

DOUTORAMENTO
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Contributo da Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados

Cristina Augusto

D

2020



*Cristina Augusto. Contributo da Implementação da Supervisão Clínica
em Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados*



D.ICBAS 2020

*Contributo da Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem
para a Qualidade dos Cuidados*

Maria Cristina Bompastor Augusto

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Maria Cristina Bompastor Augusto

CONTRIBUTO DA IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de
Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho
Categoria – Professor Coordenador
Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientador – Doutora Cristina Maria Correia Barroso Pinto
Categoria – Professora Adjunta
Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

***À Instituição Hospitalar e à Escola Superior de
Enfermagem, o meu muito obrigada pela
oportunidade de crescimento pessoal e
profissional...***

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

Terminada esta etapa muito importante da minha vida, resta-me deixar algumas palavras a quem nunca duvidou que seria capaz de chegar ao fim.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Luís Carvalho e Professora Doutora Cristina Barroso Pinto, muito obrigada por todo o apoio nos momentos difíceis. Muito obrigada pela partilha de conhecimento. Muito obrigada pelo empenho e rigor que sempre me incutiram. Muito obrigada por serem uma referência no mundo das Ciências de Enfermagem e da Supervisão Clínica.

Aos meus filhos, Maria João e Rodrigo, a minha singela homenagem é pequena... Tudo o que faço é por vós e para vós. Só o vosso sorriso é suficiente para me fazer acreditar que vale a pena ir até ao fim do mundo...

Ao meu marido, Carlos Moutinho, por toda a compreensão nos momentos mais difíceis. Obrigado por acreditares sempre em mim, e por me deixares voar nas minhas loucuras de estar sempre a fazer mais qualquer coisa...

Aos meus pais, Fernando e Fátima, por todo o apoio e incentivo. Os vossos ensinamentos serão sempre o que de maior valor guardo na minha forma de ser e de estar na vida.

A ti, Tata, não preciso dizer muito... és a minha gémea e sabes, como ninguém, o que sinto e como sinto. Obrigado por estares sempre juntinho de mim.

Ao meu avô e padrinho Duarte Bompastor, que apesar de ter assistido só a parte deste percurso, foi uma fonte de inspiração e incentivo. O relógio ficará para sempre como uma lembrança deste trajeto.

Às minhas colegas e amigas, Inês Rocha e Ana Teixeira, obrigada pelo companheirismo, amizade e partilha. Vocês são extraordinárias...

A todos os enfermeiros que participaram no projeto, desde aqueles que desempenhavam funções de gestão, aos que estavam na prestação de cuidados, o muito obrigado é pouco para vos agradecer. Passaram momentos muito difíceis, mas mantiveram-se comigo na

implementação deste projeto. Continuem sempre assim, motivados, e a acreditar que o nosso exercício profissional tem sempre a possibilidade de melhorar.

A todos, o meu mais profundo agradecimento

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ORIUNDA DO PERCURSO DE DOUTORAMENTO

Publicações

Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2019). Evaluation of Nurses' Job Satisfaction. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 467-574. doi:10.15405/epsbs.2019.04.02.71

Augusto, M. C. B., Oliveira, K. S., Carvalho, A. L. R.F., Pinto, Cristina, M. C. B., Teixeira, A. I. C., & Teixeira, L. O. (2020). Impacto de um modelo de supervisão clínica nas capacidades da inteligência emocional em enfermeiros. *Aceite para publicação*.

Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Modelo SafeCare. *Revista ROL Enfermagem - Suplemento Digital*, 43(1), pp. 50-58.

Teixeira, L., Santos, R., Augusto, C., Barroso, C., & Carvalho, L. (2020). Supervisão Clínica: Análise da Avaliação da Dor Pós-operatória em Cirurgia de Ambulatório. *Rev ROL Enfermagem - Suplemento Digital*, 43(1), pp. 244-249.

Publicações em Livros

Augusto, C., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Avaliação dos Resultados. Em A. Carvalho, C. Barroso, M. A. Pereira, A. P. Teixeira, F. Pinho, & M. Osório, Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - manual prático. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Publicações em Livros de Atas Científicas e Resumos

Augusto, C., Pinto, C. B., & Carvalho, A. L. (2019). A Supervisão Clínica e o Impacto nas Competências Emocionais dos Enfermeiros. *I Congresso Internacional em Inteligência Emocional* (pp. 57-58). Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, L., & Pinto, C. B. (2018). The implementation of the C-S2AFECARE-Q Project - Clinical Supervision for Safety and Quality of Care in a Health Institution. *12th International Seminar on Nursing Research Proceedings* (p. 63). Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Comunicações e Pósteres

Augusto, C., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2018). Contributos da supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados. *Ciência 2018 - Encontro de Ciência e Tecnologia em Portugal*. Lisboa

Augusto, C., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., & Teixeira, L. (2019). Contributos da supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados. *Encontro Ciência 2019 - Encontro de Ciência e Tecnologia*. Lisboa

Augusto, C., Guedes, M., Rocha, I., Carvalho, A.L., & Pinto, C.B. (2019). A Supervisão Clínica e o impacto na avaliação do Risco de Queda. *Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem integrado na NursID Week 2019 - Semana de Investigação em Enfermagem*. Porto

Augusto, C., Pinto, C. B., & Carvalho, A. L. (2019). A Supervisão Clínica e o Impacto nas Competências Emocionais dos Enfermeiros. *I Congresso Internacional em Inteligência Emocional/ III Seminário Internacional em Inteligência Emocional*. Bragança

Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2018). Clinical supervision for nurses' job satisfaction. *VIII Congreso Internacional de Educación intercultural y I Congreso Internacional de Salud Transcultural*. Almeria

Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, L., & Pinto, C. B. (2018). Implementação do Projeto SafeCare nos serviços de cirurgia e medicina. *III Congresso Internacional de Supervisão Clínica*. Porto

Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, L., & Pinto, C. B. (2018). Implementação do Projeto C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados numa Instituição de Saúde. *12th International Seminar on Nursing Research*. Universidade Católica Portuguesa. Porto

Carvalho, L., Pinto, C.B., & Augusto, C. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: outcomes. *Congresso Internacional de Investigação em Enfermagem integrado na NursID Week 2019 - Semana de Investigação em Enfermagem*. Porto

Rocha, I., Augusto, C., Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2018). Projeto C-S2AFECARE-Q: supervisão clínica para a segurança e qualidade dos cuidados. *V Congresso dos Enfermeiros – Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa

Teixeira, A. I. C., Carvalho, A. L. F., Pinto, C. B., & Augusto, M. C. B. (2020). Competências emocionais nos enfermeiros de saúde mental: contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica. *XI Congresso d'ASPESM 2020: Mais Saúde Mental!*. Vila Nova de Famalicão

RESUMO

A supervisão clínica em enfermagem tem sido apontada como uma ferramenta de suporte que ajuda os profissionais a melhorar e a desenvolver as suas competências. Apesar de em países como o Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, assim como naqueles que constituem a Escandinávia, já estar bem estabelecida, em Portugal, a supervisão clínica não faz parte do quotidiano dos profissionais, mas apenas dos estudantes.

O objetivo deste estudo foi identificar contributos da implementação da supervisão clínica em enfermagem, para a qualidade dos cuidados. Para isso, foi implementado um modelo de supervisão clínica em enfermagem, Modelo SafeCare, composto por quatro etapas: diagnóstico de situação; identificação das necessidades em supervisão clínica em enfermagem; implementação do modelo; e avaliação dos resultados.

Para se atingir o objetivo proposto, foi desenvolvida uma investigação-ação, usando um conjunto de métodos misto, com um desenho convergente concomitante para a obtenção dos resultados. Para a abordagem quantitativa, usou-se uma metodologia do tipo descritivo, longitudinal. Para a abordagem qualitativa usou-se uma metodologia do tipo exploratório, com carácter descritivo. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados em separado, e integrados através de uma interpretação geral, de maneira a identificar convergências e/ou diferenças. A colheita de dados foi efetuada pelo investigador, que conhecia o ambiente onde decorreu a investigação.

A amostra, obtida por amostragem não probabilística por conveniência, foi composta por 47 enfermeiros que iniciaram e terminaram a implementação do Modelo, em três serviços de cirurgia de uma instituição hospitalar do norte de Portugal. Esta implementação teve início em setembro de 2016, e finalizou em 2018. Foi estabelecido um conjunto de indicadores sensíveis à supervisão clínica em enfermagem (IS-SCE) para acompanhar a evolução da implementação do Modelo. Estes indicadores (dados quantitativos) consistiram na avaliação do risco de queda, na avaliação da dor, nas competências da inteligência emocional dos enfermeiros e na sua satisfação profissional. Os instrumentos de recolha de dados para a avaliação do risco de queda e para a avaliação da dor foram construídos para o efeito. As competências da inteligência emocional foram avaliadas pela escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada para a população destes profissionais por Vilela (2006). A satisfação profissional foi avaliada pela escala utilizada na Instituição, e que é familiar dos enfermeiros. A colheita de dados qualitativos decorreu durante

as apresentações públicas dos diferentes profissionais envolvidos no projeto num Congresso Internacional de Supervisão Clínica que decorreu em Portugal, em 2018. O congresso foi gravado e as apresentações foram transcritas. Os dados recolhidos foram tratados através da técnica de análise de conteúdo.

A combinação dos dois métodos de investigação permitiu avaliar a implementação do Modelo SafeCare e o seu impacto na qualidade dos cuidados, nomeadamente pela identificação da evolução dos IS-SCE (dados quantitativos), pela identificação das alterações na qualidade dos cuidados e pelos contributos no contexto onde foi implementado. Para estes dois últimos aspetos, para além das alterações nos IS-SCE, contribuiu a perceção dos atores (dados qualitativos) envolvidos na implementação do Modelo.

Os principais resultados obtidos apontam para melhorias nos IS-SCE avaliação da dor e avaliação do risco de queda, o que poderá traduzir a prestação de melhores cuidados de enfermagem nestas áreas. Relativamente às competências da inteligência emocional e à satisfação profissional dos enfermeiros, pelos dados quantitativos, parece que o Modelo SafeCare não causou impacto nestes indicadores. Contudo, através da análise dos dados qualitativos, é notório que os enfermeiros consideram que o Modelo foi positivo para o desenvolvimento de competências da inteligência emocional, bem como traduziu uma maior satisfação profissional. Para além dos benefícios apontados, os enfermeiros identificaram ganhos para a organização, e outros que influenciam uma prestação de cuidados de qualidade.

ABSTRACT

Clinical nursing supervision has been identified as a support tool that helps professionals to improve and develop their skills. Although in countries such as the United Kingdom, Australia, New Zealand and Scandinavian countries it is already well established, in Portugal clinical supervision is only part of the daily lives of students, contrarily to what happens with professionals.

The aim of this study was to identify contributions from the implementation of clinical nursing supervision, for the quality of care. For this, a model of clinical nursing supervision, the SafeCare Model, was implemented, consisting of four stages: situation diagnosis; identification of needs in clinical nursing supervision; implementation of the model; and evaluation of results.

In order to achieve the proposed objective, we carried out research investigation, and we used a mixed set of methods, with a concomitant convergent design to obtain the results. For the quantitative approach, a longitudinal descriptive methodology was applied. For the qualitative approach, we resorted to an exploratory-type methodology, with a descriptive character. Quantitative and qualitative data were analyzed separately, and integrated through a general interpretation, in order to identify convergences and / or differences. Data collection was performed by the researcher, who knew the environment where the investigation took place.

The sample, obtained by non-probabilistic sampling for convenience, was composed of 47 nurses, who started and ended the implementation of the Model, in three surgery services of a hospital in northern Portugal. This implementation started in September 2016 and ended in 2018. A set of indicators sensitive to clinical nursing supervision (IS-SCE) was established so as to monitor the evolution of the Model's implementation. These indicators (quantitative data) consisted of the assessment of the risk of falling, the assessment of pain, the emotional intelligence skills of nurses and their job satisfaction. Data collection instruments for assessing the risk of falling and for assessing pain were built for this purpose. The skills of emotional intelligence were assessed using the Capacities of Emotional Intelligence in Nurses scale, adapted and validated for the population of these professionals by Vilela (2006). Professional satisfaction was assessed by the scale used at the Institution, which is familiar to nurses. The collection of qualitative data took place during public presentations of the different professionals involved in the project at an international clinical supervision congress that took place in Portugal in 2018. The congress was recorded and the presentations were transcribed. Collected data were treated using the content analysis technique.

The combination of the two research methods allowed to evaluate the implementation of the SafeCare Model and its impact on the quality of care, namely by identifying the evolution of IS-SCE (quantitative data), by identifying changes in the quality of care and through contributions in the context where it was implemented. For these last two aspects, in addition to the changes in IS-SCE, we could also rely on the perception of the actors (qualitative data) involved in the implementation of the Model.

The main results obtained point to improvements in the IS-SCE assessment of pain and assessment of the risk of falling, which may reflect the provision of better nursing care in these areas. Regarding the skills of emotional intelligence and the professional satisfaction of nurses, due to quantitative data, it seems that the SafeCare Model did not impact these indicators. However, through the analysis of qualitative data, it is clear that nurses consider the Model positive for the development of emotional intelligence skills, and it also mirrored greater professional satisfaction. In addition to the benefits indicated, nurses identified gains for the organization and others that influence the provision of quality care.

LISTA DE ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

ERAS – *Enhance Recovery After Surgery*

IASP – *International Association for the study of Pain*

IE – Inteligência Emocional

IS-SCE – Indicador sensível à supervisão clínica em enfermagem

MSCEC – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SC – Supervisão Clínica

SPSS® – Statistical Package for the Social Sciences

VBCIE – Escala Veiga Branco Capacidades da Inteligência Emocional

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – COMPARAÇÃO DAS MÉDIAS DA ESCALA VBCIE NO MODELO SAFECARE E EM OUTROS ESTUDOS	
.....	167

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CONCEITOS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	34
TABELA 2 – CRITÉRIOS PARA A SELEÇÃO DO SUPERVISOR CLÍNICO.....	72
TABELA 3 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO.....	81
TABELA 4 – REVISÃO DE LITERATURA SOBRE A FREQUÊNCIA E DURAÇÃO DAS SESSÕES DE SC	82
TABELA 5 – REUNIÕES REALIZADAS NO ÂMBITO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE.....	83
TABELA 6 – ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA UTILIZADAS DURANTE AS REUNIÕES	88
TABELA 7 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA EM ESTUDO PARA ETAPA 1 E ETAPA 4 DO IS-SCE RISCO DE QUEDA	93
TABELA 8 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA, POR AVALIADOR, NA ETAPA 4.....	97
TABELA 9 – INTERPRETAÇÃO DO COEFICIENTE DE <i>KAPPA DE COHEN</i> SEGUNDO LANDIS & KOCH (1977)	98
TABELA 10 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA A AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA.....	98
TABELA 11 – AVALIAÇÃO DO POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO, POR AVALIADOR	99
TABELA 12 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA A AVALIAÇÃO DO POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO.....	100
TABELA 13 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS, POR AVALIADOR,	101
TABELA 14 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA A AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS.	101
TABELA 15 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS, POR AVALIADOR	103
TABELA 16 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA A AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS.	103

TABELA 17 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À QUEDA, POR AVALIADOR.....	104
TABELA 18 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA AS ATIVIDADES DIAGNOSTICADAS.....	105
TABELA 19 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR AVALIADOR	106
TABELA 20 – CONCORDÂNCIA ENTRE AVALIADORES PARA AS INTERVENÇÕES EM ENFERMAGEM.	108
TABELA 21 – CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA EM ESTUDO PARA ETAPA 1 E ETAPA 4	112
TABELA 22 – MONITORIZAR A DOR, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	114
TABELA 23 – KAPPA DE COHEN PARA MONITORIZAR A DOR.....	114
TABELA 24 – MONITORIZAR SEDAÇÃO, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	115
TABELA 25 – KAPPA DE COHEN PARA «MONITORIZAR SEDAÇÃO»	115
TABELA 26 – VIGIAR A DOR, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4	116
TABELA 27 – KAPPA DE COHEN PARA «VIGIAR A DOR»	117
TABELA 28 – AGRAVAMENTO DA DOR, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	117
TABELA 29 – KAPPA DE COHEN PARA AGRAVAMENTO DA DOR.....	118
TABELA 30 – AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4	119
TABELA 31 – KAPPA DE COHEN PARA “AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR”	120
TABELA 32 – AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4	121
TABELA 33 – KAPPA DE COHEN PARA “AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO”	122
TABELA 34 – AVALIAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	123

TABELA 35 – KAPPA DE COHEN PARA AVALIAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR.....	124
TABELA 36 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	125
TABELA 37 – KAPPA DE COHEN PARA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	127
TABELA 38 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM, POR AVALIADOR, PARA A ETAPA 1 E ETAPA 4.....	128
TABELA 39 – KAPPA DE COHEN PARA AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	129
TABELA 40 – ESTIMATIVAS DO ALFA DE <i>CRONBACH</i> PARA A ESCALA VBCIE EM DIFERENTES ESTUDOS.....	133
TABELA 41 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO RELATIVAMENTE À ESCALA VBCIE	134
TABELA 42 – ESCALA TOTAL VBCIE E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	135
TABELA 43 – DIMENSÃO AUTOCONSCIÊNCIA E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4.....	137
TABELA 44 – DIMENSÃO “GESTÃO DE EMOÇÕES” E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	139
TABELA 45 – DIMENSÃO “AUTOMOTIVAÇÃO” E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4.....	140
TABELA 46 – DIMENSÃO “EMPATIA” E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4.....	141
TABELA 47 – DIMENSÃO “GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS” E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	143
TABELA 48 – ALFA DE <i>CRONBACH</i> PARA A ESCALA TOTAL E AS DIMENSÕES DA ASP.....	146
TABELA 49 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO POR ITEM E POR FASE DO ESTUDO.	147
TABELA 50 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO RELATIVAMENTE À ASP	148
TABELA 51 – ESCALA TOTAL ASP E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	149

TABELA 52 – DIMENSÃO «SUPERIOR HIERÁRQUICO» E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	151
TABELA 53 – DIMENSÃO «RELAÇÕES PROFISSIONAIS» E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	152
TABELA 54 – DIMENSÃO «QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO» E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	154
TABELA 55 – DIMENSÃO «MELHORIA DE QUALIDADE» E MODELOS DE REGRESSÃO AJUSTADOS E NÃO AJUSTADOS PARA AS ETAPAS 1 E 4	156
TABELA 56 – SÍNTESE DOS RESULTADOS PARA AS ETAPAS 1 E ETAPA 4 DO MODELO SAFECARE	168
TABELA 57 – AVALIAÇÃO DO EFEITO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE NA ESCALA VBCIE E SUAS DIMENSÕES.	170
TABELA 58 – AVALIAÇÃO DO EFEITO DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE NA ESCALA ASP E SUAS DIMENSÕES.	171
TABELA 59 – TEMAS E CATEGORIAS IDENTIFICADAS NA ANÁLISE DE CONTEÚDO	174

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – COMPONENTES DA QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	44
FIGURA 2 – CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	48
FIGURA 3 – EIXOS ESTRUTURANTES DO MODELO SAFECARE	50
FIGURA 4 – REPRESENTAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PELO MODELO DO ICEBERG	51
FIGURA 5 – PROCESSO DINÂMICO DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO	56
FIGURA 6 – ETAPAS DO MODELO SAFECARE.....	58
FIGURA 7 – METODOLOGIA PARA A COLHEITA DE DADOS DO IS-SCE	66
FIGURA 8 – IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES EM SUPERVISÃO CLÍNICA (ETAPA 2)	73
FIGURA 9 – DADOS DA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA A QUEDA.....	95

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	29
1 – ENQUADRAMENTO	32
1.1 – SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	32
1.1.1 – Conceitos.....	33
1.1.2 – Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem	37
1.2 – CONTRIBUTOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A SEGURANÇA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS	43
2 – METODOLOGIA	49
2.1 – PONTO DE PARTIDA – PROJETO C-S2AFECARE-Q	49
2.2 – FINALIDADE E OBJETIVOS DO ESTUDO	52
2.3 – OPÇÕES METODOLÓGICAS	54
2.4 – DESENHO DO ESTUDO.....	56
2.4.1. ETAPA 1. Diagnóstico de Situação	59
2.4.1.1 IS-SCE – Avaliação do Risco de Queda	59
2.4.1.2 IS-SCE – Avaliação da Dor.....	61
2.4.1.3 IS-SCE – Competência Emocional dos Enfermeiros.....	67
2.4.1.4 IS-SCE – Satisfação Profissional	69
2.4.2. ETAPA 2 – Identificação das necessidades em supervisão clínica.....	73
2.4.3. ETAPA 3 – Implementação do Modelo SafeCare	74
2.4.4. ETAPA 4 – Avaliação do Modelo SafeCare.....	75

2.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	78
3 – O MODELO SAFECARE	79
3.1 – PONTO DE PARTIDA – AS REUNIÕES DE SUPERVISÃO CLÍNICA DO MODELO SAFECARE.....	80
3.2 – IS-SCE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	92
3.2.1 – Atividades diagnósticas para a avaliação do risco de queda.....	94
3.2.1.1 – Avaliação do risco de queda.....	95
3.2.1.2 – Avaliação do potencial para melhorar o conhecimento	99
3.2.1.3 – Avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas.....	100
3.2.1.4 – Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.....	102
3.2.2 – Diagnósticos de enfermagem formulados para o risco de queda.....	104
3.2.3 – Intervenções de enfermagem	106
3.3 – IS-SCE AVALIAÇÃO DA DOR	111
3.3.1 - Atividades diagnósticas para a avaliação da dor	113
3.3.1.1 – Monitorizar a dor	113
3.3.1.2 – Monitorizar sedação	114
3.3.1.3 – Vigiar dor.....	116
3.3.1.4 – Agravamento da Dor	117
3.3.1.5 – Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	118
3.3.1.6 – Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento.....	121
3.3.1.7 – Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	123
3.3.2 – Diagnósticos de enfermagem	125
3.3.3 – Intervenções de enfermagem	128

3.4 – IS-SCE COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS	131
3.4.1 – <i>Fatores preditivos da escala VBCIE e suas dimensões</i>	135
3.4.1.1 – Dimensão 1.Autoconsciência	137
3.4.1.2 – Dimensão 2. Gestão de emoções	138
3.4.1.3 – Dimensão 3.Automotivação	140
3.4.1.4 – Dimensão 4. empatia	141
3.4.1.5 – Dimensão 5. gestão de relacionamentos em grupos	142
3.5 – IS-SCE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	145
3.5.1 – <i>Fatores preditivos da escala ASP e suas dimensões</i>	149
3.5.1.1 – Dimensão 1. Superior hierárquico.....	151
3.5.1.2 – Dimensão 2. Relações Profissionais	152
3.5.1.3 – Dimensão 3. Qualidade do local de trabalho	154
3.5.1.4 – Dimensão 4. Melhoria de qualidade	156
4 – CONTRIBUTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS	158
4.1 – IS-SCE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	159
4.2 – IS-SCE AVALIAÇÃO DA DOR	162
4.3 – IS-SCE COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS.....	167
4.4 – IS-SCE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	171
4.5 – CONTRIBUTO DOS PARTICIPANTES	173
4.5.1 – <i>Expectativas</i>	174
4.5.2 – <i>Fatores dificultadores</i>	176

4.5.3 – Vantagens da Supervisão Clínica em Enfermagem.....	178
5 – SÍNTESE FINAL PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	182
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	191
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO	209
ANEXO II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: “AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA”	212
ANEXO III – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: “AVALIAÇÃO DA DOR”	216
ANEXO IV – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS: C-S2AFECARE-Q – SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A SEGURANÇA E QUALIDADE DOS CUIDADOS	220

INTRODUÇÃO

Os profissionais de saúde deparam-se no dia-a-dia com situações com diferentes níveis de exigência, que requerem uma preparação constante. Os doentes, cada vez mais são portadores de múltiplas patologias e doenças crónicas, requerendo tratamento diferenciado, o que exige que o conhecimento dos profissionais esteja em constante mutação e atualização.

As orientações políticas e económicas direcionam para a necessidade de se evitar desperdícios, de fazer mais com menos, sem que a qualidade assistencial e a satisfação dos doentes sejam postas em causa. Assim, é imprescindível que os profissionais de saúde estejam efetivamente envolvidos na prática clínica. É indispensável que se adotem sistemas de melhoria contínua da qualidade para que os profissionais se sintam mais acompanhados e seguros na sua prática diária, tenham maiores níveis de satisfação no trabalho e melhorem o atendimento ao doente.

A supervisão clínica tem assumido em alguns países como Reino Unido, Nova Zelândia, e países da Escandinávia, um sistema de apoio bem estabelecido para enfermeiros (Koivu, Hyrkas & Saarinen, 2011). Ela poderá ser uma ferramenta importante para ajudar os profissionais de saúde a assegurarem a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Silva, 2015; Cruz, 2012), bem como para prevenir o risco clínico (Garrido, Simões & Pires, 2008).

A supervisão clínica pode ser definida como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 16657).

Existe um corpo limitado de estudos empíricos sobre os efeitos da supervisão clínica em enfermeiros (Cutcliffe, Sloan, & Bashaw, 2018). Em Portugal, a supervisão clínica não faz parte do quotidiano dos enfermeiros, apenas dos estudantes de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros publicou em 2010 um Modelo de Desenvolvimento Profissional, onde destacou a importância dos processos supervisivos como mecanismo de suporte para os enfermeiros e para a sua prática assistencial, promovendo, desta forma, a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Carvalho A. L., 2017).

O trabalho que aqui se apresenta partiu da seguinte questão de partida:

Qual (ais) o (s) contributo (s) da implementação do Supervisão Clínica em Enfermagem para a qualidade dos cuidados?

De forma dar resposta a esta questão foi desenvolvido um estudo de investigação-ação, que consistiu na implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, o Modelo SafeCare. Este assenta em quatro eixos estruturantes: contexto (refere-se ao conjunto de elementos e circunstâncias onde o cuidado é desenvolvido e prestado), cuidados de enfermagem (centra-se na relação interpessoal entre enfermeiro e cliente, ou entre enfermeiro e grupo de clientes), desenvolvimento profissional (refere-se à necessidade do enfermeiro em manter a sua formação durante a sua atividade profissional) e supervisão (com base no conceito proposto pela Ordem dos Enfermeiros).

O Modelo SafeCare foi implementado em três serviços de internamento que integram o Departamento Cirúrgico de uma Instituição Hospitalar do Porto. Essa implementação compreendeu quatro etapas: diagnóstico de situação, identificação das necessidades em supervisão clínica, implementação do Modelo SafeCare e avaliação dos resultados.

De forma a responder à questão de investigação, definiram-se os seguintes objetivos:

- Definir Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE);
- Realizar o diagnóstico da situação, pela avaliação dos IS-SCE, antes da implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Identificar as necessidades dos enfermeiros em SC;
- Implementar o modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Identificar a evolução nos IS-SCE após a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Avaliar a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare) e o seu impacto na qualidade dos cuidados.

A organização da redação deste relatório está intimamente relacionada com forma como se desenvolveu o percurso de investigação e a recolha dos dados. Assim, dividiu-se o relatório em cinco capítulos. O primeiro pretende fazer um breve enquadramento do estudo, abordando-se a problemática central que vai ser estudada. O segundo capítulo apresenta as opções metodológicas assumidas ao longo de todo o percurso de investigação. O terceiro capítulo retrata as etapas percorridas na implementação do

Modelo SafeCare, apresentando os dados obtidos em cada uma dessas etapas. O quarto capítulo apresenta os contributos da implementação do Modelo para a qualidade dos cuidados. E o quinto faz uma síntese final para a evolução do conhecimento nas temáticas tratadas.

1 – ENQUADRAMENTO

Neste capítulo efetua-se um breve enquadramento teórico ao conceito de Supervisão Clínica (SC), e de Supervisão Clínica em Enfermagem. Para isso, serão apresentados alguns modelos de SC onde se cita a sua estrutura assim como os aspetos essenciais que o compõem e os principais contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional quer para o supervisor quer para o supervisionado.

Neste capítulo, ainda se explora a importância da supervisão clínica em enfermagem e seus contributos para a segurança e qualidade dos cuidados.

1.1 – Supervisão Clínica em Enfermagem

A supervisão clínica em enfermagem tem vindo a assumir um papel preponderante nos discursos sobre o desenvolvimento pessoal e profissional dos profissionais de saúde quer a nível nacional quer internacional.

Pensa-se que o conceito de supervisão clínica em enfermagem terá surgido pela primeira vez no início do ano de 1900 em Nova Iorque (Cross, Moore & Ockerby, 2010). Na Europa, o conceito foi adotado primeiramente pelo Reino Unido como resposta aos acontecimentos relatados no *Allitt Inquiry* em 1991. Nesse relatório, são descritos atos bárbaros contra a vida humana efetuados por uma enfermeira britânica conhecida como o “anjo da morte”, onde inclusive são descritas mortes associadas ao seu comportamento.

De modo a dar resposta ao *stress* e desgaste que os enfermeiros estavam sujeitos no exercício da sua profissão, e de forma a providenciar-lhes suporte e acompanhamento nas suas práticas, no Reino Unido, a supervisão clínica em enfermagem assumiu-se como uma forma de gestão clínica (Winstanley & White, 2003; Abreu, 2007).

Na Austrália, a SC assumiu relevância em 1997, pelo parecer do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde, que afirmava que todos os profissionais que trabalhassem em serviços de saúde mental, deveriam ter acesso a SC, formal ou informal (Winstanley & White, 2003).

Em Portugal, as primeiras definições de SC surgem na área das ciências da educação, nomeadamente no contexto da formação de professores, como: “(...) processo em que um

(profissional), em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro (profissional) ou candidato a (profissional) no seu desenvolvimento humano e profissional (Alarcão & Tavares 2003, p.18). O conceito de SC foi, mais tarde alargado à área da enfermagem, passando a falar-se de supervisão clínica em enfermagem.

Em 2007, Abreu realça o aparecimento e a importância da existência de processos de supervisão clínica em enfermagem, afirmando que o seu aparecimento se deveu à 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” (p.181).

Ao longo do tempo a supervisão clínica em enfermagem , tem sido considerada como um instrumento de suporte importante em vários países, de que são exemplo o Reino Unido, a Austrália, a Nova Zelândia e países da Escandinávia, (Koivu, Hyrkas & Saarinen, 2011) constituindo uma ferramenta que permite assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Silva, 2015; Cruz, 2012; NHS, 2017). Nesses países, verifica-se a existência de várias publicações e *guidelines* referentes à prática da SC em enfermeiros (Te Pou, 2009; Care Quality Commission, 2013; Nottingham University Hospitals, 2014; Nursing and Midwifery Board of Australia, 2015).

Das publicações encontradas está descrito que a supervisão clínica em enfermagem pode ser facilitadora nos processos de formação dos profissionais e no desenvolvimento de competências (Alarcão & Canha, 2013). Também, sobressai que ela é essencial na promoção da segurança e qualidade dos cuidados em saúde (Abreu & Marrow, 2012).

1.1.1 – Conceitos

Atualmente já se verifica a existência de um número significativo de estudos relativos à SC, contudo nas conclusões a maioria ainda refere a existência de problemas relacionados com a falta de compreensão do conceito (Hyrkäs, 2005; Abreu & Marrow, 2012; Pollock, et al., 2017).

Uma das primeiras definições, que se tornou pioneira na comunidade científica, surgiu no Reino Unido, através do *Department of Health* em 1993. Após essa primeira definição,

muitas outras foram surgindo em diferentes contextos, as quais se encontram reunidas na tabela 1.

Tabela 1 – Conceitos de supervisão clínica em enfermagem

AUTOR (ES)	CONCEITO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM
DoH, 1993 cit. por Winstanley & White (2003)	A formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety in complex situations.
Wright (1989)	<i>A meeting between two or more people who have a declared interest in examining a piece of work. The work is presented and they will together think about what was happening and why, what was done and said, and how it was handled. Could it have been handled better or differently, and if so, how?</i>
Freeman (2005, p.3)	<i>Clinical supervision is the term used to describe a formal process of professional support which should be seen as a means of encouraging self-assessment, analytical and reflective skills.</i>
Garrido, Simões & Pires (2008, p.15)	“(…) um processo baseado no relacionamento profissional, entre um enfermeiro, que executa práticas clínicas, e um supervisor clínico de enfermagem. Envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência e valores aos colegas, para o desenvolvimento da prática, permitindo aos profissionais estabelecer, manter e melhorar padrões, bem como promover a inovação na prática clínica.” (p.15)
Caine & Jackson (2011, p. 9)	“Clinical supervision is a multi-faceted construct that can enhance skills, reduce stress and consolidate new innovations (Scaife, 2001; Driscoll, 2007). This is often achieved through a process of reflection and inter-professional knowledge sharing, conducted in the domain of an open forum.”
NMC (2008)	“Clinical supervision is a practice - focused professional relationship, involving a practitioner reflecting on practice guided by a skilled supervisor”
Ordem dos Enfermeiros (2010)	“(…) um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (p.5).
McGilton, Chu, Shaw, Wong & Ploeg (2016, p.1007)	“(…) a complex activity that includes the provision of monitoring, guidance and feedback to supervised staff to ensure patient safety (Kilminster & Jolly 2000). Supervisors are primarily responsible for guiding the supervisee in an effort to make the latter more effective in improving the patient care experience”.
NHS (2017, p.1)	“A formal process that enables all healthcare professionals to be supported, learn from practice experiences and develop their competence and knowledge. Clinical supervision provides opportunities for healthcare professionals to reflect on practice to assume their own responsibility and enhance patient protection and safety of care within all clinical areas”.
NHS (2017, p.8)	“A formal process of professional support and learning that enables individual practitioners to develop knowledge and competence, be responsible for their own practice and patient protection and safety of care in a wide range of situations”.
(OE, 2018, p. 16657)	“SC: é um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados”.

Os principais focos de análise do conceito de supervisão clínica em enfermagem centram-se em diferentes vetores. Um deles é a relação que se estabelece entre supervisor e supervisionado e sua importância no desenvolvimento do profissional. Esta dinâmica consiste num processo formal ou informal de suporte, que deve assentar num ambiente de segurança, de reflexão, de escuta e de partilha.

Alguns autores referem que, para ocorrer um processo supervisivo eficaz, é fundamental que os participantes tenham formação em SC. Acrescentam ainda que antes de exercerem a sua função os supervisores deviam possuir formação e treino adequados. Este aspeto é reforçado nas *guidelines* e programas já existentes em alguns países (Freeman, 2005; Haines & Dring, 2014).

Severino (2007), nos seus trabalhos, faz referência ao estilo de supervisão efetuado pelos supervisores. De acordo com a autora, podem estar presentes três estilos de supervisão: o prescritivo, o interpretativo e o apoiante. No primeiro há uma clara preocupação no desenvolvimento de competências técnicas e na aquisição de conhecimentos; no segundo, o supervisor preocupa-se com as ideias e opiniões do supervisionado, ajudando-o no percurso da sua aprendizagem, através da valorização do mesmo; no terceiro, o supervisor baseia a relação de supervisão na empatia, na afetividade e no encorajamento do supervisionado, no processo de aprendizagem aceitando as suas opiniões e ações como mais-valias. Pires (2004) descreve que cabe ao supervisor negociar com o supervisionado quais as estratégias de supervisão que mais se adequam, tendo por finalidade um clima propício à aprendizagem e ao desenvolvimento do que for previamente negociado.

Outros dos vetores que podem ser extraídos da análise dos conceitos apresentados, e que é praticamente transversal a todas as tentativas da definição de SC, tem a ver com a finalidade da mesma. A SC contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo que a ela está sujeito, nomeadamente no desenvolvimento do seu conjunto de competências. De acordo com o ICN (2010, p.17) a competência pode ser definida como:

“(...) the effective application of a combination of knowledge, skill and judgement demonstrated by an individual in daily practice or job performance. In nursing definitions, there is wide-ranging agreement that, in the performance of nursing roles to the standards required in employment, competence reflects the following: knowledge, understanding and judgement; a range of skills - cognitive, technical or psychomotor and interpersonal; and a range of personal attributes and attitudes”.

Na enfermagem, a SC centra-se num processo que tem como finalidade o desenvolvimento de competências no enfermeiro. As competências que a supervisão clínica em enfermagem pode ajudar a desenvolver relacionam-se com o conhecimento, com a perícia técnica, com o desenvolvimento/ melhoria das relações interpessoais e com a capacidade de resolver problemas simples ou complexos, tendo como finalidade a autonomia na tomada de decisão clínica baseada na mais recente evidência científica e na prestação de cuidados responsáveis e seguros. As competências requeridas para que ocorra uma supervisão clínica eficaz foram descritas por Jamshidi e seus colaboradores (2018) numa revisão de literatura. Os autores identificaram um mapa de nove competências (*Ethical and Professional Practice; Knowledge of the Profession; Diversity; Reflective Practice; Supervisory Alliance; Structuring Supervision; Supervision Research/Theory; Learning and Evaluation*), agrupadas em três domínios - *Knowledge, Skills and Values/approach* (Jamshidi, Aubry, Vandette, Valiquette-Tessier, & Fenn, 2018). Estes são os mapas de competências importantes de ser descritos com rigor para que a SC possa ajudar a esclarecer expectativas e, também, ajudar na seleção dos supervisores clínicos (Jamshidi et al, 2018).

