

**SUPERVISÃO CLÍNICA COMO CONTRIBUTO PARA A
OTIMIZAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA
EMOCIONAL**

Susana Escudeiro de Melo

Porto, 2022

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**SUPERVISÃO CLÍNICA COMO CONTRIBUTO PARA A
OTIMIZAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA
EMOCIONAL**

**CLINICAL SUPERVISION AS A CONTRIBUTION TO
THE OPTIMIZATION OF EMOTIONAL INTELLIGENCE
SKILLS**

Orientada por

Prof.^a Doutora Cristina Barroso Pinto

Coorientada por:

Prof. Doutor António Luís Carvalho

Susana Escudeiro de Melo

Porto, 2022

“Não é o mais forte que sobrevive. Nem o mais inteligente. Mas o que melhor se adapta às mudanças.”

Charles Darwin

AGRADECIMENTO

A presente dissertação traduz-se acima de tudo num processo de aprendizagem... longo, muito longo, mas onde as dificuldades, incluindo uma pandemia, tiveram como resultado pessoal e principal o crescimento do saber e no saber.

“O que é bonito sobre a aprendizagem é que ninguém pode tirá-la de você.”

B.B. King

Neste sentido, foram várias as pessoas que contribuíram para este meu processo de aprendizagem e a quem eu devo um obrigado. Desde logo, obrigado à primeira pessoa que me despertou para a paixão da Supervisão Clínica em Enfermagem no âmbito de pares, a professora Doutora Sandra Cruz. E logo a seguir a toda a equipa da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), com quem, de forma direta ou indireta trabalhei no âmbito do projeto SafeCare; aqui traduzido nesta dissertação, nas pessoas da Professora Doutora Cristina Barroso Pinto do Professor Doutor António Luís Carvalho, ambos sempre com uma objetividade muito clara na sua orientação fazendo-me ver, muitas vezes, a luz ao fundo do túnel.

Um agradecimento muito especial a dois pilares muito importantes neste meu percurso: aos colegas de serviço e aos alunos que orientei em ensino clínico. Aos colegas de serviço pelo constante estímulo, incentivo e reconhecimento do meu processo de aprendizagem; aos “meus alunos” pelas oportunidades, de tantas vezes “aplicar” os conceitos e as estratégias de supervisão clínica, e poder trabalhar e desenvolver neles as capacidades de competência emocional.

E o último obrigado, e não menos importante, à família. Ao meu filho Bruno por tantas vezes perguntar: “Tu também tens de estudar, mãe?!”, cada vez que me via envolvida em papéis ou tempos infinitos no computador.

A todos, muito obrigado.

O que convosco aprendi, também ninguém me pode tirar...

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos, centrando-se em áreas sensíveis dos cuidados, nomeadamente na segurança e qualidade, no desenvolvimento de competências e no suporte aos enfermeiros.

O desenvolvimento das competências emocionais é fundamental para gerir emocionalmente as situações da prática dos cuidados de enfermagem. Os processos supervisivos e as estratégias de supervisão devem direcionar-se para o desenvolvimento das capacidades de Inteligência Emocional (IE) de forma a promover um bom ambiente de trabalho, melhorando a qualidade dos cuidados e eficiência através do colmatar das necessidades sentidas.

Inserido no projeto SafeCare, é um estudo descritivo e exploratório, com uma amostra intencional constituída por 47 enfermeiros de um hospital do norte de Portugal.

Para dar resposta à questão: Quais as necessidades em supervisão clínica para o desenvolvimento de capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros? utilizou-se como instrumento a “Escala de Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros” validada para a população portuguesa por Vilela (2006), atualmente designada de “Escala Veiga Branco de Competência Emocional”.

Dos resultados é evidente que os enfermeiros do contexto cirúrgico possuem capacidades moderadas de inteligência emocional. Relativamente às dimensões, os enfermeiros apresentam valores moderados a altos para as dimensões automotivação, autoconsciência e empatia e valores moderados para as dimensões gestão de emoções e a gestão de relacionamentos em grupo. Enfermeiros mais novos, com menor tempo de exercício na profissão, sem formação em supervisão clínica apresentam valores mais elevados para a dimensão gestão das emoções. Enfermeiros do sexo masculino apresentam valores mais altos para a dimensão automotivação e enfermeiros sem experiência como supervisor apresentam valores mais altos para as dimensões autoconsciência, empatia e gestão de relacionamentos em grupo.

Todas as dimensões das capacidades de IE devem ser trabalhadas nas sessões de supervisão uma vez que apresentam valores moderados, dando especial atenção às dimensões Gestão de emoções e Gestão de relacionamentos em grupo, por apresentarem valores mais próximos do ponto de corte. Como estratégias de supervisão a ser usadas evidenciam-se: *feedback*, formação contínua, análise crítico reflexiva das práticas, supervisão à distância, análise e documentação de cuidados de enfermagem, sessões de supervisão individuais e apoio.

A IE pode ser desenvolvida e aprendida em qualquer momento e as estratégias mais recomendadas para desenvolver a IE deverão ser aquelas que melhor promovem a consciencialização e o crescimento pessoal através de mecanismos ou ferramentas de suporte, de que é exemplo a Supervisão Clínica.

PALAVRAS CHAVE: Supervisão Clínica em Enfermagem; Inteligência Emocional; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Clinical Supervision in Nursing is an area that has been developing in recent years, focusing on sensitive areas of care, namely safety and quality, skills development and support for nurses.

The development of emotional skills is essential to emotionally manage the situations of the nursing care practice. Supervision processes and supervision strategies should be directed towards the development of Emotional Intelligence (EI) capabilities in order to promote a good working environment, improving the quality of care and efficiency by meeting the needs felt.

Inserted in the SafeCare project, this is a descriptive and exploratory study, with an intentional sample consisting of 47 nurses from a hospital in northern Portugal. To answer the question: "What are the needs in clinical supervision for the development of nurses' emotional intelligence capabilities?"; The "Scale of Emotional Intelligence Capabilities in Nurses" validated for the Portuguese population by Vilela (2006) was used as an instrument, currently called the "Veiga Branco Scale of Emotional Competence".

From the results it is evident that nurses in the surgical context have moderate emotional intelligence capabilities. Regarding the dimensions, nurses show moderate to high values for the dimensions self-motivation, self-awareness and empathy; and moderate values for the dimensions of emotion management and group relationships management. Younger nurses, with less time in the profession, without training in clinical supervision, present higher values for the emotion management dimension. Male nurses have higher values for the self-motivation dimension and nurses with no experience as supervised have higher values for the dimensions self-awareness, empathy and group relationship management.

All dimensions of EI skills should be worked on in supervision sessions since they present moderate values, giving special attention to the dimensions Emotions management and Group relationship management, because they present values closer to the cut-off point. As supervision strategies to be used, the following are evident: feedback, continuous formation, critical reflective analysis of practices, distance supervision, analysis and documentation of nursing care, individual supervision sessions and support.

The EI can be developed and learned at any time and the most recommended strategies to develop EI should be those that best promote awareness and personal growth through support mechanisms or tools, such as Clinical Supervision.

KEYWORDS: Clinical Supervision in Nursing; Emotional intelligence (EI); Quality of Health Care.

SIGLAS / ABREVIATURAS

CIPE®- Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

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

DoH- Department of Health

EPE- Entidade Pública Empresarial

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVBCIE - Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional

EVBCE - Escala Veiga Branco da Competência Emocional

IE- Inteligência Emocional

IS- Inteligência Social

IS-SCE- Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem

MSCEC - Modelo de Supervisão Clínica Enfermagem Contextualizado

NHS - National Health Service

OE- Ordem dos Enfermeiros

QI- Quociente de Inteligência

RMDE- Resumo Mínimo de dados de Enfermagem

SafeCare- Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados

SC- Supervisão Clínica

SCE - Supervisão Clínica de Enfermagem

SPSS- Statistical Package for Social Science

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	25
1.1. Conceito de Supervisão Clínica.....	26
1.2. Modelos de Supervisão Clínica.....	29
1.3. Estratégias de Supervisão Clínica	34
2. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	43
2.1. Conceito de Inteligência Emocional	43
2.2. Capacidades de Inteligência Emocional	50
2.3. Supervisão Clínica e Desenvolvimento das Capacidades de Inteligência Emocional	54
Parte II - ENQUADRAMENTO METODOLOGICO	
1. METODOLOGIA	63
1.1. Pertinência do Estudo	63
1.2. Questão de Investigação.....	64
1.3. Objetivos	64
1.4. Tipo de Estudo	65
1.5. População e Amostra	66
1.6. Instrumento e Processo de Recolha de Dados.....	67
1.7. Tratamento e Análise de Dados	68
1.8. Considerações Éticas.....	69
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
2.1. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra	71
2.2. Capacidades de Inteligência Emocional	72
2.2.1. Autoconsciência	75
2.2.2. Gestão de emoções	76
2.2.3. Automotivação	77
2.2.4. Empatia	78
2.2.5- Gestão de relacionamentos em grupo.....	79
2.3. Estratégias que Otimizam as Capacidades de Inteligência Emocional	80

2.4. Discussão dos Resultados.....	81
CONCLUSÃO	89
BIBLIOGRAFIA	93
ANEXOS	107
Anexo 1. Questionário.....	109
Anexo 2. Pedido de Consentimento Informado	11

INDICE DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização da amostra	71
Tabela 2.	Valores das Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros e suas dimensões.....	73
Tabela 3.	Consistência interna da escala das capacidades de Inteligência Emocional em enfermeiros.....	73
Tabela 4.	Escala total das capacidades de Inteligência Emocional.....	74
Tabela 5.	Dimensão autoconsciência.....	75
Tabela 6.	Dimensão gestão de emoções.....	76
Tabela 7.	Dimensão automotivação.....	77
Tabela 8.	Dimensão empatia.....	78
Tabela 9.	Dimensão gestão de relacionamentos em grupo.....	79

INTRODUÇÃO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é referida “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” (OE, 2010, p.5).

A SCE é perspetivada, na atualidade, como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, sendo uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional. A implementação de processos supervisivos permite atender às necessidades dos enfermeiros fazendo com que estes se tornem mais aptos para o exercício profissional, pelo que contribui para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de aperfeiçoamento, tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e de qualidade (Carvalho, 2016).

Os sistemas de saúde a nível mundial apresentam uma crescente necessidade de prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade. Uma das prioridades da Direção Geral da Saúde (DGS), em Portugal, é a qualidade dos cuidados de saúde, explícita na Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde 2015-2020 (Diário da República, 2015). Em 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros cooperou para a qualidade em saúde, através da definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Este referencial promove a melhoria contínua da qualidade.

A enfermagem é uma profissão de relação, uma profissão humanista por excelência. O desempenho profissional do enfermeiro está diretamente relacionado com a capacidade de se relacionar com o outro, o que requer o reconhecimento e o controlo das suas emoções (Oliveira, 2019). Não há muito tempo acreditava-se que as emoções prejudicavam o trabalho, sendo uma influência negativa na atividade diária dos enfermeiros, pelo que era ensinado durante a formação inicial aos estudantes que teriam de “conter” as suas emoções. Hoje, o paradigma alterou e as emoções são vistas como sensações presentes nas rotinas de todos os seres humanos. No exercício de enfermagem, o seu controlo é fundamental para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro. É, então, necessário que o enfermeiro saiba como usar as suas emoções face à situação em questão. A educação emocional, ainda que não faça parte dos planos de estudos a nível da formação dos enfermeiros, é um aspeto valorizado na sua formação. Esta tem como finalidade entender melhor a consciência emocional e controlar as emoções, para responder da

melhor forma possível às necessidades que surgem (Bisquerra, 2003; Goleman, 1995, 2000; Steiner, 2000).

A Inteligência Emocional (IE) é, globalmente, vista como um conjunto de capacidades não cognitivas que influenciam a capacidade individual para ter sucesso na vida, sendo descrita como um potencial adaptativo, promotor de bem-estar emocional da pessoa. Esta inteligência em particular, tende a conduzir a atitudes mais positivas, a uma maior adaptação, a melhores relações e a uma melhor orientação para valores positivos (Ribeiro, Maia & Silva, 2019).

Este estudo faz parte de um outro mais alargado, inserido num Projeto da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) que conta com a parceria estabelecida entre a Escola e um hospital no norte de Portugal, que tem como objetivo contribuir para a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes através da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, o modelo SafeCare. Neste contexto, este estudo insere-se na etapa 1 do Modelo SafeCare – diagnóstico de situação, nomeadamente na avaliação do Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) Capacidades de Inteligência Emocional. Considerou-se então relevante verificar as competências emocionais dos enfermeiros num serviço onde irá ser implementado um modelo de supervisão clínica em enfermagem (etapa 1), de modo a contribuir para a identificação das necessidades a serem trabalhadas nas sessões de supervisão com os enfermeiros.

O SafeCare, projeto inovador em Portugal, visa a criação de uma cultura de supervisão de pares, cuja finalidade é trazer subsídios para a segurança e a qualidade da prática clínica dos enfermeiros, através da operacionalização de um modelo de SCE sustentado nas necessidades dos enfermeiros, e focalizado na resposta às exigências do seu exercício profissional. O desenho do projeto envolve quatro etapas: i) Etapa 1 - diagnóstico de situação; ii) Etapa 2 - identificação das necessidades em SC, iii) Etapa 3 - implementação do modelo SafeCare; e, iv) Etapa IV -avaliação dos resultados. Este estudo, insere-se na etapa 1, especificamente no diagnóstico de situação, para o Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) - Capacidades de Inteligência Emocional, avaliado no departamento cirúrgico composto por três unidades de internamento, de um hospital no norte de Portugal.

Para o estudo foram definidos como objetivos:

- Avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros dos 3 serviços cirúrgicos, de um hospital do norte de Portugal;
- Relacionar as capacidades de inteligência emocional com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Identificar as necessidades a nível do IS-SCE capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, por forma a ser trabalhado nas sessões de supervisão clínica.

De modo a dar resposta aos objetivos desta etapa, optou-se por um estudo de natureza quantitativo, descritivo, com recolha de dados através da aplicação de um questionário. A

colheita de dados foi efetuada utilizando o questionário “Escala de Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros”, validado para a população portuguesa por Vilela (2006).

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes. A primeira, corresponde ao enquadramento conceptual, onde se abordam as questões da SCE (conceitos, modelos e estratégias), as capacidades de inteligência Emocional (IE) e a relação entre as duas (SCE e IE). A SCE enquanto estratégia promotora da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; e a IE enquanto um IS-SCE. A segunda parte corresponde ao enquadramento metodológico, onde é exposta a pertinência do estudo, a questão de investigação, os objetivos, o desenho de estudo, a população e amostra, o tratamento dos dados e as questões éticas, assim como a análise e discussão dos resultados, e por fim, a conclusão do estudo, com os pontos mais relevantes e as limitações do mesmo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Desde o início da década de 90 do século passado que o conceito de SCE tem sido discutido por teóricos e profissionais de enfermagem, nomeadamente em países como Reino Unido, norte da Europa, Estados Unidos da América e Canadá. Em Portugal “(...) só mais tarde começou a emergir como um assunto significativo em círculos restritos de reflexão, surgindo intimamente associada ao processo de acompanhamento de práticas, sendo decisivo o contributo de círculos de formação de enfermeiros e dos programas de melhoria da qualidade organizacional” (Garrido, 2004, p. 1).

A SCE tem vindo a assumir um papel preponderante nos discursos sobre o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde quer a nível nacional, quer internacional. Apesar de as suas origens se encontrarem no passado, a temática da SCE é cada vez mais pertinente e atual, estando na sua base a mudança ao nível da educação para uma prática reflexiva (Garrido, Simões & Pires, 2008). Pretende-se que os enfermeiros desenvolvam uma prática crítico-reflexiva e baseada na evidência, aproximando a teoria da prática e promovendo a maior qualidade dos cuidados de enfermagem no sentido de se alcançarem ganhos em saúde. Neste sentido, os enfermeiros com experiência na prática de cuidados, têm sido chamados a participar mais ativamente não só na formação dos futuros profissionais, mas também na colaboração a nível da integração e no acompanhamento de seus pares, através do desenvolvimento de conhecimento e competências (Silva, Pires & Vilela, 2011).

A SC de pares potencia a melhoria dos cuidados, proporcionando aos enfermeiros o desenvolvimento de competências e conhecimentos e, conseqüentemente, a melhoria da prática clínica. A evidência tem vindo a demonstrar que a implementação de processo supervisivos entre pares é promotora do desenvolvimento de competência profissionais, permitindo aos enfermeiros exercer uma prática profissional adequada e crítico-reflexiva, o que conseqüentemente terá repercussões positivas na qualidade dos cuidados de enfermagem (Alves & Pacheco, 2016). Neste sentido, é premente que os enfermeiros reflitam continuamente acerca das suas práticas, procurando o desenvolvimento profissional contínuo.

Face a isto, parece-nos pertinente efetuar a análise das conceções comumente associadas à SCE, nomeadamente: o conceito de SCE, os modelos de SC e as estratégias de SC.

1.1. Conceito de Supervisão Clínica

De acordo com a OE (2018, p.16657), a Supervisão Clínica é definida como:

“um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da 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”.

Existe ainda um corpo limitado de estudos empíricos sobre os efeitos da supervisão clínica em enfermeiros (Cutcliffe, Sloan & Bashow, 2018). Segundo Abreu (2007) os princípios da SCE começaram a surgir desde cedo com Florence Nightingale, contudo, o conceito só começou a introduzir-se na prática dos cuidados dos enfermeiros pela mão de Hildegard Peplau tomando destaque por volta do ano 1943 no âmbito da enfermagem psiquiátrica, altura em que começaram a surgir as primeiras discussões sobre a temática (Abreu, 2007).

Em Portugal, o conceito de SC surgiu mais tarde, por volta da década de 80, essencialmente ligado à área das ciências da educação e da pedagogia (Augusto, 2021). Definindo-se supervisão como 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, 2003, p.18). Este conceito de supervisão clínica apenas considerada na vertente pedagógica, passou a ser integrado noutras áreas nomeadamente na saúde, através do acompanhamento contínuo na prática clínica, passando a falar-se de Supervisão Clínica em Enfermagem (Figueira, 2016).

Efetivamente, em Portugal, a SC ainda não faz parte do quotidiano dos enfermeiros, estando apenas muito dirigida aos estudantes de enfermagem. No entanto a Ordem dos Enfermeiros (OE), publicou em 2010 o Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde destacou a importância dos processos supervisivos como mecanismo de suporte para o desenvolvimento de competências nos enfermeiros na sua prática assistencial, promovendo, desta forma, a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Carvalho, 2017).

Desde 1993, o *Department of Health (DoH)* do *National Health Service (NHS)* tem publicado vários documentos que explanam o conjunto de políticas que têm por base a SCE. Nesses documentos, a SCE é definida como sendo: “(...) 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” (NHS, 2011, p.5).

O conhecimento clínico de enfermagem deriva de questões da prática clínica e de uma busca por respostas, intervenções e avaliações de resultados clínicos de enfermagem. A SCE vem acrescentar a ideia da importância de desenvolver um mecanismo de suporte para a prática clínica, bem como para o desenvolvimento do cuidado de qualidade (Almeida, 2017).

Abreu (2007) acrescenta que a SCE deve ser considerada uma estratégia a utilizar nos processos de promoção e melhoria contínua da qualidade, bem como dos processos de acreditação, tendo em conta os ganhos assistenciais que possibilita. Garrido, Simões e Pires (2008) vão mais além relacionando a SCE com a possibilidade de manter, melhorar e inovar a prática clínica. A SC aplica-se a todas as áreas de enfermagem, constituindo uma resposta às necessidades formativas, relacionando-se com a qualidade dos cuidados, através do desenvolvimento de competências clínicas assistenciais com base na reflexão sistemática, sendo indispensável no desenvolvimento das competências profissionais, melhoria da qualidade e segurança dos cuidados (Cruz, 2018).

Recentemente, a OE (2018) deliberou e aprovou o regulamento da Competência Acrescida e Avançada em Supervisão Clínica (Regulamento nº 366/2018), onde estabelece que o exercício de Enfermagem em SC é determinante para assegurar um suporte efetivo e integral na relação supervisa, garantindo a qualidade no processo de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, para a construção crítico-reflexiva e consolidação da identidade profissional. Esta, constitui-se através do desenvolvimento de competências, como uma componente efetiva e de suporte para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados, visando a obtenção de ganhos em saúde (OE, 2018). No mesmo regulamento, a OE refere ainda que a SC, deve ser reconhecida, validada e certificada, por essa entidade, numa perspectiva integrada e integradora, inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional.

A abrangência e a importância do conceito de SCE, foram reconhecidas, inclusive a nível europeu, onde, enquadrado no projeto *Training Requirements and Nursing Skills for Mobility* (TRaNSforM) que decorreu entre agosto 2010 e julho de 2012, foi criando um conceito de consenso em sete países da União Europeia. Com base no consenso obtido foi elaborada uma “short definition”. Assim:

“Clinical Supervision is a formal, systematic and continuous process of professional support and learning, for practicing nurses, in which nurses are assisted in developing their practice through regular discussion with experienced colleagues and aims to promote autonomous decision-making, valuing the individual’s protection and safe care provision through reflective processes and clinical practice analysis” (Prata et al., 2015).

A SCE é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos, centrando-se em áreas sensíveis dos cuidados, nomeadamente na segurança e qualidade, no desenvolvimento de competências e no suporte aos enfermeiros. É definida como um processo de suporte profissional e de aprendizagem, pelo qual se torna possível o desenvolvimento da prática de cuidados baseada na reflexão, conhecimentos e experiências desta prática. Sendo assim, a SC aplicada à enfermagem destaca-se quando aplicada no campo da segurança dos cuidados e no

desenvolvimento de suporte aos profissionais (Almeida, 2017). A SC também constitui um método impulsionador do desenvolvimento dos profissionais, sendo através desta que se estimula a aprendizagem e o crescimento das suas habilidades pessoais e profissionais. Considera-se que pode conferir suporte para a qualidade dos cuidados, através da estimulação da prática reflexiva, do desenvolvimento das capacidades e conhecimentos, permitindo a autorreflexão (Cruz, 2018).

A SCE assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e a evidência científica aponta benefícios na sua implementação a diferentes níveis, tais como a redução dos níveis de ansiedade e stress nos profissionais, a prevenção do *burnout*, o desenvolvimento de competências, o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. O acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros pelos seus pares tem sido alvo de interesse crescente por parte das organizações e começa a ser uma realidade integrada na política das instituições de saúde (Rocha et al., 2015).

No estudo sobre “A transversalidade da implementação da SCE” (Ferro et al., 2019), onde através de uma revisão sistemática da literatura, se percebeu que na implementação da SCE, é fundamental a formação do supervisor e as respetivas competências. Um outro resultado ainda, refere a necessidade de desenvolver sessões de SC em grupo, para exposição de dúvidas, trocas de experiências e discussão de casos clínicos, sendo este resultado coincidente com muitas das estratégias de supervisão referidas na literatura. Esse estudo revela que independentemente da área, a implementação da SCE, nos vários âmbitos da prática e formação, promove o desenvolvimento da qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem e nas competências da equipa.

No mesmo encontro, um outro estudo sobre “Supervisão Clínica: conceitos, modelos e teorias - Prática Refletida como essência da supervisão clínica” (Pina & Veiga-Branco, 2019, p.171), conclui que:

“A pertinência da SCE, cada vez mais discutida em contexto académico-científico de enfermagem, é percecionada como um instrumento de reconhecimento e validação profissional. Assume-se como uma estratégia potenciadora e dinamizadora da excelência de cuidados ao permitir uma (re)estruturação dos processos de supervisão (paradigma da supervisão), com a finalidade da qualidade formativa e da segurança dos cuidados prestados”.

A SCE é perspectivada, na atualidade, como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional. A implementação de processos supervisivos permite atender às necessidades dos enfermeiros, tornando-os aptos para o exercício profissional, contribui para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de aperfeiçoamento da tomada de decisão clínica e conceção de cuidados seguros e de qualidade (Carvalho, 2016).

Da revisão efetuada percebe-se que a SCE se apresenta como uma estratégia útil que contribui para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, para a promoção do seu pensamento crítico

reflexivo, favorece a qualidade e a segurança dos cuidados, aumenta a satisfação profissional e reduz os níveis de stress e ansiedade.

1.2. Modelos de Supervisão Clínica

Um modelo é uma estrutura concetual, situada entre a explicação teórica e os dados empíricos, reconhecido como um instrumento de grande utilidade na investigação científica distinguindo-se pelo enfoque que releva e pelas funções que desempenha. Um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação (Abreu, 2007, p.190).

O quadro concetual que orienta o processo supervisivo poderá ser denominado de um modelo de supervisão (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Os primeiros modelos de SC surgiram no final dos anos 60 e tinham como referência o modelo psicossocial e relacional de Carl Rogers. Estes modelos centravam-se no desenvolvimento e nos papéis sociais do supervisionado que, segundo a perspectiva de Alarcão e Tavares (2003) assentam numa relação recíproca, assimétrica e helicoidal entre supervisor e supervisionado. Um modelo de SCE tem de atingir e fazer atingir os objetivos a que se propõe, tendo três funções fundamentais: proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica, fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, e por último, promover cuidados de enfermagem de qualidade (Borges, 2013).

A diversidade dos modelos existentes reflete as diferentes perspetivas teóricas do conceito de SC, no entanto é possível agrupá-los por categorias em função das características globais de cada um. Os modelos de SC existentes possuem várias características permitindo constituir cinco grupos, tendo em conta a perspetiva teórica central que sustenta cada modelo: modelos centrados no desenvolvimento humano; modelos centrados nas funções da SC; modelos centrados nas relações supervisivas; modelos centrados nos cuidados ao cliente e modelos centrados no contexto de cuidados (Augusto, 2021).

No que se refere aos modelos centrados no desenvolvimento, como por exemplo o de Faugier (1992), realçam a importância do supervisor enquanto promotor e facilitador do crescimento pessoal e profissional do supervisionado, promovendo o suporte essencial para o exercício de uma prática de excelência (Pinto, 2013).

Os modelos centrados nas funções de SC, tais como o de Proctor (1986) e o de Paunonen (1999), assentam na organização das funções da supervisão (formativa, restaurativa e normativa) e fornecem orientação no que se refere aos focos e à organização do processo de supervisão. Para Rocha (2013) estes modelos não se consideram como úteis no início do processo de supervisão, tendo em conta a insegurança inicial dos supervisados, contudo são modelos aplicáveis a todas as áreas de supervisão.

Relativamente aos modelos centrados na relação supervisiva como o de Heron (1990), o de Farrington (1995), o de Cutcliffe e Epling (1997) e o de Severinsson (1995, 2001), assentam na natureza da relação supervisiva; ou seja, na relação interpessoal entre um “prescritor” (supervisor) e um “cliente” (supervisado) (Lamas, 2012). O modelo defendido por Heron foca-se nas relações de supervisão que se podem estabelecer e nos seus diferentes estilos. O seis estilos de intervenção, para o autor assumem igual valor e podem ser classificados em dois estilos mais amplos, o estilo autoritário e o estilo facilitador (Augusto, 2021). O modelo de Severinsson (2001), evidencia a relação supervisiva baseada no diálogo reflexivo e estruturado nos seguintes pressupostos: confirmação, dar significado e *self-awareness*. Segundo Borges (2013), este é um modelo importante para confirmar saberes, oferecer apoio, conferir significados e favorecer a consciencialização de si, dos outros e do contexto.

Por último, os modelos centrados nos cuidados ao cliente foram desenvolvidos de forma mais visível por Ekstein e Wallerstein (1972) e por Hawkins e Shohet (1989). O modelo desenvolvido por estes dois últimos autores caracteriza-se pela flexibilidade, sendo composto por dois sistemas interligados: sistema terapêutico (supervisado/cliente) e sistema de supervisão (supervisado/supervisor). Neste sentido, este modelo é considerado flexível, uma vez que prevê que possam ocorrer diversas modalidades de SC, durante o processo de supervisão (Rocha, 2013).

Os modelos centrados no contexto dos cuidados foram concebidos por Cruz (2012), Carvalho e Barroso (2019). Para esses autores, o modelo de supervisão deve ser flexível e adaptado ao contexto, pois só assim obtêm sucesso e permitem o crescimento do supervisor e do supervisado. A dinâmica da organização, assim como as características do contexto onde está inserido, são os aspetos centrais do modelo, mas também, a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes e a satisfação profissional (Augusto, 2021).

O modelo de Proctor, inicialmente desenvolvido em 1986, mas com reformulação em 1991 e 2000, é o mais usado nos estudos na área da enfermagem, por ter maior relevância para a qualidade dos cuidados, tendo sido aplicado em vários estudos desenvolvidos em diferentes contextos da prática clínica (Sloan & Watson, 2002). Como já foi referido o modelo de Proctor insere-se nos modelos centrado nas funções da SC. O modelo de Proctor é um modelo interativo e flexível sustentado em três funções supervisivas, que podem ser utilizadas isoladamente ou em simultâneo. Este modelo, permite ao supervisor focalizar a sua atenção para apenas uma ou todas as suas funções, dependendo das necessidades do supervisado, sendo esta uma das características que o torna muito utilizado no contexto da prática de cuidados. Assim, neste modelo, o autor

refere que as três funções envolvidas no exercício da SC, a nível dos processos e resultados, são a formativa, a restaurativa e normativa.

A função formativa ou educacional, está focalizada no desenvolvimento e enriquecimento de conhecimentos e competências pessoais e profissionais; o supervisor desenvolve as suas competências e habilidades, procurando compreender a prática clínica através de processos de reflexão.

A função normativa, diretiva ou administrativa refere-se ao controlo da qualidade dos contextos de trabalho, promovendo o cumprimento de protocolos e procedimentos, fatores importantes nas auditorias clínicas; refere-se à responsabilidade e à satisfação profissional, em que se incluem as ações destinadas ao incremento da segurança, qualidade e gestão.

A função restaurativa ou de suporte promove a compreensão e a gestão do stress emocional inerente à prática de cuidados; está direcionada às respostas emocionais e ao suporte necessário às funções e responsabilidades mediante as exigências do contexto. Diz respeito às atividades relacionadas com o suporte emocional e educativo que a SC garante (Augusto, 2021)

Atendendo à grande variedade de propostas conceptuais, não se pode assumir que determinado modelo é melhor em detrimento de outro, ou até mesmo se pode falar da existência de um modelo ideal. Assim, a implementação de um modelo de SCE exige dos intervenientes a capacidade de selecionar o modelo que vá ao encontro das características e das necessidades supervisivas previamente identificadas em cada contexto organizacional (Garrido, Simões & Pires, 2008).

A operacionalização de um modelo de SCE, sustentado no contexto onde se vai desenvolver, ou seja, focado nas necessidades dos enfermeiros, é uma forma concreta de desenvolver a prática profissional e o conhecimento, permitindo que os enfermeiros aprendam uns com os outros, prestem apoio mútuo, bem como a moderação entre preocupações e ansiedades relativas às funções que exercem (Carvalho, 2017). Embora a literatura aponte para a existência de vários modelos que podem sustentar a implementação da SCE, defende-se a importância de desenvolver um modelo que seja contextualizado. Neste modelo, o processo de implementação da supervisão clínica em enfermagem deverá ser formalizado junto de toda a estrutura do serviço e da instituição, assegurando a participação e envolvimento de todos.

O Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) desenvolvido num estudo efetuado por Cruz (2012), é um exemplo que mostra a utilização de um modelo de SCE num contexto de ação. A versão inicial de MSCEC foi criada pela autora como resultado do seu estudo de doutoramento intitulado “Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso”. Partindo dos resultados do estudo de Cruz (2012), um grupo de onze investigadores, iniciaram a implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q que mais tarde sofreu alterações e evoluiu para o atual Projeto SafeCare (Carvalho et al., 2019).

O modelo desenvolvido por Cruz (2012) mostrou, ser um modelo eficaz quer pelas vantagens para o contexto de cuidados a nível da qualidade e da segurança de cuidados quer pela avaliação positiva efetuada pelos participantes. A avaliação feita do modelo permitiu reiterar a convicção da sua utilidade prática, a sua aceitação generalizada e a sua transferibilidade para outros contextos na área da saúde. Após a implementação do modelo foi visível a melhoria conseguida a nível da conceção de cuidados de enfermagem no contexto em estudo.

O Projeto SafeCare, no qual se integra este estudo, engloba o modelo Safecare, que foi sofrendo alterações no âmbito nos seus eixos estruturantes, etapas e pressupostos. O Modelo SafeCare apresenta como vantagem a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática, uma vez que tem como foco central as necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros do contexto em estudo. O Modelo tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados através da implementação de processos de supervisão clínica. A intenção de implementação do modelo é desenvolver, nos enfermeiros, um conjunto de competências que lhes permitam ter um exercício profissional de excelência, através da identificação de áreas de intervenção (Carvalho & Barroso, 2019). Na versão original proposta por Cruz (2012) o modelo envolvia três eixos estruturantes: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. Atualmente, o modelo assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão (Carvalho & Barroso, 2019).

O contexto é um conjunto de elementos que envolve algo ou alguém e que engloba as circunstâncias à volta de um acontecimento ou de uma situação, de modo a ligar as partes num todo. Na prática de cuidados, o contexto assume especial relevo devido à sua influência nos restantes eixos do modelo (cuidados de enfermagem, exercício profissional e supervisão), facto que o coloca num lugar central cujo conjunto de interações medeia os restantes eixos.

Os cuidados de enfermagem englobam a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos. Como contexto de atuação multiprofissional, os cuidados de enfermagem englobam intervenções autónomas e interdependentes, baseadas em informação sustentada na melhor evidência científica e no respeito pelos princípios humanistas e valores da profissão, previstos no código deontológico.

O aparecimento do conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida. O desenvolvimento profissional implica um processo reflexivo e contínuo que envolve as necessidades pessoais dos enfermeiros e que pressupõe uma aprendizagem ao longo de toda a carreira, em contextos diversificados, em que o enfermeiro assume um papel fundamental, sendo as suas potencialidades desenvolvidas.

No que se refere à supervisão, o modelo adota o conceito proposto pela OE (2010) no Modelo de Desenvolvimento Profissional. A supervisão é, assim, definida como um “processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor clínico e um ou mais supervisionado, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas” (Regulamento nº366/2018).

O Modelo SafeCare tem como objetivo dar resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. Constitui um contributo para o conhecimento da disciplina, particularmente no que se refere à identificação e clarificação dos seus eixos: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão; e as relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam nos vários eixos, possibilitando, assim, a retroalimentação do próprio modelo, o que permite que este não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios que a ela se colocam.

O modelo original proposto por Cruz (2012) continha apenas três fases, o Modelo atual está organizado tendo em conta quatro etapas: Diagnóstico da Situação; Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica; Implementação do Modelo SafeCare e Avaliação dos Resultados.

O diagnóstico da situação é a etapa inicial do modelo, e é onde são identificados os IS-SCE. Na etapa 2, o principal objetivo é a identificação das necessidades em supervisão clínica sentidas pelos enfermeiros, tornando-se um complemento da etapa anterior. Nesta etapa são identificadas outras necessidades em SC para além das previamente identificadas ao diagnóstico de situação.

Após serem identificadas as necessidades dos enfermeiros, quer a nível dos IS-SCE, quer a nível de outros aspetos ou indicadores, passa-se à fase de implementação do Modelo SafeCare. Esta etapa pretende, desenvolver nos enfermeiros as competências que por eles são identificadas como deficitárias, através da implementação de um processo de supervisão clínica promotor da reflexão sobre as práticas, adotando uma filosofia de melhoria contínua da qualidade. Nesta etapa são realizadas sessões de supervisão clínica em grupo, pelo que existirão equipas compostas por um supervisor clínico e vários supervisados.

Na etapa 4, é feita a reavaliação dos resultados, ou seja, a reavaliação dos IS-SCE utilizados no diagnóstico da situação (etapa 1) e seguindo os mesmos procedimentos. O grande objetivo é avaliar a eficácia da implementação do Modelo SafeCare através dos indicadores de SC previamente identificados. Esta etapa pode ainda ser complementada com entrevistas ou *focus group* aos vários intervenientes (supervisores clínicos, supervisados e gestores das unidades).

No que se refere aos modelos de SC, as alternativas são variadas, contudo, Garrido (2004) refere um aspeto central relativamente a este aspeto, isto é, devem ser os diversos atores do processo supervisivo que deverão acordar o modelo de supervisão que melhor responda às suas necessidades. A chave para uma supervisão eficaz está em compreender a diversidade de estilos de aprendizagem ou comportamentos existentes e ser capaz de os ter em conta ao planear as estratégias de ensino e de aprendizagem (França, 2013).

1.3. Estratégias de Supervisão Clínica

Não há uma estratégia única e válida para todos os casos, podemos falar em diferentes estratégias a utilizar em diversas combinações tendo em conta os intervenientes, os objetivos que se pretendem alcançar e os condicionalismos e recursos disponíveis. Para que o processo supervisivo seja eficaz, é necessário estabelecer um clima de aprendizagem que favoreça o bem-estar, a autoestima e a motivação com o intuito de, tanto o supervisor como o supervisionado, estarem envolvidos e focados no processo. Assim, torna-se imprescindível a utilização de estratégias de supervisão centradas no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também na relação entre supervisor e supervisionado. No que respeita a esta interação, criada entre supervisor clínico e supervisionado, esta deve desenvolver-se num ambiente de confiança e de interajuda afetiva e cognitivamente estimulante, para conduzir à progressão dos intervenientes (Alarcão, 2001; Carvalho, 2004; Gomes et al, 2005).

A estratégia supervisiva constitui assim uma componente estruturante do processo que, através do planeamento de ações se escolhem, organizam e gerem as atividades supervisivas potenciadoras do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes. De facto, o supervisor clínico deverá selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequam à personalidade e características do supervisionado não devendo, por isso, existir uma única estratégia a ser adotado para todos os supervisionados. Neste sentido, tendo em conta o estabelecimento de uma relação favorável à aprendizagem e aos objetivos que se pretendem alcançar, devem ser usadas várias estratégias que em conjunto com o comportamento, atitudes e as expectativas do supervisionado, são determinantes para o sucesso ou insucesso do processo supervisivo (Rocha, 2013). Para Pinto (2013), é também imprescindível a utilização de estratégias de supervisão centradas no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também na viabilização de suporte adequado ao supervisionado.

No estudo de Pina e Veiga-Branco (2019), obteve-se como resultado a importância de trabalhar na possibilidade de aplicação de diferentes estratégias em diferentes combinações possíveis, considerando as características dos intervenientes no processo de supervisão, assim como os objetivos a atingir e ainda a presença eventual de fatores condicionantes e os recursos inerentes à situação em questão.

Carvalho (2016), no seu estudo sobre “A SC no processo de integração de enfermeiros” (p. 61), refere que na *“opinião dos participantes deste estudo, as estratégias de supervisão são ainda importantes, na medida em que contribuem para a melhoria dos cuidados prestado...”*.

De seguida enumeramos várias estratégias de SC, salientando que o seu uso deverá ser sempre adaptado ao contexto da prática e às características individuais de cada supervisionado.

Observação

Os processos de supervisão devem assentar em metodologias de observação das práticas e atitudes do supervisionado, através de um processo estruturado de observação, pelo que quando o supervisor assume o papel de observador, deverá reter informações, estabelecer critérios, dar opinião e providenciar *feedback* adequado e essencial para a otimização das competências, da comunicação e dos processos de auto e hetero conhecimento do supervisionado (Fonseca, 2006). A observação permite verificar a progressão do desempenho ao mesmo tempo que oferece ao supervisor a possibilidade de fazer um registo pormenorizado sobre os aspetos que considera mais relevantes trabalhar com o supervisionado (Simões, 2004). Esta estratégia pode ser dividida em três abordagens: naturalista, ocasional e sistemática.

Demonstração

A demonstração é um processo através do qual o supervisor clínico, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado como executar ou abordar uma determinada situação, pelo que esta estratégia se torna fulcral para o desenvolvimento da prática e dos saberes na ação (Carvalho, 2003). Nesta estratégia, a atuação do supervisor passa por identificar e lacunas, demonstrando e explicando os aspetos que requerem aperfeiçoamento por parte do supervisionado (Rothgeb, 2008). Esta estratégia deve ser acompanhada de reflexão, podendo surgir sempre que o supervisor clínico ou o supervisionado sintam necessidade, ou seja, quando se verifique dificuldade na mobilização ou transposição dos conhecimentos para a realização de uma determinada atividade. Nesta situação, o supervisor clínico vai executando a atividade e comentando a mesma, levando o supervisionado a refletir sobre o sentido da ação, permitindo-lhe construir a sua própria maneira de “fazer”, de imprimir um cunho pessoal à sua prática clínica (Rua, 2011). Alarcão (1996, p.20) refere que a demonstração não deve ser entendida como um simples processo de imitação por parte do supervisionado, mas sim, um método em que “*o formador demonstra, descreve o que demonstra, reflete sobre o que faz e o que descreve*”.

No estudo de Carvalho (2016), a demonstração é referida, pela maioria dos participantes, como uma estratégia de supervisão muito positiva e facilitadora. No estudo de Rocha (2013), a demonstração é uma das estratégias que os enfermeiros consideram ser mais aplicadas nos serviços de saúde, e que desejam que seja mais frequentemente implementada.

Apoio

Na diferente literatura é evidenciado a oscilação de emoções causada pela profissão enfermagem, da qual resultam níveis de ansiedade e até mesmo depressão sendo, por isso, destacada a importância atribuída ao papel do enfermeiro supervisor no apoio ao supervisionado no âmbito das emoções e comportamentos (Circenis & Millere, 2012). O apoio é uma estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, reduzir o *stress*, prevenir o *burnout* e aumentar a sua satisfação pessoal.

O apoio, como estratégia de SCE tem de ter sempre por base um ambiente de escuta e suporte. Assim, torna-se preponderante o papel restaurativo desempenhado pela SCE, através da oportunidade que fornece aos supervisionados de refletir e explorar os seus dilemas, dificuldades e sucessos, mas também a otimização da compreensão e da resolução dos problemas, salvaguardando a qualidade da sua prática e potenciando o seu desenvolvimento (Cutcliffe *et al.*, 1998, cit. por Rocha, 2013). O apoio torna-se num elemento decisivo para a satisfação e desenvolvimento profissional do enfermeiro, permitindo que este tenha uma evolução saudável, minimizando o sofrimento face às complexidades e dilemas profissionais e com índices de confiança e suporte adequados (Pinto, 2013).

No estudo de Rocha (2013), das estratégias que os enfermeiros gostariam que fossem mais frequentemente implementadas, o apoio surge na terceira posição do ranking; dado congruente, já com o estudo de Buttenworth e Bishop (1995), em que um dos oito fatores identificados como cruciais para o desempenho de uma prática ideal é o apoio. Também Carvalho (2016), na análise do discurso dos entrevistados, é possível depreender que o apoio é referido na vertente de suporte pessoal e profissional, isto é, há acompanhamento da prática clínica no sentido de o supervisionado ter alguém de referência a quem recorrer.

Feedback

O *feedback* é um processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho, é considerado como um dos aspetos mais relevantes para uma efetiva formação em contexto clínico. Assim, o *feedback* é a informação que se dá ao supervisionado sobre o seu desempenho quando realiza uma determinada atividade ou situação, no sentido de conduzir a um processo de consciencialização sobre a aprendizagem com vista à mudança ou reajuste da prática (Collins, 2004); ou seja, se partirmos da ideia de que a competência se desenvolve na ação e de que sem retroação não há modificação de um estado, o *feedback* constitui-se como um pilar básico no desenvolvimento do supervisionado (Ping, 2008).

O feedback potencia a melhoria da comunicação entre supervisores e supervisionados e contribui para a clarificação desses papéis (Carvalho, 2016). Se falarmos no contexto da SCE, e uma vez que um dos objetivos passa exatamente por reforçar a reflexão sobre as práticas, o *feedback* vai influenciar positivamente o desenvolvimento profissional, uma vez que a sua falta ou omissão pode conduzir à incerteza, à insegurança e até a um certo distanciamento do profissional em

relação aos objetivos que propôs para si, conduzindo-o a um sentimento de “falsa confiança” (Pinto, 2013). Por outro lado, se o *feedback* for fornecido de forma atempada e for ao encontro das expectativas do supervisionado vai permitir uma crescente autonomização e autopercepção tornando-se, assim, um contributo decisivo para o desenvolvimento das suas competências de autoavaliação (Ende, 1983).

Para se tornar efetivo, o *feedback* deverá ter dois pilares de suporte; por um lado, o supervisor deve responsabilizar-se por fornecer de forma clara e objetiva, auxiliando assim o supervisionado a desenvolver as suas competências e habilidades (Sealy, 2006). Por outro lado, os supervisionados devem estar preparados para receber *feedback* construtivo e dispostos a aprender, a fazer alterações e a tomar decisões que melhorem a sua prática profissional. O que se pretende com o processo de “dar *feedback*” é proporcionar ganhos ao nível do desenvolvimento da prática reflexiva, essencial na construção da identidade do enfermeiro. Assim, o *feedback* deve ser um componente do processo de supervisão, e a sua implementação deve ser conduzida no sentido do crescimento pessoal e profissional, devendo os supervisores serem encorajados à sua prática, introduzindo esta estratégia nos contextos da SCE (Pinto, 2013).

Relatório reflexivo

O relatório reflexivo assume-se como uma estratégia didática de promoção de reflexão, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. No que concerne à sua conceção e função, Sá-Chaves (2011) refere que se trata de um relatório escrito de carácter narrativo ou descritivo, que pretende fomentar os mecanismos de reflexão, autoanálise e autoconsciencialização do supervisionado; ou seja, esta estratégia visa descrever factos, com alguma reflexão sobre a ação, com o intuito de desencadear momentos de partilha e gestão de angústias, dificuldades e sucessos (Fonseca, 2006).

O relatório reflexivo destaca-se como sendo uma estratégia essencial para a articulação dos pensamentos e emoções do supervisionado (Rocha, 2013). No entanto, no processo de supervisão de pares esta não é uma estratégia preferencial, uma vez que o contacto pessoal entre pares ultrapassa a forma escrita de reflexão. Contudo, considera-se que pode ser uma estratégia útil quando utilizada sob a forma de reflexão através de relato oral, por exemplo um momento reflexivo numa conversa ou reunião.

Análise crítico-reflexiva das práticas

A análise crítico-reflexiva das práticas é uma componente crucial da SC, constituindo uma estratégia essencial que contribui para o desenvolvimento de competências e para o próprio desenvolvimentos pessoal e profissional (Garrido & Simões, 2007). Com vista à promoção da qualidade dos cuidados, os enfermeiros devem refletir e pensar criticamente sobre as suas ações.

Nesta linha de pensamento é importante referir os trabalhos desenvolvidos por Donald Schön (2000), quando o autor afirma a importância de uma prática reflexiva baseada no conhecimento na ação e em três tipos de reflexão, são elas: a reflexão sobre a ação, a reflexão na ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. O autor, por sua vez, fundamenta-se na teoria de investigação de John Dewey que defende a perspectiva do aprender fazendo. O conhecimento na ação está vinculado ao saber/fazer, ele surge na ação, ou seja, é um conhecimento tácito, a reflexão é baseada nas experiências vividas pelo indivíduo. Já a reflexão na ação é o ato de refletir durante a ação, e a reflexão sobre a reflexão na ação traduz-se como o ato de rever o que se fez e procurar compreender como o ato da ação contribuiu para se alcançar um conhecimento inesperado.

O pensamento crítico-reflexivo é entendido como a chave para a resolução de problemas. Na aplicação desta estratégia o supervisor clínico deverá promover a autonomia progressiva do supervisionado, questionando-o sobre a sua prática, ajudando-o também a desenvolver capacidades de se questionar sobre a mesma (Rocha, 2013). Com o uso desta estratégia, o supervisionado vai adquirindo maior segurança na sua autonomia fazendo com que seja capaz de pensar e criticar a enfermagem que pratica, de forma a tomar as decisões mais conscientes, fundamentadas e acertadas e, assim, poder prestar cuidados de maior qualidade aos clientes.

De facto, a análise crítico-reflexiva das práticas é uma estratégia formativa essencial, pois contribui para o desenvolvimento das capacidades formativas e para o próprio desenvolvimento pessoal e profissional (Carvalho, 2016). Face a isto, no âmbito da SCE, é essencial o desenvolvimento das habilidades crítico-reflexivas promotoras de um cuidar mais consciente baseadas na melhor evidência científica.

Análise de documentação dos cuidados de enfermagem

A análise de documentação dos cuidados de enfermagem constitui uma estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado a conceção de cuidados. Esta estratégia permite refletir e repensar a forma como se concebem os cuidados. Sendo uma atividade preponderante para a melhoria da prática clínica quando efetuada de forma rigorosa e consistente, constitui uma importante fonte de análise e reflexão, pois é ela que possibilita a identificação das necessidades de formação e investimento por parte do supervisionado (Pinto, 2013; Rocha, 2013).

A documentação dos cuidados de enfermagem envolve uma responsabilidade ética e profissional por parte do enfermeiro e reveste-se de uma importância fulcral, na medida em que pode, no caso de se revelar escassa ou inadequada, comprometer os cuidados de enfermagem ao cliente, a instituição de saúde e o próprio profissional (Setz & Innocenzo, 2009).

Entende-se que a SCE, pela importância que detém na promoção da qualidade dos cuidados, deve proporcionar especial atenção à análise de documentação dos cuidados de enfermagem, com

vista á obtenção de dados essenciais para que supervisor e supervisionado possam analisar, discutir e refletir, sobre a adequação dos cuidados e a forma como os mesmos são registados, ajudando não só na identificação de áreas com necessidade de investimento em termos de potencial formativo, mas também na forma como essa documentação dos cuidados de enfermagem se pode traduzir em indicadores de um melhor desempenho profissional (Pinto, 2013).

De salientar que a análise da documentação não deve ser entendida como forma de avaliar o desempenho, mas sim como uma estratégia potenciadora do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Análise de casos

A análise de casos entre supervisor e supervisionado é uma estratégia potenciadora do saber contextualizado através da qual se promove a análise refletida, discussão, partilha de ideias e opiniões em relação aos casos da prática clínica que permite a desconstrução e reconstrução do conhecimento. Com esta análise e partilha pretende-se também desenvolver o conhecimento teórico, facto essencial no desenvolvimento do pensamento crítico face aos problemas clínicos, cujo grau de complexidade e envolvimento sociocultural exige uma análise profunda e detalhada (Simões, 2004). Com a utilização desta estratégia, o supervisor clínico ajuda o supervisionado a estruturar os seus conhecimentos, estabelecendo conexões entre factos, de forma a equacionar problemas e a estimular a sua capacidade de extrapolação na resolução situações similares, isto é, deve orientá-lo no sentido de aprender com a experiência (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004). A reflexão, discussão e partilha de experiências, promove o desenvolvimento de competências e habilidades e, como consequência, dos próprios processos de SCE (Paton & Binding, 2009). Salienta-se que este tipo de atividades pode modificar comportamentos, fomentando a aprendizagem através da experiência.

A análise de casos favorece a aprendizagem significativa. Esta refere-se à aprendizagem efetuada através de experiências clínicas que possuam importância ou significado para o supervisionado. Neste sentido, o supervisor, tendo como ponto de partida os conhecimentos e as experiências do supervisionado, coopera, negocia e colabora no sentido de permitir gerar novos conhecimentos (Valadares & Moreira, 2009).

Formação contínua

A formação contínua é entendida como uma estratégia formativa que concorre para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, essencial para a atualização de conhecimentos e práticas, uma vez que é perspectivada como algo que deve acompanhar o profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional (Rocha, 2013). Os entrevistados no estudo de Carvalho

(2016) mencionaram a Formação Contínua como uma estratégia de supervisão crucial para aumentar os seus conhecimentos, promover o seu desenvolvimento e evolução face à profissão. A formação contínua tornar-se essencial na promoção de uma nova mentalidade, que deve ser centrada na educação permanente, possibilitando a todos os profissionais um desenvolvimento contínuo, de forma a superarem dificuldades com empenho, participação e criatividade, viabilizando, assim, a permanente melhoria dos serviços de saúde e dos próprios profissionais envolvidos (Pisco, 2000).

No âmbito da SCE, importa fornecer aos enfermeiros as ferramentas essenciais e as oportunidades necessárias para que estes se tornem mais ativos na escolha dos papéis desempenhados nos processos de formação. Este tipo de formação deve ser ao mesmo tempo criativa e reflexiva, de forma a fomentar o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, aumentando as suas aptidões na prática clínica (Guerra, 2008). Podemos referir como momentos importantes de formação contínua, em contexto real do local de trabalho, as passagens de turno, as reuniões de serviço e até mesmo as formações com carácter mais formal no serviço, momentos de discussão e reflexão por excelência, que potenciam o desenvolvimento profissional e pessoal. Acrescenta-se ainda a estes exemplos, a incrementação dos programas de acreditação da qualidade, que igualmente contribuem para o desenvolvimento da formação contínua (Pinto, 2013).

Supervisão à distância

No contexto mundial da era da tecnologia, em que cada vez mais as novas ferramentas de comunicação são indispensáveis, emerge a necessidade de adaptar as estratégias e a formação a essas novas tecnologias, no sentido de colmatar e diminuir a distância física e facilitar a interatividade entre os atores implicados no processo de supervisão (Pinto, 2013). Uma vez que na literatura não existem muitos estudos no âmbito da SCE sobre esta temática, sugerir a supervisão à distância em detrimento da supervisão presencial poderia parecer um pouco precoce, uma vez que eixos centrais do processo de comunicação entre supervisor e supervisionado, como por exemplo a linguagem não verbal, ficariam ocultos. No entanto, uma nova realidade mundial, face a um contexto de pandemia, transformou os meios de comunicação/supervisão à distância se transformassem em “armas poderosas” de acompanhamento superviso. Já no estudo de Rocha, Santos e Pires (2016), o resultado obtido pelos participantes era o desejo de que as estratégias de supervisão à distância fossem mais frequentemente implementadas; o desenvolvimento tecnológico em rede tem impulsionado novos paradigmas no âmbito dos quais surgem novos modelos, processos de comunicação educacional e cenários de aprendizagem. A educação aberta e em rede caracteriza-se pela utilização de plataformas, de interfaces online, de recursos educacionais abertos ou redes sociais. Tornar-se então, necessário fomentar práticas pedagógicas ativas e construtivistas (e.g. supervisão à distância) que sustentem um conhecimento partilhado e uma aprendizagem colaborativas (Henriques et al., 2017).

Sessões de supervisão

As sessões de supervisão surgem como uma parte estruturante e fundamental de qualquer programa de SCE, pelo que deve ser disponibilizado tempo e recursos para supervisores e supervisados. Estas sessões surgem como espaços de partilha de experiências onde os supervisados são encorajados a utilizarem os processos de reflexão sobre a prática, e a discussão que daí advém torna-se uma ferramenta fundamental para a concretização do juízo clínico. As sessões de supervisão, individuais ou em grupo, devem ser agendadas e preparadas com antecedência pelo supervisor. Elas devem surgir como um espaço e tempo de partilha e discussão de experiências relacionados com a prática de cuidados. O seu objetivo é proporcionar nos supervisados uma sensação de bem-estar e a promoção dos desenvolvimentos pessoal e profissional (White et al., 1998). As sessões de supervisão individuais surgem como uma estratégia estruturada e ativa, apresentando ganhos ao nível do desenvolvimento de competências e das necessidades de aprendizagem do supervisado. Elas visam a reflexão, a discussão e a análise da prática, oferecem ao supervisado a possibilidade de “discutir” em ambiente privado as suas dificuldades, medos e sentimentos que decorrem das situações vividas na prática (Rocha, 2013).

As sessões de supervisão em grupo, promovem a interação entre os vários elementos do grupo (supervisados e supervisores), permitem a reflexão em grupo, a partilha de experiências e a aproximação entre os intervenientes, a discussão de casos ou incidentes clínicos, o desenvolvimento de competências de comunicação e, acima de tudo, promovem e potenciam a aprendizagem individual de cada elemento, a satisfação profissional e as relações de trabalho (Pinto, 2013). Essas sessões proporcionam a oportunidade para os pares se apoiarem, através da interação entre colegas, no desenvolvimento profissional.

Autosupervisão

A autosupervisão é definida como uma estratégia através do qual se pretende o desenvolvimento da capacidade de introspeção metacognitiva e dos mecanismos de autoanálise e autorreflexão essenciais ao desenvolvimento de uma crescente autonomia por parte do supervisado em relação ao seu processo de formação. Permite ao supervisado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas, aumentando a autoestima (Rocha, 2013). Esta estratégia pressupõe que o supervisado seja capaz de identificar e analisar as suas dificuldades, incertezas, erros e “zonas de não saber” revendo de forma sistemática a sua atuação, utilizar técnicas de autoavaliação, orientar e planejar a sua própria formação, aprender com a experiência, equacionar problemas e questionar situações (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004); ou seja, a autosupervisão é considerada como uma atividade essencial para o supervisado tomar conhecimento sobre si próprio e refletir sobre

as suas intervenções, podendo esta análise ser um fator promotor do desenvolvimento das suas práticas (Lezón, 2009).

Nesta estratégia, o supervisor é responsável por informar e treinar com o supervisionado as competências de reflexão, análise, autoavaliação, questionamento, reconstrução de pensamento, de forma a dotá-lo de conhecimentos para poder executar esta estratégia de forma autónoma (Pinto, 2013). Nos estudos realizados por Pinto (2013) e Rocha (2017), a autosupervisão foi considerada uma estratégia fundamental para os supervisionados. Na medida em que estes refletem sobre a prestação de cuidados e aprendem com as suas expectativas.

De acordo com a literatura, são várias as estratégias de SC, que devem servir de apoio às práticas supervisionadas. No entanto, cabe ao supervisor selecionar aquela(s) que considera mais pertinente e adequada(s), tendo em conta a personalidade e características do supervisionado, assim como o contexto em que se insere o processo supervisionado.

2. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A IE constitui um constructo psicológico recente, sendo um dos aspetos da inteligência mais discutidos na atualidade. Ela reflete, sobretudo, o estudo das interações entre emoção e inteligência, que nos permite inferir a complexidade do campo conceitual, bem como as dificuldades metodológicas daí decorrentes. Apesar de ser um campo de investigação ainda novo, a IE traz consigo a proposta de ampliar o conceito do que é aceite como tradicionalmente inteligente, incluindo nos domínios da inteligência aspetos relacionados ao mundo das emoções e sentimentos (Rocha, 2021).

As conceções atuais sobre inteligência constituem o produto do pensamento, trabalho e investigações de centenas de investigadores, que ao longo da história, definiram o que é ser inteligente. Assim como atualmente é possível perceber evoluções no pensamento em muitas áreas, também tem sido levantada a necessidade de se repensar o que se entende por inteligência e por comportamento inteligente. A verificação das relações entre cognição e emoção poderia resultar no reconhecimento da capacidade de o homem lidar com o seu mundo emocional de forma inteligente, compatível com seus objetivos mais amplos de vida (Hutz, 2008).

Neste capítulo dedicado à IE, parece pertinente efetuar a análise das conceções sobre o conceito e sua evolução ao longo do tempo. Também se abordam as capacidades de IE defendidas por Daniel Goleman (1995), pai da IE. Por fim, faz-se referência aos contributos da SC na otimização das capacidades de IE.

2.1. Conceito de Inteligência Emocional

Pode afirmar-se que a IE é um conceito presente dentro da psicologia que identifica como um indivíduo emocionalmente inteligente aquele que possui a capacidade de controlar impulsos e canalizar as emoções para as utilizar em situações mais desafiantes; entre outras qualidades permite enfrentar situações com clareza, de modo a manter o equilíbrio face a situações desfavoráveis (Ferreira & Leitão, 2017).

A importância conferida ao desenvolvimento da IE na atualidade iniciou-se na década de 30, quando o psicometrista Robert L. Thorndike, da Universidade de Columbia, empregou o termo “IE” para denominar a habilidade de entender e incentivar as outras pessoas (Assis, 2015). Assim, Thorndike foi o precursor de que o conceito da inteligência deveria ser expandido para além das capacidades intelectuais. O autor, não só sugeriu a ampliação, como incluiu a definição de Inteligência Social (IS).

IS era o conceito que, mais se assemelhava, ao que hoje é entendido por IE; a definição de IE fazia referência à capacidade do sujeito de perceber os seus estados emocionais próprios e o dos outros, os seus motivos e comportamentos, para além da capacidade de agir com base nestas informações (Vieira- Santos et al., 2018). A IS seria um reflexo da habilidade na descodificação de informações provenientes de contextos sociais, permitindo o desenvolvimento de estratégias eficazes de comportamento com finalidades de âmbito social (Woyciekoski & Hutz, 2009). O reconhecimento da importância destas habilidades evidencia-se pelo duplo papel desempenhado pelas emoções: na adaptação social e no comportamento inteligente.

Mais tarde, Howard Gardner (1983), apresentou um modelo teórico de inteligências múltiplas. O autor define a inteligência como uma capacidade que permite a resolução de problemas, de forma a produzir bens que constituem uma mais-valia num contexto cultural específico. Nele elencou sete tipos de inteligência, entre os quais a inteligência intrapessoal e interpessoal, e considerou a IS de Thorndike como uma das sete inteligências (Rebelo, 2012).

No estudo de Gardner, a Inteligência Intrapessoal consiste na capacidade correlativa que cada indivíduo cria sobre si mesmo e de como a mobiliza por forma a agir eficazmente ao longo da vida; ou seja, a capacidade de reconhecer sentimentos, necessidades e desejos. Já a Inteligência Interpessoal é a capacidade que permite a cada indivíduo compreender os outros. Neste tipo de inteligência a pessoa identifica o que motiva os outros, como funcionam e de que forma pode trabalhar em cooperação com eles; é a capacidade de entender e agir face a humores, temperamentos, motivações e desejos dos outros (Martins, 2018). Esse modelo de inteligências múltiplas, já tinha sido mencionado no passado por diversos investigadores, sublinhando então que as inteligências intra e interpessoal eram marcantes na definição do tipo de inteligência mensurado pelos testes de Quociente de Inteligência (Alves, Ribeiro e Campos, 2010).

O conceito de IE surgiu no âmbito académico em 1990, formalizado pelos investigadores Peter Salovey e John Mayer, que introduziram o termo na literatura científica por meio de dois artigos (Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990). Na primeira publicação, de natureza teórica, os autores propuseram uma definição inicial de IE como sendo “the ability to perceive and express emotion, assimilate emotion in thought, understand and reason with emotion, and regulate emotions in the self and others” (Mayer, Salovey & Caruso, 1986, p.396). O segundo artigo ofereceu as primeiras demonstrações empíricas de como a IE poderia ser considerada como uma habilidade mental (Neta, García & Gargallo, 2008). Salovey e Mayer, ambos psicólogos, descreveram então, pela primeira vez o termo IE e interessaram-se pelos seus aspetos não cognitivos. Para os autores

a IE é uma forma de inteligência social que envolve a habilidade de controlar os sentimentos e emoções de si próprio ou dos outros, utilizando essa informação para atingir melhores pensamentos e ações (Vilela, 2006).

Apesar da IE ter a sua origem na comunidade acadêmica o conceito passou praticamente despercebido, até que, em 1995, o psicólogo Goleman, publicou um livro, que viria a ser um *best-seller* mundial, intitulado “Inteligência Emocional”. Desta forma, disseminou-se abrangentemente o conceito. Apoiando-se em investigações sobre o cérebro, as emoções e a conduta, o autor explana em linguagem acessível e convincente as concepções em torno da inteligência de tipo emocional e, baseando-se no conceito inicialmente formulado por Mayer e Salovey (1990), concebe uma perspectiva mais ampla da IE, acrescentando, às habilidades cognitivas, vários atributos da personalidade. Nesta obra, identifica as contribuições da IE para a sociedade e para o próprio indivíduo, sustentando que se torna impossível separar o conceito de racionalidade do conceito de emoção (Martins, 2018).

Damáio (1995), também reiterou a visão de Goleman, com a opinião de que era impossível separar a emoção da razão, sendo que um indivíduo quando é privado das suas emoções, vê as suas decisões (racionais) sofrerem alterações significativas (Martins, 2018).

Em 1995, Mayer e Salovey sustentaram que a IE envolve três processos mentais: estimar e expressar as emoções do próprio e dos outros, reger as emoções do próprio e dos outros e utilizar as emoções de acordo com o contexto (Mayer & Salovey, 1995). Segundo Mayer, Salovey e Caruso (2008), a origem do conceito de IE assentou na ideia de que algumas pessoas têm a capacidade de lidar com as emoções em benefício dos processos cognitivos mais eficazmente do que outras. Para os autores, a concepção válida do conceito de IE inclui a capacidade de os indivíduos recorrerem a sofisticados sistemas de processamento da informação sobre as suas emoções e as dos outros, bem como a habilidade de usarem essa informação para guiar o pensamento e o comportamento. Ou seja, indivíduos com elevada IE prestam atenção, usam, compreendem e gerem as emoções. Estas habilidades têm funções adaptativas que, potencialmente, os beneficiam a si próprios e aos outros (Sousa, 2010). Mais tarde, em 1997, os mesmos autores, face à popularidade da IE reformularam o conceito, descrevendo a IE como uma “*capacidade de perceber, avaliar e expressar emoções; a capacidade de aceder ou gerar sentimentos facilitadores do pensamento; a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento emocional; e a capacidade de regular emoções para promover o crescimento emocional e intelectual*” (Mayer & Salovey, 1997, p.10).

Nesse mesmo ano, os autores reconheceram cinco habilidades que marcam a aptidão emocional: ser capaz de identificar as suas próprias emoções; ter a capacidade de controlar as suas emoções; usufruir do potencial emocional; ser capaz de se colocar na posição dos outros e, por último, ter capacidade de estabelecer ligações sociais (Mayer & Salovey, 1997). De igual modo, Martin & Boeck (1999) defendem essas mesmas habilidades e ainda acrescentam um dado importante, que

a presença de tais capacidades emocionais conduz a um aumento da qualidade de vida do indivíduo (Rebello, 2012).

De forma cronológica, pode referir-se que Goleman em 1998/1999 define IE como: “*a capacidade de reconhecer os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerirmos bem as emoções em nós e nas nossas relações*” (Goleman, 2000, p.333). No mesmo ano Mayer e Salovey (1999) propuseram uma definição defendendo que a IE é a capacidade de identificar os significados das emoções e as suas relações, e em resolver problemas com base nas mesmas. Posteriormente, Mayer, Caruso e Salovey (2001) aprimoraram o conceito de IE e apresentam-na a partir de quatro fatores: i) capacidade de perceber as emoções; ii) capacidade de usar as emoções para facilitar o pensamento; iii) conhecimento emocional; e, iv) capacidade de regulação emocional (Santos et al., 2018).

Partindo desta última definição, os autores construíram um modelo da IE assente em quatro capacidades, chamado de Modelo de habilidades/aptidões de Salovey e Mayer. A criação deste modelo surge, no entender dos autores, pela necessidade de preservar o carácter científico da IE, ou seja, o interesse deflagrado pela propagação do termo IE mobilizou os criadores do constructo, que preocupados com a variedade de definições, reinvenções e reivindicações da importância do conceito, tomaram algumas medidas no sentido de preservar a cientificidade da IE, clarificaram o conceito primitivo e estabeleceram uma nomenclatura para diferenciar os modelos de IE centrado nas habilidades cognitivas (modelos de aptidão ou habilidades) daqueles que incluem traços da personalidade, fatores motivacionais ou outros (modelos mistos). Os primeiros são, portanto, mais restritos e os segundos mais abrangentes (Neta, Garcia & Gargallo, 2008).

Em 2000, Bar-On percebeu a IE em conjunto com a IS, descrevendo-a como um conjunto de capacidades não cognitivas, emocionais, individuais e interpessoais, que comunicam entre si e se influenciam mutuamente perante as exigências do contexto ambiental. Definiu IE como sendo uma capacidade metacognitiva através das competências e das habilidades que influenciam o sucesso do próprio indivíduo face às exigências e às pressões do meio envolvente (Martins, 2018).

Na linha de pensamento de Bar-On e Goleman, surgem os modelos mistos. Estes modelos consideram as aptidões mentais e uma diversidade de outras características como a atividade social, a motivação e determinadas particularidades sociais. A designação de modelos mistos advém do facto de estes considerarem a combinação de características da personalidade, como a motivação com aspetos das habilidades de IE (Nascimento, 2006). Por outro lado, Emmons (2000) defendeu com cerrada argumentação que a inteligência tinha também uma faceta espiritual, que pode e obedece a todos os critérios indicados por Gardner para ser assumida no espectro das inteligências múltiplas. Mas que a formação espiritual, nessa mesma perspetiva, consistiria fundamentalmente na construção de uma base de conhecimentos e informações relacionadas ao sagrado (Martins, 2018).

De acordo com a *American Psychological Association* (APA), a IE é a capacidade de compreender, avaliar e expor emoções de forma adequada, com vista a orientar o pensamento, a dissecar emoções, a usar o saber emocional e a organizar as próprias emoções, para que o indivíduo se desenvolva emocional e intelectualmente

Assumindo-se como uma forma de inteligência geral distinta da inteligência cognitiva, a IE reflete o potencial de um indivíduo no comportamento adaptativo inteligente e promove o sucesso pessoal, a felicidade e o bem-estar (Wood, Parker & Keefer, 2009). Paralelamente, o constructo da IE também representa um repertório de competências psicológicas adquiridas, bem como os recursos necessários para lidar eficazmente com os diferentes desafios diários. No entanto, na perspectiva de Hansen *et al.* (2009), a IE representa uma capacidade global que permite lidar com as emoções e com a informação emocional, tratando-se de um conjunto de competências que definem o grau de eficácia na percepção, compreensão, racionalização e controlo dos próprios sentimentos e dos sentimentos dos outros (Sousa, 2010). Para os autores, a capacidade de “reconhecer” e “expressar emoções” representa uma dimensão de IE que, quando ausente, se traduz na inércia de reconhecer e descrever uma emoção, relacionando-se com índices negativos de bem-estar tais como a depressão e a ansiedade. Por sua vez, a capacidade de “perceber as emoções nos outros” é uma dimensão essencial da IE que permite criar e manter a qualidade das relações interpessoais. Quando deficitária, esta capacidade produz efeitos nefastos na saúde mental. Por fim, a “habilidade de gerir e controlar as emoções” constitui-se como uma dimensão importante de IE na medida em que se relaciona com a regulação das emoções. Com efeito, os indivíduos com níveis mais elevados desta dimensão conseguem, mais facilmente, regular o seu humor (Hansen *et al.*, 2009).

Na revisão da literatura identificaram-se vários modelos e componentes da IE, sendo classificados em dois grupos distintos: o modelo de competências e os modelos mistos também descritos como modelos dos traços. O primeiro, modelo de competências ou habilidades de Salovey e Mayer (1997) foca-se na relação entre emoções e inteligência, como uma competência de ajuda. Os modelos mistos incluem outros fatores, como por exemplo, as capacidades mentais, as disposições e os traços. Aqui, incluem-se o modelo de personalidade de Daniel Goleman (1995, 2001), o modelo de traços da IE de Petrides e Furnham (2001) e o modelo misto de Bar-on (1997, 2006) (Martins, 2018).

O modelo de Mayer e Salovey apresenta a IE como a capacidade de monitorizar e distinguir as próprias emoções e as dos outros e utilizá-las no pensamento e na ação. Estes autores conceptualizaram o seu modelo inicial, identificando quatro componentes da IE, começando por identificar três competências fundamentais: a primeira componente identifica a capacidade de perceber emoções (por exemplo, expressões nos rostos, vozes); a segunda componente refere-se à capacidade de usar ou assimilar as emoções; a terceira é a capacidade de gerir e alterar emoções em si ou nos outros como diretiva da ação e pensamentos. Mais tarde, os autores reformularam o modelo, pois verificaram que não enfatizava adequadamente o processamento da informação emocional e o seu importante papel, e é acrescentada uma quarta componente,

a capacidade de compreender emoções, ou seja, a aptidão de compreender a linguagem emocional, diferenciando as emoções, as suas causas e consequências (Martins, 2018).

O modelo de personalidade de Daniel Goleman integra as capacidades individuais do indivíduo com características da personalidade. Divide a IE em dois grandes domínios: competências pessoais e competências sociais. As primeiras dizem respeito à forma como nos gerimos, e as restantes, a competências que são importantes na forma como lidamos com as relações. Assim, dentro das competências pessoais inscrevem-se a autoconsciência (conhecimento dos estados internos, gostos, recursos disponíveis e intuições), a gestão de emoções (gestão dos estados internos, dos impulsos) e a automotivação (tendências emocionais que funcionam como diretrizes no cumprimento de objetivos). As competências sociais compreendem a empatia (consciência dos sentimentos, necessidades e preocupações nos outros) e a gestão de relacionamentos em grupos (capacidade de induzir respostas nos outros).

As diferenças entre as duas perspetivas apresentadas relacionam-se com a conceptualização mais ou menos cognitiva de cada uma das correntes. Enquanto Mayer e Salovey se interessaram pelos aspetos não cognitivos subjacentes à IE, Goleman foca-se na noção de competência emocional que, na sua opinião, seria composta por competências emocionais e sociais, traduzindo o potencial do indivíduo nas capacidades laborais (Vilela, 2006). A este respeito, Salovey, Mayer e Caruso (2004, in Vilela, 2006) vão ao encontro do que foi anteriormente mencionado, dizendo que a IE poderá ser preditora do sucesso do indivíduo aos níveis pessoal, familiar e profissional.

Os autores Petrides e Furnham, desenvolveram o modelo de traço da IE (modelo misto); este inclui diversos traços da inteligência, adaptabilidade, assertividade, perceção, expressão, gestão, regulação, impulsividade, relação, autoestima, automotivação, consciência social, gestão do stress, empatia, felicidade e otimismo. Este modelo seria então composto por diversos traços de personalidade, sendo que estes estão relacionados com os afetos e constituem quatro componentes fundamentais: bem-estar, sociabilidade, autocontrolo e emotividade (Martins, 2018).

Bar-On (2001, 2006, 2009) apresenta um modelo (também um modelo misto) no qual pretende introduzir o conceito de Inteligência Emocional-Social. A IE é definida como sendo um conjunto correlacionado de competências, capacidades e facilitadores emocionais e sociais que podem influenciar a forma como nos relacionamos e atuamos face às exigências do meio exterior (Martins, 2018). Em 2006, Bar-on vem inferir que ser inteligente a nível emocional e social, implica ser capaz de efetuar mudanças pessoais, sociais e ambientais. As competências emocionais e sociais, as *skills* e os facilitadores incluem-se em cinco dimensões chave: a Intrapessoal (*self-regard*, autoconsciência emocional, assertividade, independência e auto-atualização); a Interpessoal (empatia, responsabilidade social e relacionamentos interpessoais); a Gestão do Stress (tolerância ao stress, controlo de impulsos); a Adaptabilidade (teste de realidade, flexibilidade e resolução de problemas); e, o Humor Geral (otimismo e felicidade).

De uma maneira geral, os sujeitos dotados de IE e social são aqueles que se compreendem e exprimem eficazmente, que compreendem os outros e se relacionam com eles positivamente, e que lidam adequadamente com as exigências diárias, os desafios que surgem e os momentos de pressão. Neste modelo é enfatizado o papel atribuído à percepção do sujeito acerca das suas forças e fraquezas, e à capacidade de compreender as emoções, sentimentos e necessidades do outro, de modo que possam ser estabelecidas relações mútuas de cooperação que satisfaçam ambas as partes. Bar-On (2006, 2009) associa a Inteligência Emocional-Social à capacidade lidar com as alterações pessoais, sociais e ambientais, procurando soluções e tomando decisões flexíveis e adaptadas às características de cada circunstância.

Sumariamente, os modelos e as definições de IE debruçam-se sobre o reconhecimento e a compreensão das próprias emoções e das emoções dos outros, permitindo desenvolver competências emocionais diferenciadas para se utilizarem de forma eficaz nos processos de tomada de decisão (Crowne, 2009). Na literatura são diversas as definições de IE, umas mais focalizadas na inteligência tradicional abrangendo as emoções, outras mais disseminadas e ampliadas, que encaram a IE como um vasto conjunto de aptidões, amplamente investigadas, como é o caso da persistência, otimismo e sociabilidade (Mayer, 2006). A par das inúmeras definições, têm igualmente sido desenvolvidos diversos modelos teóricos sobre a IE, bem como respetivos instrumentos de medida. A literatura permite inferir que existem diversos métodos de mensuração da IE, no entanto, não existe um consenso global sobre o melhor método a utilizar. Segundo Mayer, Caruso e Salovey (2000), podem ser identificados três métodos fundamentais para avaliação da IE: testes de competência, métodos dos informadores e questionários de auto descrição ou auto repostas (Martins, 2018).

Por exemplo, a WLEIS (*Wong and Law Emotional Intelligence Scale*), apresentada no estudo de Rodrigues et al. (2017), demonstra ser um instrumento confiável quando aplicado à população portuguesa, e foi também considerada um instrumento muito válido na avaliação da IE em contextos organizacionais e no âmbito da saúde.

Até 2004, não existiam em Portugal, instrumentos de medida da IE. Nesse ano, surgiu a Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional (EVBCIE) para avaliar a IE de professores, segundo o modelo teórico de competências de Goleman. Em 2006, Vilela validou a referida escala à população de enfermeiros, para que enfermeiros, formadores e gestores possam conhecer e criar as condições necessárias ao desenvolvimento desta competência (Adem, 2013).

No âmbito da profissão de enfermagem, torna-se importante desenvolver estudos no domínio das capacidades de IE (Vilela, 2006; Cruz, 2012), ou, com mais rigor no domínio da Competência Emocional. Podemos referir, que recentemente têm sido desenvolvidos outros estudos neste âmbito, que corroboram com esta ideia (Augusto, 2021; Martins, 2018; Oliveira, 2019).

De acordo com Veiga Branco, a competência emocional “diz respeito ao visível, ao observável, ao mesurável, em comportamentos e atitudes, com visibilidade expressa e sensível pelo próprio e por outros em seu redor” (Lopes, 2013, p.25). A SC poderá ser uma forma de se potenciar e

estudar a competência emocional dos enfermeiros, uma vez que é uma ferramenta fundamental que dá suporte e auxilia os enfermeiros a melhorar e desenvolver as suas competências assistenciais e emocionais (Augusto et al., 2020). O treino da competência emocional é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho (Vilela, 2006), e é possível através de mecanismos de suporte, como o fornecido pela supervisão clínica (Augusto et al.,2021).

2.2. Capacidades de Inteligência Emocional

Competência é o saber integrar e transferir conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da vida e mobilizá-las perante situações adequadas. A capacidade é algo que antecede a competência. Isto é, a capacidade é algo que é passível de ser aprendido e a competência é a forma como se utiliza essa capacidade na ação.

Antigamente, aquando da contratação de um trabalhador apenas era valorizado o QI (Quociente de Inteligência). No entanto, na atualidade, embora o QI ainda seja quantificado, considera-se mais importante a existência de capacidades de IE. No livro “O Poder da Inteligência Emocional”, Daniel Goleman (2010) descreve que a inteligência emocional é responsável por cerca de 80% das competências que distinguem os líderes dos medianos. O psicólogo garante que as emoções em equilíbrio abrem portas.

A investigação moderna sobre a Inteligência atribui um importante papel ao conhecimento que as pessoas têm de si mesmos e à sensibilidade frente a terceiros, ou seja, aquilo a que Gardner designou por inteligência intrapessoal ou interpessoal. Mais tarde, Salovey redefiniu as inteligências pessoais do modelo concetual de Gardner, concretizando as cinco capacidades que definem a IE. Goleman apresenta-as em dois grupos, as três primeiras - Autoconsciência, Gestão das emoções e Automotivação - são competências pessoais (intrapessoais) que determinam a forma como cada um se gere a si próprio. As restantes - Empatia e Gestão de relacionamentos em grupos - são competências sociais (interpessoais) que determinam a forma como cada um lida com os outros e se envolve nas relações (Goleman, 2015). De seguida apresentam-se as capacidades de IE, tal como Goleman as defende.

Autoconsciência

Na perspetiva de Goleman a autoconsciência é a primeira capacidade e é determinante para as restantes. A autoconsciência define-se como a capacidade de reconhecer um sentimento enquanto ele está a decorrer, é a perceção de si e do que está a sentir. Pode afirmar-se que é a

pedra-base da IE, uma vez que a maioria das outras capacidades emocionais se fundamentam na autoconsciência. Só depois de se perceber o porquê de como se sente, se poderá dominar, moderar e controlar as próprias emoções. A incapacidade de reconhecer as próprias emoções deixará a pessoa à mercê delas (Goleman, 2015).

De acordo com Goleman (1999), a autoconsciência constitui uma aptidão fundamental composta por três componentes emocionais: autoconsciência emocional, autoavaliação exata, autoconfiança (Silva, 2013). Ter Autoconsciência emocional significa possuir capacidade de reconhecer como os sentimentos e emoções modelam as nossas percepções, atos e pensamentos e perceber com quem se lida. Segundo Goleman (1999), é a autoconsciência emocional que leva cada pessoa a manter as suas decisões profissionais em harmonia com os seus valores mais profundos e “significa conhecer os nossos estados internos, preferências, recursos e intuições”. As pessoas autoconfiantes são decisivas, assumem as decisões com determinação. Ter autoconsciência elevada inspira confiança nos outros e emana carisma.

A autoconsciência emocional é complementada pela autoavaliação exata que está presente em pessoas que estão “conscientes das suas forças e fraquezas; que são reflexivas...estão abertas a opiniões francas...capazes de revelar sentido de humor e perspectiva acerca de si próprios” (Goleman, 1999: p.69) e significa “conhecer os seus próprios percursos, capacidades e limites interiores” (p.55). A última destreza da autoconsciência é a autoconfiança e esta refere-se, segundo Goleman (1999) ao “sentido intenso do valor e das capacidades próprias” manifestando-se em pessoas determinadas, “capazes de manifestar perspectivas impopulares e de passar maus bocados por aquilo que está certo”, são pessoas voluntariosas que defendem aquilo em que acreditam com capacidades de confrontação e “resolutas, capazes de tomar decisões sólidas, apesar das incertezas e das pressões” (p.76-80).

Segundo Goleman (1995) as pessoas mais seguras acerca dos seus próprios sentimentos são melhores pilotos das suas vidas, têm uma consciência mais clara de como se sentem em relação às suas próprias decisões, pois reconhecem as suas próprias emoções e através do autoconhecimento identificam os seus sentimentos, a forma como reagem a eles, e como se manifestam suas decisões. Possibilitando assim, racionalizar as suas ações e tomara decisões mais inteligentes. Pessoas que desenvolvem e trabalham a autoconsciência conseguem reconhecer as emoções, entender as suas causas e encontrar uma solução se necessário. Além disso, o autoconhecimento possibilita o reconhecimento de potencialidades e limitações, daquilo que nos motiva ou desmotiva, promovendo o desenvolvimento pessoal, tornando as tomadas de decisão mais claras (Silva et al., 2020).

Gestão de Emoções

Com o autoconhecimento e a autoconfiança, é possível desenvolver o autocontrole, a capacidade de filtrar informações em situações difíceis, não permitindo que isso nos destabilize em termos

emocionais (Silva et al., 2020). A Gestão de Emoções é o sentido de autodomínio, lidar com as emoções de modo apropriado é uma capacidade que nasce do autoconhecimento, sendo a chave para o bem-estar emocional (Goleman, 2015). A Gestão de Emoções não significa excesso de domínio nem implica a negação ou repressão de sentimentos verdadeiros. Pelo contrário, implica uma manifestação intencional de sentimentos uma vez que a omissão continuada destes, em especial dos sentimentos negativos intensos, pode diminuir a capacidade intelectual e, conseqüentemente, a capacidade de decisão, pode prejudicar o pensamento e pode interferir com as relações sociais.

Em 1999, Goleman definiu o conceito de Gestão de Emoções como autorregulação e afirma que é essa capacidade que nos dá a tranquilidade suficiente para nos afastarmos de medos e ansiedades e a ela estão associadas cinco destrezas: autodomínio, inspirar confiança, ser consciencioso, adaptabilidade e inovação. As pessoas com uma boa gestão das emoções conseguem analisar aquilo que é importante e aquilo que não é, criando assim uma proteção emocional e apresentam um equilíbrio maior em situações difíceis. Com autocontrole, a pessoa sabe analisar o peso de cada uma das suas respostas, as conseqüências e os benefícios de cada decisão (Silva et al., 2020).

O autocontrole permite, portanto, fazer as escolhas inteligentes que vão interferir na nossa vida. Segundo Weisinger (2001), aprendendo a prestar atenção aos sentidos, somos capazes de examinar, esclarecer e alterar as nossas avaliações, atitudes e resultados.

Automotivação

A Automotivação ou simplesmente motivação ou motivarmo-nos a nós próprios, pressupõe aquilo a que Goleman (1999) denomina “fluxo” ou “estado de espírito especial que leva as pessoas a dar o seu melhor, qualquer que seja a tarefa a que se dediquem” (Gregório, 2008). As emoções constituem um fator de motivação e a sua mobilização na persecução de um objetivo é crucial para a atenção e criatividade (Goleman, 2011).

Motivar-se a si mesmo relaciona-se com a IE, tendo em conta que as emoções são em si mesmo um fator de motivação com carácter de adaptação e sobrevivência, a partir de um estado interno de ativação (Veiga Branco, 2004a). Goleman (2005, p.324) define a motivação como o usar das “nossas preferências mais profundas para avançar e nos guiar para os nossos objetivos, para nos ajudar a tomar a iniciativa e ser altamente eficientes e para perseverar face a contrariedades e frustrações”.

O autocontrolo emocional - adiar a recompensa e dominar a impulsividade - está subjacente a todo o tipo de realizações. Ser capaz de entrar em estado de “fluidez” permite desempenhos de grande qualidade em todas as áreas. As pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais produtivas e eficazes em tudo o que fazem. São as emoções que nos motivam, que constituem o fluxo de cada um de nós, que nos faz empenhar e realizar determinada tarefa. Goleman (1999)

defende que a motivação agrega destrezas específicas como: vontade de vencer, entrega ou empenho, iniciativa e otimismo (Gregório, 2008).

Empatia

Um dos pontos importantes para o desenvolvimento da IE é Empatia, é o interesse pelo outro, é a capacidade de se colocar no lugar do outro, de perceber como o outro se sente, é a capacidade de identificar as emoções no outro (Silva et al, 2020).

A Empatia, outra capacidade que nasce da autoconsciência, é a mais fundamental das “aptidões pessoais”. Quanto mais conscientes estivermos das nossas próprias ações, mais corretos seremos a ler os sentimentos dos outros. As pessoas empáticas são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam o que os outros desejam ou necessitam. A Empatia requer, assim, a predisposição para admitir as emoções, ouvir com atenção e conseguir compreender pensamentos e sentimentos que não tenham sido expressos verbalmente, constituindo a habilidade para ler os canais não verbais como o tom de voz, o gesto ou a expressão facial (Goleman, 2015). Assim, as pessoas empáticas são capazes de “ler” os sentimentos dos outros, acompanhando com os olhos e até com o corpo os movimentos de expressão comunicativa de outrem, entrando em sintonia (Veiga Branco, 2004a). As pessoas empáticas são particularmente aptas em profissões que envolvem o ensino, as vendas, a gestão e a prestação de cuidados (Goleman, 2015).

Goleman (2015) considera a empatia como a aptidão fundamental de todas as competências sociais importantes na vida laboral e defende que esta capacidade inclui: (1) a compreensão dos outros; (2) o desenvolvimento dos outros; (3) a orientação para o serviço; (4) o potenciar a diversidade; (5) a consciência política (Gregório, 2008).

Gestão de relacionamentos em grupo

O desenvolvimento desta capacidade só é possível quando há aquisição prévia de autocontrolo e da empatia. A Gestão dos relacionamentos em grupo apresenta-se como a aptidão emocional que se desencadeia em cascata, pela capacidade de se identificar os sentimentos dos outros e de agir de forma a influenciar esses mesmos sentimentos (Veiga Branco, 2004). O não desenvolvimento desta competência pode levar à falha das relações sociais. Assim, quanto maior for o à-vontade na gestão das relações sociais que um indivíduo vai estabelecendo, melhor será o controlo das emoções que demonstra de forma a provocar uma reação positiva naqueles que estão à sua volta.

A arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros. Gerir as emoções dos outros está na base da popularidade, da liderança e da eficácia interpessoal, permitindo às pessoas serem “estrelas sociais” e saírem-se bem em tudo o que esteja relacionado com a interação com terceiros (Goleman, 2015). A Gestão dos relacionamentos em grupo, no essencial de lidar com o talento e com as emoções dos outros, fundamenta-se nas seguintes

competências: influência, comunicação, gestão de conflitos, liderança, catalisador de mudanças, criar laços, colaboração e cooperação e capacidades de equipa (Silva, 2013). Possuir esta capacidade depende, entre outras coisas, da habilidade de criar e cultivar relações, de reconhecer os conflitos e de os solucionar, de encontrar o tom adequado, e de perceber o estado de espírito do outro (Märtin & Boeck, 1999). Quem detém a capacidade de Gestão de relacionamentos em grupo maturada é bem-sucedido nos relacionamentos interpessoais.

A arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros. De facto, a IE aumenta com a idade, podendo refletir conceitos como maturidade ou experiência. Apesar de se considerar existir uma componente genética na IE, também é possível adquirir certas competências emocionais através da experiência e formação (Rego & Cunha, 2004).

As cinco capacidades de IE “poderão diferir de pessoa para pessoa, em frequência, profundidade e adequação, pelo que uns poderão dominar algumas delas e outros não. Cada uma delas focaliza-se num domínio específico do que é a experiência emocional, e no seu conjunto avaliam cinco dimensões diferentes do sistema psíquico do sujeito, razão por que serão tratadas separadamente, embora haja comportamentos e atitudes comuns entre elas” (Veiga Branco, 2005, p.202).

No contexto da enfermagem, é fundamental que os seus profissionais sejam emocionalmente competentes para uma prática qualitativamente diferenciada, contudo o desenvolvimento destas competências terá de se iniciar ainda, a nível da formação inicial de modo que os profissionais possuam as competências necessárias para cuidar dos seus clientes, competências essas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros de cuidados gerais (2003).

2.3. Supervisão Clínica e Desenvolvimento das Capacidades de Inteligência Emocional

A IE é compreendida como a capacidade de perceber e expressar as emoções, assimilá-las, compreendê-las e regulá-las no relacionamento com o(s) outro(s). É uma forma de gerir as emoções. A natureza holística da IE é justamente a razão pela qual ela pode influenciar a resiliência de maneira positiva. Uma pessoa bem equilibrada emocionalmente conseguirá antever a adversidade e seus impactos - no âmbito pessoal, profissional e relacional - assim como a possível reação dos outros à situação. Isso irá permitir desenvolver respostas adequadas às adversidades e recuperar rapidamente. A IE ajuda os indivíduos a lidar com os fatores que geram stress no ambiente, ao compreenderem as próprias emoções, assim como as emoções dos outros.

Segundo Goleman (2003) o desenvolvimento das competências emocionais, aplicado ao aumento do potencial profissional, ajuda a: resolver problemas e conflitos; a gerar ideias originais e a criar orientações eficazes, gerando emoções positivas na pessoa que, por seu lado levam à otimização do desempenho. As organizações que apostam em medidas de desenvolvimento de competências emocionais obtêm maior satisfação, valorização pessoal e conseqüente aumento da produtividade dos seus colaboradores.

É reconhecido que os profissionais de enfermagem, no seu cotidiano profissional, envolvem-se em situações laborais com conotação emocional. Apesar de o conceito de IE ser relativamente recente na literatura de enfermagem, o seu valor/ importância começa a ser cada vez mais reconhecido nos cuidados de saúde, salientando as vantagens em associar a IE com esta atividade laboral, a qual exige uma grande componente emocional aos seus profissionais (Cruz,2018). Considerando que a enfermagem é uma disciplina do conhecimento, onde o processo de pensamento implica a identificação das necessidades, o planeamento e a implementação de cuidados de enfermagem, onde emerge o reconhecimento de padrões das respostas, de contextos, de significados e de resultados; o enfermeiro precisa estar consciente da sua própria capacidade de IE. Só assim, ele conseguirá planear e implementar cuidados de enfermagem efetivos, para poder lidar com o quotidiano em que o comportamento é baseado na adaptado à situação (liderança situacional), ao sistema (domínio do contexto organizacional) e à tarefa.

Na área da enfermagem verifica-se um crescente interesse na investigação das emoções, assim como o impacto dessa gestão na prática, desde a prestação de cuidados, à tomada de decisão, à liderança ou à formação. A literatura refere que a inteligência cognitiva e as habilidades técnicas não são suficientes para uma atividade profissional em que as relações interpessoais são o cerne da prática de cuidados (Faguy, 2012).

Para Veiga Branco o exercício da enfermagem, apresenta uma mistura de sentimentos intensos e complexos, que exigem uma constante reflexão / ação da realidade, que se traduz num desgaste contínuo. Para obter um equilíbrio entre os sentimentos de frustração e os de competência, consequência de situações como : “os fenómenos de burnout, os bloqueios à prática de intertransdisciplinariedade inter e intra equipas, a obrigatoriedade de dar respostas às necessidades institucionais versus necessidades dos utentes, o pluriemprego cada vez mais legitimado, o tradicional trabalho em equipa versus prestação individual de cuidados...” (Costa, 2009, p.68), exigindo do enfermeiro um domínio dos seus sentimento e emoções.

O uso potencial da IE na arte e ciência de enfermagem é amplo, trazendo benefícios para clientes, enfermeiros e instituições. Dessa forma, podemos considerar que é um relevante ingrediente ativo nas relações intrapessoais e na promoção das relações interpessoais estáveis. Podemos então afirmar que “A IE tem um papel de destaque cada vez maior dentro de um hospital, potenciando um trabalho mais flexível, em equipa (...)” (Alves et al., 2012, p.34). Assim, se compreende a importância do desenvolvimento de competências emocionais.

A SCE enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas assume especial relevo no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e é perspectivada na atualidade como um pré-requisito essencial à promoção da segurança e qualidade dos cuidados. O acompanhamento da prática clínica dos enfermeiros pelos seus pares tem sido alvo de interesse crescente por parte das organizações e começa a ser uma realidade cada vez mais visível nas políticas das instituições de saúde portuguesas.

Os processos SCE procuram ser um suporte formal para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. A SC tem vindo a ser amplamente discutida, maioritariamente em países anglo-saxónicos, mas também escandinavos. Nos últimos anos, tem sido associada sua importância à governação clínica nos serviços de saúde, com o crescente número de estudos de investigação relacionado a SC à qualidade e segurança dos cuidados, bem como aos ganhos em saúde dos clientes, constituindo-se como uma boa prática para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Pode-se afirmar que a nível internacional é consensual que a SC é um meio para: providenciar suporte e promover a formação/ educação nos profissionais, incentivando mudanças nas práticas; promover a segurança dos profissionais de saúde e cliente; promover a satisfação do cliente com os cuidados; promover a comunicação entre profissionais; providenciar um suporte formal para uma prática reflexiva (Teixeira, 2021).

Atendendo a que a profissão de enfermagem é uma profissão de relações humanas, onde as capacidades de IE mostram ser contributos fundamentais nesses processos, resta-nos refletir sobre a influência da SC na melhoria das capacidades de IE. Segundo Salovey, Mayer e Caruso (1997), a IE pode ser um preditor importante do sucesso dos relacionamentos pessoais, na família e nos locais de trabalho. A SC assume um papel determinante no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros cujos resultados de muitos estudos apontam para a redução dos níveis de ansiedade e stress nos profissionais, a prevenção do *burnout*, o desenvolvimento de competências, o aumento da satisfação profissional e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Ela potencia a aprendizagem ao longo da vida pela ação e interação nos diversos contextos, onde a experiência deixa de ser desperdiçada, para ganhar relevância quando analisada e refletida segundo cada um dos intervenientes. O sucesso da aprendizagem não está só dependente das experiências avaliadas como significativas pelos sujeitos envolvidos, como também da qualidade da relação entre supervisor e supervisionado devendo, para isso, estabelecer-se num clima afetivo-relacional de entajuda e empatia.

Para além dos benefícios da IE descritos nas relações diádicas, alguns autores enfatizaram o seu valor no trabalho de equipa. O trabalho de equipa é comum em enfermagem, não apenas com os profissionais do mesmo serviço, mas também na cooperação com outros profissionais do sistema ou instituição de saúde. A IE de uma equipa não é meramente a soma da IE de cada indivíduo. Pelo contrário, a IE é gerada no seio da equipa ao mesmo tempo que as normas são criadas, a confiança mútua desenvolve-se e a identidade do grupo é formada (Cruz, 2018).

Na sua prática profissional diária, o enfermeiro comunica, relaciona-se e interrelaciona-se com os seus pares, com os seus utentes, com os seus superiores hierárquicos e responde constantemente a situações novas e imprevistas, onde as suas capacidades de IE são mobilizadas, testadas e desenvolvidas. Cada um de nós pode desenvolver a sua IE fazendo corresponder as suas reações aos seus sentimentos e emoções alterando os seus padrões de interpretação de acontecimentos, definindo o seu diálogo interior, criando padrões de resposta. O controlo das nossas emoções e a aplicação da nossa inteligência para obter êxito nos relacionamentos afetivos, sociais e profissionais é o contexto amplo da IE. Ao promover-se o desenvolvimento das capacidades de IE e das competências profissionais dos enfermeiros para a prestação de cuidados de excelência, pretende-se igualmente contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e exercício profissional, melhorando desta forma a qualidade de cuidados prestados, podendo esta alteração da prática profissional traduzir-se em ganhos ao nível da recuperação clínica dos clientes (Rocha,2017).

O âmago da SC é a segurança e o bem-estar dos utentes e das suas famílias, desempenhando também um papel fundamental no apoio às necessidades e no bem-estar dos profissionais, o que por si só continua a ser e a justificar a sua implementação e manutenção (MacCulloch & Shattell, 2009). A SC possibilita também que os indivíduos desenvolvam e mantenham níveis emocionais mais saudáveis, potenciando uma cultura de trabalho emocionalmente mais favorável ao desempenho dos profissionais de saúde. O fenómeno da competência emocional do enfermeiro possui um lugar de relevo na profissão de enfermagem, dado que permite ao enfermeiro compreender o impacto das emoções nos outros e, por vezes, conter as suas próprias emoções para não ser perturbador para os outros, evitando potenciais conflitos (Lopes, 2016).

No que se refere à prestação de cuidados, um enfermeiro que possua competência emocional terá mais facilidade em desenvolver uma relação terapêutica positiva, pois tem a capacidade de antecipar as reações emocionais dos utentes. Neste sentido, a implementação de modelos de supervisão clínica que incidam sobre a variável competência emocional reveste-se de importante valor, uma vez que poderá contribuir para a identificação de necessidades nos locais de trabalho e para o planeamento de possíveis soluções, traduzindo-se em melhorias nos serviços de saúde e na segurança e qualidade dos cuidados prestados (Rocha, Pinto & Carvalho, 2021).

Para que o processo supervisivo seja eficaz, é necessário estabelecer um clima de aprendizagem que favoreça o bem-estar, a autoestima e a motivação com o intuito de tanto supervisor como supervisionado, estarem efetivamente envolvidos e focados no processo de formação. São várias as estratégias de SC descritas na literatura. A estratégia supervisiva adotada, seja ela apenas uma ou o conjunto de várias estratégias em simultâneo, deve ser sempre vista como uma atividade potenciadora do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes. Assim, o supervisor clínico deverá selecionar as estratégias de supervisão que melhor se adequem à personalidade e características do supervisionado, tendo em vista o estabelecimento de uma relação favorável à aprendizagem e aos objetivos que se pretendem alcançar, que juntamente com o

comportamento, as atitudes e as expectativas do supervisionado são determinantes para o sucesso ou insucesso do processo supervisionativo (Pires et al., 2004).

O enfermeiro supervisor está, por isso, numa posição privilegiada de suporte ao implementar intervenções que visam transformar positivamente as vivências intensas e perturbadoras dos supervisionados com especial atenção para o desenvolvimento das suas capacidades de IE (Diogo, Sousa e Rodrigues, 2015). A complexidade do conceito de cuidado humano interfere diretamente no desempenho do trabalho emocional, estando presente, não só no quotidiano dos enfermeiros, mas também na vertente formativa, podendo a sua qualidade ser incrementada, quando esse trabalho emocional é potenciado e mobilizado pelos enfermeiros supervisores no desempenho da sua função de suporte (Watson, 2002).

