suas e as nossas maiores fraquezas acabamos por reconhecer as nossas emoções e depois discutir em grupo. Este projeto trouxe mais motivação, e, também, mais eficiência. Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança (E3).*

Também referem que o modelo contribuiu para o desenvolvimento de competências sociais de inteligência emocional, nomeadamente, na gestão de rela-

cionamentos de grupo, coesão da equipe e comunicação: *Com o projeto SafeCare houve uma melhoria do trabalho em equipe (E1). Assistimos a um maior reconhecimento dos sentimentos dos doentes (E2). Desenvolvimento do espírito de grupo. Naquelas reuniões falamos tanto com os outros e conseguimos perceber lacunas/problemas uns dos outros, e o que é que um para o outro poderia melhorar (E3).*

Para além das competências da inteligência emocional, os enfermeiros identificaram outros contributos da implementação do Modelo *SafeCare*, tais como melhores desempenhos no local de trabalho e, por conseguinte, a prestação de cuidados de enfermagem mais satisfatórios para os pacientes e para os profissionais: *Promoveu momentos de reflexão sobre a prática clínica. Permitiu a melhoria da identificação e correção do erro, a adoção de estratégias que o permitissem minimizar. Quem estava no projeto e acreditava no projeto tinha outra disponibilidade, inclusive*

na prática diária dos cuidados; Assistimos a uma melhoria dos cuidados de enfermagem (E2). Doentes sentiram-se melhor cuidados e, foi muito por causa do que aconteceu na Supervisão Clínica; Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança (E3).

Discussão

Este estudo apresenta limitações. Aponta-se o número reduzido da amostra, e o tipo de amostragem (não-probabilística). Também o fato de se ter desenvolvido apenas num determinado contexto, e não ter um grupo de controle. Outra limitação relaciona-se com o uso de um questionário de autopercepção da inteligência emocional, pois, apesar de esta ser uma das formas mais usualmente utilizadas para a avaliação das capacidades da inteligência emocional, este tipo de instrumento pode conduzir ao viés de desejabilidade social. Neste sentido, recomenda-se que em pesquisas futuras se possa utilizar formas de avaliação das capacidades da inteligência emocional mais objetivas, em contextos diferentes, e com outro tipo de desenho de estudo. Outra limitação que pode ser potencializadora em futuros estudos está relacionada com a natureza comparativa entre os modelos de supervisão clínica, nomeadamente, a avaliação do efeito do Modelo *SafeCare* e de outros modelos de supervisão clínica nas competências de inteligência emocional.

Apesar de não se verificar diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas entre a Etapa 1 e Etapa 4 do Modelo *SafeCare*, não podemos excluir que a implementação do modelo teve um impacto positivo no desenvolvimento das competências da inteligência emocional dos enfermeiros. É notório, nas falas dos enfermeiros, que estes desenvolveram a automotivação, a gestão de emoções e a autoconsciência (competências intrapessoais de inteligência emocional), bem como a empatia e a gestão de relacionamentos em grupos (competências sociais de inteligência emocional), apesar de nos dados quantitativos não se ter revelado esse impacto.

O desenvolvimento da automotivação nos profissionais promove sentimentos de pertença nas equipas, encoraja a criatividade, aumenta a retenção e promove a mudança das práticas assistenciais⁽¹⁸⁾.

O treino das competências da inteligência emocional é possível⁽⁵⁻⁶⁾ através de mecanismos de suporte, como o fornecido pela supervisão clínica. O desenvolvimento destas competências diminui problemas de saúde mental dos profissionais, como, por exemplo, a angústia e o esgotamento⁽¹⁹⁾. A competência emocional dos profissionais está positivamente associada a fatores que incluem empatia, resiliência, apoio social, satisfação no trabalho e melhoria dos cuidados prestados⁽¹⁸⁾. Também melhora a satisfação no trabalho, previne o *burnout* e diminui o *turnover*⁽²⁰⁾. Nas falas dos profissionais é possível identificar que estes desenvolveram a autoconsciência e a empatia, o que pode ser facilitador na resolução de problemas individuais e/ou de grupo. Os profissionais reconheceram as suas dificuldades e fraquezas, tal como as dos seus pares, durante as reuniões de supervisão clínica. Também verbalizaram a ajuda, o suporte, e a satisfação que a supervisão clínica lhes forneceu, ajudando a que os problemas fossem ultrapassados.

