

Título:

Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático

Organizadores:

António Luís Carvalho, Cristina Barroso, Maria Aurora Pereira, Ana Paula Teixeira, Fátima Pinho e Maria Osório

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Design: Sofia Coutinho e Diogo Figueiredo

ISBN

978-989-98443-9-1



Parceiros:



Confinenciado por:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional



PREFÁCIO

Na sequência das alterações sentidas nos últimos anos em Portugal a nível do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente pelas exigências introduzidas pelo Ministério da Saúde a nível da certificação em saúde, as instituições prestadoras de cuidados de saúde viram-se obrigadas a desenvolver um conjunto de esforços que visam a certificação e/ou acreditação dos seus sistemas de gestão da qualidade.

A qualidade tornou-se um pilar fundamental em qualquer sector de atividade. No sector da saúde, a qualidade deixou de ser um fator opcional e tornou-se uma prioridade, uma exigência e um requisito de importância na gestão das instituições de saúde. O crescente interesse das instituições pelas questões da qualidade tem sido alvo de atenção na última década, fazendo parte das suas estratégias a promoção da melhoria contínua, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, só possível através do empenho voluntário de todos os profissionais.

Existe evidência científica que aponta os benefícios da implementação de um modelo de supervisão clínica 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 demonstram evidências na melhoria contínua da qualidade, nenhum conseguiu dar resposta à liberdade dos contextos da prática clínica, à sua diversidade e ao potencial das várias equipas, no sentido de integrarem um projeto profissional de forma participativa, vinculativa e duradoura, numa perspetiva de melhoria contínua.

A necessidade de contribuir para os ganhos em saúde nos clientes, decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros, e de aumentar o conhecimento no que diz respeito à relação da criação e implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem com a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, resultou numa parceria entre a Escola Superior de

Enfermagem do Porto (ESEP), a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o Instituto Politécnico de Viana do Castelo e outras instituições de cuidados de saúde, permitindo a criação e desenvolvimento do Projeto SafeCare - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados.

Com o objetivo de reforçar a investigação, o desenvolvimento e a inovação e de contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados através da implementação de um modelo de supervisão clínica contextualizado e fundamentado nas necessidades dos enfermeiros, foi apresentado o Projeto SafeCare ao Programa Operacional Regional do Norte, sendo financiado por componente comunitária, através do FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional e pelo Orçamento de Estado, na componente nacional, gerido pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P..

O SafeCare constitui-se como um projeto inovador em Portugal e visa a criação de uma cultura de supervisão de profissionais através da implementação de um Modelo de Supervisão Clínica Contextualizado (Modelo SafeCare), cuja metodologia adotada pretende fomentar a criação de ambientes favoráveis à prática e ao desenvolvimento da aprendizagem e da profissão através da identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica em Enfermagem.

Este livro apresenta de forma clara e sucinta o Modelo SafeCare, relatando cada um dos seus eixos constituintes, dos seus pressupostos e das etapas que o constituem, resultando num manual prático para a sua implementação. Encontra-se dividido em cinco capítulos que, para além da descrição pormenorizada, contém alguns exemplos práticos e estratégias usadas.

De forma geral o Projeto SafeCare tem obtido resultados positivos, facto que comprova que a implementação de modelos de supervisão clínica nos enfermeiros leva a melhores resultados na gestão de conflitos, melhores resultados a nível da fundamentação das práticas, conduzindo a cuidados de melhor qualidade, mais seguros para os clientes e com níveis mais elevados de satisfação profissional.

António Luís Carvalho e Cristina Barroso

SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS

NORTE-01-0145-FEDER-023654

CONFINANCIADO POR:



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Europeu
de Desenvolvimento Regional

ÍNDICE

- 10 **Capítulo I**
Modelo SafeCare: Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado
António Luís Carvalho e Cristina Barroso
- 20 **Capítulo II / Etapa 1**
Diagnóstico de Situação
Leonor Teixeira, António Luís Carvalho e Cristina Barroso
- 28 **Capítulo III / Etapa 2**
Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica
Inês Rocha, António Luís Carvalho e Cristina Barroso
- 36 **Capítulo IV / Etapa 3**
Implementação do Modelo SafeCare
Ana Teixeira, Vanda Barandas, António Luís Carvalho e Cristina Barroso
- 44 **Capítulo V / Etapa 4**
Avaliação dos Resultados
Cristina Augusto, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

CAPÍTULO I

MODELO SAFECARE: MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM CONTEXTUALIZADO

Antônio Luís Carvalho e Cristina Barroso

A criação de um modelo de supervisão clínica em Enfermagem (SCE) que vise contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados, 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 o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (Modelo SafeCare). Este modelo pretende ser um contributo para responder às necessidades atuais decorrentes da implementação de sistemas de qualidade assumidos formalmente, quer por organizações internacionais como o World Health Organization e o International Council of Nurses, quer por organizações nacionais, de que são exemplo o Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (OE).

A versão inicial do Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), foi criado por Cruz em 2012 como resultado do seu estudo de doutoramento intitulado “Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso”. O modelo surgiu devido a algumas preocupações sentidas pela investigadora, das quais se destacam: a não existência de um modelo de supervisão clínica que se mostrasse eficaz para os enfermeiros, a visão de que diferentes contextos socioclínicos e políticos podiam conduzir à criação de modelos diferenciados e, ainda, ao facto de que normalmente há um consenso sobre o que é uma supervisão deficiente, mas não sobre as tarefas a desenvolver no contexto de uma supervisão consistente (Cruz, 2012).

Partindo dos resultados do estudo de Cruz (2012), um grupo de oito investigadores da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e três enfermeiros do Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA), iniciaram a implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados. O MSCEC passou a ser o foco central desse projeto que foi implementado no CHMA entre 2013 e 2014, mostrando resultados positivos que se refletiram em cuidados de melhor qualidade e mais seguros para os clientes.

O projeto C-S2AFECARE-Q foi sofrendo alterações, de enquadramento, contexto e equipa, consubstanciando-se num novo projeto intitulado SafeCare. Atualmente é composto por um grupo central de seis investigadores provenientes de uma parceria que envolve a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC) e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). O modelo resultante deste novo projeto foi, assim, designado Modelo SafeCare que tem vindo a ser aperfeiçoado ao longo do tempo, sofrendo alterações quer nos seus eixos estruturantes, quer nos diferentes aspetos que o sustentam, onde se incluem as suas etapas.

Ancorado num projeto de investigação, o Modelo SafeCare está a ser implementado em três instituições de saúde da região do Porto (Portugal), num total de quatro contextos distintos (Departamento de Cirurgia, Departamento de Medicina, Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental e Centro Integrado de Cirurgia em Ambulatório). A implementação em cada contexto encontra-se em fases de desenvolvimento diferentes,

umas mais avançadas e outras ainda em fase inicial.

A nível dos resultados obtidos, globalmente, o Modelo SafeCare foi reconhecido pelos enfermeiros como tendo um impacto positivo nos profissionais e nas instituições, manifestados pelo aumento da satisfação profissional, pelo reconhecimento na melhoria da segurança e qualidade dos cuidados e na melhoria do relacionamento entre os elementos da equipa de saúde, particularmente nos enfermeiros.

No contexto da implementação da SCE foi desenvolvido o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE). O IS-SCE pode ser definido como o indicador que, por via dos processos associados à SCE tem potencial de promover a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, o IS-SCE deve ser operacionalizado de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da SCE.

No caso da implementação do Modelo SafeCare foram identificados contributos positivos nos IS-SCE selecionados, com

Figura 1
Eixos do Modelo Safe Care



melhorias na avaliação e monitorização do risco de queda, através da correta aplicação da Escala de quedas de Morse (MFS), avaliação da dor e da ferida cirúrgica e das capacidades de inteligência emocional. Foi, também, identificada uma evolução positiva das competências dos enfermeiros para intervir no autocuidado, resultando em protocolos e normas instituídas adotadas pela equipa de enfermagem. Nesse sentido, a implementação de um modelo de supervisão clínica contextualizado e fundamentado nas necessidades dos enfermeiros mostrou ter contribuído para a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Tal como afirmam alguns autores, de que são exemplos Garrido, Simões e Pires (2008), não existe nenhum modelo que se apresente ser melhor do que outro, pelo que o contexto organizacional e profissional são fatores determinantes a ter em conta na seleção do modelo a utilizar. O Modelo SafeCare apresenta uma grande 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, aspeto também visível através da diversidade de contextos em que está a ser implementado.

O Modelo SafeCare tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem. A intenção da 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.

A nível da sua estrutura, como já referimos, o Modelo SafeCare tem sofrido alterações. Na versão original proposta por Cruz (2012) o modelo envolvia três eixos estruturantes: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. Hoje,

o modelo assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão (figura 1).

CONTEXTO

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. O contexto de cuidados diz respeito ao ambiente onde os cuidados se desenvolvem. Atualmente os contextos de cuidados são ambientes complexos que sofrem constantes mudanças e nos quais os profissionais de saúde vivem e se desenvolvem. Eles são constituídos por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os processos de trabalho e que se refletem na condição de saúde dos clientes de cuidados. 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.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Nos cuidados de enfermagem adotamos a definição proposta pelo Conselho de Enfermagem da OE no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001). Os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e um cliente de cuidados ou entre um enfermeiro e um grupo de clientes (família ou comunidade). Quer o enfermeiro quer o cliente, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferenças entre os contextos onde cada um está inserido. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro é reconhecido pela sua formação e experiência.

Os cuidados de enfermagem englobam a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos. Eles baseiam-se na relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente, num processo dinâmico, cujo objetivo é ajudar o cliente a ser proactivo na tomada de decisão e gestão do seu processo de saúde ou doença (empoderamento). Assim, os cuidados de enfermagem acompanham o ciclo vital do cliente visando: a prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais respeitando a máxima independência na realização das atividades da vida e a adaptação funcional aos défices e aos múltiplos fatores. Os cuidados de enfermagem são dirigidos não só ao cliente, mas também à unidade familiar em que este está envolvido.

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.

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O aparecimento do conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida. O “desenvolvimento” pressupõe uma evolução e continuidade que leva o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos ao longo da sua carreira profissional. De facto, os enfermeiros durante a sua vida participam num processo de crescimento pessoal, social e profissional, conseguido através de uma atualização contínua que envolve conhecimentos baseados em evidências científicas, experiência de vida e adquirida no contexto de cuidados, para além da realização de formação complementar.

Assumimos que o desenvolvimento profissional de um enfermeiro inclui quatro elementos a ter em conta: os objetivos

personais, a pessoa, o contexto de cuidados e a cultura de cuidados. Ou seja, defendemos que para haver desenvolvimento profissional o enfermeiro deve possuir características pessoais baseadas na vontade de ser cada vez melhor, deve traçar objetivos que queira atingir e devem ser proporcionadas condições (contexto) para que ele se possa desenvolver. O desenvolvimento profissional implica um processo reflexivo e contínuo que envolve as necessidades pessoais do enfermeiro 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.

O desenvolvimento profissional é um processo complexo em que o enfermeiro, sem esquecer o contexto da escola na sua formação inicial e o contexto de cuidados em que está inserido, tem oportunidade de melhorar as suas práticas, individualmente ou em colaboração com os colegas. Neste quadro, é importante considerar que o desenvolvimento profissional deve ser visto segundo uma perspectiva holística. O desenvolvimento do enfermeiro sustenta a sua aprendizagem ao longo de toda a sua carreira, necessitando do apoio do contexto nomeadamente no que se refere à reunião das condições necessárias para que ele aconteça, para além de um investimento pessoal.

Numa sociedade e num contexto em constante mudança, importa que os enfermeiros sejam capazes de se adaptar às constantes alterações que ocorrem.

SUPERVISÃO

No que se refere à supervisão, adotamos o conceito proposto pela OE (2010) no Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), publicitado no Caderno Temático “Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumen-

tos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências”. Assim, supervisão é “(...) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autônoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5). Nesse sentido, a supervisão é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor clínico e um ou mais supervisados, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas (Regulamento n.º 366/2018, DR, 2ª série, n.º 113).

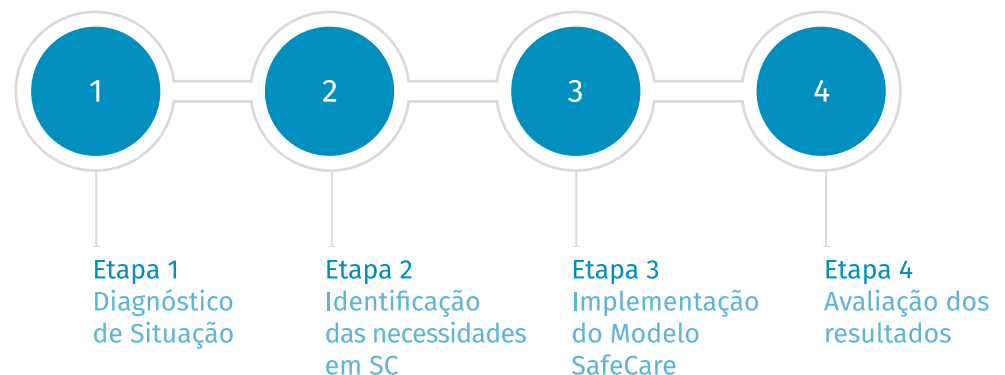
Relativamente aos eixos apresentados na figura 1 consideramos que o contexto é um eixo central que influencia e é influenciado por todos os outros, nomeadamente pela supervisão, pelos cuidados de enfermagem e pelo desenvolvimento profissional. De igual modo, todos eles estão também inter-relacionados, o que quer dizer que o desenvolvimento de um leva ao desenvolvimento dos outros. Estes eixos são dinâmicos e trazem benefícios na medida em lhes são reconhecidas vantagens quer a nível da qualidade dos cuidados quer a nível da segurança dos mesmos, quer mesmo a nível da satisfação profissional dos enfermeiros. Consideramos que através da adoção de processos de supervisão se conseguem obter ní-

veis mais elevados de cuidados de enfermagem contribuindo para o aumento da qualidade e segurança dos cuidados. De igual forma, julgamos que melhores cuidados geram aumento no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, facto que contribui para o aumento da sua satisfação profissional.

Sendo a Supervisão Clínica (SC) um processo formal de acompanhamento da prática dos enfermeiros, que sustenta e promove a tomada de decisão clínica apoiada na melhor e mais atual evidência científica, a valorização dos profissionais de enfermagem e a proteção das pessoas relativamente à qualidade e segurança dos cuidados, na qual se presume existir processos de reflexão e análise da prática (OE, 2010), salienta-se a necessidade do estabelecimento de um protocolo com a instituição interessada. O objetivo do protocolo com a instituição é que sejam asseguradas todas as condições necessárias para a implementação do modelo, sendo este um aspeto de relevo na sua implementação.

Tal como defende Cruz, a inovação da versão original (MS CEC) “(...) relaciona-se com a sua flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto, desde que seja inserido num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com

Figura 2
Etapas do Modelo SafeCare



logística própria” (p.167), sendo este um dos pontos fortes que reconhecemos no modelo.

Para além dos eixos do modelo, o Modelo SafeCare assenta num conjunto de pressupostos que devem ser respeitados e que de seguida explicitamos: i) enfermeiro supervisor clínico; ii) enfermeiro supervisor clínico major; iii) enfermeiro supervisionado; iv) objetivos da supervisão clínica; v) condições institucionais e, vi) deveres dos supervisores e supervisionados.

O **enfermeiro supervisor clínico** é o enfermeiro responsável pelo processo de supervisão, que é reconhecido pelos pares como sendo detentor de um conhecimento concreto e pensamento sistematizado no domínio da disciplina e da profissão de enfermagem e da supervisão clínica, com competência efetiva e demonstrada no exercício profissional diário. Ele deve desenvolver uma relação com o supervisionado promotora do desenvolvimento pessoal e profissional. Tem ainda, de desenvolver uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais e os princípios ético deontológicos da profissão. No processo supervisionativo deve estabelecer uma relação interpessoal dinâmica e de suporte com o supervisionado, relação essa que tem de ser promotora do desenvolvimento de competências, garantindo a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

O **enfermeiro supervisor clínico major** é o enfermeiro que detém as mesmas características do enfermeiro supervisor, mas cujo papel de supervisão recai sobre o grupo de enfermeiros supervisores. É ele que lhes fornece o suporte necessário e os orienta no seu papel diário como supervisor clínico, contudo nunca será o gestor do contexto de cuidados. O supervisor clínico major é também responsável pela gestão e implementação do modelo em todas as suas etapas, pelo que deve ter formação específica na área da supervisão clínica. O supervisor clínico major, preferencialmente, deve

ser um enfermeiro do contexto, contudo pode ser externo, desde que seja conhecedor do contexto e reconhecido pelos pares pelas suas competências acrescidas na área da supervisão clínica.

O **enfermeiro supervisionado** é o enfermeiro do contexto de cuidados sobre o qual recai o processo supervisionativo e que desenvolve competências que lhe permitem melhorar as práticas, diminuir o stress e promover o desenvolvimento e a satisfação profissional.

Os **objetivos da supervisão clínica** definidos devem ser claramente explícitos para que sejam facilmente compreendidos por todos os enfermeiros que participam na implementação do modelo. No Modelo SafeCare os objetivos de supervisão clínica são:

- ^ Criar uma cultura de supervisão clínica promotora do desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- ^ Fomentar o desenvolvimento de conhecimentos e de competências promotoras da expertise profissional;
- ^ Melhorar a comunicação e a relação entre os diferentes elementos da equipa;
- ^ Proporcionar um ambiente favorecedor da reflexão sobre as práticas nos enfermeiros;
- ^ Normalizar os cuidados de enfermagem prestados aos clientes, incentivando o uso de standards de cuidados fundamentados em evidencia científica atualizada;
- ^ Implementar estratégias que permitam minimizar e/ou colmatar eventuais erros ou near misses;
- ^ Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ^ Contribuir para a segurança dos clientes;
- ^ Promover a satisfação e a responsabilização profissional nos enfermeiros.

As **condições institucionais** são outro pressuposto importante para o sucesso da implementação do modelo e assentam num conjunto de condições que devem ser rigorosamente cumpridas, tais como:

- ^ A instituição tem de adotar uma filosofia de melhoria contínua da qualidade;
- ^ A instituição fornece formação e apoio adequado a todos os supervisores e supervisados;
- ^ Todos os enfermeiros têm de estar envolvidos no processo de supervisão, encarando-a como uma mais-valia para eles próprios, para os clientes e para a instituição, independentemente do papel desempenhado;
- ^ A instituição deve assegurar os rácios enfermeiro/cliente adequados, de modo a manter a qualidade dos cuidados prestados aos clientes;
- ^ O enfermeiro supervisor clínico major, preferencialmente deve ser um elemento do contexto de cuidados, caso não seja possível deve ser alguém que conheça bem o contexto;
- ^ O enfermeiro supervisor clínico tem de ser um elemento do contexto de cuidados;
- ^ O enfermeiro supervisionado tem de assinar o contrato de supervisão;
- ^ O rácio enfermeiro supervisor clínico/enfermeiro supervisionado deve ser de 1/8-10;
- ^ Devem ser planeadas sessões formais de supervisão clínica mensais, cujas horas dispensadas serão contabilizadas nas horas de trabalho dos enfermeiros;
- ^ O impacto do processo de supervisão tem de ser alvo de avaliação.

Existem, contudo, **deveres para os supervisores e supervisados**. Independentemente do papel que desempenham, supervisor clínico, supervisor clínico major ou supervisado, os enfermeiros têm de assumir e respeitar determinados valores, nomeadamente:

- ^ Respeitar a dignidade de cada um;
- ^ Assegurar e manter a confidencialidade dos dados relativamente aos clientes, aos colegas e aos assuntos abordados nas reuniões de supervisão;
- ^ Respeitar o Código Deontológico do Enfermeiro;
- ^ Respeitar a opinião do outro, tendo sempre presente uma atitude de partilha de experiências e de desenvolvimento de novos conhecimentos e competências;
- ^ Respeitar as decisões tomadas, apesar de poder existir desacordo, tendo em mente que todas as decisões são resultado do consenso dos pares e assentes na evidência científica mais atualizada.

Embora o modelo original proposto por Cruz (2012) conte apenas com três fases. O Modelo SafeCare atual está organizado tendo em conta quatro etapas (figura 2), que apesar de serem alvo de descrição detalhada posterior, seguidamente de forma muito breve são apresentadas. Salienta-se que a implementação deste modelo é sustentada através do método de investigação-ação.

Etapa 1

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Esta é a etapa inicial do modelo onde são identificados os IS-SCE que carecem de ser trabalhados. Estes indicadores são identificados pelo gestor do contexto e pelo enfermeiro supervisor major, segundo as necessidades prévias e facilmente visíveis nos contextos. Após a identificação dos IS-SCE, que podem variar consoante o contexto em questão, o enfermeiro supervisor major realiza uma pesquisa sobre a existência, ou não, de instrumentos que permitam avaliar os indicadores previamente identificados.

No caso de já existir um instrumento que permita avaliar o IS-SCE, o enfermeiro supervisor major tem de efetuar o pedi-

do ao autor para a sua utilização, desde que validado para a realidade do país.

No caso de não existir nenhum instrumento que permita avaliar o indicador, o enfermeiro supervisor major tem de o construir e testar, para posterior aplicação no contexto.

Nos contextos em que temos vindo a trabalhar, no âmbito do projeto SafeCare, utilizamos a escala das “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”, adaptada e validada por Vilela para a população portuguesa de enfermeiros (2006) a partir da “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, o “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE)” originalmente desenvolvido por Upton e Upton em 2006, traduzido e validado para a versão portuguesa por Pereira et al. (2015) e desenvolvemos outros de autoria própria de que são exemplos o questionário para a avaliação da dor, o questionário para avaliação do risco de queda, o questionário para avaliação da ferida cirúrgica e o questionário para avaliação dos autocuidados.

Consoante o indicador sensível à supervisão clínica, os instrumentos podem referir-se apenas a uma avaliação sendo preenchidos apenas por cada um dos enfermeiros que presta cuidados ou em triplicado sendo o instrumento preenchido para cada cliente, selecionado de forma aleatória, em três momentos diferentes: preenchimento pelo enfermeiro responsável pelo cliente, preenchimento pelo enfermeiro supervisor major e preenchimento através da consulta dos registos no sistema informático.

Estas avaliações permitem identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros a nível dos IS-SCE que irão ser alvo de formação e reflexão durante as reuniões de supervisão.

Etapa 2

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SUPERVISÃO CLÍNICA

A identificação das necessidades em supervisão clínica sentidas pelos enfermeiros é o objetivo principal desta etapa, que complementa a anterior. De modo a dar resposta a esta etapa, e indo um pouco mais além das necessidades previamente identificadas na etapa 1, são efetuadas reuniões dirigidas pelo enfermeiro supervisor major com os enfermeiros de cada contexto onde são explicados o modelo e o papel que cada um poderá vir a desempenhar. Esta, é uma etapa fundamental porque, para além de identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros, permite efetuar o “quebra gelo”, aspeto fundamental para o sucesso da sua implementação.

As dificuldades podem ser identificadas de várias formas pelo enfermeiro supervisor major: através de reuniões com os enfermeiros, da análise dos contratos de supervisão e pela realização de entrevistas.

O método para a identificação das necessidades a trabalhar nas reuniões de supervisão clínica depende da preferência e/ou experiência do enfermeiro supervisor major e das características do grupo de enfermeiros do contexto. Esta etapa permite adaptar o modelo de supervisão clínica ao contexto em que ele está a ser implementado.

Etapa 3

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE

Após serem identificadas as necessidades dos enfermeiros, quer a nível dos IS-SCE quer a nível de outros aspetos ou outros indicadores, passa-se à fase de implementação do

Modelo SafeCare.

Esta etapa inicia-se com formação em supervisão clínica. Seguidamente, são identificados os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados e organizadas as equipas de supervisão, de acordo com critérios pré-definidos. Para isso, são agendadas reuniões de supervisão mensais.

Os IS-SCE, nomeadamente nos aspetos menos consensuais entre os enfermeiros, irão ser trabalhados ao longo destas reuniões de supervisão, assim como outros aspetos identificados pelos enfermeiros nos contratos de supervisão e nos relatos efetuados na reunião inicial.

A cada um dos enfermeiros supervisor clínico cabe a função de acompanhar o grupo não só na sua prática diária, mas também nestas sessões de modo a auxiliar o grupo no desenvolvimento dos trabalhos. O enfermeiro supervisor clínico é o motor do grupo e dinamizador da equipa de trabalho. Ele tem sempre a ajuda do supervisor clínico major, que funciona como mediador entre as diferentes equipas de supervisão.

De modo a dar resposta às necessidades dos enfermeiros a nível de formação, pode recorrer-se à ajuda de peritos na área em questão que podem não fazer parte da equipa e do contexto de cuidados, ou pode recorrer-se aos elementos que compõem a equipa de supervisão (enfermeiros supervisores, enfermeiro supervisor major ou enfermeiros supervisionados). No caso de serem os enfermeiros supervisionados a dar resposta às dificuldades sentidas numa área determinada, a equipa poderá ou não ser dividida em subgrupos.

É importante que cada elemento se dedique aos aspetos que gosta ou se sente mais à-vontade ou motivado. A motivação da equipa deve ser continuamente fomentada pelos enfer-

meiros supervisores clínicos e enfermeiro supervisor clínico major. Sempre que se considerar conveniente pode convidar-se o gestor do contexto a participar nas reuniões de supervisão.

Esta etapa pretende, desenvolver nos enfermeiros 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.

Etapa 4

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta etapa é feita a reavaliação dos IS-SCE utilizados no diagnóstico de situação (etapa 1) e seguindo os mesmos procedimentos. O grande objetivo é avaliar a eficácia da implementação do Modelo SafeCare através dos indicadores de supervisão clínica previamente identificados e verificar os ganhos em saúde.

De modo a identificar o impacto que a implementação do modelo introduziu, podem ser realizadas entrevistas, cujo objetivo é identificar as alterações e as vantagens da implementação do Modelo SafeCare no contexto, através do discurso dos vários intervenientes que direta ou indiretamente estiveram envolvidos no processo (enfermeiros supervisores, enfermeiros supervisionados e gestores).

Cada uma destas etapas será alvo de descrição mais pormenorizada nos capítulos que se seguem.

CAPÍTULO II / ETAPA 1

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Leonor Teixeira, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

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 constitui o contributo principal 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 às relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam nos vários eixos mencionados. Possibilita assim a retroalimentação do próprio modelo, permitindo que este não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios que a ele se colocam.

O Modelo SafeCare é composto por quatro etapas, sendo o diagnóstico de situação a primeira etapa que o compõe. É nesta etapa que são identificadas as principais áreas de atenção de um determinado contexto, bem como os respetivos fatores que as condicionam. É importante realçar que essas áreas de atenção devem ser “suficientemente alargadas” de modo a abranger vários setores, desde os económicos aos sociais, possibilitando assim a identificação concreta das necessidades em termos de cuidados de enfermagem através da observação ativa por parte da equipa. Devem também ser “suficientemente aprofundadas” para que se compreenda a causa que está na base das necessidades identificadas; e “sucinta e clara” de modo a facilitar a compreensão e apreensão da mesma. Em suma, esta etapa consiste na identificação dos problemas e/ou áreas a trabalhar e na determinação das necessidades major a nível de cuidados de enfermagem sentidas pela equipa de enfermagem, e particularmente, identificadas pelos responsáveis do contexto.

O diagnóstico de situação está concebido como um processo através do qual se observa e reconhecem as dificuldades e necessidades de um contexto, sempre com o objetivo de avaliar os processos e impulsionar a melhoria contínua. Durante esta etapa o enfermeiro supervisor major analisa as práticas, debruça-se sobre “o que se está a fazer” e “como se está a fazer”, resultando daí evidências e dados relevantes que possibilitam identificar as áreas temáticas e/ou necessidades em termos de IS-SCE. Assim, são identificados os IS-SCE que irão ser alvo de atenção a nível

de uma análise mais pormenorizada para posterior desenvolvimento de competências aquando das reuniões de supervisão.

O diagnóstico de situação é uma das mais importantes ferramentas de trabalho, porque permite o levantamento das condições e dos riscos de determinada equipa auxiliando na priorização das necessidades sentidas no contexto para, posteriormente, ser alvo de planeamento e programação de ações formativas. No Modelo SafeCare o diagnóstico de situação pretende melhorar os processos de diagnóstico e configura-se como uma oportunidade de desenvolvimento da disciplina de enfermagem, para além de promover o desenvolvimento profissional de cada enfermeiro. Para tal, é necessário conhecer a realidade do contexto, a dinâmica e os riscos da equipa e a forma como estão organizadas as unidades de cuidados e as rotinas do contexto. Os resultados do diagnóstico de situação designam as necessidades encontradas pela totalidade da equipa.

No projeto SafeCare, o diagnóstico de situação foi já efetuado em diferentes contextos, sendo identificado um conjunto diverso de necessidades que refletem as características específicas de cada contexto. De igual forma o desenvolvimento do projeto nos diferentes contextos, possui ainda características comuns:

- ^ **É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde** – utilizando como referência o mesmo método, objetivos, eixos, conceitos, pressupostos, recomendações sobre boas práticas e normas clínicas, além das normas e recomendações sobre a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ^ **Aborda a qualidade de uma forma integral** – abrangendo as diferentes áreas e tipologias de unidades de cuidados que compõem cada um dos contextos e instituições de saúde (dois Centros Hospitalares Universitários e uma Unidade Local de Saúde da cidade do Porto);
- ^ **Tem caráter progressivo** – seguindo um conjunto de passos

que são dados, progressiva e sistematicamente em cada uma das etapas que compõem o projeto.

Podemos dizer que a implementação do Modelo SafeCare é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo que pretende identificar o grau de desenvolvimento da equipa face às necessidades no contexto no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e melhoria contínua da qualidade, viável nas consequentes etapas 2, 3 e 4 (identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, implementação do modelo e avaliação dos resultados), que como veremos mais à frente se encontram interligadas entre si.

De acordo com os pressupostos do Modelo SafeCare, a elaboração do diagnóstico de situação deve englobar determinados aspetos, tais como: o contexto (área geográfica de influência da instituição); as partes interessadas, a estrutura orgânica da instituição (exemplo: conselho administração, enfermeiros gestores e coordenadores, enfermeiros do contexto e órgãos de apoio/núcleos facilitadores); e, os valores (exemplo: trabalho em equipa, satisfação dos profissionais e clientes, solidariedade, cooperação, entre outros), de forma, a estabelecer uma política de qualidade. Segundo esta linha de pensamento, o diagnóstico de situação deve ter em conta determinadas condições e responsabilidades, tais como:

- ^ Promover uma orientação da gestão e das práticas que garantam a centralidade no cidadão – **orientação voltada para o cliente**;
- ^ Orientar a equipa multiprofissional para uma cultura de participação e construção da melhoria contínua da Qualidade – **responsabilidade da administração e da gestão da instituição**;
- ^ Apostar fortemente na autonomia e responsabilização das equipas e dos profissionais na gestão das estruturas de prestação de cuidados – **envolvimento dos responsáveis das equipas e dos profissionais**;

- ^ Mapear os cuidados de enfermagem segundo uma metodologia baseada na melhor e mais atual evidência científica – **abordagem segundo uma prática baseada em evidência**;
- ^ Garantir a avaliação e a formação contínua visando a qualidade do atendimento, do desempenho, do compromisso nos cuidados traduzido numa política de eficiência e ganhos em saúde – **melhoria contínua**;
- ^ Monitorizar continuamente os resultados de forma a implementar medidas corretivas atempadas que garantam a eficácia do desempenho – **tomada de decisões baseada em factos concretos e reais**;
- ^ Promover a segurança e qualidade dos cuidados no contexto e articular com outros contextos ou instituições numa perspetiva integrada e orientada para a investigação e desenvolvimento da instituição – **investigação e desenvolvimento em enfermagem**.

Nesta primeira etapa do projeto é necessário identificar as responsabilidades de cada um dos intervenientes ou colaboradores. Assim, aos enfermeiros do Departamento da Qualidade cabe efetuar o acompanhamento e a supervisão a nível do sistema da qualidade, ou seja, analisar os aspetos que envolvem o sistema de qualidade da instituição. Ao Conselho Administração cabe aprovar todas as decisões, e aceitar as alterações sugeridas e decorrentes da implementação do modelo. Os enfermeiros gestores institucionais e gestores dos contextos têm um papel fundamental no que consiste ao apoio e motivação da equipa para a implementação do modelo, sendo o seu papel o de facilitador. A eles cabe a função da gestão da equipa no sentido de proporcionar as condições favoráveis para a implementação do modelo e recolher as vantagens da sua implementação na qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

O enfermeiro supervisor major é o gestor e o principal responsável de todo este processo e cabe-lhe fazer a ponte entre os enfermeiros supervisores/supervisados e os enfermeiros gestores (da instituição e do contexto). Ao enfermeiro supervisor cabe orientar uma equipa de enfermeiros supervisados, é ele que lhes dá o apoio e suporte necessário (mentor). Ao supervisado cabe participar no sentido da obtenção de melhoria contínua e de ganhos em saúde identificando áreas que necessitam de intervenção e propondo soluções.

Passamos, então, a descrever como deve ser efetuada esta etapa, dando alguns exemplos práticos da sua aplicação em diferentes contextos.

O início desta fase passa sempre por uma reunião inicial com o enfermeiro gestor institucional, o enfermeiro gestor do contexto, o enfermeiro supervisor major e os responsáveis pelo projeto onde são abordados os aspetos centrais do modelo. É importante que nesta reunião sejam claramente explicados o propósito e os ganhos que a implementação do Modelo SafeCare pode trazer para o contexto, mas também que este (contexto) demonstre interesse e reconheça as vantagens que pode usufruir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Habitualmente nada fica decidido nesta primeira reunião, como qualquer aspeto importante é necessário um tempo de reflexão e de amadurecimento da ideia. Nessa reunião é solicitado aos gestores a abordagem da equipa para decidir, em princípio em conjunto, se é objetivo do contexto a implementação do Modelo SafeCare e, se o for, qual(ais) a(s) necessidade(s) mais emergentes a serem trabalhadas no contexto. Nesta reunião poderá já ficar agendada nova reunião.

Na reunião seguinte com o enfermeiro gestor institucional e o enfermeiro gestor do contexto, o enfermeiro supervisor major e os responsáveis pelo projeto combinam os pormenores da

implementação do modelo, nomeadamente o timing em que decorrerá e a identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica a serem trabalhadas. O enfermeiro supervisor major, como conhecedor privilegiado do contexto, pode também levar sugestões sobre as áreas de que considera pertinentes para intervenção, com vista a processos de melhoria.

A partir deste momento é elaborada uma carta de parceria entre a ESEP e a instituição hospitalar. O objetivo central da carta é tornar o mais formal possível o processo de supervisão e o envolvimento de cada uma das instituições. Até agora foram celebradas três cartas de parceria com a ESEP, uma por cada uma das instituições envolvidas: Centro Hospitalar Universitário do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João e Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Nas cartas de parceria encontram-se estipuladas várias cláusulas em que os outorgantes se comprometem a efetuar todas as diligências que se revelarem adequadas ao seu pontual cumprimento. As cláusulas contratualizadas nestas cartas de parceria são: objeto; serviços ou unidades funcionais envolvidas; articulação e coordenação de atividades; metodologia; objetivos; resultados esperados; equipa; organização das atividades assistenciais; compromissos/ contrapartidas; vigências; alterações à carta de parceria; e, lacunas.

Após a carta de parceria estar assinada, o enfermeiro supervisor major face a cada uma das áreas identificadas para intervenção em cuidados de enfermagem efetua uma revisão da literatura. A revisão da literatura tem como objetivo verificar o nível de evidência acerca da temática e pode ser efetuada quer através da revisão narrativa, revisão sistemática ou revisão integrativa. A revisão da literatura, independentemente do método adotado para a sua elaboração, visa a fundamentação teórica e a combinação de dados da literatura empírica e teórica que levem à definição de conceitos, identificação de

lacunas na área em estudo, revisão de teorias e reunião de consensos face à área em estudo. Também é importante identificar qual(ais) o(s) instrumento(s) que foram utilizados para a avaliação dos IS-SCE.

No caso de existirem instrumentos que permitam avaliar as áreas pretendidas, o enfermeiro supervisor major em conjunto com os responsáveis pelo projeto SafeCare discutem a sua pertinência e adequabilidade no contexto, podendo aqui envolver o enfermeiro gestor da instituição e o enfermeiro gestor do contexto. Esta é uma fase importante porque vai determinar os instrumentos a usar quer na etapa 1 quer na etapa 4 do modelo. A análise dos instrumentos de medida deve ser meticulosa e criteriosa. Deve constar de discussão reflexiva clara entre os elementos que devem chegar a um acordo final sobre qual o instrumento mais fidedigno que permite obter uma avaliação criteriosa dos IS-SCE.

Após a seleção do(s) instrumento(s), há que verificar se estes estão adaptados ao contexto português e à população em que irão ser aplicados. Caso estejam, terá de se pedir autorização ao autor para sua aplicação. Caso não existam instrumentos adaptados ao contexto português e à população, deve também efetuar-se pedido ao autor para sua utilização, contudo antes da sua aplicação ainda se terá de fazer a sua adaptação.

No caso de não existir nenhum instrumento que permita avaliar os IS-SCE previamente identificados, o enfermeiro supervisor major terá de construir ele o instrumento de medida. O instrumento de medida construído deve ter em conta os resultados da revisão da literatura, mas também deve ser elaborado de acordo com a parametrização nacional para o fenómeno. Na sua estrutura deve conter dados relevantes para o levantamento diagnóstico, diagnósticos de enfermagem/ resultados esperados e respetivas intervenções a realizar pe-

los enfermeiros. Os instrumentos de medida ou questionários pretendem recolher informação sobre a forma como os enfermeiros atuam perante o fenómeno ou área sensível aos cuidados de enfermagem. Na construção destes instrumentos, foi analisado o SClínico® que é o programa informático em uso nas instituições de saúde portuguesas que replica o que está previsto para a elaboração do plano de cuidados efetuado pelos enfermeiros. Com o intuito do seu preenchimento ser mais apelativo e célere para os enfermeiros dos serviços onde o projeto irá decorrer, este instrumento foi recriado virtualmente com recurso ao Google Docs®, sendo da responsabilidade do enfermeiro supervisor major garantir o acesso a este, em tempo real, através de um dispositivo móvel. Estes instrumentos após elaborados são testados numa pequena amostra e de seguida estão prontos para serem aplicados.

Após a autorizações dos autores dos instrumentos a utilizar ou da construção dos instrumentos, o passo seguinte é pedir aprovação à Comissão de Ética da instituição, respeitando e assegurando a participação voluntária, livre e esclarecida dos enfermeiros, assim como o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes, que tem por base o respeito pela “Declaração de Helsínquia”.

Nos contextos que temos vindo a aplicar o Modelo SafeCare os IS-SCE adequados às necessidades do contexto foram os seguintes:

- ^Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), departamento de cirurgia: Risco de Queda, Dor, Inteligência Emocional e Satisfação profissional.
- ^Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), departamento de medicina: Autocuidado (higiene, alimentar-se e posicionar-se), Inteligência Emocional e Satisfação profissional.
- ^Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUS): Eficácia

Clínica e Prática Baseada na Evidência e Capacidades de Inteligência Emocional dos Enfermeiros.

- ^Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP): Ferida Cirúrgica, Dor e Eficácia Clínica e Prática Baseada da Evidência.

Dos instrumentos acima referidos e autorizados pelos autores usamos a escala “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros” e o “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência” (QECPE-20).

A escala de avaliação das “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”, foi adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006), a partir da escala original “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, atualmente designada de “Escala Veiga de Competência Emocional”, da autoria da Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco - na altura dirigida a professores. Este instrumento é de autopreenchimento, constituído por 85 afirmações/expressões. Os itens dividem-se em cinco subescalas, consideradas cinco capacidades: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo. Foi ainda introduzida uma questão de resposta aberta nomeadamente “Na sua opinião, que aspetos considera fundamentais para a implementação de um programa de desenvolvimento das competências de inteligência emocional nos enfermeiros?”, o que permitiu reunir informação relevante para a estruturação de um programa promotor do desenvolvimento das capacidades de inteligência emocional integrado no Modelo SafeCare.

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência (QECPE-20) foi traduzido e validado para a versão portuguesa por Pereira et al. (2015), sendo da autoria original de Upton e Upton (2006). Este instrumento é de autopreenchimento e

é composto por 20 itens divididos em três subescalas: Práticas; Atitudes; e Conhecimentos e Competências. Foi ainda introduzida uma questão de resposta aberta: “Na sua opinião, quais são as principais barreiras/obstáculos para uma prática baseada na evidência?”. Esta informação é relevante para identificar as atitudes negativas e/ou barreiras sentidas pelos enfermeiros na fundamentação das suas práticas na evidência científica.

A satisfação profissional foi outro dos questionários usados, este constou da utilização de um instrumento interno de avaliação da Satisfação Profissional da ULSM, descrito no Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM.

Os restantes instrumentos: risco de queda, dor, ferida cirúrgica e autocuidado higiene, alimentar-se e posicionar-se foram construídos pelo enfermeiro supervisor major em colaboração com os responsáveis pelo projeto. Como já foi referido, os instrumentos foram produzidos tendo em conta a informação contida no SClínico®, programa informático em uso nas instituições de saúde, seguindo sempre as orientações da elaboração do plano de cuidados efetuado pelos enfermeiros face à área em atenção. Nesse sentido, foi feito o levantamento dos dados relevantes para o levantamento diagnóstico, os diagnósticos mais frequentemente enumerados face à área sensível aos cuidados de enfermagem e as intervenções de enfermagem quer a nível de vigilância quer a nível de execução ou avaliação. Na sua aplicação estes instrumentos funcionaram de forma diferente dos anteriores, sendo aplicados em triplicado. O que quer dizer que face a um mesmo cliente o questionário foi primeiramente preenchido pelo enfermeiro que presta os cuidados (enfermeiro supervisionado), seguidamente preenchido pelo enfermeiro supervisor major e em terceiro lugar foi efetuado o preenchimento com recurso aos registos de enfermagem contidos no SClínico® relativos ao cliente em questão.