Um dos modelos de SCE com grande aceitação, junto dos enfermeiros, é o Modelo de Proctor; este adquiriu grande influência dentro da enfermagem pela sua flexibilidade e adaptabilidade. É um modelo centrado nas funções da SCE e descreve como são organizadas as funções de supervisão, as orientações fundamentais e os conteúdos das sessões de supervisão. As suas ideias estruturantes emergiram da prática profissional, das ações e responsabilidades do supervisor clínico (Teixeira, 2020). vivências intensas e perturbadoras dos supervisionados com especial atenção para o desenvolvimento das suas capacidades de IE (Diogo, Sousa e Rodrigues, 2015). O desenvolvimento das competências emocionais é fundamental para gerir emocionalmente as situações intensas da prática de cuidados de enfermagem. Se nos reportarmos ao modelo de Proctor (1986), através da função de suporte, o enfermeiro supervisor poderá influenciar o desenvolvimento dessas competências. Assim, para o desempenho do trabalho emocional, existem estratégias adotadas pela SC promotoras do seu desenvolvimento, das quais destacamos: treino de competências emocionais centradas no cliente, treino centrado no autoconhecimento, aprendizagem reflexiva, técnicas de dinâmica de grupo, reflexão sobre a prática, autoconhecimento das emoções, treino de autoconhecimento, sessões de grupo para análise de situações, prática reflexiva. Com igual importância destacamos também o clima de confiança, ambiente de abertura e tranquilidade que favorece a reflexão sobre práticas e a expressão emocional na relação supervisor/supervisionado.

No que se refere à posição de enfermeiro supervisor, o reconhecimento e desenvolvimento das capacidades de IE são essenciais. As competências de IE que devem ser inerentes a um bom líder: saber trabalhar em equipa, ter uma comunicação clara e eficaz, saber adaptar-se às mudanças, ter uma boa interação com os outros, independentemente do sexo e cultura, ter um raciocínio claro e saber solucionar os problemas mesmo sob pressão (Goleman, Boyatzis, McKee, 2002). Um supervisor é um líder que é capaz de motivar, ensinar, inspirar, orientar, aplicar a crítica construtiva, será capaz de obter resultados positivos, que promovam o crescimento de todos, em grupo ou individualmente. O enfermeiro supervisor, na sua equipa, é um líder, sendo o elemento incontestável para o desempenho eficaz da organização. Segundo Goleman et al. (2002), os grandes líderes atuam para além da estratégia, visão ou ideias, agindo por meio das emoções.

A literatura dedicada à aplicação do construto de IE na liderança tem registado uma profusão considerável. A ideia central sintetiza-se na possibilidade de os líderes recorrerem ao seu reportório de competências emocionais para tomar decisões mais acertadas, inspirar e estabelecer relações interpessoais positivas com os liderados, fazendo com que estes se sintam mais motivados e, como consequência, atinjam níveis superiores de desempenho. Lopes e Salovey (2008), proponentes do modelo das capacidades, defendem que a IE pode ser aplicada à liderança, porque as emoções influenciam o modo como as pessoas pensam e se comportam.

A compreensão e análise eficaz das emoções, poderão promover o crescimento emocional e intelectual, beneficiando condições facilitadoras de relações saudáveis e assertivas. No estudo de Coelho (2013), os participantes referem que existe uma relação direta entre a tomada de decisão e o facto de ser emocionalmente inteligente, o que quer dizer que pessoas com IE elevada tomam decisões mais facilmente, mais seguras de si e das suas opiniões. Damásio (2012), também defende que o desenvolvimento emocional é parte integrante do processo de tomada de decisão e funciona como condutor de ações e ideias, consolidando a reflexão. A liderança e supervisão em enfermagem assumem-se como áreas de importância extrema, uma vez que, como qualquer profissão que trabalhe em equipa necessita de um líder para funcionar em harmonia. Em supervisão essa liderança não se refere à gestão do serviço, mas sim à pessoa que assume o papel de orientar sob o ponto de vista da supervisão um conjunto de pessoas (supervisados). Por isso, os enfermeiros não fogem à regra, necessitam de alguém com a capacidade de os influenciar no sentido de alcançar os objetivos.

Mais uma vez a IE se revela crucial no exercício da enfermagem, uma vez que o conhecimento emocional afeta as relações colegiais, os ambientes de trabalho e o cuidado direto ao cliente. A SCE e as estratégias de supervisão vão permitir melhorar o desempenho pessoal e profissional do enfermeiro potenciando a qualidade e segurança dos cuidados. Face a isto, os supervisores devem ser líderes emocionalmente inteligentes e devem ser capazes de orientar no sentido de levar ao desenvolvimento das capacidades de IE dos supervisados. Os processos supervisivos e as estratégias de supervisão devem direcionar-se para o desenvolvimento das capacidades de IE de forma a promover um bom ambiente de trabalho, melhorando a qualidade dos cuidados e eficiência através do colmatar das necessidades sentidas. Assim, é competência do enfermeiro supervisor potenciar o desempenho do trabalho emocional, promover o crescimento pessoal, conduzindo a mudanças de atitude (postura, discurso, análise, adaptação e tranquilidade), ao desenvolvimento de confiança, iniciativa e autonomia e ao reconhecimento das dificuldades.

No contexto da SC como potenciadora das capacidades de IE, o ambiente de suporte é essencial, visando a partilha e abertura para a expressão e gestão emocional. Nesta supervisão de suporte, o processo reflexivo, a descentralização e autoconhecimento são fundamentais. O desenvolvimento de competências emocionais revela-se fulcral na capacidade de gerir emocionalmente as situações intensas presentes no exercício da enfermagem, com repercussões na qualidade dos cuidados e na equipa de saúde, sendo que a função de suporte do enfermeiro supervisor influencia o desenvolvimento de tais competências. Os supervisores devem, por isso,

desenvolver todo o tipo de estratégias com vista à incrementação da qualidade das capacidades de IE nos supervisados. Assim, a SC enquanto processo de acompanhamento da prática clínica permite aperfeiçoar o nível de utilização da IE, “ensinado” a perceber melhor os estados de espírito para lidar de forma racional com as emoções. Permite também desenvolver a capacidade de não se ser dominado pelas emoções, ouvir e ter empatia, aprender a controlar impulsos não permitindo que os mesmos nos dominem, trabalhar a resiliência para recuperar o equilíbrio emocional em situações de grande pressão ou stress potenciando a capacidade de agir e decidir (através da reflexão da e na ação) ao confrontar problemas, mantendo o equilíbrio.

Estes dados são validados pelo *National Health Service - NHS* (2009) que afirma que por via da SC é possível melhorar o desenvolvimento profissional, proporcionar apoio profissional e pessoal (potenciando as capacidades de IE) aos profissionais, estimular o desenvolvimento da perícia clínica, promover a inovação e a execução das boas práticas, assegura a proteção e segurança do cliente e um elevado nível de qualidade nos serviços. A IE pode ser melhorada através de programas de treino específico desenvolvido para enfermeiros (Kozlowski et al., 2018; Sarabiaco et al., 2017) pois é uma competência que se vai desenvolvendo gradualmente ao longo dos anos (Afsar, Cheema & Masood, 2017).

No trabalho de investigação de Foster et al. (2015), numa revisão integrativa da literatura, os autores, numa das suas conclusões referem que as estratégias mais recomendadas para a educação em IE são as que promovem a consciencialização e o crescimento pessoal, através da utilização de mecanismos de supervisão e suporte por parte de outros, de que é exemplo a supervisão clínica. O treino das competências de IE é possível através de mecanismos de suporte. Como o suporte fornecido pela SC. A competência emocional dos profissionais está positivamente associada a fatores que incluem empatia, resiliência, apoio social, satisfação no trabalho e melhoria dos cuidados prestados, contribuindo para a segurança e qualidade desses mesmos cuidados (Augusto et al., 2021).

PARTE II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. METODOLOGIA

A construção do conhecimento deve-se ao desenvolvimento da investigação. Através da investigação científica é possível produzir um corpo de conhecimentos que orientam a ação de forma sólida e baseada na melhor evidência. Na fase metodológica, o investigador traça o caminho que quer percorrer “(...) *determinando num desenho a maneira de proceder para realizar a investigação*” (Fortin, 2009, p.53). É nesta fase que se explana e justifica a pertinência do estudo, a sua finalidade e objetivos, onde se define o desenho da investigação, a população do estudo, a seleção da amostra, o instrumento de colheita de dados e os métodos e técnicas usadas para a colheita e o tratamento de dados, sem esquecer as considerações éticas da investigação (Fortin, 2009).

1.1. Pertinência do Estudo

A SC é encarada como uma ferramenta imprescindível no sentido de assegurar um caminho sólido em direção à qualidade da prática profissional, sendo igualmente essencial para o crescimento pessoal, profissional e humano, através de uma política de reflexão e experimentação (Abreu, 2007). A OE preconiza que a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem são condições fundamentais à excelência profissional e entende que a investigação produzida em enfermagem é “(...) um pilar fundamental para alcançar este desiderato” (OE, 2006, p.21).

A SCE é uma área que se tem vindo a desenvolver nos últimos anos como forma de viabilizar o desenvolvimento do conhecimento e das competências pessoais e profissionais dos enfermeiros. De facto, Abreu (2007), refere que a SCE é promotora da qualidade dos cuidados assumindo um papel preponderante na segurança e proteção do cliente. A literatura publicada sobre SCE aponta benefícios para a sua utilização, enquanto ferramenta que potencia a construção e desenvolvimento de competências, conhecimentos, atitudes e normas essenciais para a excelência dos cuidados.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) tem tido como preocupação nos projetos que desenvolve as questões da qualidade e da segurança de cuidados, baseada em indicadores. O

Projeto SafeCare consiste num projeto de investigação desenvolvido pela ESEP em parceria com várias instituições hospitalares do norte de Portugal, uma delas onde se realizou este estudo, com o objetivo de criar uma cultura de supervisão de pares. O Projeto tem como finalidade contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação do modelo SafeCare. Este estudo encontra-se integrado no projeto SafeCare e pretende avaliar as capacidades de IE dos enfermeiros de modo a identificar as áreas a trabalhar nas sessões de supervisão durante a implementação do modelo SafeCare.

1.2. Questão de Investigação

Uma investigação deve basear-se na formulação de questões que emergem do fenómeno ou objeto de interesse. Estas devem delimitar e clarificar o objeto de estudo e corresponder aquilo que o investigador quer saber sobre o assunto. A questão de investigação representa um enunciado interrogativo preciso que decorre diretamente do objetivo e especifica o(s) aspeto(s) a investigar (Fortin, 2009). A formulação de um problema de investigação pretende “(...) desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que se deseja empreender” (Fortin, 2009, p.52). A questão de partida deve ser estruturada de forma precisa, concisa e unívoca e ao mesmo tempo ser clara, exequível e pertinente, devendo também ser realista e contribuir para a evolução da investigação científica, tendo uma intenção compreensiva ou explicativa (Quivy, 2008).

É importante refletir sobre as capacidades de IE e identificar os pressupostos que estão na base do desenvolvimento dessas mesmas capacidades no âmbito de um modelo de SCE. Face à problemática em questão, emerge a seguinte questão de investigação: Quais as necessidades em supervisão clínica para o desenvolvimento das capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros?

1.3. Objetivos

A finalidade do estudo encontra-se evidenciada na fixação dos objetivos, pois estes caracterizam-se pela definição do resultado a atingir; ou seja, a definição dos objetivos e finalidade do estudo

conduz necessariamente à explicação do propósito do mesmo (Fortin, 2009). Os objetivos são enunciados declarativos que orientam o estudo com base numa questão de investigação. Estes expressam claramente as variáveis-chaves, a população e a orientação da investigação no sentido da tomada de decisão associada ao percurso metodológico.

Pretende-se, deste modo, atingir os seguintes objetivos:

- Avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros dos 3 serviços cirúrgia, de um hospital do norte de Portugal;
- Relacionar as capacidades de inteligência emocional com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Identificar as necessidades a nível do Indicador Sensível à SC (IS-SCE) - capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, por forma a ser trabalhado nas sessões de supervisão clínica.

1.4. Tipo de Estudo

O método de investigação permite dar resposta à questão de partida, possibilita a recolha da informação necessária, através da utilização de procedimentos adequados e permite identificar os aspetos mais importantes da investigação (Ribeiro, 2010). O método do estudo a utilizar assenta num plano traçado pelo investigador, que constitui um procedimento para a consecução dos objetivos. De acordo com Fortin (2009), a natureza do desenho do estudo altera de acordo com os objetivos, as questões de investigação ou as hipóteses. Deste modo, o desenho de investigação deve permitir ao investigador elaborar um plano que responda às questões formuladas, minimizando assim o risco de erros (Fortin, 2009).

Dada a finalidade e natureza específica da problemática que se pretende analisar, optou-se por uma abordagem quantitativa. Neste tipo de estudo, o investigador parte da questão de investigação para obtenção da resposta, numa sequência lógica de passos e utilizando para tal um processo sistemático (Polit & Beck, 2011). Os objetivos de um estudo quantitativo estão relacionados com o estabelecimento de factos, com a colocação em evidência de relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, a predição de resultados causa-efeito ou verificação dos resultados obtidos com amostras, suscetíveis de serem utilizadas no plano prático (Fortin, 2009). Os estudos quantitativos, integrados no paradigma positivista, percebe a realidade como única e estática segundo a qual os factos objetivos existem independentemente do investigador (Fortin, 2009; Coutinho, 2011). Este paradigma “(...) está orientado para os resultados e a sua generalização” (Fortin, 2009, p.29).

Este é, também, um estudo de carácter descritivo - exploratório, uma vez que se pretende, tal como Fortin (2009) refere, descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos já existentes e determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa população ou categorizar a informação. Ou seja, a investigação descritiva proporciona a descoberta de novos conhecimentos, descreve fenómenos já existentes e pode ser utilizada quando existe pouco ou até nenhum conhecimento sobre um assunto. Permite também obter informação e perceber da melhor forma o problema em estudo, possibilitando um maior conhecimento da realidade (Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

1.5. População e Amostra

O processo de operacionalização de qualquer investigação implica a escolha de um conjunto de sujeitos a quem se recolhem dos dados, de forma a obter as informações relevantes para o estudo em causa (Fortin, 2009). A definição da população e amostra constitui-se como um dado relevante para o processo de investigação, “(...) sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos (...) de modo que a amostra (...) represente fielmente a população visada” (Fortin, 2009, p.310).

Define-se população como “(...) o conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (Coutinho, 2011, p.85). No estudo em causa, a população é constituída por todos os enfermeiros do departamento de cirurgia num hospital do norte de Portugal.

Após a delimitação da população, e como raramente é possível estudar todos os seus elementos, o investigador deve delimitar uma amostra, que corresponde a um subconjunto dessa mesma população, e que dever ser, tanto quanto possível, representativa da mesma (Fortin, 2009). A amostra utilizada, como intencional corresponde a todos os enfermeiros dos serviços de cirurgia do hospital no norte de Portugal, contextos onde irá ser implementado o modelo SafeCare. Trata-se, portanto, de uma amostra intencional, e coincidente com a população, cuja seleção é baseada no conhecimento sobre a população e o propósito do estudo.

1.6. Instrumento e Processo de Recolha de Dados

Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de recolha de dados que melhor possibilite dar resposta aos seus objetivos. Segundo Fortin (2009) a escolha do método de recolha de dados deve ser estabelecida pela natureza do problema a investigar, os objetivos do estudo, o nível de conhecimento do investigador, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, e a fidelidade e validade do referido instrumento de medida. Nos estudos quantitativos o investigador tem como objetivo obter resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático, que possam fornecer melhorias em situações particulares (Polit & Beck, 2011), sendo o questionário o método de colheita de dados mais utilizado (Fortin, 2009).

O questionário corresponde a “(...) um instrumento de colheita de dados que exige das participantes respostas escritas a um conjunto de questões” (Fortin, 2009, p.380). É flexível no que respeita à forma, à estrutura e aos meios de recolher informação (Norwood, 2000) e exige menos recursos económicos e humanos (Fortin,2009). O autopreenchimento, a garantia de anonimato, a uniformização de diretivas e a apresentação padronizada viabiliza a obtenção de respostas sinceras, precisas de forma rápida, facilitando o tratamento de dados e a inferência estatística (Fortin, 2009). No entanto, são instrumentos impessoais, menos ricos na informação recolhida e com menos índice de retorno em relação a outros instrumentos de recolha de dados (Coutinho, 2011).

Para a recolha de dados utilizou-se um questionário composto por três partes: a primeira refere-se à caracterização sociodemográfica e profissional da população em estudo; a segunda é composta pela Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo da instituição hospitalar onde foi realizado o estudo; e, a terceira é composta pela Escala de Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada por Vilela em 2006.

Na parte I foram estudadas as variáveis sociodemográficas e profissionais consideradas mais relevantes para proceder à caracterização da população em estudo: Sexo, Idade, Título Profissional, Habilitações Académicas, Situação Jurídica de emprego, Local onde exerce funções, Formação em Supervisão Clínica, Experiência anterior enquanto Supervisor e Supervisado.

A parte II, que se refere à Avaliação da Satisfação Profissional, é uma escala proveniente de um documento normativo instituído no referido hospital, mas que não foi alvo de análise uma vez que os dados daí obtidos não fazem parte do objeto deste estudo nem incorporam a questão de investigação em causa, apenas fazem parte do instrumento por este estudo fazer parte de um outro estudo mais alargado (de doutoramento) no âmbito do referido projeto.

A parte III inclui a Escala de Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros, onde estão incluídas as variáveis comportamentais e atitudinais de cada uma das cinco habilidades da IE. A

escala é composta por 84 afirmações. A fidelidade desta escala para a população em estudo (enfermeiros) foi validada por Vilela (2006) para a população portuguesa de enfermeiros, no seu estudo de adaptação e validação da Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional.

A escala é composta por um total de 84 itens, cada item corresponde a uma escala de frequência temporal, tipo likert de 1 a 7, sendo que 1 representa “nunca”, 2 “raramente”, 3 “pouco frequente”, 4 “por norma”, 5 “frequente”, 6 “muito frequente” e 7 “sempre”; onde os respondentes assinalam a frequência com que vivenciam as situações descritas, segundo a sua percepção. Para cada uma destas variáveis foi assumido como ponto de corte o ponto médio (4- “Por Norma”) da escala de likert utilizada. Assim, o score da escala para Capacidades de IE varia entre o seu ponto mínimo 84 e o ponto máximo 588 tendo como ponto de corte 336.

A escala encontra-se subdividida nas cinco capacidades de Inteligência emocional: Autoconsciência que corresponde a 20 itens da escala; Gestão de Emoções a 19 itens; Automotivação a 21 itens; Empatia a 12 itens e Gestão de Relacionamentos em Grupos a 14 itens.

De forma dar resposta à questão de investigação à escala acrescentou-se uma última questão final onde se pede aos supervisados que indiquem qual ou quais as estratégias que consideram contribuir para potenciar/otimizar as suas capacidades de IE e que justificassem a razão pela qual elas poderiam constituir um contributo.

O processo de recolha de dados decorreu entre outubro e dezembro de 2016. Os questionários (Anexo 1) foram entregues pessoalmente a cada um dos enfermeiros, juntamente com pedido de consentimento informado (Anexo 2) e com dois envelopes. Após preenchimento do consentimento e dos questionários, cada um foi colocado separadamente em envelope fechado, sendo colocados em local determinado no gabinete do responsável do serviço, e posteriormente entregues à investigadora.

1.7. Tratamento e Análise de Dados

No que se refere ao tratamento de dados, a análise descritiva dos mesmos afigura-se como essencial para o investigador resumir o conjunto de dados obtidos com a ajuda de testes estatísticos, permitindo desta forma descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin, 2009). Toda a informação recolhida através dos questionários,

foi tratada e analisada com recurso ao software SPSS®, para Windows (SPSS, Inc, Chicago, IL) uma vez que esta é uma “(...) poderosa ferramenta informática que permite realizar cálculos estatísticos complexos e visualizar os seus resultados em poucos segundos” (Pereira, 2008, p.16).

A análise estatística descritiva possibilita “(...) descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos na medida das variáveis” (Fortin, 2009, p.227). Os dados recolhidos foram analisados através da análise descritiva com recurso à média e desvio padrão (variáveis quantitativas) e frequência absoluta e relativa (variáveis qualitativas). O score total da escala das capacidades de IE, bem como das dimensões que a compõem, foi obtido através da soma dos itens que as constituem.

A identificação de potenciais fatores preditivos (sexo, idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas, situação jurídica de emprego onde exerce funções) da escala avaliada, bem como de cada uma das dimensões foi efetuada com recurso à regressão linear simples. Posteriormente, modelos de regressão linear ajustados foram realizados de modo a identificar fatores independentemente da escala e das respetivas dimensões.

Como já referido anteriormente, todas as análises foram elaboradas no software SPSS, e em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05.

O questionário apresenta uma questão final. Para a análise dessa questão recorreu-se à análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin (2020). Para Bardin, (2020,), a análise de conteúdo “toma em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas (índices formais e análise de co-ocorrência) ... procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça.”

1.8. Considerações Éticas

Toda e qualquer investigação que envolve seres humanos deve ser desenhada de forma a garantir o cumprimento de todos os pressupostos éticos e morais, ou seja, assegurar que os direitos da pessoa são protegidos. Fortin (2009) salienta a necessidade de atender aos direitos da pessoa na condução da investigação, tendo por base a beneficência e o anonimato. Desta forma, o investigador deve assumir um comportamento ético, desde a seleção do problema até à fase de publicação dos resultados, baseando a sua atuação no reconhecimento explícito da dignidade como valor central de toda a pessoa humana.

Ao longo de toda a investigação, teve-se em conta os pressupostos éticos, assegurando o anonimato dos participantes que fizeram parte da investigação e a confidencialidade dos dados.

O estudo foi autorizado pelo Conselho de Administração do referido hospital (autorização nº85/16/RS) e também pela Comissão de Ética (autorização N2 42/CE/JAS) da instituição, ao

abrigo da carta de parceria estabelecida entre esse hospital e a ESEP no âmbito do Projeto SafeCare.

A Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional, foi também objeto de autorização de utilização pela autora, Prof. Doutora Augusta Veiga Branco, assim como pelo Prof. Doutor Carlos Vilela que a adaptou para a população de enfermeiros.

Todos os participantes foram informados através de apresentação pública do projeto e com recurso a uma reunião com a equipa responsável de forma a esclarecer dúvidas acerca do estudo. Aos participantes foi entregue um questionário, um consentimento informado e dois envelopes e explicado que quem quisesse participar no estudo deveria preencher o questionário e o consentimento e colocar cada um em seu envelope (separados) e colocar em local próprio no gabinete do responsável de serviço, evitando assim, qualquer tipo de contacto entre investigador e participante.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a exposição, no capítulo anterior de todo o percurso metodológico adotado, procede-se agora à apresentação e análise descritiva dos resultados obtidos.

Inicia-se por fazer a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra (população) em estudo, e posteriormente apresenta-se os resultados relativos às capacidades de IE quer a nível do seu score global quer individualmente por cada uma das dimensões que integram a escala.

2.1. Caracterização sociodemográfica e socioprofissional da amostra

Na tabela 1 são apresentados os valores relativos à caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros envolvidos no estudo. Globalmente, para cada item são apresentados os valores absolutos (N) e a média (n). Para a idade, o tempo de exercício na profissão e o tempo de exercício de funções no serviço são apresentados o valor da média e o desvio de padrão (dp).

Tabela 1. Caracterização da amostra

	N	n (%) ou média (dp)
Sexo	47	
Feminino		38 (80.9)
Masculino		9 (19.1)
Idade (anos)	47	35.4 (6.9)
Tempo de exercício na profissão (anos)	47	12.0 (6.5)
Título profissional	47	
Enfermeiro		39 (83.0)
Enfermeiro especialista		8 (17.0)
Habilitações académicas	47	
Licenciatura		32 (68.1)
Pós-graduação		1 (2.1)
Especialidade		8 (17.0)
Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Especialidade + Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Pós-graduação+ Especialidade		4 (8.5)
Situação jurídica de emprego	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)
Tempo de exercício de funções no serviço (anos)	47	7.9 (6.5)
Local onde exerce funções	47	
Cirurgia A		15 (31.9)
Cirurgia B		17 (36.2)
Cirurgia C		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)

A amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino (80.9%), com apenas 9 enfermeiros do sexo masculino (19.1%), sendo por isso uma amostra heterogénea. No que respeita à idade, a média de idade é de 35.4 anos (dp=6.9 anos). O tempo médio de exercício profissional dos enfermeiros é de 12.0 anos (dp=6.5). Quanto à sua formação académica: 39 (83.0%) participantes são enfermeiros e 8 (17.0%) são enfermeiros especialistas. A maioria dos participantes possui licenciatura (n=32, 68.1%); e apenas 15 possui formação pós-graduada (31.8%). No que concerne à situação jurídica de emprego, a maioria tem contrato individual de trabalho (CIT) por tempo indeterminado (n=35, 74.5%). O tempo médio de exercício de funções no serviço é de 7.9 (dp=6.5), e provêm de três serviços distintos que se designaram por A, B e C (31.9% de cirurgia A, 36.2% de cirurgia B e 31.9% de cirurgia C). Quando questionados acerca da sua experiência anterior em SC, apenas 13 enfermeiros (27.7%) referem que possuem formação em SC, 36 (76.6%) não têm experiência anterior como supervisor e 35 (74.5%) não tem experiência enquanto supervisionado.

2.2. Capacidades de Inteligência Emocional

A Escala de Capacidades de Inteligência Emocional em Enfermeiros encontra-se dividida em cinco dimensões. Na tabela 2 encontram-se os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão para a escala total das capacidades de inteligência emocional e para cada uma das suas dimensões.

Tabela 2. Valores das capacidades de Inteligência Emocional em enfermeiros e suas dimensões

	Número de itens	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Total	84	296	510	416.5	47.0
Dimensão 1 - Autoconsciência	20	67	133	106.0	15.8
Dimensão 2 - Gestão de emoções	18	51	111	83.3	11.7
Dimensão 3 - Automotivação	21	81	135	106.6	12.6
Dimensão 4 - Empatia	12	40	75	60.7	9.1
Dimensão 5 - Gestão de relacionamentos em grupos	13	37	75	59.8	9.7

Para o total das dimensões da escala, a dimensão Autoconsciência e a dimensão Automotivação são as dimensões que apresentam uma média mais elevada (cerca de 106), seguindo-se a dimensão Gestão de emoções com um valor de média de 83.3 e a dimensão Empatia com um valor de média de 60.7. A dimensão Gestão de relacionamentos em grupos, apresenta uma das médias mais baixas, com um valor de média de 59.8.

A consistência interna da escala avaliada e das suas dimensões foi obtida através do alfa de Cronbach. A tabela 3 apresenta o alfa de Cronbach para a escala total e para as dimensões.

Tabela 3. Consistência interna da escala das capacidades de IE em Enfermeiros

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

Através da análise dos coeficientes apresentados, pode concluir-se 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 Gestão de emoções (alfa=0.779).

Quanto às capacidades de inteligência emocional, a tabela 4 apresenta os resultados dos modelos de regressão linear, não ajustados e ajustados, para a escala total.

Tabela 4. Escala Total das Capacidades de IE

	Escala total de capacidade de inteligência emocional			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	38.0 (16.7)	0.028	35.4 (15.8)	0.031
Idade (anos)	-0.28 (1.0)	0.784	3.3 (3.8)	0.401
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.58 (1.1)	0.595	-3.9 (4.2)	0.351
Habilitações acadêmicas				
Licenciatura	-7.5 (14.8)	0.617	-37.5 (17.7)	0.041
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	-13.4 (15.4)	0.389	-24.1 (17.6)	0.180
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-23.3 (16.0)	0.152	-8.9 (18.1)	0.624
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-38.8 (14.8)	0.012	-44.1 (16.2)	0.010

Analisando os resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas as variáveis sexo e experiência como supervisionado são estatisticamente significativas ($p=0.028$ e $p=0.012$, respectivamente). Quando comparado com o sexo feminino, o masculino apresenta score mais elevado da escala total de capacidade de inteligência emocional ($B=38.0$). Verifica-se ainda que, os participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score da escala total de capacidade de inteligência emocional ($B=-38.8$) quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado ($B=1$).

Considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, as duas variáveis, sexo e experiência como supervisionado permanecem estatisticamente significativas. A variável habilitações acadêmicas, apesar de no modelo univariado não ser estatisticamente significativa, torna-se significativa no modelo ajustado (não é uma situação expectável e comum, mas presume-se que possa estar relacionada com a dimensão amostral demasiado reduzida). Comparando mais uma vez os sexos, o masculino apresenta score mais elevado da escala total de capacidade de inteligência emocional, em relação ao feminino, ajustando para as restantes variáveis.

Participantes com experiência como supervisionado apresentam score menor da escala total de capacidade de inteligência emocional quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, ajustando para as restantes variáveis. No que se refere às habilitações

literárias, os participantes com licenciatura apresentam menor score da escala total de capacidade de inteligência emocional quando comparado com participantes com mais do que licenciatura, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 22.8% da variabilidade da escala total de capacidade de inteligência emocional pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.2.1. Autoconsciência

A tabela 5 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão autoconsciência (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. Dimensão autoconsciência

	Dimensão 1 - autoconsciência			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	11.1 (5.7)	0.056	10.4 (5.8)	0.079
Idade (anos)	-0.03 (0.3)	0.932	0.6 (1.4)	0.647
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.1 (0.4)	0.824	-0.7 (1.5)	0.658
Habilitações académicas				
Licenciatura			-8.3 (6.5)	0.208
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado			1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	-6.5 (5.1)	0.212	-9.0 (6.4)	0.170
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-5.3 (5.4)	0.332	-1.2 (6.6)	0.860
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-10.6 (5.1)	0.043	-11.8 (5.9)	0.053

Analisando os resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas a variável experiência como supervisionado é estatisticamente significativa ($p=0.043$). Participantes com experiência como

supervisionado apresentam menor score (B=10,6) da dimensão Autoconsciência quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado (B=1). Considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permanece estatisticamente significativa.

Apenas 14.1% da variabilidade da dimensão 1 - autoconsciência pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.2.2. Gestão de emoções

A tabela 6 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão gestão de emoções.

Tabela 6. Dimensão gestão de emoções

	Dimensão 2 - gestão de emoções			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	7.6 (4.2)	0.080	6.8 (4.0)	0.098
Idade (anos)	-0.5 (0.2)	0.045	0.1 (1.0)	0.926
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.6 (0.3)	0.035	-0.5 (1.1)	0.606
Habilitações académicas				
Licenciatura	1.4 (3.7)	0.716	-8.2 (4.5)	0.075
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	-8.0 (3.7)	0.034	-8.9 (4.5)	0.052
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-6.9 (3.9)	0.084	-3.7 (4.6)	0.426
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-6.6 (3.8)	0.092	-6.1 (4.1)	0.145

Analisando os resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas as variáveis idade ($p=0.045$), tempo de exercício na profissão ($p=0.035$) e formação em supervisão clínica ($p=0.034$) são estatisticamente significativas. Com o aumento da idade verifica-se uma diminuição no score

da dimensão gestão de emoções; essa mesma diminuição verifica-se com o aumento do tempo de exercício na profissão. No que se refere à formação em supervisão, participantes com formação em supervisão clínica apresentam score mais baixo da dimensão gestão de emoções quando comparado com participantes sem formação nessa mesma área. Considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permanece estatisticamente significativa.

Apenas 19.7% da variabilidade da dimensão gestão de emoções pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.2.3. Automotivação

A tabela 7 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão automotivação.

Tabela 7. Dimensão automotivação

	Dimensão 3 - automotivação			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	14.2 (4.2)	0.002	13.5 (4.2)	0.003
Idade (anos)	0.04 (0.3)	0.878	1.3 (1.0)	0.192
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.06 (0.3)	0.830	-1.6 (1.1)	0.160
Habilitações académicas				
Licenciatura	-5.7 (3.9)	0.150	-9.3 (4.7)	0.055
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	1.9 (4.2)	0.653	-1.1 (4.7)	0.815
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-3.3 (4.4)	0.451	-1.9 (4.8)	0.693
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-5.9 (4.2)	0.166	-8.3 (4.3)	0.059

Após a análise dos resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas a variável sexo é estatisticamente significativa ($p=0.002$). Na comparação entre sexo feminino e masculino, os homens apresentam score mais elevado da dimensão automotivação ($B=1$ e $B=14.2$, respetivamente). Considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável sexo permanece estatisticamente significativa ($p=0.003$). Mais uma vez, entre sexo feminino e masculino, os homens apresentam score mais elevado da dimensão automotivação quando comparado com as mulheres, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 22.8% da variabilidade da dimensão automotivação pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.2.4. Empatia

A tabela 8 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão empatia.

Tabela 8. Dimensão empatia

	Dimensão 4 - empatia			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	1.3 (3.4)	0.710	0.8 (3.2)	0.797
Idade (anos)	0.1 (0.2)	0.506	-0.1 (0.8)	0.090
Tempo de exercício na profissão (anos)	0.1 (0.2)	0.503	0.2 (0.8)	0.810
Habilitações académicas				
Licenciatura	-3.3 (2.8)	0.249	-8.7 (3.6)	0.020
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	-0.4 (3.0)	0.897	-4.1 (3.6)	0.262
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-3.5 (3.1)	0.274	-2.1 (3.7)	0.567
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-7.9 (2.8)	0.008	-9.5 (3.3)	0.006

Analisando os resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas a variável experiência como supervisor é estatisticamente significativa ($p=0.008$). Ao compararmos, participantes com experiência como supervisor apresentam menor score da dimensão empatia quando comparado com participantes sem experiência como supervisor. Mais uma vez, considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável experiência como supervisor permanece estatisticamente significativa ($p=0.006$). A variável habilitações académicas, apesar de no modelo univariado não ser estatisticamente significativa ($p=0.249$), torna-se significativa ($p=0.020$) no modelo ajustado (não é uma situação expectável e comum, mas que mais uma vez, pressupõe-se poder estar relacionada com a dimensão amostral demasiado reduzida).

Quando comparado, participantes com experiência como supervisor apresentam menor score da dimensão empatia quando comparado com participantes sem experiência como supervisor, ajustando para as restantes variáveis. Participantes com licenciatura apresentam menor score da dimensão empatia quando comparado com participantes com mais do que licenciatura, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 15.5% da variabilidade da dimensão empatia pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.2.5. Gestão de relacionamentos em grupo

A tabela 9 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão gestão de relacionamentos em grupos.

Tabela 9. Dimensão gestão de relacionamentos em grupo

	Dimensão 5 - gestão de relacionamentos em grupos			
	Fase 1			
	Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p
Sexo				
Feminino	1	-	1	-
Masculino	3.8 (3.6)	0.293	3.9 (3.6)	0.285
Idade (anos)	0.1 (0.2)	0.732	1.3 (0.9)	0.152
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.02 (0.2)	0.934	-1.3 (0.9)	0.162
Habilitações académicas				
Licenciatura	0.2 (3.1)	0.946	-3.0 (4.0)	0.458

Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica				
Não	1	-	1	-
Sim	-0.4 (3.2)	0.907	-1.0 (4.0)	0.807
Experiência anterior supervisor				
Não	1	-	1	-
Sim	-4.3 (3.3)	0.205	-0.1 (4.1)	0.988
Experiência supervisionado				
Não	1	-	1	-
Sim	-7.8 (3.1)	0.014	-8.3 (3.7)	0.028

Analisando os resultados dos modelos não ajustados, verifica-se que apenas a variável experiência como supervisionado é estatisticamente significativa ($p=0.014$). Após a comparação, participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score ($B=7.8$) da dimensão gestão de relacionamentos em grupos, em relação aos participantes sem experiência como supervisionado ($B=1$). Considerando o modelo ajustado, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável experiência como supervisionado permanece estatisticamente significativa ($p=0.028$). Participantes com experiência como supervisionado apresentam menor score da dimensão gestão de relacionamentos em grupos quando comparado com participantes sem experiência como supervisionado, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 7.7% da variabilidade da dimensão gestão de relacionamentos em grupos pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

2.3. Estratégias que Otimizam as Capacidades de Inteligência Emocional

Com a última questão do questionário, “Das estratégias de supervisão clínicas descritas na literatura, indique qual(ais) considera ser um contributo para potenciar/ otimizar as capacidades de inteligência emocional”, pretendia-se que os supervisionados, para além de assinalar a sua opção, entre as estratégias de supervisão descritas; justificassem a sua escolha sobre a forma de resposta aberta. No entanto, verificou-se que dos 47 enfermeiros que constituem a amostra, apenas 12 responderam a esta questão (de forma completa, ou seja, assinalaram a estratégia e justificaram a sua opção).

A análise das respostas traduziu em sete opções, que constituíram as sete categorias de análise: feedback, formação contínua, análise crítico reflexiva das práticas, supervisão à distância, análise e documentação de cuidados de enfermagem, sessões de supervisão individuais e apoio.

As categorias mais escolhidas e mais citadas pelo grupo de participantes foram **feedback** com 35 escolhas (74.47%), **formação contínua** com 22 escolhas (46.80%) e a **análise crítico reflexiva das práticas** (57,45%), sendo estas as que segundo o grupo de participantes parecem contribuir mais para otimizar as competências de IE.

As estratégias de SC menos citadas foram **supervisão à distância**, com apenas uma opção (2.13%), a **análise e documentação de cuidados de enfermagem** e as **sessões de supervisão individuais**, ambas com 6 opções (12.77%). De referir ainda que outras estratégias de SC, foram também consideradas como contributos para potenciar as capacidades de IE pelos participantes, tendo obtido relativamente boa pontuação, nomeadamente o **apoio** com 18 escolhas (38,30%).

2.4. Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados impõe-se dar respostas aos objetivos do estudo. A dimensão dos dados permitiu referir, aquilo que, empiricamente, foi mais evidente e importa salientar. Assim, a discussão dos resultados permite compreender os dados recolhidos e estabelecer a ligação com as conceções teóricas que deram suporte ao estudo.

O Modelo SafeCare tem como objetivo dar resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. Este modelo é composto por 4 etapas, no entanto, os dados apresentados e discutidos no presente estudo apenas se enquadram na etapa 1, que corresponde ao diagnóstico da situação, onde são identificadas as principais áreas de atenção de um determinado contexto, bem como os respetivos fatores que as condicionam (Carvalho et al., 2019). Assim, o diagnóstico da situação é uma ferramenta e não um fim em si mesmo. No caso deste estudo, a avaliação das Capacidades de IE, foi o IS-SCE, avaliado através da escala de avaliação das “Capacidades de Inteligência Emocional em enfermeiros”. Estes resultados vão, posteriormente, permitir uma comparação na etapa 4, após a implementação do Modelo SafeCare.

De forma a facilitar a compreensão a discussão está organizada tendo em conta os objetivos do estudo.

Avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros dos 3 serviços cirurgia, de um hospital do norte de Portugal

Conclui-se que os enfermeiros do contexto cirúrgico possuem capacidades moderadas de IE, facto comprovado pelo valor total das dimensões da escala apresentado (416,5) valor que se apresenta ligeiramente superior, ainda que muito próximo do ponto de corte (336).

Relativamente ao valor para cada uma das dimensões, a dimensão Autoconsciência, a dimensão Automotivação são as dimensões que apresentaram uma média mais elevada (106.0 e 106.6, respetivamente), seguindo-se a dimensão Gestão de emoções com um valor de média de 83.3, valor moderado e a dimensão Empatia com um valor de média de 60.7. A dimensão Gestão de relacionamentos em grupos, apresenta uma das médias mais baixas, com um valor de média de 59.8. Quando comparados os valores por dimensão apresentados com o ponto de corte calculado para cada um, pode verificar-se que todas as dimensões se mantêm acima do ponto de corte, contudo as dimensões mais bem cotadas são autoconsciência (106.0), automotivação (106.6) com valores de corte de 80 para a autoconsciência, 84 para a automotivação, o que representa que os enfermeiros apresentam valores moderados a altos para a automotivação, autoconsciência e empatia. As dimensões gestão de emoções (83.3) e gestão de relacionamentos em grupo (59.8) ainda que com valores superiores ao de ponte de corte, apresentam valores mais próximos (76 e 56, respetivamente), o que indica que os enfermeiros apresentam valores moderados para a gestão de emoções e para a gestão de relacionamentos em grupo.

Existem vários estudos que utilizando o mesmo instrumento em população de enfermeiros chegam a resultados semelhantes, concluindo que as capacidades de IE a nível global são moderadas (Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Antão & Veiga Branco, 2012; Costa, 2009; Gregório, 2008; Hamed-Morad et al., 2021; Rocha, Pinto & Carvalho, 2021; Silva, 2013; Soeima & Neto, 2020; Vilela, 2006). O estudo de Cruz (2018) desenvolvido em duas etapas da implementação de um modelo de supervisão contextualizado demonstrou valores elevados na etapa 4 (avaliação dos resultados) para a escala global e para todas as suas dimensões quando comparada com a etapa 1 (valores moderados).

Relativamente à avaliação por dimensão o estudo de Gregório (2008) obteve resultados similares a este estudo com valores moderados a altos para a automotivação, autoconsciência e empatia e valores moderados para a gestão de emoções e a gestão de relacionamentos em grupo. Os estudos de Alves, Ribeiro e Campos (2012) e Rocha, Pinto e Carvalho (2021) obtiveram valores moderados para todas as dimensões da escala e o estudo de Cruz (2018) valores elevados para todas as dimensões da escala.

Relativamente à dimensão autoconsciência que neste estudo apresentou valores moderados a altos, ela representa a capacidade de reconhecer e ter a perceção de si e do que está a sentir. Para a maioria dos autores, a autoconsciência é a pedra basilar das restantes capacidades porque ela permite perceber como se sente e o porquê, facto importante para poder dominar e controlar as próprias emoções. Existem estudos que encontraram resultados semelhantes com valores moderados a altos para a dimensão autoconsciência (Antão & Veiga Branco, 2012; Cruz, 2018;

Gregório, 2008; Hamed-Morad et al., 2021; Soeima & Neto, 2020; Vilela, 2006), contudo no estudo de Silva (2013) e de Costa (2009) foram encontrados valores moderados para a autoconsciência.

A dimensão Gestão de emoções que neste estudo apresentou valores moderados refere-se à capacidade de autocontrole que permite à pessoa analisar as suas respostas, as consequências dos seus atos e os benefícios de cada decisão. É a capacidade de autodomínio, confiança e adaptabilidade a novas situações. Pessoas com uma boa gestão das emoções conseguem analisar o que é importante e o que não é, gerando uma proteção emocional e um equilíbrio em situações difíceis. Existem estudos em que esta dimensão também apresentou valores moderados (Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Costa, 2009; Gregório, 2008; Rocha, Pinto & Carvalho, 2021; Silva, 2013; Soeima & Neto, 2020; Vilela, 2006).

A dimensão Automotivação, também conhecida como autocontrolo emocional ou simplesmente motivação é a capacidade que permite usar as preferências para avançar os nossos objetivos, ela ajuda a tomar a iniciativa e ser altamente eficiente face a contrariedades e frustrações. Pessoas com melhor automotivação tendem a ser mais produtivas e eficazes no que fazem. Neste estudo os enfermeiros apresentaram valores moderados a altos para a automotivação, valores corroborados por os estudos de Costa (2009), Cruz (2018) e Gregório (2008).

Uma dimensão importante no ato de cuidar é a empatia. Ela corresponde ao interesse pelo outro, é a capacidade de se colocar no lugar do outro, de perceber como o outro se sente e de identificar as emoções no outro. Neste estudo os enfermeiros apresentaram valores moderados a altos para a dimensão empatia, dimensão central do cuidar. Existem estudos com resultados consistentes com os deste estudo (Cruz, 2018; Gregório, 2008; Silva, 2013; Soeima & Neto, 2020; Vilela, 2006), contudo há ainda estudos cujos valores para a empatia ainda se encontram moderados (Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Antão & Veiga Branco, 2012; Costa, 2009; Hamed-Morad et al., 2021; Rocha, Pinto & Carvalho, 2021).

A Gestão de relacionamentos em grupo é uma dimensão que permite identificar os sentimentos dos outros e agir de forma a influenciar esses mesmos sentimentos. Esta dimensão está relacionada com o controlo das emoções que demonstra de forma a provocar uma reação positiva naqueles que estão à sua volta. Neste estudo obtiveram-se valores moderados para gestão de relacionamentos em grupo, facto também confirmado pelos resultados de outros estudos (Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Costa, 2009; Gregório, 2008; Hamed-Morad et al., 2021; Rocha, Pinto & Carvalho, 2021; Silva, 2013).

Relacionar as capacidades de inteligência emocional com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros

Relacionando as capacidades de IE com as variáveis sociodemográficas percebe-se que o sexo, a experiência como supervisor e as habilitações académicas são variáveis estatisticamente significativas para algumas dimensões da escala. Embora o sexo feminino seja predominante na

população (amostra), o sexo masculino apresenta score mais elevado para a escala total de capacidades de IE enquanto a experiência como supervisor e participantes apenas com licenciatura apresentam menor score na escala total.

Já no estudo de Oliveira (2019) os dados estatísticos sobre o sexo masculino também se apresentaram estatisticamente significativos. Por sua vez, Vilela (2006), quando refere os estudos de Goleman (2000), que teve como objetivo conhecer melhor o conceito de IE e as diferenças entre homens e mulheres, não encontraram diferenças estatisticamente significativas com variáveis na qual se inclui o sexo. Antão e Veiga Branco (2012) encontraram diferenças entre homens e mulheres, mas apenas para a dimensão automotivação. Este poderá ser um pormenor importante e curioso para estudos futuros, uma vez que a profissão de enfermagem continua a ser maioritariamente representada pelo sexo feminino.

Um outro estudo efetuado por Alves, Ribeiro e Campos (2010) concluiu que os enfermeiros com mais tempo de serviço e com mais idade tinham capacidades de IE superiores em todas as dimensões da escala à exceção da dimensão empatia (dado que não se verifica neste estudo).

Analisando cada uma das dimensões, a Autoconsciência, verifica-se que apenas a variável experiência como supervisor é estatisticamente significativa. Já no estudo de Oliveira (2019) o dado significativamente estatístico refere-se ao sexo masculino. Sendo que o estudo de Oliveira ocorre após a implementação de Modelo Supervisão Clínica Enfermagem Contextualizado (MSCEC), pelo que se pode afirmar que a SC tem um efeito positivo nas capacidades de IE. Alves, Ribeiro e Campos (2012) concluíram que o aumento da idade e do tempo no serviço influenciam a dimensão autoconsciência.

Na Gestão de emoções, identificou-se como dados estatísticos significativos, a idade ($p=0.045$), o tempo de exercício na profissão ($p=0.035$) e a formação em SC ($p=0.034$). Com o aumento da idade verifica-se a diminuição da dimensão gestão de emoções. Por sua vez, no estudo de Oliveira (2019) o dado formação em SC não é significativamente estatístico. Se compararmos mais uma vez com o estudo de Oliveira (2019), também a idade se apresentou estatisticamente significativa para a dimensão “Gestão de Emoções”. Alves, Ribeiro e Campos (2012) também demonstram que o aumento de idade e mais tempo no serviço são preditivos de melhores valores para a dimensão gestão de emoções.

Na dimensão automotivação, identificou-se o dado estatístico significativo, referente ao sexo, com o valor de $p=0.002$ no modelo não ajustado e com o valor de $p=0.003$ no modelo ajustado. No estudo de Oliveira (2019), este dado não se mostrou significativo no modelo não ajustado. O estudo de Antão e Veiga Branco (2012) demonstra que o sexo masculino apresenta valores mais elevados para a automotivação. Para Alves, Ribeiro e Campos (2012) valores mais altos de automotivação estão relacionados com o aumento de idade e com o aumento do tempo no serviço, mas não com o sexo.

No que se refere à dimensão empatia, o dado significativo refere-se à experiência como supervisor, com o valor de $p= 0.008$ no modelo não ajustado e $p= 0.006$ no modelo ajustado. Oliveira (2019) conclui que a experiência como supervisor, não se apresentou significativa no modelo não ajustado.

Para a gestão de relacionamentos em grupo possuir experiência como supervisor mostrou ter influência estatística significativa, apresentando o valor de $p=0.014$ no modelo não ajustado e com o valor de $p=0.028$ no modelo ajustado. Já no estudo de Oliveira (2019), este dado foi estatisticamente significativo no modelo ajustado, mas não se manteve no modelo não ajustado. No estudo de Alves, Ribeiro e Campos (2012) o aumento de idade e com o aumento do tempo no serviço mostraram ter influência estatística significativa na dimensão gestão de relacionamentos em grupo.

Identificar as necessidades a nível do IS-SCE capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, por forma a ser trabalhado nas sessões de supervisão clínica.

Existe evidência que aponta os benefícios da implementação de modelos de supervisão clínica e sua influência na qualidade de cuidados dos enfermeiros e na segurança dos clientes a diferentes níveis. Contudo, apesar de existir uma diversidade de modelos desenvolvidos e testados em vários países que demonstrem evidências na melhoria contínua da qualidade, nenhum conseguiu dar resposta à liberdade dos contextos da prática clínica, à sua diversidade e ao potencial de várias equipas, no sentido de integrarem um projeto profissional de forma participativa, vinculativa e duradoura, numa perspetiva de melhoria contínua (Carvalho & Barroso, 2019).

A SCE 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 (Cruz, 2008). Pode ser definida como um processo formal de acompanhamento que visa promover a tomada de decisão autónoma dos enfermeiros, valorizando a proteção dos clientes e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica (OE, 2010). A SCE é considerada fundamental para a prática profissional de qualidade, uma vez que promove uma maior consciência da responsabilidade profissional, identifica as estratégias de supervisão que os enfermeiros gostariam de ver implementadas, e é fundamental, na medida em que o enfermeiro supervisor clínico, nos processos supervisivos, seleciona aquelas que possibilitam responder às necessidades do contexto (Rocha, Santos & Pires, 2016).