As intervenções destinadas a desenvolver a competência emocional, para além de terem uma ação positiva nos profissionais, também podem trazer benefícios na prestação de melhores cuidados aos pacientes, quer em termos físicos, quer em termos emocionais⁽¹⁸⁾. Os participantes da implementação do Modelo reconheceram esses mesmos benefícios.

Esta pesquisa, apesar das limitações identificadas, apresenta contributos para a implementação da supervisão clínica em enfermagem, e para a validação da importância do desenvolvimento da competência emocional dos enfermeiros, quer para os próprios, quer para os pacientes.

Conclusão

Este estudo apresentou contributos nos domínios da supervisão clínica em enfermagem e no

desenvolvimento das competências da inteligência emocional. Apesar de não se ter identificado diferenças estatisticamente significativas na análise do impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros, não podemos excluir que foram identificados benefícios para o desenvolvimento dessas competências (competências intrapessoais e sociais da inteligência emocional), bem como para a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

Colaborações

Augusto MCB contribuiu na concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Oliveira KS contribuiu na redação do artigo. Carvalho ALRF, Pinto CMCB, Teixeira AIC e Teixeira LOLSM contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Foster K, McCloughen A, Delgado C, Kefalas C, Harkness E. Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: an integrative review. *Nurs Educ Today*. 2015; 35(3):510-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.009>
2. Afsar B, Cheema S, Masood M. The role of emotional dissonance and emotional intelligence on job-stress, burnout and well-being among nurses. *Int J Inf Syst Change Mang*. 2017; 9(2):87-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1504/ijiscm.2017.087952>
3. Raghbir AE. Emotional intelligence in professional nursing practice: a concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *Int J Nurs Sci*. 2018; 5:126-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
4. Serrat O. Understanding and developing emotional intelligence. *Knowledge Solutions*. 2017; 329-39. doi: http://dx.doi.org/10.1007/978-981-10-0983-9_37
5. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Browne G. Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Appl Nurs Res*. 2018; 41:59-61. doi: [dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001)
6. Sarabia-Cobo CM, Suárez EJ, Cobo AB, Pérez V, Lorena P, Rodríguez CR, et al. Emotional intelligence and coping styles: an intervention in geriatric nurses. *Appl Nurs Res*. 2017; 35:94-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2017.03.001>
7. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento n.º 366/2018 – Diário da República n.º 113/2018, Série II de 2018-06-14 [Internet]. 2018 [cited Aug 13, 2020]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/115504842>
8. Cutcliffe JR, Sloan G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2018; 27(5):1344-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/inm.1244>
9. Carvalho ALRF. Clinical supervision in nursing – strategy for knowledge and quality of care [Editorial]. *Rev Rene*. 2017; 18(3):291. doi: <https://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300001>
10. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Supervisão clínica e preceptoria/tutorial: contribuições para o Estágio Curricular Supervisionado na educação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2019; 72(6):1810-5. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
11. Pollock A, Campbell P, Deery R, Fleming M, Rankin J, Sloan G, et al. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *J Adv Nurs*. 2017; 73(8):1825-37. doi: <https://dx.doi.org/10.1111/jan.13253>
12. Barroso C, Carvalho L, Augusto C, Teixeira L, Teixeira A, Rocha I. Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - modelo SAFECARE. *Rev ROL Enferm [Internet]*. 2020 [cited Aug 13, 2020]; 43(1):50-8. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31333/1/50-58.pdf>
13. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: excellence in clinical practice. *Procedia Soc Behav Sci*. 2015; 171:153-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>

14. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de métodos mistos. São Paulo: Penso Editora; 2013.
15. Vilela C, Filipe M. Adaptação e Validação da Escala das Capacidades da Inteligência Emocional (EVB-CIE) em enfermeiros. Rev Investig Enferm [Internet]. 2012 [cited Aug 13, 2020]; 25:62-72. Available from: <https://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-sinais-vitais/revista-investigacao-enfermagem/49-2012-2015/562-revista-investigacao-enfermagem-n-25?show-all=&start=6>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
17. Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva – Publicações; 2008.
18. Nightingale S, Spiby H, Sheen K, Slade P. The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: findings from an integrative review. Int J Nurs Stud. 2018; 80:106-17. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
19. Petrides KV, Mikolajczak M, Mavroveli S, Sanchez-Ruiz MJ, Furnham A, Pérez-González JC. Developments in trait emotional intelligence research. Emot Rev. 2016; 8(4):1-7. doi: <https://dx.doi.org/10.1177/1754073916650493>
20. Hong E, Lee YS. The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. Int J Nurs Pract. 2016; 22(6):625-32 doi: <https://dx.doi.org/10.1111/ijn.12493>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons