



**Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental:  
Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica**  
**Emotional Competences in Mental Health Nurses: Contributions of a  
clinical supervision model implementation**

**Competencias Emocionales en Enfermeros de Salud Mental:  
Aportaciones a la implementación de un modelo de supervisión clínica**

Ana Teixeira<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0001-8370-9311>

Maria Cristina Augusto<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-0536-9547>

Cristina Barroso<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-6077-4150>

António Luís Carvalho<sup>3</sup>, <https://orcid.org/0000-0003-1017-4787>

<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, IPSN-CESPU, Portugal.

<sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

**Autor de Correspondência:**

Ana Teixeira, [ana.isabel.teixeira@ipsn.cespu.pt](mailto:ana.isabel.teixeira@ipsn.cespu.pt)

**Resumo**

**Contexto:** A Competência Emocional (CE) é definida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais, bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia. No contexto de Saúde Mental, esta competência assume relevância pela sua natureza inerente ao exercício profissional, com ação privilegiada a nível das competências interpessoais e relação terapêutica. O desenvolvimento e implementação destas competências no contexto da prática, permite aumentar os ganhos para a organização, cliente de cuidados e saúde mental dos enfermeiros. Existem poucos estudos que avaliam a utilização da supervisão clínica como estratégia de suporte formal para o desenvolvimento destas competências nos enfermeiros quer a nível do contexto da formação inicial ou contínua.



**Objetivo:** Avaliar a implementação do Modelo SafeCare no desenvolvimento de competências emocionais nos enfermeiros de um serviço de Saúde Mental.

**Métodos:** Estudo misto caracterizado pela triangulação concomitante, contemplando um estudo quantitativo descritivo, seguido de realização de entrevistas semiestruturadas.

**Resultados:** Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos. Na análise de conteúdo efetuada, os enfermeiros identificam mudanças positivas ao nível do seu desenvolvimento pessoal e profissional, comunicação em equipa, gestão de conflitos e dos relacionamentos em grupo. Reportam ainda alterações na qualidade de cuidados e na organização.

**Conclusões:** A implementação do Modelo SafeCare mostrou ter contribuído para o desenvolvimento das competências emocionais nos enfermeiros num contexto de Saúde Mental, contudo, futuros estudos serão necessários para aprofundar a eficácia da implementação do modelo.

**Palavras-Chave:** Inteligência Emocional; Competência Profissional; Enfermagem; Supervisão de Enfermagem.

## Abstract

**Background:** Emotional Competence (EC) is defined as a set of knowledge, skills, abilities and attitudes necessary to understand, express and adequately regulate emotional phenomena, as well as perform various activities with a high level of quality and effectiveness. This competence is highly relevant in mental health environments, strongly influencing interpersonal competencies and the therapeutic relationship. The development and implementation of these competencies in clinical practice produces gains to the organization, patient and nurses' mental health. There are few studies assessing clinical supervision as a formal support strategy to the development of these competencies in nurses either at an initial or continuing training.

**Aim:** To evaluate the implementation of the SafeCare Model in the development of the emotional competence of nurses of a Mental Health service.

**Methods:** Mixed study characterized by concomitant triangulation, including a descriptive quantitative study, followed by semi-structured interviews.

**Results:** No statistically significant differences were found between the two moments. In the content analysis nurses identified positive changes in their personal and professional development, team communication, conflict management and relationships between groups. They also reported changes in the quality of care and in the organizations.



**Conclusions:** The implementation of the SafeCare Model has very likely contributed to the development of nurses' emotional competence in a Mental Health context. However, further research is needed to improve efficacy of the model implementation.

**Keywords:** Emotional Intelligence; Professional Competence; Nursing; Nursing Supervisory.

## Resumen

**Contexto:** De la Competencia Emocional (CE) forman parte un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y controlar de forma adecuada aspectos emocionales, así como realizar distintas actividades con un gran nivel de eficacia. De acuerdo con la Salud Mental, esta competencia adquiere importancia por su naturaleza inherente al ejercicio profesional, con acción privilegiada a nivel de las relaciones interpersonales y relaciones terapéuticas.

El desarrollo y la implementación de esas competencias en perspectiva práctica, permite mejorar la organización, los cuidados con el enfermo y la salud mental de los enfermeros. Hay pocos estudios que evalúan la supervisión clínica como proceso regulable para el desarrollo de las destrezas en los enfermeros en un nivel inicial y en un nivel avanzado.

**Objetivo(s):** Evaluar la eficacia del Modelo SafeCare en el desarrollo de las competencias emocionales de los enfermeros en la Salud Mental.

**Metodología:** Estudio mixto que privilegia un estudio cuantitativo descriptivo y entrevistas semiestructuradas.

**Resultados:** No existen diferencias estadísticas significativas entre los dos momentos. Teniendo en cuenta el análisis del contenido, los enfermeros identifican cambios positivos a nivel de su desarrollo personal y profesional, comunicación en equipo, gestión de conflictos y relaciones grupales. Refieren también alteraciones en la calidad de los cuidados ofrecidos y en la organización.

**Conclusiones:** La implementación del Modelo SafeCare contribuyó para el desarrollo de las competencias emocionales en los enfermeros en el contexto de Salud Mental, sin embargo, serán necesarios más estudios que nos permitan además demostrar la eficacia de la implementación del modelo.

**Palabras clave:** Descriptores: Inteligencia Emocional; Competencia Profesional; Enfermería; Supervisión de Enfermería.



## Introdução

A Competência Emocional (CE) é definida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais, bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia (Bisquerra, 2008). Assim, a CE deve ser central para a prática de enfermagem, devido à sua pertinência e relevância para com a qualidade dos cuidados. Por outro lado, suporta a tomada de decisão, o pensamento crítico, a flexibilidade para a mudança e promove a saúde mental dos enfermeiros (Raghubir, 2018). A Supervisão Clínica (SC), é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional. Tendo por base o conceito proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Atualmente, é considerada uma Competência Acrescida. Em contextos profissionais de Saúde Mental, a implementação de um modelo de SC, demonstrou benefícios para os participantes e benefícios relacionados com o próprio trabalho (Cutcliffe, Sloaw & Bashaw, 2018; Pollock et al., 2017). A evidência destaca uma maior satisfação no trabalho, mobilização de estratégias de coping mais eficazes e menor nível de stress, exaustão emocional e despersonalização (Cutcliffe et al., 2018; Kozlowski, Hutchinson, Hurley & Browne, 2018; Pollock et al., 2017).

O Modelo SafeCare, tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, através da implementação da Supervisão Clínica. A criação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem, justifica a existência de uma reflexão partilhada sobre o método a adotar e as etapas que o constituem para a sua posterior implementação. Considerando a importância de adequar a SCE ao contexto e às necessidades dos enfermeiros, foi desenvolvido por Cruz (2012) o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), que tinha como intenção responder a algumas necessidades identificadas pelos enfermeiros, nomeadamente: a não existência de um modelo de supervisão clínica que mostrasse ser eficaz para os enfermeiros; a visão de que diferentes contextos socioclínicos e políticos podiam conduzir à criação de modelos distintos e ainda, à dificuldade de existência de consenso sobre as tarefas a desenvolver no contexto de uma supervisão consistente. A adoção de um modelo de SCE contribui para a resposta às necessidades de implementação de sistemas de qualidade assumidos formalmente pelas organizações de saúde e defendidos por instituições internacionais e nacionais de que é exemplo o International Council of Nurses (ICN), a OE e o Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde.

O Modelo SafeCare assenta em 4 eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão. O contexto diz respeito ao



ambiente onde os cuidados se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, culturais e organizacionais, entre outros. É um elemento central neste modelo, pois influencia e é influenciado pelos restantes eixos do modelo. Nos cuidados de enfermagem é adotada a definição da OE no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, referindo que estes se centram na relação interpessoal entre um enfermeiro e um cliente de cuidados/família ou comunidade e englobam a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos, baseando-se na relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente de cuidado, num processo dinâmico, cujo objetivo é ajudar o cliente a ser proativo na tomada de decisão e gestão do seu processo de saúde/doença, acompanhando o ciclo vital. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro é reconhecido pela sua formação e experiência. O conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida, pressupondo uma evolução e continuidade que leva o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos ao longo da sua carreira. Por último, existe o eixo supervisão onde foi adotado o conceito definido pela OE anteriormente apresentado. Considerámos a supervisão um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor e um ou mais supervisados, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.

A eficácia da implementação do modelo é tanto maior quanto a qualidade da relação que se estabelece entre estes eixos (Carvalho et al., 2019). Estes eixos são trabalhados ao longo das etapas do modelo, explicitadas posteriormente nos métodos.

Este estudo, tem como objetivo avaliar o impacto da implementação do Modelo SafeCare no desenvolvimento de CE nos enfermeiros de um serviço de saúde mental.

## **Métodos**

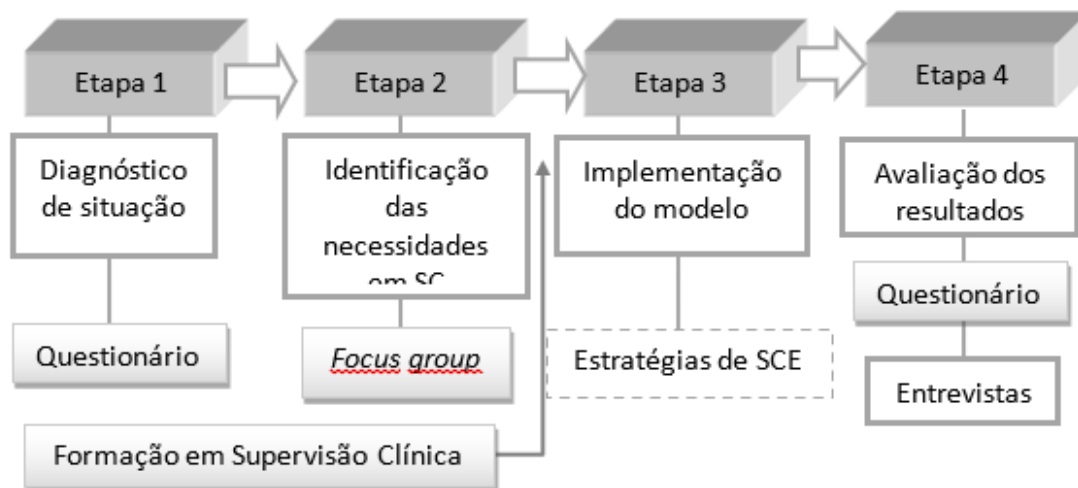
### **Desenho do Estudo**

Este estudo, que contempla várias etapas, num estudo do tipo investigação-ação, faz parte de um estudo mais alargado onde é implementado o projeto SafeCare. Este estudo, apenas avalia um dos indicadores envolvidos no estudo principal. Assim, este é um estudo misto caracterizado pela triangulação concomitante dos dados (QUANT+QUAL), contemplando um estudo quantitativo descritivo e longitudinal, seguido de realização de entrevistas semiestruturadas, sendo também exploratório e descritivo.

O desenho do estudo apresentado na Figura 1, contempla 4 etapas. A etapa 1 que corresponde ao diagnóstico de situação, a etapa 2 à identificação das necessidades em



supervisão clínica, a etapa 3 à implementação do modelo e a etapa 4 à avaliação dos resultados (Carvalho et al., 2019). Este estudo retrata os dados quantitativos colhidos nas etapas 1 e 4 do modelo relativamente à CE e o cruzamento da informação com as entrevistas efetuadas na etapa 4.



**Figura 1-** Apresentação do desenho do estudo

A opção por esta estratégia metodológica teve como objetivo a maior integração e complementaridade de dados em análise, permitindo uma interpretação (divergência e convergência) e integração de resultados, que permitisse a análise da influência do modelo no contexto e no desenvolvimento de CE nos enfermeiros envolvidos. A complementaridade que a triangulação de dados permite pareceu-nos relevante, no sentido de compensar possíveis fragilidades, tal como defendem Creswell & Clark (2013).

O estudo foi realizado de abril de 2017 a setembro de 2019, num centro hospitalar universitário do norte de Portugal, no Porto, tendo como participantes os enfermeiros que exerciam funções no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental.

### **Participantes e Contexto**

Na fase quantitativa do estudo fizeram parte da amostra, todos os enfermeiros que exerciam funções num serviço de Psiquiatria e Saúde Mental e que participaram na implementação do modelo em todas as suas etapas tratando-se, portanto, de uma amostra de conveniência.

Na fase qualitativa, foram selecionados enfermeiros que tinham participado na implementação do modelo em todas as etapas quer como enfermeiros supervisores, quer como enfermeiros supervisionados ou mesmo enfermeiros gestores. Obtivemos um total de 11 participantes, altura em que já se verificava a saturação dos dados, sendo



enfermeiros supervisores clínicos (N=4), enfermeiros supervisionados (N=4) e enfermeiros gestores do contexto (N=3).

### **Instrumentos de colheita de dados**

Para a colheita de dados foram utilizados dois instrumentos: o questionário e a entrevista semiestruturada. O questionário foi composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional (Idade, Sexo, Tempo de Exercício Profissional, Situação Jurídica de Emprego, Habilitações Académicas e Profissionais, Formação em Supervisão Clínica); 2) Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros (EVB-CIE). Esta escala foi adaptada e validada para esta população por Vilela (2006). A escala é constituída, na sua versão, por um total de 84 itens, organizados em cinco subescalas: Autoconsciência (20 itens), Gestão das emoções (18 itens), Automotivação (21 itens), Empatia (12 itens) e Gestão de Relacionamentos em Grupos (14 itens). Estes itens são avaliados numa escala tipo Likert, em que as opções de resposta são: 1- Nunca, 2- Raramente, 3- Pouco frequente, 4- por norma, 5- Frequente, 6- Muito frequente, 7- sempre. Atualmente é designada por Escala Veiga Competências Emocionais (EVCE), pelo que iremos adotar essa designação. Num estudo previamente realizado pelos investigadores (Teixeira, Ribeiro, Carvalho e Barroso, 2019) apresentou um valor de Alpha de Cronbach para a escala total de 0,919, resultando numa muito boa consistência interna. Em relação às suas dimensões: Autoconsciência ( $\alpha= 0,822$ ); Gestão de Emoções ( $\alpha= 0,630$ ); Automotivação ( $\alpha=0,781$ ); Empatia ( $\alpha= 0,880$ ); Gestão de Relacionamentos em Grupos ( $\alpha= 0,854$ ). No estudo de Vilela (2006), revelou muito boas propriedades psicométricas e apresentou valores em relação às suas dimensões: Autoconsciência ( $\alpha= 0,71$ ); Gestão de Emoções ( $\alpha= 0,69$ ); Automotivação ( $\alpha=0,75$ ); Empatia ( $\alpha= 0,83$ ); Gestão de Relacionamentos em Grupos ( $\alpha= 0,85$ ). Todas as dimensões foram positiva e significativamente correlacionadas entre si e com a escala total ( $p<0.001$  para todas as correlações calculadas). As dimensões que apresentaram uma correlação superior com a escala total foram as dimensões Autoconsciência ( $r=0,790$ ) e Gestão de Emoções ( $r=0,782$ ). O par de dimensões Autoconsciência e Automotivação ( $r=0,657$ ) e o par Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos ( $r=0,658$ ) foram os que apresentaram correlação superior entre si. O par de dimensões Autoconsciência e Gestão de Relacionamentos em Grupos ( $r=0,253$ ) e o par Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupos ( $r=0,282$ ) foram os que apresentaram uma correlação inferior entre si.

Para a entrevista semiestruturada foi elaborado um guião que serviu de guia e que tinha como objetivos: Identificar as perceções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo SafeCare, nomeadamente a nível das CE na equipa. O guião da entrevista era composto por duas partes, a primeira pela caracterização sociodemográfica e profissional do participante e a segunda pelo conjunto de questões. A fidelidade e validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. A fidelidade é uma condição que mostra se o instrumento de medida dá valores constantes de uma vez para a outra, pelo que foi efetuado um pré-teste da mesma a quatro enfermeiros, não



havendo necessidade de reformulação. A verificação da validade foi efetuada através da avaliação da entrevista por um perito externo ao estudo que deu parecer favorável acerca da mesma.

## **Procedimentos**

Na etapa 1 foram entregues dois exemplares do questionário aos participantes, para preenchimento nesta primeira e na última etapa. Cada questionário continha um código aleatório. Na segunda etapa, identificaram-se as necessidades de supervisão clínica, através da realização de reuniões com todas as partes envolvidas no projeto (enfermeiros, enfermeiros gestores e investigadores). A terceira etapa contemplou a implementação do modelo. Foram selecionados os supervisores clínicos e constituídas cinco equipas de supervisão. Estas foram organizadas pelo enfermeiro gestor, sendo este, responsável pelo agendamento mensal de uma reunião de supervisão com a duração de 2 horas. As reuniões realizaram-se de setembro de 2017 a novembro de 2018. Foi realizada formação sobre supervisão clínica, na função formativa da supervisão contemplada formação teórica sobre Inteligência Emocional, análise e discussão de casos, reflexão sobre situações do quotidiano da equipa. Considerando a liderança um elemento-chave para o suporte da equipa, para a promoção e manutenção destas competências, foi também realizada formação aos enfermeiros gestores sobre Inteligência Emocional e Liderança. Na função de suporte/restaurativa foi promovido a escuta ativa, feedback, partilha de emoções em contexto de grupo e individual bem como estratégias para promover a comunicação e resolução de conflitos na equipa. Na função normativa, foram revistos protocolos de atuação no serviço. Na última etapa (etapa 4), os enfermeiros voltaram a preencher o instrumento de colheita de dados (N=13), previamente codificado. Os questionários após preenchidos pelos enfermeiros, foram colocados em local próprio dentro de envelope fechado, sendo posteriormente recolhidos pela investigadora.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em local próprio de forma presencial, de acordo com a disponibilidade e horário escolhido por cada um dos participantes e tendo em conta a disponibilidade da investigadora. As entrevistas foram gravadas, com consentimento dos entrevistados e, posteriormente transcritas. A duração média das entrevistas foi de 30 a 45 minutos. Esta última etapa, decorreu de janeiro a setembro de 2019.

## **Análise dos Dados**

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS, versão 24.0, recorrendo-se à estatística descritiva e não paramétrica devido ao tamanho da amostra (N=13). Assim, foram calculados os valores de mediana e amplitude interquartis (AIQ) para as duas fases de avaliação e para cada uma das dimensões e score total da escala EVCE. Os valores de prova foram obtidos através da aplicação do teste de Wilcoxon. Na análise qualitativa dos dados foi realizada a análise de conteúdo temática proposta por





Bardin (Bardin, 2016) com recurso ao software NVivo 12, tendo em consideração as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. A análise de conteúdo foi efetuada pela autora principal e, posteriormente revista por dois investigadores, coautores do artigo com experiência na análise de conteúdo. Cada investigador efetuou a sua análise em separado. No final o grupo de investigadores reuniu, chegando ao consenso final acerca das categorias da análise. Sendo assim, o material empírico obtido nas entrevistas foi alvo de exploração e análise e, tendo em consideração os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto, foram elaboradas quatro categorias temáticas e respetivas subcategorias, apresentadas nos resultados.

### **Considerações Éticas**

Neste estudo foram asseguradas todas as autorizações necessárias, nomeadamente da Comissão de Ética do centro hospitalar envolvido (autorização CE 335/2016), o consentimento informado e participação voluntária dos participantes no estudo.

### **Resultados**

Dos 40 enfermeiros do serviço de psiquiatria, 13 responderam ao questionário na etapa 1 e repetiram na etapa 4. Dado o caráter longitudinal do estudo, este número de participantes deveu-se ao facto de ter ocorrido turnover de elementos durante o projeto, bem como ausências prolongadas (atestados e licenças de parentalidade) e desistências. A Tabela 1 apresenta os dados da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que preencheram os questionários da fase quantitativa do estudo e dos enfermeiros que participaram nas entrevistas.

**Tabela 1-** Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram na fase quantitativa (N=13) e dos enfermeiros que participaram na qualitativa (N=11)



	<b>Amostra fase quantitativa (n=13)</b>	<b>Amostra fase qualitativa (n=11)</b>
	n (%) ou média (dp)	n (%) ou média (dp)
<b>Sexo</b>		
Feminino	8 (61,5)	8 (72,7)
Masculino	5 (38,5)	3 (27,3)
<b>Idade (anos)</b>	39,85 (9,4)	43,1 (8,4)
<b>Tempo de exercício na profissão (anos)</b>	16,62 (9,5)	21 (8,7)
<b>Título profissional</b>		
Enfermeiro	7 (53,8)	1 (9,1)
Enfermeiro Especialista	6 (46,2)	7 (63,6)
Enfermeiro Gestor		3 (27,3)
<b>Habilitações académicas</b>		
Licenciatura	2 (15,4)	2 (18,2)
Pós-graduação	2 (15,4)	
Especialidade	6 (46,2)	3 (27,3)
Mestrado	3 (23,1)	6 (54,5)
<b>Situação jurídica de emprego</b>		
Contrato de Trabalho em Funções Públicas	6 (46,2)	9 (81,8)
Contrato Individual de Trabalho por tempo indeterminado	7 (53,8)	2 (18,2)
<b>Formação Pós-Graduada em supervisão clínica</b>		
Não	11 (84,6)	9 (81,8)
Sim	2 (15,4)	2 (18,2)

Na Tabela 2 são apresentados os valores obtidos para cada uma das dimensões e score total do EVCE na amostra de enfermeiros na fase antes da implementação (etapa 1) e na fase após a implementação do Modelo SafeCare (etapa 4).

**Tabela 2-** Valores de mediana e amplitude interquartis para as 2 fases de avaliação das CE



	<b>Etapa 1</b>	<b>Etapa 4</b>	<b>P*</b>
	<b>Mediana (AIQ)</b>	<b>Mediana (AIQ)</b>	
<b>Total EVCE</b>	418,0 (49,75)	435,5 (64,5)	,814
<b>Autoconsciência</b>	108,5 (8,75)	104,0 (21,5)	,965
<b>Gestão de emoções</b>	81,0 (10,25)	90,0 (20,5)	,814
<b>Automotivação</b>	109,0 (15,25)	108,5 (21,25)	,722
<b>Empatia</b>	65,5 (13,5)	64,0 (9,75)	,444
<b>Gestão de relacionamentos em grupos</b>	55,5 (10,5)	58,5 (11,5)	,074

Nota. AIQ= amplitude interquartis; \*  $p \leq 0,050$

Das 11 entrevistas semiestruturadas, 4 foram realizadas com enfermeiros supervisionados, 4 com enfermeiros supervisores clínicos e 3 com enfermeiros gestores, cujos dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1. Pela análise do material empírico obtido nas entrevistas, foram construídas categorias temáticas e subcategorias, conforme é apresentado no Quadro 1, com os respetivos exemplos de unidades de registo.

**Quadro 1-** Descrição das categorias temáticas sobre a influência da implementação do Modelo SafeCare no contexto e no desenvolvimento das CE

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Exemplos das Unidades de Registo</b>
<b>Influência do modelo no contexto</b>	Cliente	<i>Eu acho que a qualidade dos cuidados melhorou, passou a ser algo um bocadinho mais personalizado, mais estruturado (E2).</i>
	Profissional de Saúde	<i>Acho que as pessoas conseguiram ter um espaço e tempo para pararem e pensarem naquilo que estavam realmente a fazer (E4).</i>
<b>Influência do modelo nas competências emocionais</b>	Serviço	<i>Estamos um pouco mais organizados, sim, temos uma forma diferente e mais eficaz (E4).</i>
	Conhecimento	<i>Depois em relação à inteligência emocional foi importante ter alguma noção sobre o que é, em termos pessoais ter noção do que é que podemos melhorar em cada um de nós (ESC2).</i>
	Reconhecimento da importância	<i>(...) em termos de inteligência emocional houve alguma evolução de alguns colegas, de compreender o que é a inteligência emocional e, mais do que compreendido, é pôr a inteligência emocional na prática (E3).</i>
	Comunicação na equipa	<i>A nível da inteligência emocional, acho que melhorou a parte da gestão dos conflitos, parte da comunicação (E2).</i>
	Empatia	<i>Acho que aquilo que mudou realmente em mim e em alguns colegas, aqueles que eu acho que realmente se importam, é a perceção do que o utente sente, aumentamos a empatia com o utente, acho que isso foi muito bom (E4).</i>
<b>Sugestões para a continuidade</b>	Gestão dos relacionamentos	<i>(...) existem às vezes elementos que falam e se calhar não pensam um bocadinho, e, agora, nota-se que têm um bocadinho mais de cuidado para não ferirem susceptibilidades (E2).</i>
	Estruturais	<i>E depois, se calhar, deveríamos ter mais tempo, um pouco mais tempo para assimilarmos estes conceitos, e falarmos um pouco mais também destes conceitos. Deveria ter durado mais tempo (E4).</i>
<b>Avaliação global da experiência</b>	Organizacionais	<i>Seria importante criar esta dinâmica de formação, acho que é isso que também está a faltar um bocadinho, é quase aos soluços, não existe algo periódico de atualização contínua (E3).</i>
	Fatores Facilitadores	<i>O que eu acho que contribuiu mais para a evolução do processo em si foi a chefia (E3).</i>
	Fatores Limitadores	<i>Olha as barreiras foi desde logo nós nesta fase termos sempre muitas pessoas a faltarem (...) a falta de pessoal, não é? (E1)</i>
<b>Avaliação global da experiência</b>	Perceção do Processo de Implementação	<i>Com o decorrer e com as formações, com as reuniões que tivemos, acho que as pessoas foram conhecendo melhor o modelo e percebendo a importância e foram aceitando e aderindo mais a este modelo (E2).</i>
	Satisfação	<i>Eu acho que me sinto mais enriquecida (...) desde que trouxeste o projeto. Eu acho que foi um abrir de um leque maior de conhecimento e de reflexão até sobre determinados assuntos, coisas que nós às vezes não pensamos muito nelas (E1).</i>



Globalmente, os enfermeiros envolvidos no projeto avaliaram a experiência como positiva e enriquecedora para eles, cliente de cuidados e para a organização (serviço), conseguindo identificar mudanças. Para o cliente identificaram, a melhoria dos cuidados, nos profissionais o desenvolvimento pessoal e profissional. Na organização (serviço), identificaram uma maior estruturação e sistematização dos procedimentos. Ao nível das CE, identificaram a melhoria do conhecimento teórico e reconhecimento da sua importância na implementação do quotidiano. Identificaram ainda alterações nos próprios e na equipa ao nível da comunicação e resolução de conflitos, contribuindo para uma alteração na gestão dos relacionamentos em grupo. Alguns identificaram neles próprios, alterações ao nível da Empatia. Nas sugestões para a continuidade, verbalizaram ser importante a continuidade e manutenção de uma cultura de supervisão no contexto. Identificaram como fatores facilitadores o suporte da liderança e como limitadores a falta de recursos humanos, tempo, motivação e resistência à mudança.

## Discussão

Globalmente, os enfermeiros entrevistados avaliam a experiência como positiva e com ganhos para todos os intervenientes: enfermeiros, cliente de cuidados e organização (serviço). Contudo existem divergências entre os dados encontrados no estudo qualitativo e quantitativo. Entre o momento antes e após a implementação do Modelo SafeCare não existem diferenças estatisticamente significativas (todos os valores de prova são superiores a 0,05). O valor-p possui algumas características, entre elas, depende do tamanho da amostra, assim como a sua interpretação depende da verossimilhança assumida. Segundo Marôco (2018) a análise da dimensão da amostra pode ajudar a justificar a ausência de significância estatística. Assim, não podemos excluir que a dimensão amostral é pequena, o que poderá estar associado a estes resultados. Ainda assim, verificamos a tendência de que para o score total da EVCE, o score mediano aumenta da etapa 1 para a etapa 4 da implementação. O mesmo se verifica para as dimensões Gestão das emoções e Gestão de relacionamentos em grupos. Para as restantes dimensões: Autoconsciência, Automotivação e Empatia, os scores medianos diminuem. Analisando os dados obtidos através do estudo qualitativo, verificamos que os enfermeiros identificam aspetos positivos na implementação do Modelo SafeCare para o desenvolvimento das CE, nomeadamente: Conhecimento teórico e reconhecimento/ consciencialização da importância; Melhoria da comunicação na equipa; Melhoria na resolução de conflitos e na gestão dos relacionamentos no grupo. Os dados quantitativos e qualitativos são divergentes, pelo que esta complementaridade enriquece a análise deste estudo, assumindo que a dimensão da amostra poderá estar relacionada com os resultados dos valores de prova.



No estudo publicado pela mesma equipa de investigadores (Augusto et al., 2021) sobre a avaliação da implementação do Modelo Safecare nestas competências num grupo de enfermeiros de outro contexto de cuidados, os enfermeiros identificam alterações globalmente ao nível das cinco dimensões que compõem a CE. Cruz, Carvalho e Sousa (2015), no estudo onde avaliou igualmente estas variáveis, concluiu que existia uma correlação entre a melhoria dos níveis de Automotivação e a subescala Assuntos Pessoais que avalia a função restaurativa da supervisão, levando também a uma melhoria na gestão dos relacionamentos em grupo e do ambiente no contexto de trabalho. Apesar das limitações do estudo, os dados qualitativos indicam-nos que os enfermeiros relatam alterações principalmente ao nível da dimensão Gestão de Relacionamentos em Grupos, com melhoria da comunicação e resolução de conflitos na equipa. As estratégias de supervisão implementadas foram de acordo com as necessidades da equipa e do contexto, tendo em conta que a literatura refere que o contexto laboral, a educação e o suporte são fatores importantes para o desenvolvimento destas competências (Nightingale, Spiby, Sheen & Slade, 2018; Kozlowski et al., 2018), bem como o suporte da liderança, tal como os enfermeiros verbalizaram perceberem ser facilitador. O enfermeiro gestor tem ainda um papel chave na motivação, suporte, comunicação e gestão de conflitos (Powell et al., 2015).

Este estudo apresenta algumas limitações, a principal deve-se ao tamanho reduzido da amostra e também por ter sido realizado num contexto específico de intervenção em saúde mental.

## **Conclusão**

A implementação do Modelo SafeCare, sustentado no tempo e adaptado às necessidades do contexto, dos seus intervenientes e às características da organização mostrou ser facilitador e ter potencial de suporte para o desenvolvimento da CE nos profissionais, com impacto na qualidade dos cuidados e na própria organização, quando incorporado numa cultura organizacional promotora da melhoria contínua. Contudo, futuros estudos deverão ser realizados, no sentido de aprofundar a relação entre a implementação da supervisão clínica e o desenvolvimento de competências emocionais, nomeadamente na sustentação da sua eficácia.

## **Implicações para a Prática Clínica**

Este é o primeiro estudo, no contexto nacional, que aborda a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem, na área da Saúde Mental e no desenvolvimento de competências profissionais relevantes para a qualidade e excelência dos cuidados no exercício profissional do enfermeiro, mas também do enfermeiro especialista, na implementação de intervenções psicoterapêuticas, sendo



aqui a Supervisão Clínica uma ferramenta fundamental nas organizações. O desenvolvimento destas competências é crucial não só para os enfermeiros e enfermeiros especialistas, mas também para os enfermeiros gestores, no sentido de ser relevante por forma a promover uma liderança transformacional e de suporte à mudança e inovação, tendo em consideração a melhoria contínua da qualidade. Importa salientar que os enfermeiros gestores são os elementos de excelência que servem de suporte e motivam as equipas, otimizando a comunicação, resolução de conflitos e promoção da saúde mental dos profissionais.

## Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer a todos os participantes do estudo e instituição hospitalar que permitiram a concretização deste trabalho.

## Referências Bibliográficas

- Augusto, M. C., Oliveira, K., Carvalho, A. L., Pinto, C., Teixeira, A., & Teixeira, L. (2021). Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Revista Rene*, 22, Article e60279. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (6ª ed). Edições 70.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Wolters Kluwer educacion.
- 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*. Uniarte Gráfica, S.A.
- Creswell, J., & Clark, V. (2013). *Pesquisa de métodos mistos* (2ª ed). Penso Editora.
- 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(2005), 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>
- Cruz, S. (2012). *Do AD HOC a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. [Doctoral dissertation, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>



Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41(1), 59–61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª ed)*. Report Number.

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento n.º 366/2018 – Diário da República n.º 113/2018, Série II de 2018-06-14. <https://dre.pt/application/conteudo/115504842>

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>

Powell, K. R., Mabry, J. L., & Mixer, S. J. (2015). Emotional intelligence: A critical evaluation of the literature with implications for mental health nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 346–356. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.994079>

Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>

Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Clinical Supervision For The Development Of Emotional Competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, LX (1), 481–488. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61>

Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida. [Master's thesis, Universidade de Aveiro]. Repositório Institucional da Universidade de Aveiro. <http://hdl.handle.net/10773/4946>