Com o propósito de facilitar a recolha de dados e o preenchimento do questionário pelo enfermeiro supervisionado, alguns destes instrumentos têm sido recriados virtualmente com recurso ao Google Docs®.

Após identificados os instrumentos de recolha de informação passa-se à sua aplicação. Dependendo do tipo de instrumento relativo ao IS-SCE, é pedido o seu preenchimento aos enfermeiros do contexto, tendo sempre presente os aspetos éticos, nomeadamente do respeito pelo anonimato, autonomia e confidencialidade.

Após o preenchimento dos questionários os dados são introduzidos em bases de dados construídas pelo enfermeiro supervisor major e trabalhados segundo métodos da estatística descritiva. Os resultados obtidos nesta análise servem para determinar quais os aspetos a serem trabalhados nas reuniões de supervisão da etapa 3 do modelo.

Para os instrumentos cuja aplicação é efetuada apenas a cada um dos enfermeiros o tratamento da informação é mais fácil de efetuar. É trabalhado o score global de cada escala e os scores de cada uma das subescalas. A partir dessa análise são identificadas as necessidades dos enfermeiros sobre cada um dos IS-SCE previamente identificados, nomeadamente relacionados com as capacidades de inteligência emocional e a prática baseada na evidência e a eficácia clínica. Relativamente a cada um destes indicadores, percebemos quais os aspetos específicos ou mais deficitários que necessitam de ser alvo de atenção nas reuniões de supervisão.

O indicador satisfação profissional apesar de ser alvo de análise, apenas servirá de comparação com os resultados obtidos através da sua aplicação na etapa 4.

Relativamente aos indicadores risco de queda, dor, ferida cirúrgica e autocuidado higiene, alimentar-se e posicionar-se a análise estatística é efetuada fazendo a comparação da avaliação feita pelos enfermeiros, pelo enfermeiro supervisor major e pela análise dos registos dos clientes do contexto. A comparação destas três avaliações permite comparar os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro realiza; os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro regista e os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro supervisor major adotaria face ao indicador. Mediante os resultados obtidos através deste cruzamento, é possível identificar as necessidades dos enfermeiros sobre cada um dos indicadores.

Habitualmente os instrumentos a utilizar nesta primeira etapa são objeto de acordo entre a ESEP e cada uma das instituições envolvida, aquando do estabelecimento da Carta de Parceria.

Nesta primeira etapa, a qual se reporta ao diagnóstico de situação, através dos dados recolhidos e analisados, a metodologia foi de carácter descritivo e exploratório, tendo como objetivo avaliar a realidade existente no contexto onde será implementado o modelo. Apesar de a apresentarmos de forma isolada neste capítulo, todas as etapas se encontram interligadas, e pretendem, de forma sequencial, dar resposta à questão de investigação no âmbito de um estudo de investigação-ação. Com os resultados obtidos nesta etapa o enfermeiro supervisor major recolhe informação relevante não só acerca do contexto e das suas características como também sobre os aspetos a trabalhar face a cada um dos IS-SCE, constituindo a avaliação inicial dos indicadores. Esta avaliação inicial vai permitir efetuar a posterior comparação com os resultados obtidos através de nova recolha de dados efetuada na etapa 4, que permitem perceber se a implementação do Modelo SafeCare contribui de forma positiva para a melhoria de cada um dos indicadores identificados.

O diagnóstico de situação é, decididamente, uma ferramenta metodológica útil que permite diagnosticar em que medida as atividades se vão realizar de acordo com os padrões de qualidade esperados. Mantém e aumenta o impulso para a melhoria contínua através da implementação das áreas de melhoria que foram identificadas e da oportunidade existente para a identificação e desenvolvimento de novas áreas de melhoria.

Dado que o sistema de saúde se encontra em constante evolução na procura da melhoria contínua, seria erróneo entender o último grau de evolução ou patamar de qualidade como se fosse um ponto final. Pelo contrário, como consequência das melhorias que se vão registando devido a novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização, novas exigências do cidadão e dos profissionais, novas evidências científicas ou nova regulamentação; o diagnóstico de situação neste projeto será continuamente atualizado (nas etapas seguintes) de acordo com as necessidades reais do contexto.

Em síntese o diagnóstico de situação é uma ferramenta e não um fim em si mesmo, identifica as necessidades, facilita e impulsiona processos de melhoria e avaliação nas instituições. O que hoje pode ser visto como longínquo, poderá ser, o caminho da melhoria contínua e excelência de amanhã.

CAPÍTULO III / ETAPA 2

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SUPERVISÃO CLÍNICA

Inês Rocha, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

Depois de realizado o diagnóstico de situação, importa perceber quais as necessidades sentidas em supervisão clínica pelos enfermeiros. O objetivo desta etapa é identificar as áreas que os enfermeiros gostariam de trabalhar ou ver trabalhadas durante as reuniões de supervisão e que, de alguma forma contribuam para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, tendo obviamente como consequência a melhoria dos cuidados de enfermagem e a segurança dos mesmos. Esta etapa complementa a anterior e reveste-se de inolvidável valor, uma vez que os enfermeiros supervisionados assumem um papel ativo na seleção de temas/problemáticas que pretendem discutir ou aprofundar, facto que incentiva a adesão à adoção do modelo e possibilita a construção de um sentimento de pertença.

A estratégia utilizada para esta etapa pressupõe a realização de reuniões dirigidas pelo supervisor clínico major com os enfermeiros de cada contexto. Nestas reuniões, não só são explicados o Modelo SafeCare e as suas diversas etapas e objetivos, como também é explanado o papel que cada enfermeiro poderá vir a desempenhar, nomeadamente de supervisor clínico ou de supervisionado.

Nesta etapa, ainda não está definido quem irão ser os enfermeiros supervisores clínicos e os enfermeiros supervisionados. É uma etapa importante porque permite ao enfermeiro supervisor major conhecer as características pessoais de cada enfermeiro e avaliar o seu grau de participação e reflexão sobre a prática de cuidados. É uma espécie de “primeira abordagem” com o grupo de enfermeiros do contexto. Esta etapa possibilita ainda o auto e o hétéro conhecimento. O enfermeiro supervisor major, através destas reuniões, percebe as dinâmicas existentes entre o grupo, nomeadamente afinidades e divergências entre os elementos, fator relevante a ter em conta aquando da constituição das equipas de supervisão.

A concretização destas reuniões, possibilita igualmente o contacto entre o supervisor clínico major e os enfermeiros dos contextos, proporcionando a ocorrência do “quebra gelo”. Torna-se imprescindível que o enfermeiro supervisor clínico major assuma uma postura de liderança, apresentando um discurso ponderado e assertivo, de forma a estabelecer uma relação de con-

fiança com os enfermeiros. O facto de ter formação/certificação de competências no domínio da supervisão clínica e em processos formativos, permite-lhe dirigir estas reuniões de forma eficiente, devido ao know-how inerente à própria aplicação dos conceitos de supervisão clínica na prática de cuidados.

O enfermeiro supervisor clínico major, tal como já referimos é o responsável pelo sucesso da implementação do Modelo SafeCare. Ele funciona como o líder em todo o processo, por isso ele deve ter um conhecimento concreto acerca do contexto e do processo de supervisão clínica e também um pensamento organizado no domínio da disciplina com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesse contexto. O conhecimento das características do contexto e o domínio da disciplina, levam a que a sua atuação seja privilegiada no contexto em ação, sendo assim considerado um perito nessa área de cuidados. Contudo, ele também deve ser um perito na área da supervisão clínica.

A função do supervisor clínico, neste caso do enfermeiro supervisor clínico major consiste em sustentar a formação e a atividade profissional dos enfermeiros supervisionados tendo em conta a prestação de cuidados de qualidade. A ele cabe ainda, promover a mudança positiva nos enfermeiros, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico. O seu papel é central na promoção de uma prática de cuidados de excelência, sendo um dos fatores determinantes do seu sucesso a eficácia na relação supervisiva conseguida, ideia também partilhada por Alarcão e Tavares (2007). Acrescentamos que ao enfermeiro supervisor clínico major acresce também a função de suporte dos enfermeiros supervisores. É ele que lhes dá o apoio necessário, assim como discute e sugere estratégias a implementar com a equipa de supervisão.

Por sua vez Alarcão e Tavares (2007) acrescentam que os objetivos da supervisão não se atingem todos de uma só vez, eles são atingidos gradualmente, passo a passo e em conformidade com o desenvolvimento da relação entre os diversos elementos. Estes autores reforçam a ideia de que a supervisão clínica é uma ação multifacetada, faseada, contínua e cíclica, o que quer dizer que o processo de crescimento profissional do enfermeiro supervisionado se desenrola em movimentos helicoidais, cujo crescimento é contínuo, mas nem sempre uniforme. Salientamos que este crescimento pode também variar de acordo com as características individuais de cada enfermeiro. Assim, cabe ao supervisor clínico major acompanhar de perto todas as etapas do Modelo SafeCare e estar atento aos sinais, às dinâmicas e à linguagem verbal e não verbal. Deve estar sempre presente, disponível e em constante ligação com a prática de cuidados e com o contexto. O enfermeiro supervisor major deve defender uma prática profissional coerente com os princípios ético legais da profissão, agindo de acordo com as normas nacionais e internacionais e no respeito pelos princípios éticos e deontológicos, cujo objetivo final é promover o desenvolvimento de competências, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados.

Assim sendo, torna-se fulcral que o supervisor clínico major não só consiga cativar os enfermeiros dos contextos a participarem na implementação do modelo, como também os leve a refletir sobre a dinâmica do contexto e sobre as práticas vigentes, de forma a que os mesmos identifiquem os aspetos que possam necessitar de mudança.

Nessa reunião também é importante que todos assumam a supervisão clínica de forma formal, pelo que o enfermeiro supervisor major solicita a cada um dos intervenientes, independentemente do papel que irão assumir (enfermeiro

supervisor ou enfermeiro supervisionado) a assinatura do consentimento informado e o preenchimento do contrato de supervisão. Ambos os documentos traduzem o papel formal e tal como qualquer acordo, necessitam de uma concordância, um assentimento que envolva todas as partes.

O consentimento informado, livre e esclarecido (figura 3), é uma forma de manifestação de vontade que se destina a respeitar o direito à participação ou não na implementação do modelo, sendo fundamental que contenha a informação adequada. Este documento é especialmente necessário se houver um processo de investigação associado à implementação do modelo, senão pode ser um aspeto dispensado. Caso exista, o consentimento deve ser pedido a todos os enfermeiros do contexto, sendo revogável em qualquer altura, sem prejuízo pessoal e profissional para o enfermeiro. No consentimento deve estar explícita a finalidade, os objetivos, o tipo de colaboração prestada, as vantagens, os inconvenientes e os riscos.

Sendo a supervisão clínica um processo formal de suporte onde os enfermeiros podem partilhar experiências relacionadas com a sua prática num ambiente seguro contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, esta deve ser formalizada através de um contrato de supervisão. O contrato de supervisão surge para que duas partes consigam dar conta de um serviço ou acordo, ou também para que se evite o aparecimento de conflitos. Para que tudo isso saia da melhor maneira, é preciso que a sua redação seja efetuada numa linguagem simples não dando margem a interpretações múltiplas ou dúbias. O contrato de supervisão deve ser compreensível por ambas as partes e não devem existir reclamações futuras, por isso é importante deixar claro o objetivo e as funções esperadas e assumidas por cada uma das partes. É extremamente importante deixar clara a duração prevista para o contrato, colocando datas e prazos podendo, contudo, salva-

guardar alguma margem de segurança.

A figura 4 exemplifica um contrato de supervisão, sendo que, deverá contemplar os seguintes aspetos:

- ^ Identificação do enfermeiro;
- ^ Objetivos do Modelo SafeCare;
- ^ Papel desempenhado pelo enfermeiro supervisor e enfermeiro supervisionado;
- ^ Duração média do contrato;
- ^ Condições para a revisão/alteração do contrato - se aplicável;
- ^ Frequência e duração das reuniões de supervisão clínica;
- ^ Cláusula de confidencialidade;
- ^ Local, data e assinaturas de ambos.

Aquando a apresentação e explicitação do contrato de supervisão devem também ser apresentadas as responsabilidades de cada elemento, nomeadamente do enfermeiro supervisor clínico e do enfermeiro supervisionado. Estas podem e devem constar no verso do contrato.

Para a identificação destas necessidades em supervisão clínica, o supervisor clínico major poderá recorrer, então a três estratégias diferentes:

- ^ Reuniões com os enfermeiros;
- ^ Análise dos contratos de supervisão;
- ^ Realização de entrevistas.

A opção por uma das estratégias de identificação de necessidades em supervisão clínica dependerá essencialmente de dois fatores:

- ^ Da preferência e/ou experiência do supervisor clínico major – este deverá selecionar a estratégia com a qual mais se identifica e na qual poderá fazer uso da potencialidade das suas competências;

^ Das características do grupo dos enfermeiros do contexto – o supervisor clínico major deverá selecionar a estratégia que lhe pareça mais apropriada face aos enfermeiros do contexto, de forma a que não haja constrangimento na verbalização/ escrita das necessidades sentidas em supervisão clínica.

A reunião com os enfermeiros dos contextos, como temos vindo a demonstrar, serve para averiguar e identificar algumas das áreas que os enfermeiros do contexto reconhecem como sendo de potencial necessidades de intervenção no sentido de melhoria da sua qualidade. Contudo, através da nossa experiência percebemos que nem sempre de forma imediata os enfermeiros são capazes de identificar todas as áreas que gostariam de ver com intervenção de melhoria. Nesse sentido, são entregues os contratos de supervisão que serão posteriormente devolvidos ao enfermeiro supervisor clínico major, ou seja, os enfermeiros levam consigo o contrato, pensam com calma nos aspetos que gostariam de trabalhar e que reconhecem como sendo áreas que necessitam de intervenção. As necessidades em supervisão clínica podem ser de índole pessoal, como a aquisição de conhecimentos numa área específica ou o desenvolvimento de técnicas do domínio instrumental, ou mais abrangente ainda, relativas à própria dinâmica do contexto de cuidados.

A entrevista é também uma das estratégias que poderá ser adotada, sempre que se justifique. Ela consta de uma conversa entre duas pessoas, neste caso entre o enfermeiro supervisor clínico major e o enfermeiro supervisor / enfermeiro supervisionado, e visa identificar as necessidades em termos de SC sentidas pelo enfermeiro. Por isso, na preparação do guião, para além da especificação do objetivo constará apenas de uma questão “Diga qual(ais) são as áreas em termos de cuidados de enfermagem que considera estarem a ser efetuadas ou desenvolvidas neste contexto e que carecem de reflexão no sentido de proporcionar cuidados de melhor qualidade e mais seguros para o cliente?”.

Após a recolha da informação o enfermeiro supervisor clínico major tem de trabalhar a informação. Independentemente da estratégia selecionada, a análise das necessidades sentidas em supervisão clínica pelos enfermeiros, seguirá o método de análise de conteúdo. Nesse sentido, as áreas são agrupadas por domínios. Este procedimento permite-lhe perceber os domínios comuns e não comuns no grupo de enfermeiros. Da análise efetuada são acrescentadas à etapa anterior (etapa 1) outras áreas sensíveis à supervisão clínica que serão alvo de trabalho na etapa seguinte (etapa 3). Elas serão programadas, ou sob a forma de formação a nível institucional proporcionada por um perito, ou de trabalho em grupo ou subgrupo durante as reuniões de supervisão, dependendo para isso dos interesses individuais de cada enfermeiro e da temática em questão.

Como exemplo prático podemos dizer que num dos contextos na primeira reunião com os enfermeiros foi pedido que refletissem sobre a dinâmica do contexto de cuidados e as práticas vigentes, de forma a identificar aspetos que pudessem necessitar de mudança. Ressalvamos que esta identificação das necessidades sentidas em supervisão clínica pode ser realizada de forma individual, uma vez que devido às suas vivências e características pessoais, cada enfermeiro pode sentir necessidades relativas a aspetos diversos e específicos. Foi então entregue o contrato de supervisão e agendada nova reunião onde entregariam o contrato devidamente preenchido.

Na segunda reunião os enfermeiros entregaram diretamente ao supervisor clínico major o contrato de supervisão onde estavam identificadas as necessidades que cada um sentia. Esta opção permitiu que os enfermeiros não se sentissem constrangidos, podendo elencar áreas de melhoria, nomeadamente de índole pessoal, pois sabiam que essa informação não seria disponibilizada a ninguém para além do supervisor clínico major, aspeto já reforçado na reunião anterior.

Figura 3
Consentimento informado

**CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO
NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE DO PROJETO SAFECARE**

Confirmando que expliquei ao enfermeiro, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. A participação na implementação do Modelo SafeCare, feita com conhecimento e aprovação prévias do responsável da instituição e da unidade de cuidados, destina-se exclusivamente à avaliação do impacto da implementação do Modelo SafeCare inserido no projeto SAFECARE, desenvolvido numa parceria existente entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a vossa instituição. Pretende-se assim, reunir evidências que possibilitem compreender a influência da implementação de um modelo SafeCare a nível dos indicadores e o seu contributo para a melhoria dos cuidados e a segurança dos mesmos. Toda a informação recolhida fica à guarda e responsabilidade de

É garantida a ocultação de dados de identificação. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete o percurso profissional do participante. Também é expressamente garantido que haverá destruição de toda a informação ao fim de 6 meses da apresentação formal dos resultados.

Nome legível do responsável pela proposta: _____

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo enfermeiro supervisor major que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos se recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo a minha participação, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários e as alterações necessárias desde que justificadas por razões fundamentadas.

Data: ____/____/____

Assinatura _____

Os contratos de supervisão foram analisados pelo supervisor clínico major que os agrupou por domínios. Nesse caso, para além dos domínios identificados na etapa 1 surgiram outros, nomeadamente: comunicação; gestão de emoções; indicadores contratualizados com a instituição; prestação de cuidados; registos no SClínico®; e, revisão de protocolos do serviço. Subjacente a cada domínio identificado, o supervisor clínico major alocou detalhadamente as necessidades sentidas em supervisão clínica pelos enfermeiros. Por exemplo, no domínio da “Comunicação”, surgiram as seguintes necessidades: i) melhorar a comunicação entre a equipa interdisciplinar; ii) realizar formação sobre técnicas de comunicação: estratégias de comunicação, barreiras de uma comunicação eficaz entre o líder e a equipa.

35 Após esta identificação o enfermeiro supervisor major criou um documento com as necessidades sentidas pelos enfermeiros que expôs ao grupo permitindo assim, que cada um dos enfermeiros se identificasse com uma ou mais áreas, uma vez que podem ter sido elencadas por si. Este aspeto, mostrou-se fundamental na fase seguinte porque permitiu que cada um dos enfermeiros se oferecesse para desenvolver as áreas com as quais se identifica. De salientar que em algumas temáticas foi necessário recorrer a peritos.

Esta etapa é uma etapa de ligação que complementa a anterior e dá contributos para a seguinte. O que se pretende vai para além da identificação dos IS-SCE, que dizem respeito às necessidades prévias referidas pelos enfermeiros gestores e que são facilmente visíveis nos contextos. Pretende-se, pois, perceber as necessidades em supervisão clínica dos enfermeiros, identificando as temáticas individuais ou coletivas, que os enfermeiros gostariam de ver trabalhadas durante as reuniões de supervisão. Esta é a etapa que permite a adaptação do modelo de supervisão clínica ao contexto em que ele está a ser implemen-

tado, ou seja, em que o supervisor clínico major recolhe informação que lhe permite planejar as reuniões de supervisão, no que diz respeito às formações e reflexões que são solicitadas pelos enfermeiros de forma a desenvolver a aprendizagem, a construção do conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas dos mesmos.

A concretização desta etapa não só possibilita que os enfermeiros trabalhem as necessidades singulares de cada um, promovendo a tomada de decisão autónoma, como também abordem temáticas que são transversais a vários elementos da equipa, levando a uma união e a um crescimento coletivo, fundamentais para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

CAPÍTULO IV / ETAPA 3

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFE CARE

Ana Teixeira, Vanda Barandas, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

A implementação do Modelo SafeCare inicia-se com formação em Supervisão Clínica a todos os enfermeiros do contexto (enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados). Esta formação é desenvolvida pelo enfermeiro supervisor major contudo, pode ter a colaboração dos responsáveis pelo projeto SafeCare. A formação em supervisão clínica deve ser efetuada em pequenos grupos e em mais do que um momento, dando assim oportunidade à participação de todos os enfermeiros.

A formação em supervisão clínica visa desmistificar as ideias preconcebidas relacionados com a temática, nomeadamente esclarecer a diferença entre supervisão clínica e avaliação do desempenho e alertar para as questões que se colocam sobre a formação ao longo da vida dos profissionais de saúde. Tendo em conta os contextos atuais de mudança, nomeadamente o Regulamento de Certificação Individual de Competências da Ordem dos Enfermeiros numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade de cuidados, a adoção de um modelo de supervisão clínica parece-nos fazer todo o sentido. Para isso é fundamental a formação na área.

A formação tem como finalidade promover o desenvolvimento de competências e estratégias de intervenção no domínio da supervisão clínica em diferentes contextos profissionais, nomeadamente na supervisão de pares. Nesse sentido, a formação visa clarificar os conceitos que envolvem a supervisão clínica e compreender o papel desempenhado por cada um dos intervenientes no processo supervisivo assim como, mostrar as vantagens que este pode trazer para o contexto de cuidados, quer a nível da integração de novos elementos quer a nível do acompanhamento e desenvolvimento profissional dos enfermeiros que integram a equipa.

A formação em supervisão clínica por nós fornecida tem como objetivos:

- ^ Desenvolver competências em supervisão clínica;
- ^ Desenvolver competências de comunicação, orientação e negociação;
- ^ Estimular o pensamento crítico/ reflexivo e ético;
- ^ Desenvolver capacidades de reflexão para, na e sobre a prática clínica;

^ Desenvolver capacidade de participação proactiva nos processos de mudança na prática de cuidados.

Nesse sentido, as temáticas abordadas tiveram em consideração: conceitos e história da supervisão clínica; modelos de supervisão clínica, com enfoque no Modelo SafeCare; relação supervisaiva; aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional; processos de inovação, gestão de cuidados e liderança; e, qualidade de cuidados e segurança do cliente.

Após efetuada a formação em supervisão clínica segue-se a identificação dos enfermeiros supervisores clínicos e dos enfermeiros supervisionados. Esta fase é fundamental e deve ser efetuada em conjunto com o enfermeiro gestor do contexto. A equipa de enfermeiros também pode ser envolvida, pois é através do reconhecimento de todos que o enfermeiro supervisor clínico terá sucesso no desenvolvimento do seu papel. A adoção por um destes modelos vai depender do estilo de liderança desempenhado pelo enfermeiro gestor do contexto. Contudo, há que admitir que o sucesso do modelo também está relacionado com a forma como o enfermeiro supervisor clínico é eleito e aceite pelos pares.

A seleção do enfermeiro supervisor clínico obedece a um conjunto de critérios claramente definidos que devem ser explícitos ao grupo, nomeadamente:

- ^ Ser considerado um perito pelo grupo de pares;
- ^ Possuir formação em supervisão clínica, preferencialmente um curso pós-graduado;
- ^ Pertencer à instituição;
- ^ Ter horário completo;
- ^ Ter tempo de exercício profissional de, pelo menos, 4 anos;
- ^ Pertencer ao serviço há, pelo menos, 2 anos;
- ^ Ter experiência em processos formativos (orientação de estudantes nos diferentes ciclos de formação ou integração de

novos profissionais);

- ^ Ter espírito de autoformação e desenvolvimento;
- ^ Ser ponderado e assertivo;
- ^ Ter capacidade de resolução de problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;
- ^ Ter capacidade de experimentar e inovar numa dialética entre a teoria e a prática;
- ^ Ter capacidade de fazer críticas e autocríticas, de modo construtivo;
- ^ Ter consciência de responsabilidade no processo de desenvolvimento contínuo da qualidade;
- ^ Ter capacidade de trabalho e atender à diversidade e características dos diversos elementos;
- ^ Ser capaz de estabelecer relações de confiança;
- ^ Ter disponibilidade.

As características do enfermeiro supervisor clínico são fundamentais para o sucesso da implementação de um modelo de supervisão, pelo que quem implementa o modelo deve ter em atenção o perfil do enfermeiro supervisor clínico. McKenna, Thom, Howarde e Williams (2010) apontam os seguintes obstáculos a ter em conta na implementação:

- ^ Disponibilidade e qualidade dos supervisores;
- ^ Falta de bases de dados que identifiquem os supervisores qualificados e disponíveis;
- ^ Supervisão irregular sem contratos formais ou política de supervisão;
- ^ Constrangimentos financeiros e dinâmicas de poder entre supervisores;
- ^ Supervisados que podem criar tensões na relação supervisaiva.

Como forma de minimizar estes problemas, a maioria das vezes as instituições elegem como enfermeiro supervisor o responsável da equipa, decisão esta que acarreta várias discordâncias. Uma vez que o enfermeiro supervisor clínico deve auxiliar na

confiança de quem requer apoio nas práticas, não deve ser designado pela instituição, mas sim eleito pelos pares.

Bush (2005), citando Proctor, (1986), refere que a arte do supervisor reside em inspirar e facilitar a prática crítico-reflexiva no supervisionado. A atenção é dada às necessidades emocionais, por exemplo como o supervisionado tem sido afetado pelas experiências e como ele consegue lidar com essas experiências construtivamente (função restauradora), estimulando-o e motivando-o individualmente para que vença as suas expectativas pessoais, facultando o auxílio e orientações necessárias.

Simões, Alarcão e Costa (2008) destacam algumas das qualidades essenciais do enfermeiro supervisor como agente facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de competências. A experiência, a formação na área, os conhecimentos e competências, a motivação para a implementação do processo supervisorio e o desenvolvimento profissional, a facilidade de relação interpessoal e a disponibilidade, constituem fatores determinantes no processo de desenvolvimento profissional. Abreu, Barroso, Segadães e Teixeira (2015) referem como lacuna a falta de um quadro conceptual de competências para o exercício de supervisor clínico. Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018), consideram importante a padronização deste conceito. Para os autores, a base para o desenvolvimento da competência de enfermeiro supervisor clínico permite a evolução da investigação sobre o impacto da SC na prática clínica dos enfermeiros e nos ganhos em saúde para os clientes.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), publicou recentemente, o Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, definindo a figura do enfermeiro supervisor clínico (OE, 2018).

Para além da escolha do enfermeiro supervisor é importante o

estabelecimento de uma parceria com o enfermeiro gestor do contexto no sentido de acordar estratégias para minimizar as barreiras institucionais existentes. A literatura indica que o desenvolvimento, a implementação, a coordenação e a avaliação de programas de supervisão requerem uma parceria de gestão e liderança em enfermagem com responsabilidades conjuntas (McKenna, Thom, Howarde e Williams, 2010), no sentido da procura de abordagens entusiásticas, comprometidas e dinâmicas por parte dos gestores das instituições, importantes para garantir o sucesso na negociação de barreiras institucionais (Bush, 2005). Esta parceria é igualmente fundamental, no sentido de vincular a instituição na garantia das condições que permitam a sua implementação através da negociação de estratégias conjuntas para a gestão das barreiras institucionais de que são exemplos o agendamento das reuniões de supervisão no horário mensal da equipa e a disponibilidade de sala para as reuniões. Isto porque, alguns autores concluíram que os contextos que obtiveram melhores resultados ao nível da eficácia da implementação de um modelo de SCE foram aqueles onde as pessoas e a instituição foram ativamente envolvidas numa fase prévia (Buus, Lynch e Gonge, 2016).

Na fase inicial de implementação são também agendadas reuniões com o enfermeiro gestor institucional e o enfermeiro gestor do contexto onde são definidos e clarificados os requisitos necessários para a implementação do modelo (por ex. número de horas a alocar mensalmente para a SC). As barreiras institucionais encontram-se presentes no momento em que é iniciada a implementação, mas também durante o processo de implementação, requerendo flexibilidade e criatividade por parte do enfermeiro supervisor major e dos responsáveis pelo projeto SafeCare, de forma a dar resposta a novas barreiras que vão surgindo ao longo do processo (por ex. absentismo, greves, rotatividade de elementos com a saída e entrada de novos enfermeiros durante a implementação e que devem ser enquadrados

no processo de supervisão). Na mesma linha de pensamento, tendo em conta as limitações ligadas ao enfermeiro supervisor, ao enfermeiro supervisionado e à instituição que os integra, torna-se essencial que as práticas supervisivas sejam moldadas aos contextos e à própria cultura institucional, para o sucesso do processo de supervisão (McKenna, Thom, Howarde e Williams, 2010; Koivu, Saarinen e Hyrkäs, 2012). Consciente dessa necessidade, o Modelo SafeCare, contempla essa flexibilidade e adaptabilidade ao contexto, à cultura institucional e às necessidades do contexto.

Após a negociação com o enfermeiro gestor do contexto e da escolha dos enfermeiros supervisores clínicos, são constituídas as equipas de supervisão num rácio de 1 enfermeiro supervisor clínico para um conjunto que pode variar entre os 8 a 10 enfermeiros supervisionados formando, assim, as equipas de supervisão.

As responsabilidades enfermeiro supervisor clínico vão ao encontro dos requisitos que estiveram na base da sua seleção e resumem-se em:

- ^ Ser capaz de se autocriticar;
- ^ Fazer a apresentação ao seu grupo de supervisão;
- ^ Ser capaz de explorar áreas de intervenção e as expectativas dos supervisionados;
- ^ Deixar espaço para a individualidade de cada um, permitindo/encorajando a expressão de sentimentos ou de receios por parte dos supervisionados, solicitando-lhes que exponham questões pertinentes para serem discutidas nas sessões formais;
- ^ Proporcionar um ambiente de trabalho agradável, de abertura e favorável à partilha e expressão de sentimentos e experiências;
- ^ Dar feedback das suas observações;
- ^ Enfatizar as boas práticas;
- ^ Promover a reflexão crítica sobre a prática clínica;
- ^ Apoiar/aconselhar o supervisionado em momentos de dificulda-

de técnica, relacional ou emocional;

- ^ Incentivar uma prática baseada na evidência;
- ^ Estabelecer/Identificar os conteúdos formais de cada sessão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a evolução dos supervisionados;
- ^ Preparar as reuniões de supervisão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a sua própria evolução como supervisor clínico.

Complementarmente, as responsabilidades do enfermeiro supervisionado são:

- ^ Traçar/ Identificar/ Enumerar objetivos gerais e específicos para o período de supervisão;
- ^ Ser capaz de identificar áreas a melhorar e/ou problemáticas;
- ^ Dar a conhecer as suas expectativas da supervisão;
- ^ Aproveitar a supervisão como possibilidade de expressar e modificar comportamentos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- ^ Efetuar uma reflexão crítica da sua prática clínica;
- ^ Rentabilizar as reuniões de supervisão para ter aconselhamento, suporte e até mesmo resposta às questões que o inquietam;
- ^ Estar aberto e aceitar as sugestões apresentadas pelo supervisor e/ou grupo de pares, como forma de crescimento pessoal e profissional;
- ^ Tomar conhecimento do cronograma com a frequência das sessões formais de supervisão;
- ^ Ser capaz de refletir e de analisar a sua evolução.

De forma a iniciar a implementação com sucesso, torna-se crucial que, de acordo com as necessidades em SC identificadas previamente, as reuniões de supervisão clínica devam ser planeadas e calendarizadas. A calendarização deverá ser efetuada com a periodicidade de uma reunião mensal por equipa de supervisão, pelo enfermeiro gestor do contexto. O tempo dis-

pensado para a reunião de supervisão clínica, que em média dura cerca de 1.30h deve ser contabilizado dentro do número de horas de trabalho do enfermeiro. De igual forma a reunião deve ainda ser planeada pelo enfermeiro supervisor em conjunto com o enfermeiro supervisor major. Assim, poderemos ter como objetivo trabalhar um indicador de qualidade de cuidados em enfermagem (por ex. Risco de Queda, Autocuidado) ou outro assunto que a equipa considere relevante para a sua prática, como por exemplo, a gestão de conflitos ou aspetos institucionais que interfiram na qualidade e segurança dos cuidados.

Nos contextos onde foi já implementado o Modelo SafeCare constatámos que os aspetos institucionais são alvo de muita atenção e preocupação por parte dos enfermeiros e que carecem de um espaço próprio onde possam ser falados, espaço esse encontrado no momento da reunião. A função restaurativa do supervisor centra-se muitas vezes no suporte prestado ao grupo nesta temática que interfere diretamente com a satisfação profissional e risco de burnout. Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford et al. (2004), fazem referência a como o ambiente institucional é influenciado pela alta rotatividade dos enfermeiros, onde os efeitos da desvinculação de um enfermeiro se refletem nos restantes, levando ao aumento da sobrecarga de trabalho e à perda de profissionais experientes, interferindo na qualidade, pela diminuição na satisfação no trabalho e aumento do burnout. Tais factos, potenciam o aumento do número de erros clínicos e o efeito negativo no cliente pode tornar-se mais caro, direta e indiretamente. Nesta situação em concreto a implementação da SC tem como interesse major, a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, assim como, a diminuição de stress e burnout, conseqüente satisfação profissional e diminuição de absentismo.

Por outro lado, a possibilidade de a equipa se reunir mensalmente num local próprio que não na prestação de cuidados nem

no momento da passagem de turno, permite que os elementos partilhem experiências, potencia a resolução de conflitos e promove a comunicação entre a equipa. Assim, é potenciada a coesão da equipa e a resolução de conflitos quotidianos. A investigação produzida ao longo dos últimos vinte anos tem vindo a demonstrar os ganhos que a SC apresenta ao nível de todos os intervenientes. Para os enfermeiros supervisionados estão descritos o aumento da satisfação profissional, desenvolvimento pessoal, onde a perceção de suporte é assumida como catalisadora do aumento da autoconfiança e redução dos níveis de stress. É ainda promotora do autoconhecimento e consciencialização dos papéis para uma melhoria da identidade profissional.

Ao nível das competências profissionais a SC permite ao enfermeiro, através da reflexão sobre a sua prática, clarificar o exercício da mesma, nomeadamente, sustentar a sua tomada de decisão num pensamento crítico reflexivo para uma prestação de cuidados com qualidade e segurança. Por outro lado, providencia suporte para a mudança e melhoria da prática.

Ao nível da equipa encontram-se documentadas melhorias na gestão de conflitos e conseqüente fortalecimento das relações entre os pares, com uma dinâmica e cultura direcionada para as necessidades do cliente e família (Berg e Hansson, 2000; Walsh et al., 2003).

Nas reuniões de supervisão iniciais é notório o desconforto e a inexperiência por parte dos enfermeiros supervisionados em refletirem sobre a sua prática e partilharem experiências pessoais e profissionais perante o restante grupo, principalmente se o contexto não tiver um modelo de supervisão instituído. Nesta fase podem ser usadas estratégias que servem de “quebra gelo” e dinâmicas de grupo que promovam a aproximação dos elementos entre si. Uma das estratégias usadas foi a realização de uma análise SWOT da equipa e de como esta caracterizava cada

um dos seus elementos (aspetos positivos, contributos para a equipa, aspetos a melhorar), numa perspetiva construtiva. Esta dinâmica ajudou a promover o autoconhecimento, fortalecer as relações e o clima de partilha. A realização de reuniões de supervisão mensais é apenas uma forma de implementação do modelo que pode ser complementado com intervenção individual entre enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado, bem como por via não presencial (por ex. via online). Importa referir que a implementação deve ser sempre ajustada às necessidades do contexto e dos seus intervenientes.

Durante o percurso de implementação do Modelo SafeCare a equipa definiu indicadores de supervisão, nomeadamente, Competências de Prática Baseada em Evidências, Competências Emocionais, que visam o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, mas também outros como a Queda, Dor e Autocuidado centrados na qualidade dos cuidados. Para isso na avaliação e diagnóstico de situação foram utilizados instrumentos (escalas validadas) já existentes e outras foram criados pelo enfermeiro supervisor clínico major, nomeadamente, no que diz respeito à Queda, Dor, Autocuidado e Ferida Cirúrgica, permitindo a avaliação do registo efetuado em três momentos por elementos diferentes. Desta forma, este diagnóstico de situação permitiu ao enfermeiro supervisor clínico major refletir sobre as diferenças encontradas, como por exemplo, na avaliação do Risco de Queda efetuada por três elementos, em observações distintas no mesmo cliente.

Nas reuniões de supervisão são analisadas estas situações e encontradas estratégias para a melhoria dos cuidados, nomeadamente na avaliação do Risco de Queda, permitindo elaborar e implementar estratégias que tanto podem passar pela formação como pela elaboração de protocolos, potenciando a normalização da prática clínica e tomada de decisão sustentada em evidência. A equipa de supervisão pode dividir-se em subgru-

pos de trabalho, tendo o enfermeiro supervisor clínico um papel crucial em orientar e acompanhar a realização e apresentação destes trabalhos em reunião de supervisão, divulgação pela restante equipa do serviço e enfermeiro gestor do contexto.

No que toca às competências profissionais trabalhadas no modelo, como por exemplo a PBE, as estratégias passaram pela realização de formação em serviço sobre PBE e uma formação avançada para alguns elementos. Nestas formações podem estar presentes elementos externos à instituição e que sejam peritos na temática. Assim, as estratégias de supervisão a implementar são diversas e adaptadas ao contexto e à equipa. Tendo por base o modelo de Proctor, podemos delinear estratégias de supervisão cuja finalidade da estratégia é:

- ^ Função restaurativa: Suporte individual e/ou grupo; escuta ativa; catarse; mediação e resolução de conflitos; promoção da comunicação efetiva entre os intervenientes; implementação de estratégias para melhorar o clima organizacional;
- ^ Função normativa: Discussão de casos clínicos; clarificação de papéis entre a execução de tarefas do enfermeiro e do enfermeiro especialista (por ex. no contexto da saúde mental); a normalização da prática clínica através da elaboração de protocolos, procedimentos ou guias de boas práticas sustentados na evidência; reflexão na e sobre a prática;
- ^ Função formativa: Realização de formação que pode ser articulada com o departamento de formação da instituição sobre os indicadores de supervisão que estão a ser trabalhadas (por ex. Competências de Inteligência Emocional e de PBE). Esta componente formativa pode também estender-se aos enfermeiros gestores dos contextos (por ex. formação em IE para gestores).

A implementação da SCE pode ser vista como um elemento crítico no estabelecimento de uma prática segura e responsável, pelo que a sustentabilidade da supervisão exige um envolvi-

mento contínuo da instituição. A falta de uma política clara e de liderança no que diz respeito as orientações para a formação, treino, modelos e instrumentos de avaliação, revelam-se barreiras ao sucesso da sua implementação (Lynch, Happell, Sharrock e Cross, 2008).

Para finalizar, importa refletir sobre as barreiras existentes à implementação do Modelo SafeCare. De forma a garantir o sucesso na sua implementação, estas barreiras devem ser primeiramente avaliadas no contexto e ao longo do processo de implementação. As estratégias referidas anteriormente, aquando o início das reuniões de supervisão, pretenderam dar resposta a algumas dessas barreiras. Assim, Bush (2005), admite existirem fatores pessoais e institucionais como barreiras para a implementação da SC, onde as dificuldades pessoais se referem aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, nomeadamente o medo de mudança, a falta de confiança, de conhecimentos, habilidades e competências. Por outro lado, as barreiras institucionais dizem respeito à necessidade de negociação e não imposição da SC pela instituição, bem como a presença de um contrato, tranquilizando a dúvida por parte dos enfermeiros supervisionados no que diz respeito à confidencialidade e à segurança, o apoio e envolvimento da instituição e a escolha dos enfermeiros supervisores. Da mesma forma, os autores Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) sustentam esta divisão nas barreiras, expondo os conflitos profissionais e políticos, as questões da falta de tempo/recursos, os turnos rotativos/desgastantes como barreira institucional, e o medo de mudança, a falta de confiança e de conhecimentos baseados na evidência e competências, que irrefletidamente se integram na prática, bem como, o desconhecimento em relação à SC e crenças erróneas, como barreiras pessoais. Por outro lado, muitas vezes a dificuldade sentida pelos enfermeiros durante a implementação de um processo supervisivo resulta da resistência à mudança. O processo de mudança pode desencadear respos-

tas como stress, dúvidas, impulsividade e desconforto. Assim, a forma como a SC é sugerida, apresentada, implementada e até mesmo avaliada, é basilar para a sua verdadeira eficiência. Entende-se assim, a sensibilidade reclamada ao envolvimento de todos os participantes, enfermeiro supervisor, enfermeiro supervisionado e instituição, em relação tripartida, por forma ao melhor desempenho de todos (Cruz, 2008).

Neste contexto, impulsiona-se a relevância da atitude, capacidade de gestão dos superiores em liderarem ou em se ajustarem a esta nova realidade, procurando a motivação por via da comunicação e do seu envolvimento na equipa. Por forma a avaliar a eficácia do modelo, este deverá ser implementado entre seis a doze meses e em que os enfermeiros supervisionados tenham experienciado, pelo menos 6 reuniões de supervisão (Winstanley e White, 2003). A frequência das reuniões/sessões nos contextos onde decorreu a implementação foi mensal com a duração entre uma hora e meia a duas horas.

Outro interveniente crucial no processo é o supervisor clínico major, tal como referido anteriormente, podendo ser do serviço ou externo e, preferencialmente, com formação em supervisão clínica. A sua função prende-se com o acompanhamento dos supervisores clínicos ao longo do processo de implementação. Estes momentos podem ficar calendarizados no início da implementação, sendo consensual a realização trimestral de uma reunião entre estes intervenientes ou sempre que se considere necessário.

CAPÍTULO V / ETAPA 4

AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

Cristina Augusto, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

A SCE é um fenômeno comum pela sua prática corrente em instituições de saúde de países como o Reino Unido, a Austrália, a Nova Zelândia e a Escandinávia (Koivu, Hyrkas, e Saarinen, 2011; Cutcliffe, Sloan e Bashaw, 2018). Encontram-se inclusive, publicadas algumas *guidelines* nesses contextos para a prática da supervisão clínica a enfermeiros. (Nottingham University Hospitals, 2014; Care Quality Commission, 2013; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2015; Te Pou, 2009). Em Portugal, o aparecimento dos processos de SCE teve por base a conjugação de três fatores que historicamente marcaram o desenvolvimento da profissão: “i) o movimento da educação permanente, na década de 1970; ii) os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; iii) os processos de certificação de qualidade” (Abreu, 2007, p.181). Contudo, estes processos só estão bem sedimentados na supervisão clínica de estudantes, apesar da formação estar contemplada nos currículos de diversas formações superiores em enfermagem, bem como, estar já preconizada nos discursos da OE.

O capítulo que nos propomos apresentar trata da avaliação dos resultados da implementação do Modelo SafeCare. A implementação deste modelo pode influenciar diferentes vetores de todo o processo (figura 5). Nas instituições de saúde pode melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Coelho, Miranda, Bezerra, Guedes e Cabral, 2012). Nos clientes de cuidados pode melhorar a sua recuperação clínica e o seu grau de satisfação (Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007). Nos profissionais de enfermagem pode melhorar o seu exercício profissional (Silva, Pires e Vilela, 2011).

De acordo com a revisão sistemática efetuada por Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018) sobre a avaliação da SCE, existe um corpo limitado de estudos empíricos sobre a determinação e medição dos efeitos da SCE. Assim, de acordo com os autores, este corpo de trabalho deve ser considerado como “Emergente”. Existe, no entanto, um pequeno conjunto de trabalhos empíricos que relatam sobre os efeitos positivos da SCE, sendo esses trabalhos consistentes ao longo do tempo e dos locais onde foram realizados, com a preponderância de estudos quantitativos, contrariamente ao que vinha sendo feito, e que privilegiava apenas a dimensão qualitativa.

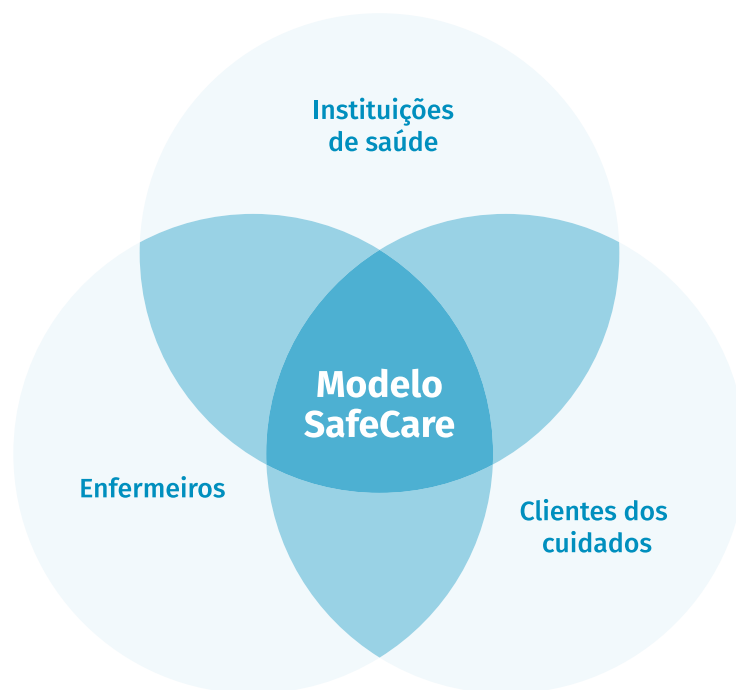
O que a investigação em enfermagem, cada vez mais, revela é que a supervisão clínica é fundamental para dar suporte aos enfermeiros e para os ajudar a desenvolver e melhorar as suas práticas (Dilworth, Higgins, Parker, Brian e Turner, 2013). Koivu, Saarinen e Hykas (2012), num estudo realizado ao longo de três anos, verificaram que os enfermeiros que exerciam funções em serviços médicos e cirúrgicos, e que estiveram envolvidos em processos de supervisão clínica destacaram-se em aspetos como autoconfiança, orientação e envolvimento no seu trabalho relativamente aos seus pares, que não estiveram envolvidos. Os enfermeiros que experimentaram a supervisão clínica encararam-na como uma mudança positiva e, como uma oportunidade de participar em algo que os ajudaria no desenvolvimento profissional. Os profissionais mais velhos, que participaram nos processos de supervisão clínica, por sua vez, procuraram, também, uma ajuda para resolver conflitos de

papéis de forma a atingir altos níveis de desempenho. Ainda no mesmo estudo, os autores verificaram que os enfermeiros a quem foi prestada supervisão clínica eficiente reportaram melhores recursos profissionais e pessoais e ficaram mais motivados e envolvidos na instituição onde trabalhavam. Já os enfermeiros que revelaram mais sentimentos de angústia (e alguns burnout) foram aqueles a quem a supervisão clínica prestada não foi considerada eficiente.

Em contextos de enfermagem na psiquiatria, a implementação de um modelo de supervisão clínica, demonstrou benefícios quer individuais para os participantes, quer benefícios relacionados com o próprio trabalho (Gonge e Buus, 2011). Os autores destacam maior satisfação no trabalho, mais vitalidade, estratégias de coping mais eficazes e menos stress, exaustão emocional e despersonalização (Gonge e Buus, 2011).

Figura 4

Vetores do processo de implementação do Modelo SafeCare



No que diz respeito ao efeito da supervisão clínica nos clientes de cuidados Snowdon, Leggat e Taylor (2017) apresentam uma revisão sistemática com a finalidade de determinar se a SC dos profissionais de saúde melhora a eficácia dos cuidados e a experiência dos clientes. Os autores verificaram que a SC dos profissionais de saúde está relacionada com a eficácia dos cuidados prestados. Também encontraram uma melhoria significativa no processo de cuidados aos clientes. Contudo, na mesma revisão sistemática, poucos estudos demonstraram um efeito direto sobre o estado de saúde dos clientes, com exceção da relação da supervisão clínica e os profissionais de saúde mental. No entanto, verificaram que parece haver uma associação entre a SC e a redução dos sintomas psicológicos dos clientes com patologia do foro mental. Os autores também não encontraram estudos onde estivesse presente a associação entre a supervisão clínica dos profissionais de saúde e a dimensão da qualidade dos cuidados experienciada pelos clientes.

Para além da investigação efetuada no efeito da supervisão clínica nos profissionais e nos clientes de cuidados, é necessário que também se investigue na forma como a supervisão clínica pode afetar fatores institucionais e questões relacionadas com o ambiente de trabalho (Jones, 2006 e Sloan, 2006, cit. por Gonge e Buus, 2011).

No planeamento do Modelo SafeCare está prevista uma avaliação efetiva da sua implementação, tendo em conta os diferentes vetores apresentados, nomeadamente, perceber qual a eficácia da implementação na instituição de saúde, nos enfermeiros e nos cuidados prestados aos clientes. Desta forma, de seguida apresentamos o método adotado na avaliação do modelo.

Poder-se-á dizer que a forma de avaliação da implementação deste modelo seguiu a mesma metodologia adotada na etapa 1

denominada de diagnóstico de situação, para que pudéssemos ter resultado comparáveis. Contudo, em cada um dos vetores afetados pelo processo de implementação, introduzimos alguns pontos que merecem destaque.

O processo de avaliação do modelo que aqui apresentamos diz respeito à implementação do modelo na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, mais concretamente, à sua implementação no departamento de cirurgia. Assim, no que diz respeito ao impacto da implementação do modelo junto dos enfermeiros, optamos pela utilização de um método misto (quantitativo e qualitativo), pois pareceu-nos ser o mais apropriado e que nos permitia compreender num vasto domínio o fenómeno em estudo.

Do ponto de vista quantitativo, utilizamos dois instrumentos já construídos por outros autores, que nos permitiram ter acesso ao nível de satisfação profissional dos enfermeiros e das suas capacidades de inteligência emocional antes e após a implementação do modelo.

A satisfação profissional refere-se, essencialmente, ao grau em que um colaborador gosta do seu trabalho (Jiang, Lambert, Liu e Zhang, 2017). Pode ser vista como a resposta emocional do trabalhador a diferentes fatores relacionados com o seu trabalho, como prazer, conforto, confiança, recompensas (extrínsecas ou intrínsecas), crescimento pessoal e várias oportunidades positivas como mobilidade ascendente, reconhecimento pessoal. (Temesgen, Aycheh e Leshargie, 2018). A satisfação no trabalho tem efeitos significativos nos outcomes institucionais, como a qualidade no atendimento (Boamah, Read e Laschinger, 2017), desempenho no trabalho, comprometimento institucional, burnout e turnover (Jiang et al., 2017). Alguns estudos demonstraram que a supervisão clínica aumenta a satisfação profissional (Gonge e Buus, 2011; McGilton et al., 2016), e, que, altos níveis

de satisfação profissional melhoram a qualidade dos cuidados prestados (Leggat et al., 2010; Boamah et al., 2017).

No que diz respeito à satisfação profissional utilizamos a “Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM” (ESP-ULSM) pois é um instrumento já familiar dos enfermeiros e da própria instituição. Este instrumento é constituído por quatro diferentes subescalas: a satisfação com o superior hierárquico; a satisfação com as relações profissionais; a satisfação com a qualidade do local de trabalho; e, a satisfação com o investimento na melhoria contínua da qualidade. A EPS-ULSM contempla uma escala de *likert* de cinco pontos (1-mau, 2-regular, 3- bom, 4-muito bom e 5-excelente), e os enfermeiros tiveram que a preencher no início (etapa 1) e novamente após a implementação do modelo (etapa 4), e assinalar a opção que melhor expressasse a sua opinião sobre as diferentes questões colocadas.

A inteligência emocional é conhecida como um novo critério para avaliar o bem-estar das pessoas e uma importante competência para melhorar o desempenho no trabalho (Sparrow e Knight, 2006). A inteligência emocional pode ser definida como a capacidade, a competência, a habilidade ou a capacidade autopercebida de identificar, avaliar e gerir as emoções de si mesmo, dos outros e dos grupos (Serrat, 2017). As pessoas que possuem um alto grau de inteligência emocional conhecem-se muito bem, e, também, são capazes de sentir as emoções dos outros (Serrat, 2017). A inteligência emocional é relatada como fundamental para os profissionais de saúde por ser eficaz quando se trabalha com clientes, bem como por estes profissionais trabalharem no seio de equipas de saúde (Borges et al., 2015; Hurley e Stansfield, 2012). As competências de inteligência emocional nos enfermeiros são vitais para a prática de enfermagem pois esta envolve cuidados complexos a pessoas, muitas das vezes,

emocionalmente vulneráveis devido a doenças físicas ou mentais (Foster, 2015).

No que diz respeito à inteligência emocional utilizamos a VBEI-CS® (Veiga, 2005), validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006). Esta versão é composta por 85 itens com escala do tipo likert de 7 pontos variando entre “Nunca” (1) e “Sempre” (7). Os itens estão divididos em cinco subescalas, nomeadamente: autoconsciência (20 itens), gestão de emoções (18 itens), automotivação (21 itens), empatia (12 itens) e gestão de relacionamentos em grupos (14 itens).

Na avaliação quantitativa do impacto da implementação do modelo nos enfermeiros, entregamos um único instrumento dividido em três partes: a primeira parte consistia na caracterização sociodemográfica dos enfermeiros; a segunda parte consistia na avaliação das capacidades de inteligência emocional, com base no instrumento já apresentado; e, na terceira fase, pretendíamos avaliar o grau de satisfação dos enfermeiros, de acordo com o instrumento já mencionado.

Para conseguirmos emparelhar as respostas dos profissionais em ambas as etapas do modelo, foram entregues dois exemplares do instrumento, em formato de papel dentro de um envelope fechado. A esses dois instrumentos foi atribuído um igual código numérico aleatório, foi explicado todo o procedimento, e foi pedido que preenchessem apenas um dos exemplares na etapa 1 e antes da implementação do modelo. Os profissionais foram, ainda, instruídos a guardar o outro instrumento num local seguro (por exemplo, o seu cacifo) para, na última etapa do modelo (etapa 4) procederem ao seu preenchimento.

Alguns enfermeiros que iniciaram todo este processo acabaram por não o concluir, uma vez que se ausentaram ou por mobilidade, ou por licença de maternidade ou gravidez de risco. Os

questionários desses enfermeiros, uma vez terminado o processo, e não tendo correspondência numérica na etapa final, foram removidos, de forma a ficar apenas, com todos os questionários emparelhados.

Relativamente à metodologia qualitativa utilizada para avaliação do impacto da implementação do modelo nos enfermeiros, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros supervisionados do contexto que se mostraram disponíveis para o efeito. Foram realizadas um total de 8 entrevistas aos enfermeiros supervisionados e outras 8 aos enfermeiros supervisores clínicos.

49 A entrevista é a forma de recolher dados mais disseminada e utilizada na investigação qualitativa; “é o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo” (Albarello et al., p.89). É através da entrevista que os sujeitos podem exprimir livremente os seus pensamentos sobre um determinado assunto, podendo garantir que se conheçam outros aspetos de maior amplitude e profundidade que um questionário fechado não permite. Também, como há uma interação entre o enfermeiro supervisor major e os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados, é possível recolher dados de detalhes que de outra forma seria menos provável. Esta situação, contudo, pode introduzir alguma subjetividade na investigação que deve ser reconhecida no momento da decisão por esta técnica.

Contudo, reconhecemos estas limitações, e optamos pela entrevista semiestruturada uma vez que permite a “certeza de se obter dados comparáveis entre os vários sujeitos” (Bogdan e Biklen, 1994, p.135).

Foi, então, elaborado um guião de entrevista, com um conjunto de questões abertas, não com o intuito de se assumir como algo rígido, mas apenas para facilitar como orientação em todo

o processo. Tanto quanto possível, foi permitido aos entrevistados falarem abertamente sobre as questões colocadas, de forma a poderem expressar o mais fielmente possível as suas ideias. Apenas uma ou outra vez, tivemos necessidade de orientar os enfermeiros no sentido de darem respostas eficazes às questões. O papel do enfermeiro supervisor major na entrevista semiestruturada é de seguir “a linha de pensamento do seu interlocutor, ao mesmo tempo que zela pela pertinência das afirmações, relativamente ao objetivo da pesquisa, pela instauração de um clima de confiança e pelo controle do impacto das condições sociais da interação sobre a entrevista” (Albarello et al., 1997, p.95).

No que diz respeito ao impacto da implementação do Modelo SafeCare na qualidade dos cuidados aos clientes, importa primariamente definir este conceito. A definição de altos níveis de qualidade de cuidados pode incluir três componentes: cuidados seguros, cuidados que são clinicamente eficazes e cuidados que proporcionam experiências positivas aos clientes (National Health Service, 2008). Ou seja, cuidados seguros significam que estes são prestados de forma a garantir que não causamos danos aos clientes, proporcionando um ambiente seguro e limpo, reduzindo ao máximo danos evitáveis como por exemplo, taxas de infeção. Por cuidados clinicamente eficazes entende-se o sucesso de diferentes tratamentos para diferentes condições. Isto pode ser avaliado, por exemplo, através de taxas de mortalidade ou de sobrevivência ou através de taxas e medidas implementadas para diminuir as complicações. Relativamente ao último componente, as experiências positivas dos clientes, entende-se tudo o que possa melhorar os cuidados prestados. Esta componente só pode ser melhorada se for analisada e compreendida a satisfação dos clientes com as suas próprias experiências (National Health Service, 2008).

Concretamente, na implementação deste modelo, tentamos compreender o impacto da qualidade dos cuidados prestados

através da utilização de dois indicadores. Estes foram a avaliação do risco de queda e a avaliação da dor, pois, de acordo com os enfermeiros gestores do contexto, estes focos de atenção necessitavam de uma intervenção para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem. Para o efeito foram construídos instrumentos de avaliação do risco de queda e da dor, baseados na padronização do SClínico® existente nos contextos. Este instrumento foi preenchido em três momentos diferentes para cada caso em análise. Ou seja, a um cliente selecionado para o estudo seriam efetuadas três avaliações com o mesmo instrumento de colheita de dados, em três momentos diferentes: num primeiro momento, pelo enfermeiro responsável pelo cliente no turno; num segundo momento, pelo enfermeiro supervisor major junto do próprio cliente; num terceiro momento, o instrumento seria preenchido com base nos registos efetuados para aquele turno e para aquele cliente recorrendo à aplicação informática SClínico disponível no contexto.

No que diz respeito ao impacto da implementação do Modelo SafeCare junto da instituição poder-se-á dizer que tudo o que foi dito até aqui tem impacto direto na instituição. Mais concretamente, se tivermos profissionais mais satisfeitos, dotados de maiores capacidades de inteligência emocional, mais competentes do ponto de vista da sua prática clínica, que prestem cuidados mais sustentados na última evidência disponível, e com maior poder de reflexão. Se tivermos clientes que possam verbalizar experiências positivas pelos cuidados prestados (como, por exemplo, não sentirem dor, ou quando esta surgiu, ter sido rapidamente diagnosticada e tratada), que possam ter menos complicações durante o período de internamento (como por exemplo, pela correta avaliação do risco de queda), por ventura, todas estas aspetos têm impacto direto na instituição. No entanto, para termos outra forma de avaliar o impacto da SC na instituição, pensamos perceber junto dos enfermeiros gestores do contexto e gestor institucional os outcomes da im-

plementação do modelo. Para isso, realizamos entrevistas semi-estruturadas e esses enfermeiros. Foi construído um guião de entrevista com questões abertas, de forma a orientar todo o processo. Tal como nas entrevistas realizadas anteriormente, permitimos que nas entrevistadas os enfermeiros falassem abertamente sobre as questões colocadas de modo a percebermos se a implementação do modelo teve repercussões positivas e visíveis a nível institucional.

Após o tratamento de dados quantitativos efetuado através da estatística analítica, foi possível comparar os resultados obtidos na fase 1 com a fase 4, facto que nos permitiu verificar o impacto da adoção do modelo nos IS-SCE. Estes resultados foram complementados pelos testemunhos dos enfermeiros gestores institucionais e gestores de contexto, assim como os enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados, através da análise de conteúdo contida nos discursos obtidos nas entrevistas.

Em suma, todo o processo de avaliação da implementação do modelo pretendeu compreender qual o impacto do mesmo nos diferentes vetores do processo, nomeadamente, na instituição de saúde, nos profissionais sujeitos ao processo de SC e nos próprios clientes de cuidados. Estamos, contudo, conscientes, que todos estes vetores não são estanques na sua avaliação, e que se influenciam mutuamente numa dinâmica de processo.

A implementação do modelo, para além dos contributos que possa ter garantido à instituição, aos enfermeiros e aos clientes dos cuidados, também contribuiu para a reflexão acerca da SC, para as suas práticas e para potenciar a implementação do mesmo modelo, com as devidas melhorias, que deste processo possam advir.



NOTA CONCLUSIVA

Este livro surge como resultado do projeto de investigação “SafeCare - Supervisão Clínica para a segurança e qualidade dos cuidados” que procura responder às necessidades sentidas pelos enfermeiros através da implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem numa instituição parceira, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), unidade de referência do Sistema Nacional de Saúde e utilizador avançado da Estratégia de Investigação e Inovação para uma Especialização Inteligente (EI&I).

O projeto SafeCare encontra-se ancorado num percurso metodológico testado numa outra instituição de saúde, com enorme sucesso. O projeto anteriormente desenvolvido, em parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o Centro Hospitalar do Médio Ave – EPE (CHMA), também utilizador avançado da EI&I, permitiu validar a estratégia metodológica e obteve excelentes resultados em áreas específicas de intervenção, onde foi implementado um modelo de supervisão clínica.

O projeto SafeCare desenvolvido numa parceria entre a ESEP, a ULSM e a ESS-IPVC obteve financiamento no âmbito do Programa Operacional Regional do Norte, na componente comunitária através do FEDER - Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional e pelo Orçamento de Estado, gerido a nível nacional pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P..

Este projeto (SafeCare) visa a criação de uma cultura de supervisão nos enfermeiros através da implementação de um Modelo de Supervisão Clínica Contextualizado (Modelo SafeCare), cuja metodologia adotada pretende fomentar a criação de ambientes favoráveis à prática de cuidados e ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros através da identificação de indicadores sensíveis à supervisão clínica em Enfermagem (IS-SCE).

O livro consta de um manual, de fácil aplicação, composto por cinco capítulos. O primeiro capítulo é dedicado à explicação das bases em que assenta o modelo, nomeadamente nos eixos e pressupostos que o compõem. Os capítulos seguintes descrevem detalhadamente cada uma

das etapas do modelo, dando exemplos práticos usados na sua implementação em alguns dos contextos e instituições de saúde em que está a ser desenvolvido.

A equipa de investigação do projeto tem vindo a acumular uma vasta experiência nesta área, apostando também na divulgação a nível nacional e internacional sob a forma de conferências e artigos publicados, na produção de dissertações de mestrado e teses de doutoramento, na realização do III Congresso Internacional de Supervisão Clínica e na edição deste manual.

O Modelo SafeCare mostrou ser uma estratégia eficaz para o desenvolvimento profissional contínuo do enfermeiro, com repercussões na satisfação profissional e inteligência emocional dos enfermeiros, na gestão de conflitos na equipa, na fundamentação das práticas, na qualidade de cuidados e na segurança dos clientes.

Progredir e inovar são dois termos que devem fazer parte da prática diária dos enfermeiros. Cabe a cada enfermeiro optar pela reavaliação contínua da sua prática e adotar a supervisão clínica como uma estratégia promotora do desenvolvimento do seu potencial humano e, consequentemente, da qualidade em saúde.

Referências bibliográficas

- Abreu, W.; Barrosos, C.; Segadães, M.F.; Teixeira, S. (2015). Promotion on self-care in clinical practice: implications of clinical supervision in nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1): 6-9.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2007). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Edições Almedina.
- Albarello, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J. P.; Maroy, C.; Ruquoy, D.; Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Berg, A.; Hansson, W. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management*. 8(1): 357-368.
- Boamah, S. A.; Read, E. A.; Spence Laschinger, H. K. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5): 1182-1195.
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, N. J.; Thompson, B. M.; Roman, B. J.; Townsend, M. H.; Carchedi, L. R.; Cluver, J. S.; et al (2015). Team Emotional Intelligence, Team Interactions, and Gender in Medical Students During a Psychiatry Clerkship. *Academic Psychiatry*, 39(6): 661-663.
- Bradshaw, T.; Butterworth, A.; Mairs, H. (2007). Does work place based clinical supervisions during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(1): 4-12.
- Bush, T. (2005) Overcoming the barriers to effective clinical supervision. *Nursing Times*; 101(2): 38-41.
- Buus, N.; Lynch, L.; Gonge, H. (2016). Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: Opportunities and challenges. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 9: E22.
- Care Quality Commission (2013). *Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision*. Obtido em 03 de Abr de 2019, de Supporting information and guidance: Effective clinical supervision. Disponível em: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf
- Coelho, M.; Miranda, K.; Bezerra, S.; Guedes, M.; Cabral, R. (2012). Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(3): 704-711.
- Cruz, S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*, 56(5): 112-188.
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em Uso*. Tese de Doutoramento. Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto.
- 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.
- Foster, K. M. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 35(3): 510-517.
- Garrido, A.; Simões, J.; Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem Perspectivas Práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gifford, W.; Davies, B.; Edwards, N.; Griffin, P. (2004). Sustaining knowledge transfer through leadership. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 1(4): 226.
- Gonge, H.; Buus, N. (2011). Model for investigation the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2): 102-111.
- Hurley, J.; Stansfield, C. (2012). Why emotional intelligence matters in health and social care. In J. Hurley & P. Linsley, *Emotional intelligence in health and social care: a guide for improving human relationships* (pp. 17-28). New York: Radcliffe Publishing.
- Jiang, S.; Lambert, E. G.; Liu, J.; Zhang, J. (2018). An Exploratory Study of the Effects of Work Environment Variables on Job Satisfaction Among Chinese Prison Staff. *International Journal Offender Therapy Comparative Criminology*, 62(6): 1694-1719.
- Koivu, A., Saarinen P. I., & Hyrkas, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18): 2567-2578.
- Koivu, A.; Hyrkas, K.; Saarinen, P. I. (2011). Who attend clinical supervision? the uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(1): 69-79.
- Leggat, S. G.; Bartram, T.; Casimir, G.; Stanton, P. (2010). Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*, 35(4): 355-364.

- Lynch, L.; Happell, B.; Sharrock, J.; Cross, W.M. (2008) Implementing Clinical supervision for psychiatric nurses: The importance of education. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 14(1): 1-12.
- McGilton, K. S.; Chu, C. H.; Shaw, A. C.; Wong, R.; Ploeg, J. (2016). Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care home: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 24(8): 1007-1026.
- McKenna, B., Thom, K., Howard, F., & Williams, V. (2010). In search of a national approach to professional supervision for mental health and addiction nurses: The New Zealand experience. *Contemporary Nurse*, 34(2): 267-276.
- National Health Service. (2008). *High quality of care for all: NHS next stage review*. Norwich: National Health Service.
- Nottingham University Hospitals. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision for Registered Nurses, Non-Registered Nurses, Midwives and Allied Health Professionals* Ratified Nov 14 Review Nov 19. Nottingham: NUH.
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2015). *Supervision guidelines for nursing and midwifery*. Obtido em 03 de Abr de 2019. Disponível em: www.nursingmidwiferyboard.gov.au
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. 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.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. *Diário da República*, 2.ª Série, 113, p.16656-16663.
- Pereira, R. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Pereira, R.P.; Cardoso, M.J.; Santos, A.T.; Barbieri, M.C.; Cameiro, A.V. (2015). *Enfermagem baseada na evidência: identificar atitudes, barreiras e práticas para construir lideranças em saúde*. Trabalho apresentado no IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/48001>.
- Portugal. Diário da República (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica*. Regulamento n.º 366/2018, 2.ª série, N.º 13, 14 de junho, p.16656-16663.
- Serrat, O. (2017). Understanding and Developing Emotional Intelligence. In O. Serrat, *Knowledge Solutions* (pp.329-399). Singapore: Springer.
- Silva, R.; Pires, R.; Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III(3): 113-122.
- Simões, J.F.; Alarcão, I.; Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*, II (6), 91-108.
- Snowdon, D. A.; Leggat, S. G.; Taylor, N. F. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(1): 786.
- Sparrow, T.; Knight, A. (2006). *Applied Emotional Intelligence: The Importance of Attitudes in Developing Emotional Intelligence*. Londres: John Wiley & Sons.
- Temesgen, K.; Aycheh, M. W.; Leshargie, C. T. (2016). Job satisfaction and associated factors among health professionals working at Western Amhara Region, Ethiopia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1): 65.
- Te Pou - The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce (2009). *National Guidelines for the Professional Supervision of Mental Health and Addiction*. Auckland: Te Pou.
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos (s.d.). *Escala de satisfação profissional dos enfermeiros*. Documento Normativo n.º 2482.1. Matosinhos: ULSM.
- Veiga-Branco, A. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Vilela, A. C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Walsh, K.; Nicholson, J.; Keough, C.; Pridham, R.; Kramer, M.; Jeffrey, J. (2003). Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1): 33-39.
- Winstanley, J.; White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4): 7-38.