Assim, na implementação de um modelo de SC no âmbito do exercício de enfermagem, o primeiro ponto a focalizar deverá ser a individualidade dos intervenientes, supervisor e supervisorado, e a especificidade da sua relação. Cada modelo possui as suas características únicas e o supervisor deve aplicar as estratégias de supervisão que melhor permitem 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*).

Fazendo parte da etapa 1 de um projeto mais alargado, e uma vez que era objetivo deste estudo contribuir para a fase seguinte identificando as necessidades a nível do IS-SCE capacidades de IE, e face aos dados já apresentados (respetivamente, com as médias de autoconsciência 106.0, gestão de emoções 83.3, automotivação 106.6, empatia 60.7, e gestão de relacionamentos em grupos 59,8), conclui-se que todas as dimensões das capacidades de IE devem ser trabalhadas nas sessões de supervisão uma vez que apresentam valores moderados, dando especial atenção às dimensões Empatia e Gestão de relacionamentos em grupo (as que apresentam médias mais baixas).

Relativamente às estratégias que podem ser usadas propõe-se formação formal efetuada por perito na temática, complementada com dinâmica de grupo. Este trabalho deve ser continuado no acompanhamento dos supervisados pelo supervisor clínico que poderá ir complementando, ao longo do tempo, o processo superviso com as estratégias elencadas pelo grupo de participantes, nomeadamente: feedback, formação contínua, análise crítico reflexiva das práticas, supervisão à distância, análise e documentação de cuidados de enfermagem, sessões de supervisão individuais e apoio (já descritas as características de cada uma anteriormente).

Para que ocorra o desenvolvimento de competências nos profissionais, é necessário que as estratégias utilizadas estejam alinhadas com a instituição que os acolhe, pelo que é importante que os profissionais estejam inseridos num contexto e numa cultura que lhes possibilite o crescimento adaptado às suas necessidades individuais / coletivas, motivando-os para o desenvolvimento das competências necessárias (Augusto,2021).

O supervisor clínico deve possuir conhecimentos sobre as metodologias a implementar e providenciar os recursos adequados às necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento dos supervisados (Chong, 2009). Os programas supervisivos devem ser suportados por estratégias de SC: meios para a otimização do desempenho clínico dos enfermeiros (Rocha, Rodrigues, Pinto & Carvalho, 2021).

O feedback tem o objetivo de promover a consciencialização do supervisado sobre o seu desempenho, constituindo-se como base do desenvolvimento do supervisado, potencia a melhoria da comunicação entre supervisores e supervisado e contribui para a clarificação desses papéis. Já no estudo de Rocha, Rodrigues, Pinto e Carvalho (2021), o feedback também foi uma das estratégias selecionadas. Facto, explicado por o feedback consistir num processo interativo cujo objetivo é promover a consciencialização do enfermeiro supervisado sobre o seu desempenho, constituindo-se assim como um pilar básico para o seu desenvolvimento. De acordo com a literatura, no âmbito da SCE, torna-se essencial que o enfermeiro forneça e receba feedback relativamente ao seu desempenho profissional. Assim, os enfermeiros devem e sentem necessidade de providenciar e receber um feedback claro e construtivo para otimização do

desenvolvimento, fomentando, conseqüentemente, a sua confiança e segurança no desempenho do exercício profissional (Petronilho, 2012).

No que se refere à análise crítico-reflexiva das práticas, segundo Garmston et al. (2002), defendem que sendo a reflexão um procedimento chave para o desenvolvimento de competências, através da promoção da capacidade de reformular a experiência e gerar novas alternativas, constitui também uma ferramenta essencial na avaliação das situações da prática, no sentido de gerar novas e melhores aprendizagens, através da experiência profissional individual e conjunta.

Também no estudo de Rocha, Rodrigues, Pinto e Carvalho (2021), a formação contínua foi a segunda estratégia de supervisão clínica mais selecionada pelos enfermeiros; possivelmente por ser entendida como uma estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas, contribuindo desta forma, para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional.

CONCLUSÃO

A SCE é perspectivada na atualidade como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A implementação de processos supervisivos permite atender às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, contribui para aumentar a sua satisfação e vinculação à profissão e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de tomada de decisão clínica e prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Em 2010, a OE publicou o Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde salientou a importância do processo de supervisão, que para além de mecanismo de suporte para os enfermeiros e para a sua prática, seria uma garantia de segurança e qualidade assistencial. Mais recentemente, em 2018, a OE publica o Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica; documentos que enquadram de forma legal a importância da SC.

O sucesso da implementação de um modelo de SCE depende da sua adaptabilidade às características e recursos do contexto organizacional, às necessidades e expectativas dos atores envolvidos e do comprometimento dos profissionais com os processos supervisivos.

A IE é um conjunto de habilidades e competências que estão aliadas à capacidade de administrar os sentimentos, conhecer-se melhor a si, lidar com os sentimentos do outro, colocar-se no lugar do outro e exercitar a empatia. Através da IE pode-se fazer intencionalmente com que as emoções trabalhem em nosso benefício, usando-as para auxiliar a orientar o comportamento e o nosso raciocínio de maneira a obter melhores resultados. A IE pode ser nutrida, desenvolvida e ampliada, não se tratando de uma característica impossível de adquirir.

A IE dos enfermeiros influencia a resolução de problemas, com impacto significativo nos resultados das intervenções implementadas nos doentes alvo dos seus cuidados. É uma habilidade treinável devendo ser infundida nos currículos de enfermagem de forma que os futuros profissionais de saúde melhorem as suas competências de IE.

Este estudo, enquadrado na Etapa 1 - Diagnóstico da situação, da Implementação do Modelo SafeCare, teve como finalidade contribuir para a segurança e qualidade da prática clínica dos enfermeiros, através da identificação das necessidades dos enfermeiros para IS-SCE - Capacidades de Inteligência Emocional, avaliado no departamento cirúrgico de um hospital no norte de Portugal.

Os objetivos deste estudo consistiram em avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros do contexto cirúrgico, relacionar as capacidades de inteligência emocional com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros, e identificar as necessidades a nível do IS-SCE capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, por forma ser trabalhado nas sessões de supervisão clínica.

De acordo com estes objetivos foi utilizado um questionário que permitiu fazer a caracterização da amostra e avaliar as capacidades de IE através da escala “Capacidades de Inteligência Emocional para enfermeiros”. A escala já se encontrava adaptada para a população de enfermeiros e é composta por 84 itens, avaliados numa escala Likert de 7 pontos e constituída por 5 dimensões: a autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo.

Fizeram parte do estudo 47 enfermeiros, dos quais 38 mulheres e 9 homens; com uma média de idade de 35,4 anos. Embora a maioria da amostra não possua qualquer experiência no que se refere ao domínio da supervisão clínica, conclui-se que apenas 27,7% têm formação em SC, sendo que 76,6% não têm experiência anterior de supervisor e 74,5% não tem experiência enquanto supervisionado.

Dos resultados conclui-se que:

- Os enfermeiros do contexto cirúrgico possuem capacidades moderadas de IE.
- Relativamente ao valor para cada uma das dimensões, os enfermeiros apresentam valores moderados a altos para a automotivação, autoconsciência e gestão de emoções e valores moderados para a empatia e a gestão de relacionamentos em grupo.
- Enfermeiros sem experiência como supervisionado apresentam valores mais elevados para a dimensão autoconsciência.
- Enfermeiros mais novos, com menor tempo de exercício na profissão, sem formação em SC apresentam valores mais elevados para a dimensão gestão das emoções.
- Enfermeiros do sexo masculino apresentam valores mais altos para a dimensão automotivação.
- Enfermeiros sem experiência como supervisionado apresentam valores mais altos para a dimensão empatia.
- Enfermeiros sem experiência como supervisionado apresentam valores mais altos para a dimensão gestão de relacionamentos em grupo.
- Todas as dimensões das capacidades de IE devem ser trabalhadas nas sessões de supervisão uma vez que apresentam valores moderados, dando especial atenção às dimensões Gestão de emoções e Gestão de relacionamentos em grupo (apresentam valores mais próximos do ponto de corte).

- Como estratégias a ser usadas pelo supervisor propõe-se: feedback, formação contínua, análise crítico reflexiva das práticas, supervisão à distância, análise e documentação de cuidados de enfermagem, sessões de supervisão individuais e apoio.

Da análise estatística atribui-se: 14,1% da variabilidade da dimensão Autoconsciência, às variáveis que integram o modelo ajustado; 19,7% à dimensão Gestão de emoções; 22,8% da variabilidade à dimensão Automotivação; 15,5% à dimensão Empatia e apenas 7,7% à dimensão Gestão de relacionamento em grupos.

Uma das limitações deste estudo, relaciona-se com a dimensão reduzida da amostra. Sendo um estudo de caráter exploratório, uma amostra de maior volume permitiria mais contributos para a implementação do modelo.

Com a conclusão deste estudo pensamos ter contribuído quer para a enfermagem enquanto disciplina pelo aumento de conhecimento acerca da influência da supervisão clínica na componente emocional dos enfermeiros e subsequente repercussão na qualidade de cuidados, quer para a prática de enfermagem através da melhoria das práticas assistenciais. Assim, a SCE apresenta-se como uma estratégia útil que contribui para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, promovendo o seu pensamento crítico- reflexivo, favorecendo a qualidade e a segurança dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

Abdi, E.K.M.; Saeidi, M., Piro, S.; Mohammadian, R. (2021) - Emotional Intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *In Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19.

Abreu, W. (2002) - Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45 (11), p.53-57.

Abreu, W. (2003) - Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde? *Formasau- formação e saúde, Lda*. Coimbra.

Abreu, W. (2007) - Formação e aprendizagem em contextos clínicos: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra. *Formasau- formação e saúde, Lda*.

Adem, E. (2013) - *Inteligência Emocional nos Enfermeiros*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.19/2010>.

Afsar, B.; Cheema, S. & Masood, M. (2017) - The role of emotional dissonance and emotional intelligence on job-stress, burnout and well-being among nurses. *International Journal of Information Systems and Change Management*. (Vol.9), 87-105. <https://doi.org/10.1504/IJSCM.2017.087952>.

Agostinho, L.M.F.C. (2008) - *Competência Emocional em Enfermeiros: um estudo em Hospitais Públicos*. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/3350>

Aguiar, Maria (2013) - *Supervisão de ensinamentos clínicos em enfermagem: perspetivas e vivências dos enfermeiros orientadores*. (Tese de mestrado, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.5/6427>.

Alarcão, I.; Tavares, J. (2003) - *Supervisão da prática pedagógica- uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ªed. [revista e desenvolvida]. Coimbra: Almedina.

Alarcão, Isabel (1999) - *Formação reflexiva de professores: estratégia de supervisão*. Porto Editora.

Almeida, R. (2016) - *Estratégias de coping na gestão de stress em ensino clínico*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/14896>.

Alves, C.; Pacheco, A. (2016) - *A informação como suporte à supervisão de pares em enfermagem*. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*. 2. 41-51. 10.29352/mill0201.0.8.0000.

Alves, J. A. da C., Ribeiro, C., & Campos, S. (2010). *Liderança e enfermagem: estudo realizado com enfermeiros chefes e especialistas*. *Gestão E Desenvolvimento*, (17-18), 51-71. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.129>.

Alves, José António da Conceição, Ribeiro, Célia, & Campos, Sofia. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(7), 33-42. <https://doi.org/10.12707/RIII1199>.

Antão, Celeste; Veiga-Branco, Augusta (2012). Competências emocionais: *uma questão de género?* International Journal of Developmental and Educational Psychology. ISSN 0214-9877. 4:1, p. 19-27. <http://hdl.handle.net/10198/6848>.

Antunes, A.; Carvalho, J.; Sousa, P. (2015) - *Uma tríade em supervisão clínica*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/3203>.

Aroso, A.; Andrade, D.; Fernandes, A. (2015) - *Competência emocional do profissional de saúde*. Seminário Internacional em Inteligência Emocional - Livro de Resumos. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança, p.51. <http://hdl.handle.net/10198/12313>.

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

Augusto, C., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). *Avaliação dos Resultados*. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 48-54). Uniarte Gráfica, S.A. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>.

Augusto, M.; Oliveira, K.; Carvalho, A.; Pinto, C.; Teixeira, L.; Teixeira, L. (2021) - *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>.

Augusto, M.C.B. (2021) - *Contributo da implementação da supervisão clínica em enfermagem, para a qualidade dos cuidados*. (Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto). <https://hdl.handle.net/10216/133881>.

Bardin, I. (2009) - *Análise de conteúdo*. Edições 70. Lisboa.

Bardin, I. (2020) - *Análise de Conteúdo*. Edições 70. Lisboa

Bar-On R. (2006) - *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema.; 18:13-25.

BAR-ON, R. (2006) - *The Bar-on model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema, V.18, Supl.p.13-25. <https://www.psycothema.com/pdf/3271.pdf>.

Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., Rocha, I. (2020) - *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - modelo SAFECARE*. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem*; 43(1): 50-58. <http://hdl.handle.net/10400.26/31333>.

Borges, Paula (2013) - *Implementação de um modelo de Supervisão clínica em Enfermagem: perspectiva dos supervisores*. (Tese de mestrado Escola Superior de Enfermagem do Porto) Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.26/9447>.

Branco, Veiga (2004a) - *Competência emocional*. Coimbra: Quarteto Editora.

Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J., & Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*, 46(12), 1624-1636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024>.

Butterworth, T. (1995) - *Clinical Supervision in Nursing, midwifery and health visiting: development, contracts and monitoring- a second briefing paper*. Manchester: The School of Nursing Studies- The University of Manchester ISBN 1-898992-10-X.

Candeias, A. A. & Canhoto, M. (2019). *Estudos de Inteligência emocional em contextos profissionais com o IEVQ: Metanálise dos trabalhos de adaptação à população portuguesa*. In, A.A. Candeias, (Coord.). *Desenvolvimento ao longo da vida: Aprendizagem, Bem estar e Inclusão* (Cap. 11, pp. 190-203). Évora: Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/27430>.

Carvalho, Rosa (2003) - *Parcerias na Formação. Papel dos orientadores clínicos*. Loures: Lusociência.

Carvalho J.F.S, Chaves L.D.P. (2011) - Supervisão de enfermagem no contexto hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Eletrónica de Enfermagem* ;13(3):546-53. <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a21.htm>

Carvalho A.L.R.F. (2017). Clinical supervision in nursing - strategy for knowledge and quality of care [Editorial]. *Revista Rene.*; 18(3):291. DOI:10.15253/2175-6783.2017000300001.

Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Manual Prático Modelo SafeCare*. Porto: Uniarte Gráfica, S.A. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>.

Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). *Modelo SafeCare: Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado*. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 10-19). Uniarte Gráfica, S.A. <http://hdl.handle.net/10400.26/31971>.

Carvalho, Ana Isabel (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/12851>.

Carvalho, F., Ventura, T., & Barroso, R. (2004). *Perfil de competências do orientador de formação*. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 20(1), 147-52. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i1.10010>.

Cavaco, C. (2016) - *A relação entre a inteligência emocional e o burnout em médicos e enfermeiros*. (Tese de mestrado, Universidade do Algarve). Repositórios Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/8648>.

Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. (2018) - Supervisão de enfermagem para a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Maio. junho 18 (3); 291. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>.

Chong, M. - *Is reflective practice a useful task for student nurses?* Asian Nursing Research. Vol. 3 (2009) p. 111-120. https://www.researchgate.net/publication/248606569_Is_Reflective_Practice_a_Useful_Task_for_Student_Nurses.

Circenis, K; Millere, I. (2012) - *Stress Related Work environment facts: nurses survey results*. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. Vol. 4, nº 6 p. 1150-1157. https://www.researchgate.net/publication/267957315_Stress_related_work_environment_factors_Nurses_survey_results.

Coelho, M. (2013) - *O crescimento emocional beneficia a supervisão pedagógica?* (Tese de mestrado, Escola Superior de Educação Paula Frassinetti). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/1275>.

Collins, J. (2004) - *Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning*. Radiographics. Vol. 24 p. 1483-1489. <https://doi.org/10.1148/rg.245045020>.

Correia, G.; Lage, I.; Martins, C. (2018) - *Competência e traços do supervisor clínico em enfermagem: contributos para a definição de um perfil*. Comunicação oral apresentada no Congresso Internacional: Supervisão Pedagógica: Práticas Inovadoras no Século XXI: Livro de resumos. Escola Superior Saúde de Viseu.

Costa, A. E Faria, L. (2009). *A inteligência emocional no contexto de enfermagem: estudo exploratório com o questionário de competência emocional*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto: Actas do X Congresso Internacional Galego Português de Psicopedagogia.

Costa, A. M. (2009) - *Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros*. (Tese de mestrado, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/240>.

Coutinho, C. P. (2011) - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina. *Emocional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (p. 3-31). New York: basic books. [http://www.rnh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/reprints...EI%20Proper/Ei 1997 Mswals. Pdf](http://www.rnh.edu/emotional_intelligence/EI%20Assets/reprints...EI%20Proper/Ei%201997%20Mswals.Pdf)

Cruz, I.; Rocha, I., Pinto, C.; Carvalho, L. (2009) - Competência emocional dos enfermeiros - A realidade da prática clínica. *Suplemento digital Rev ROL Enfermagem*; 42 (11-12). <http://hdl.handle.net/10400.26/35723>.

CRUZ, Laura (2012) - *Competências Parentais na amamentação: contributos para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9332>.

Cruz, M. (2018). *Fatores Que Influenciam a Satisfação Profissional E a Inteligência Emocional: Contributos Para a Implementação De Um Modelo De Supervisão Clínica*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem) Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28136>.

CRUZ, M. E.C. (2019) - *Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem) Repositório Científico de Acesso Aberto. Porto. Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10400.26/28136>.

Cruz, S. (2008) - A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de enfermagem avançada. *Servir*. Vol. 56, nº 5, pp. 200-206.

CRUZ, S. (2012) - *Do AD HOC a um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso*. (Tese de Doutoramento) Universidade Católica portuguesa, Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>.

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, 153-157. <http://hdl.handle.net/10400.26/33294>.

Cutcliffe J, Sloan G, Bashaw M. (2018) A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Internacional journal of mental heath nursing*, 27(5),1344-1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>.

Damáσιο, A. (1995) - *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Men Martins: Publicações Europa América. 1995.

Diogo, P. et al (2016) - Supervisão de estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, ESPECIAL 4. Pp. 115-122. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0150>.

Diogo, P. (2017) - Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional do Enfermeiros. *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 21, nº1, pp. 20-30. https://www.researchgate.net/publication/321358838_Relacao_Terapeutica_e_Emocoes_Envolvimento_versus_Distanciamento_Emocional_dos_Enfermeiros.

Diogo, P.; Sousa, O.; Rodrigues, J. (2015) - *Efeito da função de suporte do enfermeiro supervisor no desenvolvimento de competências emocionais do estudante de enfermagem em ensino clínico*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações e referencias. pp.201-209.

Encarnação, R.; Soares, E. & Carvalho, A. (2018) - Inteligência Emocional: Fatores influenciadores e impacto nos enfermeiros em cuidados intensivos. *Revista Rene*, vol. 19, pp.33-58. <http://hdl.handle.net/10400.26/33282>.

Ende, J. - *Feedback in clinical medical education*. JAMA. 1983 Vol.250, nº 6, pp.777-781.

Faguy K. (2012). Emotional intelligence in health care. *Radiologic technology*, 83(3), 237-253.

Faria, A.C.L. (2019) - Construção e validação da Escala de Teorias Implícitas de Inteligência Emocional (TIE) no contexto escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, nº54, p. 58-58. <https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.05>.

Fernandes, C. (2005) - *Desempenho docente: competências pedagógicas, emocionais e de gestão da informação*. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório científico de acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/1529>.

Ferreira, A. (2015) - *Autocuidado como indicador de qualidade e segurança dos cuidados: contributos da Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/1529>.

Ferreres-Galán, V.; Navarro-Haro, M.V.; Peris-Baquero, Ó.; Guillén-Marín, S.; de Luna-Hermoso, J.; Osma, J. (2022). - Assessment of Acceptability and Initial Effectiveness of a Unified Protocol Prevention Program to Train Emotional Regulation Skills in Female Nursing Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Internacional Journal of environmental research and public health* 19(9), 5715. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095715>

Ferro, B. et al - (2019) - A transversalidade de Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem. VI Encontro de Jovens Investigadores- Instituto Politécnico de Bragança: <http://hdl.handle.net/10198/20873>.

Figueira, A. C. (2016) - *Perceção dos enfermeiros sobre as competências de supervisão clínica*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico Viseu). Repositório científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.19/3379>.

Filipe, L. (2017) - *Inteligência Emocional percebida do enfermeiro e a pessoa em fim de vida no serviço de urgência*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Fonseca, M. (2004) - *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspetivas do docente*. (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/16713>.

Fonseca, M. J. (2006) - *Supervisão em ensaios clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. (Tese de mestrado, Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/16713>.

Forte, C. (2009) - *Burnout, inteligência emocional e auto-actualização em enfermeiros psiquiátricos*. (Tese de Mestrado, Universidade Porto- Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação). Repositório Científico de acesso aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54946>.

Fortin, M. (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
Foster, K.; McCLOUGHEN, A.; Delgado, C.; Kefalas, C. & Harkness, E. (2015) - Emotional Intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 35(3), 510-517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.009>.

França, M. (2013) - *Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: adversidades e estratégias*. (Tese de mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto)

Gabriel, A., Gomes, E., Escobar, L., Ribeiro, L., & Veiga-Branco, A. (2019). Competência emocional e supervisão clínica em enfermagem-uma praxis promotora de qualidade. *VI Encontro de Jovens Investigadores do Instituto Politécnico de Bragança*. <http://hdl.handle.net/10198/20929>.

Garcia, João (2008) - *Inteligência Emocional e liderança nas competências de gestão em enfermagem: um estudo exploratório com enfermeiros chefes e enfermeiros colaboradores*. (Tese de mestrado, Universidade Évora). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10174/16869>.

Gardner, H. (1983) - *Estruturas da mente: a Teoria das Múltiplas Inteligências*. Artes Médicas.

Garrido, A. (2004) - *A Supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Universidade de Aveiro, Tese de Doutoramento. <http://hdl.handle.net/10773/1464>.

Garrido, A.; Simões, J. & Pires, R. (2008) - *Supervisão clínica em enfermagem: perspetivas práticas*. Aveiro: Universidade Aveiro. Portugal

Garrido, A.; Simões, J. (2007) - *Supervisão de alunos em ensino clínico: uma reflexão*. http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2769-supervisao-de-alunos-em-ensino-clinico-uma-reflexao#.W_mUbOTkWM8

Giménez-Espert, María del Carmen e Prado-Gascó, Vicente Javier (2017) -Inteligência emocional em enfermeiros: a escala Trait Meta-Mood Scale. *Acta Paulista de Enfermagem*,30, 204-209. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700031>.

Goleman, D. (1995) - *IE- A Teoria Revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Editora Objetiva. Rio de Janeiro. <https://eduardolbm.files.wordpress.com/2014/10/inteligencia-emocional-daniel-goleman3.pdf>.

Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e debates.

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

Goleman, D. (2005) - *Trabalhar com Inteligência Emocional* (3ª edição). Temas e Debates: Lisboa.

Goleman, D. (2006) - *Inteligência Social - a nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Temas e Debates - Atividades Editoriais.

Goleman, D. (2012) - *Inteligência emocional, a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de janeiro: Objetiva.

Goleman, D. (2012) - *Inteligência emocional, a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de janeiro: Objetiva.

Goleman, D. (2012) - *O cérebro e a Inteligência emocional: novas perspetivas*. Rio de janeiro: Objetiva.

Goleman, D. (2015) - *Liderança - A Inteligência Emocional, na formação do Líder de sucesso*. Rio de janeiro: Objetiva.

Goleman, D.; Boyatzis, R.; MckEE, A. (2002) - *Os Novos líderes - A inteligência emocional nas organizações*. Lisboa: Gravina.

Goleman, Daniel (2000) - Foreword. In BAR-ON, Reuven; PARKER, James D. A. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.

Gregório, Fernando (2008) - *Competência emocional e satisfação profissional dos enfermeiros*. (Tese de mestrado, Universidade do Algarve). Repositório Científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/732>.

Hamah-Morad, J. et al (2021) - The use of virtual social networks and the relationship to emotional intelligence among nursing students. *Journal of Psychiatric Nursing*. 12 (4) DOI: 10.14744/phd.2021.14237 J.

Hansen, K., LLOYD, J., & Stough, C. (2009) - *Emocional Intelligence and Clinical Disorders*. Em C. Stough, D. H. Saklofske & J. D. A. Parker (Eds). *Assessing Emotional Intelligence: Theory, Research, and Applications* (pp 219- 237). New York: Springer.

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),1-6. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-11>.

Henriques, S.; Gaspar, M.I.; Massano, M.L. (2018). Supervisão no ensino superior online: que Práticas? *Revista Portuguesa de Pedagogia*. P-27-41. https://doi.org/10.14195/1647-8614_52-1_2.

Holder, M.P.Q. (2017)- *Inteligência Emocional: um estudo com professores de educação básica na rede pública e na rede privada de Ensino, na cidade de Porto Seguro, a partir do uso da Escala Veiga Branco*. (Tese de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias). <http://hdl.handle.net/10437/8382>.

Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., & Mohammadian, R. (2021). Inteligência Emocional e Qualidade da Assistência à Enfermagem: Necessidade de Desenvolvimento Profissional Contínuo. *Revista iraniana de enfermagem e pesquisa de obstetria*, 26(4), 361-367. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_268_19.

Kozłowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). *Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention*. *Applied nursing research: ANR*, 41, 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>.

Lamas, B. (2012) - *Risco Queda: Contributos para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9370>.

Lewis S. L. (2019). Emotional Intelligence in Neonatal Intensive Care Unit Nurses: Decreasing Moral Distress in End-of-Life Care and Laying a Foundation for Improved Outcomes: An Integrative Review. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 21(4), 250-256. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000561>.

Lezón, M. (2009) - *Auto-observação: melhorar execução? Mais evolução? Mais supervisão. Uma experiência de supervisão*. In: Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho.

Lopes, E. (2015) - *O impacto da implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem na avaliação do risco de queda*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9763>.

Lopes, P. N. (2016). Emotional Intelligence in Organizations: Bridging Research and Practice. *Emotion Review*, 8(4), 316-321. <https://doi.org/10.1177/1754073916650496>.

Lopes, P.N. & Salovey, P. (2008) - *Emotional intelligence and leadership: implications of leader development*. In C.L. Hoyt, G.R. Goethals & D.R. Forsyth. (Eds). *Leadership at the crossroads*, pp. 79-98.

Lopes, T. S. (2013) - *Competência Emocional nos Enfermeiros: na rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança. Escola Superior de Saúde). Repositório científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10198/9592>.

MacCulloch T, Shattell M. (2009) - *Clinical supervision and the well-being of the psychiatric nurse*. Issues Ment Health Nurs;30(9):589-90. <https://doi.org/10.1080/01612840902954541>.

MÁRTIN, Doris; BOECK, Karin (1999) - *QE: O que é a Inteligência Emocional*. 2ª ed. Lisboa: Editora Pergaminho, Lda.

Martins, M. P. C. (2018) - *Inteligência emocional nos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria*. (Tese de mestrado, Universidade de Beira Interior) Repositório científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.6/9573>.

Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R.D. (2002) - *Emotional intelligence: science and myth*. Boston: MIT Press.

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

Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>

Mayer, J. D.; Salovey, P. (1997) - *What is emotional intelligence?* Em Salovey & D. Sluyter (EDS).

Mayer, J.; Salovey, P.; Caruso, D. R. & Sitarenios, G. (2001) - *Emotional Intelligence as a standard intelligence*. Emotion, 1 (3), 232-242.

Mayer, J.D.; Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000). *Models of emotional intelligence*. Em R.J. Sternberg, *Handbook on intelligences* (p.396-420) New York, Cambridge University Press.

Menezes, T. N. et al (2021) - Processo de supervisão dos enfermeiros no ambiente hospitalar e a sua influência na qualidade assistencial. *Revista Research, Society and Development*. V.10, Nº10. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18875>.

Monteiro, É. (2014) - *Implementação de um modelo de Supervisão clínica em Enfermagem: impacto na organização*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9466>.

Moreira, P. (2019) - *Inteligência emocional - Uma abordagem prática*. Idioteque. 2019. ISBN- 978-989-54008-5-0.

Nagel, Y., Towell, A., Nel, E., & Foxall, F. (2016). The emotional intelligence of registered nurses commencing critical care nursing. *Curationis*, 39(1), e1-e7. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1606>.

Nascimento, A. B. do. (2021). Implementação de melhores práticas de supervisão clínica de enfermagem: relato de experiência. *Saberes Plurais: Educação Na Saúde*, 5(1), 44-60. <https://doi.org/10.54909/sp.v5i1.112079>.

Nascimento, S. (2006) - *As relações entre inteligência emocional e bem-estar no trabalho*. (Tese de mestrado, Universidade Metodista de S. Paulo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://tede.metodista.br/jspui/handle/tede/1327>.

National Health Service (2011)- *Clinical Supervision Policy: LCR community Health Service*. Leicestershire County and Rutland.

Neta, N.; Garcia, E.; Gargalho, I. (2008) - A Inteligência Emocional no âmbito académico: uma aproximação teórica e empírica. *Revista Psicologia Argumento*, Volume 26, nº 52.

Netto, L., Silva, K., & Rua, M. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da Saúde e da Enfermagem. *Escola Anna Nery*, 22(1), 1-6. Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309.

Norwood, S. (2000) - *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey: Prentice Hall.

Oliveira, K. S. (2019) - *Inteligência emocional dos enfermeiros: contributo da supervisão clínica*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28831>.

Ordem dos enfermeiros (2018) - Regulamento nº 366/2018. Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Diário da República, 2ª Serie, 113, p.16656-16683.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-doscuidados.pdf>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2010) Caderno temático. Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de Certificação de Competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paula, P.H.L. (2017) - *A influência da inteligência emocional na liderança*. (Tese de mestrado, Universidade de Taubalé, São Paulo). Repositório Científico de acesso aberto. <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/3443>

Pedras, S., & Seabra, F. (2016). *Supervisão e Colaboração: contributos para uma relação*. *Transmutare*, 1(2), 293-312. <http://dx.doi.org/10.3895/rtr.v1n2.4379>. ~

Pereira, A. (2008) - *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. Goleman, D. (2012) - *Inteligência emocional, a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Petrides, K.V., Frederickson, N. & Furnham, A. (2004) - *The role of trait emotional intelligence in academic performance and behavior at school*. *Personality and Individual Differences*, 36, p.277-293. http://www.psychometriclab.com/admins/files/paid%20%282004%29%20%20T_EI.pdf

Petronilho F. (2012) *Autocuidado: conceito central de enfermagem*. Coimbra: Formasau-Formação e saúde Lda. <https://hdl.handle.net/1822/32323>.

Pina, J.; veiga-branco, M. (2019) - *Supervisão Clínica: Conceitos, Modelos e Teorias - Prática Refletida como Essência da Supervisão Clínica*. VI Encontro de Jovens Investigadores- Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/20873>-

PING, X. (2008) - *Rules and models of clinical supervision*. *Singapore Nursing Journal*. vol. 35 nº2. pp.26-32.

Pinto, D. (2013) - *Indicadores de estratégia de Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório científico de acesso aberto <http://hdl.handle.net/10400.26/9389>.

Pinto, D. (2015) - Relevância dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem. *II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>.

Pinto, P.; Rodrigues, J.; Sousa, O.; Martins, H.; Fernandes, N. (2016) - Supervisão de estudantes em ensino clínico: correlação entre desenvolvimento de competências emocionais e função de suporte. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, ESPECIAL 4. pp.115-122. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0150>.

Pires, R., Pereira, F., Reis Santos, M., & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies In Nursing. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS*, 351-361. <http://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.02.34>.

Pires, R.; Morais, E.; Santos, R.; Koch, C.; Sardo D.; Machado, P. (2004) - *Supervisão Clínica de alunos de enfermagem*. Revista Sinais Vitais, 54, p. 15-17.

Pisco, J. - *Boletim IQS: Apresentação*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, 2000.

Polit, D.; Beck, C. (2011) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7ªed. Porto Alegre: Artmed.

Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of advanced nursing*, 73(8), 1825-1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>.

Prata, P.; Santos, M.; Frade, J.; Koch, C. (2015) - *Supervisão Clínica em Enfermagem: um conceito de consenso em sete países da União Europeia*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>.

Proctor, B. (1986) - *Supervision: A co-operative exercise in accountability* in M. Marken and M. Payne (eds) *Enabling and Ensuring. Supervision in practice*, Leicester: National Youth Bureau, 1986.

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

Rebello, Ângela (2012) - *Inteligência Emocional dos profissionais de saúde da Rede Nacional de Cuidados Integrados*. (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional das Beiras. Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.272>.

Rego, A., & Fernandes, C. (2005). Inteligência emocional: Contributos adicionais para a validação de um instrumento de medida. *PSICOLOGIA*, 19(1/2), 139-167. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.401>.

Ribeiro, Célia, & Campos, Sofia, & Da Conceição Alves, José António (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência*, III (7), 33-42. ISSN: 0874-0283. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966003>.

Ribeiro, J. L. P (2010). - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. 3ªEd.Porto: Livpsi,.

Ribeiro, Olga; Martins, M. M. F. P. da S.; Tronchin, D. M. R. (2017) - Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 14 DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV16086>.

Rocha IA da R e S, Rodrigues MAC, Pinto CMCB, Carvalho ALRF de. (2021) - Supervisão clínica em enfermagem para otimizar a avaliação do autocuidado. *Cogitare Enfermagem*. Clinical supervision in nursing - strategy for knowledge and quality of care. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.78884>.

Rocha IA da R e S, Santos MR, Pires RMF. (2016) Distance supervision in nursing: a reality desired by nurses. *Revista Enfermagem Referência*. <http://doi.org/10.12707/RIV16025>.

Rocha, A. (2014) - *Supervisão clínica em Enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspectiva dos supervisionados*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9729>.

Rocha, A. Santos, M.; Cruz, S. (2015) - *SC em enfermagem: estratégia potenciadora da excelência dos cuidados*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>.

Rocha, I. (2013) - *Construção e validação do Questionário de Avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em enfermagem*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de

Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9399>.

Rocha, I. (2017) - *Formulário de Proposta de Tese* - Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.

Rocha, I. (2017) - *Questionário C-S2AFECARE-Q- Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados*. Porto: Escola superior de Enfermagem do Porto.

Rocha, I. (2021) - *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: contributos para ao autocuidado, satisfação profissional e competência emocional*. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. <https://hdl.handle.net/10216/139953>.

Rocha, I. A. D. R., Pinto, C. M. C. B., & Carvalho, A. L. R. F. D. (2021). Impacto da supervisão clínica na satisfação profissional e na competência emocional dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>.

Rocha, I., Reis Santos, M., & Pires, R. (2016). *Supervisão á distancia em Enfermagem: uma realidade desejada pelos enfermeiros*. *Revista Referência* p. 95-101. Doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16025>.

Rocha, I.; Reis, M.; Pires, R. (2015) - *Implementação de estratégias de supervisão clínica em enfermagem nos serviços de saúde*. II Congresso Internacional de Supervisão Clínica. Livro de Comunicações & Conferências. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32031>.

Rodrigues, P. (2017). *Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Saúde Bragança, Bragança). <http://hdl.handle.net/10198/14784>.

Rothgeb M. K. (2008). Creating a nursing simulation laboratory: a literature review. *The Journal of nursing education*, 47(11), 489-494. <https://doi.org/10.3928/01484834-20081101-06>.

Rua, M. (2011) - *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas. Lda.

Russo, S.; Alves, P.; Veiga-Branco, M. (2019) - *Influência da supervisão clínica em enfermagem na qualidade dos cuidados*. VI Encontro de Jovens Investigadores. Instituto Politécnico de Bragança.

Sarabia-Cobo, C. M., Suárez, S. G., Menéndez Crispín, E. J., Sarabia Cobo, A. B., Pérez, V., de Lorena, P., Rodríguez Rodríguez, C., & Sanlúcar Gross, L. (2017). *Emotional intelligence and coping styles: An intervention in geriatric nurses*. *Applied nursing research: ANR*, 35, 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.03.001>.

SÁ-CHAVES, I. (2011) - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Universidade de Aveiro, 3ª Ed. Estudos Temáticos.

SChon, D. (2000) - *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Sealy, A. (2006)- *Clinical Supervision Policy & Guidelines for Registered Nurses & clinical Support Staff*. City and Hacijney Teaching Primary Care Trust: London.

Setz, V.; Innocenzo, M. (2009) - *Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem no prontuário por meio da auditoria*. *Acta Paul Enferm*. Vol. 22, nº 3 p. 313 - 317. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000300012>

Silva, E. de L. F. (2017) - *Inteligência emocional como ferramenta estratégica para o trabalho do enfermeiro*. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem - Faculdade de Macapá - FAMA, Macapá.

Silva, J. (2013) - *Desenvolvimento de competências emocionais nos estudantes de enfermagem no primeiro Ensino clínico*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=e09MOLGi>.

Silva, M.J.M. (2010) - *A inteligência emocional como fator determinante nas relações interpessoais: emoções, expressões corporais e tomadas de decisão*. (Tese de mestrado, Universidade Aberta). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/1529>.

Silva, Mariana (2015) - *Avaliação do Risco de Queda - Contributos para a implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/12868>.

Silva, Rosa, Pires, Regina, & Vilela, Carlos. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, serIII*(3), 113-12. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100012&lng=es&tlng=pt.

Silva, S. (2021) - *A Supervisão Clínica e os Estilos de Vida de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35656>.

Simões, J. (2004) - *Supervisão em ensino clínico de enfermagem a perspetiva dos enfermeiros cooperantes*. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10773/1393>.

Simões, J.; Alarcão, I.; Costa, N. (2008) - Supervisão em ensino clínico de enfermagem a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, Vol. 2 nº 6. pp. 91-108.

Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 17(4), 41-46. <https://doi.org/10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279>.

Snowdon, D.A., Leggat, S.G. & Taylor, N.F. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res* 17, 786 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>.

Soeima, s.; Neto, H.V. (2020) - Competência Emocional na prática de enfermagem do trabalho . *International journal of working conditions*. <https://doi.org/10.25762/gjmh-fz58>.

Soeima, S. J.F (2021)- Capacidades de competencia emocional dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica. (Tese de Mestrado , Universidade do Minho). Repósitrório Cientifico de Acesso Aberto.

Sousa C.O - (2017) - *Inteligência Emocional: um estudo com professores da educação básica na rede pública e na rede privada de ensino, na cidade de Porto Seguro, a partir do uso da Escala Veiga Branco*.(Tese de Mestrado, Universidade Lusófona).Repositório Cientifico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10437/8382>.

Sousa, Ana (2010) - *Inteligência Emocional e desempenho académico em estudantes Ensino Superior*. (Tese de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://dspace.ismt.pt/xmlui/handle/123456789/291>.

Sousa, L., Pereira, C., Lopes, A., Faísca, M., Fortuna, T., Príncipe, F., & Mota, L. (2020). Inteligência emocional do enfermeiro na abordagem ao doente crítico: estudo qualitativo. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 39-48. <https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.97>.

Spínola, A., Paz, A., Esparteiro, M.J., Coelho, T. (2018) - Supervisão Clínica em enfermagem: uma estratégia de formação. *Revista UIIPS*. Vol. VI, nº2, p.95-101. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i2.16136>.

Spínola, A., Reis, A., Godinho, C. (2021). Supervisão clínica em enfermagem -uma solução digital. *Revista da UI_IP Santarém. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde*. 9(1), 18-26. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/>

Teixeira, A. (2020). *Supervisão Clínica em Enfermagem de Saúde Mental*. In Sequeira, C. & Sampaio, F. (Eds.), *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 102-112). LIDEL-Edições Técnicas, Lda.

Teixeira, A.I.C. (2021) - *Supervisão clínica em Enfermagem - contributo para a prática baseada na Evidência e competência emocional*. (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). <https://hdl.handle.net/10216/136599>.

Teixeira, Sílvia (2012) - *Autocuidado contributo para um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9301>.

Teskereci, G., Öncel, S., & Özer Arslan, Ü. (2020). Desenvolvimento de compaixão e inteligência emocional em estudantes de enfermagem: um estudo quase experimental. *Perspetivas na assistência psiquiátrica*, 56(4), 797-803. <https://doi.org/10.1111/ppc.1249>

Torres Estrada, N., & Sosa Rosas, M. del P. (2020). Inteligencia emocional de los estudiantes de pregrado de las licenciaturas de enfermería. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.993>.

Torres, Margarida (2014) - *O impacto da Inteligência Emocional no resultado do trabalho - Estudo em dois contextos organizacionais*. (Tese de Mestrado, Universidade Europeia). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/12902>.

Valadares, J.; Moreira, M. (2009) - *A Teoria da Aprendizagem Significativa: Sua Fundamentação e Implementação*. Coimbra: Almedina

Veiga Branco, A. (2005) -*Competência Emocional em Professores: Um Estudo em Discursos do Campo Educativo*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10198/5311>.

Veiga Branco, A. (2006) - *Competência Emocional: um estudo com professoras*. Coimbra. Quarteto,2006.

Vieira, J. (2014) - *Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de supervisão clínica em enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/31795>.

Vieira-Santos, Joene, Lima, Diego Costa, Sartori, Raquel Martins, Schelini, Patrícia Waltz, & Muniz, Monalisa. (2018). *Inteligência emocional: revisão internacional da literatura*. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 78-99. Recuperado em 07 de junho de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200006&lng=pt&tlng=pt.

Vieira-Santos, Joene, Lima, Diego Costa, Sartori, Raquel Martins, Schelini, Patrícia Waltz, & Muniz, Monalisa. (2018). *Inteligência emocional: revisão internacional da literatura*. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(2), 78-99. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200006&lng=pt&tlng=pt.

Vilela C. (2018) - *Inteligência Emocional - Um recurso para Enfermeiros: Contributos para a gestão, formação e desenvolvimento de competências emocionais*. Mauritius: Novas Edições Académicas.

Vilela, A. (2006) - *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. (Tese de mestrado, Universidade de Aveiro) Repositório científico de acesso aberto). Dissertação de Mestrado. <http://hdl.handle.net/10773/4946>.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar - uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência, 27-67.

WEISINGER, H. - (2001) - *Inteligência emocional no trabalho: como aplicar os conceitos revolucionários da I. E. nas suas relações profissionais, reduzindo o estresse, aumentando sua satisfação, eficiência e competitividade*. Rio de Janeiro: Objetiva.

White, E., Butterworth, T., Bishop, V., Carson, J., Jeacock, J., & Clements, A. (1998). *Clinical supervision: insider reports of a private world*. *Journal of advanced nursing*, 28(1), 185-192. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00743.x>.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. (2003) - Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 2003, Vol. 10, nº 4, pp. 7-38.

Wood, L. M., Parker, J.D.A., & Keefer, K.V. (2009) *Assessing Emotional Intelligence Using the Emotional Inventory (EQ- i) and Related Instruments*. Em C. Stough, D.H. Saklofske & J.D.A. Parker (Eds). *Assessing Emotional Intelligence; Theory, Research, and Applications* (pp.67-84).

Woyciekoski, C. & Hutz, C. S. (2009) - *Inteligência emocional: teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias*. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 22 (1), pp. 1-11. <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/02-pdf>.

Xavier, S. (2013) - *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/10565>.

Xavier, S.; Nunes, L.; Basto, M. (2014) - *Competência emocional do Enfermeiro: A significação do constructo*. *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 18, nº 2. 2º Semestre 2014. <http://hdl.handle.net/10400.26/13927>.

ANEXOS

Anexo 1. Questionário



37658





VIII – EXPERIÊNCIA ANTERIOR ENQUANTO SUPERVISADO

NÃO

SIM Especifique, por favor _____





37658

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempoútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade de cooperação e entreajuda das várias equipas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade de comunicação entre profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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 agilizado o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento, e dos cuidados a realizar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



37658

PARTE III - ESCALA VEIGA BRANCO DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

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”.

I – PERANTE UMA SITUAÇÃO / RELAÇÃO NEGATIVA NA MINHA VIDA, SINTO QUE AO FICAR ENVOLVIDO (A) POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS

	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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II – EM SITUAÇÕES/ RELAÇÕES NEGATIVAS, RECONHEÇO QUE AO SER ENVOLVIDO POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS

	1	2	3	4	5	6	7
Altera-se a minha capacidade de atenção.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diminui o meu nível de raciocínio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altera-se o meu comportamento ao nível relacional / fico em mutismo; eufórico (a), etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III – RECONHEÇO QUE TENHO TENDÊNCIA A ATUAR, COMO UMA PESSOA:

	1	2	3	4	5	6	7
Instável, com várias mudanças de humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Observadora, consciente do que se passa à minha volta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racional, no que respeita aos meus sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positiva, encaro a vida pela positiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruminativa, sempre a “matutar”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
não tenho sorte na vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autónoma, independente dos medos e outras opiniões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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), TOMA NORMALMENTE UMA ATITUDE:	1	2	3	4	5	6	7
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiquei sozinho “ a arrefecer” simplesmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olhei para a situação/ facto, por outro prisma. Reavaliei a causa da ira.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V – QUANDO, NO QUOTIDIANO, SOU INVADIDO (A) POR EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS (FÚRIA, CÓLERA) NORMALMENTE:	1	2	3	4	5	6	7
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/ pessoas/ atitudes que o causaram.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VI – QUANDO O MEU ESTADO DE ESPÍRITO É NEGATIVO E FOI ORIGINADO PELA ANSIEDADE, SINTO:	1	2	3	4	5	6	7
---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percepção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VII – QUANDO ME SINTO EM DEPRESSÃO, VERIFICO QUE:	1	2	3	4	5	6	7
--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/ situações ainda mais deprimentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto alívio se praticar desporto intenso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



37658

VIII – RECONHEÇO-ME COMO UMA PESSOA:

	1	2	3	4	5	6	7
Com capacidade para controlar os seus impulsos e agir após pensar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que não se importa de esperar para agir, mesmo em situações de desafio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Que quando estou de mau humor, só me assolam recordações negativas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pessimista (faça o que fizer, vai correr mal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrotista (não tenho sorte na vida).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de deixar-me dominar pela ansiedade e pela frustração.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de sair de qualquer sarilho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de ter energia e habilidade para enfrentar os problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suficientemente flexível para mudar os meus objetivos (pessoais e profissionais), se estes se revelarem impossíveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IX – IMAGINE-SE NUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL (TRATAMENTO DE FERIDA, CATETERISMO VESICAL, ENSINAR CLIENTE / FAMÍLIA, ETC.) DURANTE A ATIVIDADE, NORMALMENTE SINTO QUE:

	1	2	3	4	5	6	7
Fico absolutamente absorto no que estou a fazer, indiferente ao que me rodeia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perco a noção do tempo, do espaço e dos que me rodeiam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vou fazendo o que devo, com o estado de espírito preocupado com outras coisas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Experimento sensações de prazer (gozo pessoal).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vou fazendo, e ruminando outros pensamentos que me ocorrem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quanto mais criativo é o trabalho, mais me absorve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

X – QUANDO VIVO UMA SITUAÇÃO DE REJEIÇÃO PESSOAL (A NÍVEL ÍNTIMO, SOCIAL, PROFISSIONAL), SINTO QUE:

	1	2	3	4	5	6	7
Penso no facto e rumino a humilhação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Penso no facto e tento encontrar uma atitude contempozadora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invade-me a autopiedade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Invade-me o desprezo, o rancor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Correu mal em consequência de um defeito pessoal, eu sou assim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

XI – NAS RELAÇÕES (PESSOAIS, FAMILIARES, SOCIAIS) COM OS OUTROS, AO LONGO DA MINHA VIDA, FICA-ME A SENSAÇÃO DE QUE SOU CAPAZ DE:

	1	2	3	4	5	6	7
“Registrar” / perceber os sentimentos dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, sem ligar às suas palavras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outra _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



37658

XVI – DAS ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA DESCRITAS NA LITERATURA, INDIQUE QUAL (AIS) CONSIDERA SER UM CONTRIBUTO PARA POTENCIAR/OTIMIZAR AS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.

- Feedback
- Demonstração
- Observação
- Relatório Reflexivo
- Formação Contínua
- Supervisão à distância
- Análise de documentação dos cuidados de enfermagem
- Apoio
- Análise crítico-reflexiva das práticas
- Análise de casos com o supervisionado
- Análise de casos em grupo
- Sessões de Supervisão Individuais
- Auto Supervisão

JUSTIFIQUE

Muito obrigado pela sua participação!



37658



Anexo 2. Pedido de Consentimento Informado





37658

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a Lei N.º67/98 de 26 de outubro e a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

SUPERVISÃO CLÍNICA COMO CONTRIBUTO PARA A OTIMIZAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Caro (a) colega,

No âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a estudante Susana Escudeiro de Melo, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “supervisão Clínica como contributo para a otimização das Capacidades de Inteligência Emocional”, sob a orientação dos Professores Doutores Cristina Pinto e Luís Carvalho.

Este trabalho insere-se no Projeto SafeCare - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados resultante da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e um o hospital, tendo como objetivos:

- Avaliar as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros do contexto cirúrgico;
- Relacionar as capacidades de inteligência emocional com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros;
- Identificar as necessidades a nível do IS-SCE capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, por forma ser trabalhado nas sessões de supervisão clínica.

A sua participação é de grande relevância para a concretização deste estudo de investigação, nomeadamente no preenchimento do questionário solicitado. O estudo tem aprovação do Conselho de Administração do hospital e da Comissão de Ética para a Saúde. Durante todo o processo, assegura-se o cumprimento dos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, designadamente o direito ao anonimato e à confidencialidade. Demais informa-se que, a sua participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar-se a continuar a participar no presente estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

Quando concluída a investigação, todos os dados relativos aos intervenientes que possam conduzir à sua identificação serão destruídos. Se for do seu interesse, poderão ser facultados os resultados finais do estudo.

Eu, (NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE) _____,
declaro que, após a compreensão clara de todos os pressupostos supracitados, aceito participar
no estudo dando autorização, para recolha e uso dos dados nas publicações que venham a ser
efetuadas.

LOCAL:

ASSINATURA DO ENTREVISTADO (A):

DATA:

___/___/___

ASSINATURA DA INVESTIGADORA:

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, poderá contactar-me:

Email - susanaescudeiromelo@gmail.com