A relação da supervisão clínica em enfermagem com uma prática clínica que promova a segurança e a qualidade dos cuidados prestados é outro dos vetores transversal à análise dos conceitos, que à frente se abordará com mais pormenor. Abreu (2007) acrescenta que a supervisão clínica em enfermagem deve ser considerada uma estratégia a utilizar nos processos de promoção e melhoria contínua da qualidade, bem como dos processos de acreditação, tendo em conta os ganhos assistenciais que possibilita. Garrido, Simões e Pires (2008) vão mais além relacionando a supervisão clínica em enfermagem com a possibilidade de manter, melhorar e inovar a prática clínica. Oliveira (2019) refere que a adoção de sistemas de melhoria contínua da qualidade é um aspeto central na certificação das organizações de saúde, cabendo ao enfermeiro chefe, enquanto gestor e líder da equipa, desenvolver estratégias que promovam um melhor nível de desempenho. A supervisão clínica em enfermagem apresenta-se como uma estratégia útil que contribui para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, promove o seu pensamento crítico reflexivo, favorece a qualidade e a segurança dos cuidados, aumenta a satisfação profissional e reduz os níveis de *stress* e ansiedade.

1.1.2 – Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

O quadro conceptual que orienta o processo supervisivo poderá ser denominado de modelo de supervisão (Garrido, Simões, & Pires, 2008). Um modelo é “uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação” (Abreu, 2007, p.190). Desde há algumas décadas que podemos encontrar descritos alguns modelos de SC que podem ser aplicados à prática dos enfermeiros.

Os modelos de SC existentes possuem várias características permitindo constituir cinco grupos, tendo em conta a perspetiva teórica central que sustenta cada modelo: modelos centrados no desenvolvimento humano; modelos centrados nas funções da SC; modelos centrados nas relações supervisivas; modelos centrados nos cuidados ao cliente; e modelos centrados no contexto de cuidados.

No que diz respeito aos modelos centrados no desenvolvimento humano, estes incidem sobre os estadios de desenvolvimento do supervisionado em relação ao processo de SC. Neste grupo, podem ser incluídos o modelo de desenvolvimento e de suporte de Faugier (1992) e o modelo de Friedman e Marr (1995). Em ambos os modelos, a função do supervisor é potenciar o crescimento pessoal e profissional do supervisionado fornecendo-lhe o suporte necessário para uma prática de excelência (Hyrkäs, 2002).

Dois exemplos de modelos centrados nas funções da SC são o modelo de Proctor (1986) e o modelo de Nicklin (1997). No modelo de Proctor (*Supervision Alliance Model*) a SC pode desempenhar três funções estruturantes: normativa, formativa e restaurativa (Proctor, 2008). A função normativa refere-se à SC como promotora da qualidade dos cuidados e a redução dos riscos (Abreu, 2007). A função formativa está relacionada com o conjunto de iniciativas que prevê o desenvolvimento de conhecimentos, competências pessoais e profissionais (Abreu, 2007; Brunero & Lamont, 2012). Os benefícios formativos incluem crescimento profissional, autonomia e satisfação profissional (Hyrkäs, Clinical Supervision, Burnout, and Job Satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland, 2005). A função restaurativa diz respeito às atividades relacionadas com o suporte emocional e educativo que a SC garante (Abreu, 2007; Brunero & Lamont, 2012). Um dos benefícios restaurativos mais investigados é a prevenção do *burnout* (Hyrkäs, 2005). Apesar da autora apresentar as funções normativa, formativa e restaurativa de forma isolada, na prática, acabam por se complementar (Brunero & Lamont, 2012). Uma das

críticas apontadas ao modelo de Proctor prende-se com o facto de não contemplar os requisitos necessários para cada uma das funções apresentadas no modelo (Abreu, 2007). Por exemplo, não dá orientações aos supervisores sobre o que oferecer quando estão a trabalhar com os supervisados as componentes restaurativas do modelo (Sloan & Watson, 2002).

Ainda relativamente aos modelos centrados nas funções da SC, o modelo de Nicklin é um modelo de SC que, “para além de possuir um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direccionado para a prática clínica na globalidade e não apenas para as dimensões emocionais” (Abreu, 2002, p.55). É muito similar ao modelo de Proctor mas substitui os termos previstos nas três funções: “*Proctor’s normative, formative and restorative terms are substituted by Nicklin with managerial, educational and supportive classifications*” (Sloan & Watson, 2002, p.45). Também transferiu as fases do processo de enfermagem num ciclo supervisivo composto por “*practice analysis, problem identification, objective setting, planning, implementation/action and evaluation*” (Sloan & Watson, 2002, p.45).

Nos modelos de SC que se centram nas relações supervisivas, Hyrkäs (2005) destaca o “Six-category intervention style model” de Heron (1990). Este modelo foca-se nas relações de supervisão que se podem estabelecer e nos seus diferentes estilos. Os seis estilos de intervenção para o autor assumem igual valor e podem ser classificados em dois estilos mais amplos, o estilo autoritário e o estilo facilitador. O estilo autoritário caracteriza-se pela assertividade nas ações e práticas do supervisor sobre o supervisado. O estilo facilitador é definido como menos diretivo e caracteriza-se pela adoção de uma postura mais facilitadora, como por exemplo estar sempre disposto a ajudar o supervisado no desempenho do seu papel.

Os modelos de supervisão centrados nos cuidados ao cliente foram desenvolvidos por autores como Ekstein e Wallerstein (1972) e Hawkins e Shohet (1989). O modelo de Ekstein e Wallerstein (1972) define a SC como um processo de formação e aprendizagem (Hyrkäs, 2002), onde se estabelecem diferentes relações entre os diversos intervenientes: supervisor, supervisados e clientes. Os autores assumem que existe uma quase-relação entre o supervisor e os clientes na medida em que as ações do supervisor vão influenciar as do supervisado, e por conseguinte, estas vão atuar diretamente nos clientes de cuidados (Cruz, 2012). Hyrkäs (2002) considera que este modelo é interessante porque define claramente uma perspetiva educativa e indica pontos importantes onde a SC pode ajudar na qualidade das práticas clínicas e dos serviços. O modelo de Hawkins e Shohet (1989)

apesar de considerar as relações com os clientes tal como o anterior, também tem em atenção as questões do contexto e as organizacionais, nos processos das relações de supervisão. Para os autores, a influência da SC é significativa na equipa em diferentes níveis das organizações, pois pode alterar dinâmicas de grupo e organizacionais e atuar sobre os processos, o clima, a estrutura (por exemplo, o tipo de liderança) e os *standards* profissionais (Hyrkäs, 2002).

Os modelos centrados no contexto de cuidados foram concebidos por Cruz (2012) e Carvalho e Barroso (2019). Para os autores o modelo de supervisão deve ser flexível e adaptado ao contexto. pois só assim ele tem sucesso e permite o crescimento, tanto do supervisor como do supervisionado. A dinâmica da organização assim como as características do contexto são os aspetos centrais do modelo, mas também a qualidade de cuidados, a segurança dos clientes e a satisfação profissional. Cruz (2012) e Carvalho e Barroso (2019) consideram que através da adoção de um modelo adaptado ao contexto, baseado num processo de supervisão clínica, pode conseguir-se cuidados mais seguros e de melhor qualidade para o cliente, influenciando a satisfação do cliente, do enfermeiro e da organização. Os diferentes modelos refletem diversas perspetivas da SC. Garrido, Simões e Pires (2008, p.27) referem que é o “contexto organizacional e profissional que irá determinar a seleção do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas”. Também a complexidade dos clientes deve ser uma preocupação, uma vez que a implementação de um modelo de SC deve assegurar que as necessidades dos clientes sejam satisfeitas, realçando a eficácia das intervenções terapêuticas.

Independentemente do modelo escolhido, todos os processos de SC devem conter uma vertente operacional (Abreu, 2007). De acordo com a análise de alguns autores, o estudo da implementação de um determinado modelo de SC deve ocorrer durante um período mínimo de seis meses para que possam ser comprovados os seus resultados (Brunero & Lamont, 2012; Clifton, 2002).

Os modelos de supervisão podem incluir sessões de supervisão. Na implementação do modelo SC proposto por Brunero e Lamont (2012) as sessões de supervisão podem ser semanais, quinzenais ou mensais, podendo ser efetuadas de diferentes formas: um supervisor para um supervisionado ou um supervisor para um grupo de supervisionados. O formato de um para um é mais comum no Reino Unido (Sloan & Grant, 2012). A frequência da SC pode ser medida pelo número de sessões realizadas ou, mais concretamente, pelo número de sessões de SC em que um enfermeiro está presente (Gonge & Buus, 2011). Para perceber a efetividade da SC é importante analisar, para além do número de sessões

de SC, outros aspetos tais como a extensão/duração das sessões, bem como de outros dados de cariz qualitativo tais como a descrição das práticas de supervisão que contribuíram para uma SC mais eficaz (idem).

O primeiro passo para implementar um modelo de SC numa instituição passa pela consciencialização dos profissionais sobre o conceito da SC e o que estas práticas envolvem (Bond & Holland, 1998, cit. por Brunero & Lamont, 2012; Clifton, 2002). Será também necessário treinar os supervisores e desenvolver um mapa de avaliação de todo o processo (Bond & Holland, 1998, cit. por Brunero & Lamont, 2012).

Existem modelos específicos de implementação da SC. Waskett (2010a) desenvolveu um modelo de implementação que denominou de 4S. Segundo a autora, o modelo dos 4S é um esquema robusto, que permite ser aplicado em sessões de supervisão de um para um ou em pequenos grupos (Waskett, 2010a). O modelo dos 4S é composto por quatro fases, onde todas se interligam constituindo cada uma delas uma parte essencial do esquema global. Estas são: estrutura (*structure*), competências (*skills*), suporte (*support*) e sustentabilidade (*sustainability*). A primeira fase, “a estrutura”, refere-se essencialmente ao envolvimento organizacional nos processos de supervisão, no sentido de todos os intervenientes percebam que existe um compromisso assumido da organização em todo o processo. É nessa fase que são definidos e assumidos os tipos de supervisão (individual, em grupo ou ambos) a usar, quantos supervisores estão disponíveis e necessitam de treino, a obrigatoriedade ou não dos supervisados participarem nos processos de supervisão, quantos supervisados vão estar incluídos no processo, qual a frequência das sessões de supervisão, que recursos são necessários e que estratégias de avaliação da eficácia da supervisão irão ser utilizadas. Na segunda fase, “competências”, a autora pretende que sejam desenvolvidas as competências dos supervisores (Waskett, 2010b), e isso poderá passar pela frequência num curso intensivo de dois dias. Relativamente à terceira fase, “suporte”, a autora considera que é importante supervisionar os supervisores, bem como facilitar-lhes a oportunidade de partilha de experiências de supervisão (Waskett, 2010c). Na última fase, “sustentabilidade”, Waskett (2010c) refere que, para que exista sustentabilidade dos processos supervisivos, é necessário existir um planeamento inicial que inclua os processos, os sistemas e as estruturas que permitem a supervisão, bem como outras atividades de suporte relacionadas com a própria cultura da organização. Também, é fundamental, fazer uma avaliação de todo o processo de implementação do modelo.

Outro modelo de implementação de SC é o modelo de Lynch (2008) que é composto por seis etapas. A primeira denomina-se “*Clinical supervision or?*” e prevê que se questione o porquê da implementação da SC. Será de considerar, nesta etapa, o que é que a organização pretende para os seus profissionais, o motivo da utilização da SC e se a organização entende o conceito de SC. A segunda etapa, “*Assesment of the culture*” diz respeito ao conhecimento que é necessário ter sobre a cultura da organização, pois será a partir desta que se pode estabelecer o plano estratégico de implementação da SC (Lynch & Happel, 2008a; Lynch & Happel, 2008c). A terceira etapa, “*Obtaining organizational support*”, prevê que se identifiquem todos os recursos disponíveis, para que se faça um planeamento correto do suporte que será necessário dar à organização (Lynch & Happel, 2008b; Lynch & Happel, 2008c). A quarta etapa foi denominada de “*Developing the strategic plan*”, ou seja, será nesta altura que se constrói o plano estratégico, que deve incluir a definição da SC, o propósito e os objetivos da implementação da mesma, o plano de ação, as estratégias de formação e treino, os protocolos e as políticas de implementação e de avaliação (idem). Na quinta etapa, “*Operationalizing the plan*”, as autoras referem que para que o plano de ação seja operacionalizado, será necessário criar e formalizar um grupo de trabalho de SC. Nesta etapa, o mais importante será a formação e o treino dos enfermeiros, bem como a comunicação/marketing da SC, ou seja, a forma de a “vender” aos enfermeiros (Lynch & Happel, 2008c). A sexta e última etapa, “*Reflection and evaluation*” trata de refletir e avaliar as estratégias utilizadas, e deve constituir-se como uma oportunidade para considerar questões de sustentabilidade. Assim, num primeiro momento, deve reavaliar a cultura organizacional, tal como na etapa dois, para se perceber o clima no momento. Posteriormente, deve ser realizado um processo de avaliação para perceber o sucesso do projeto em relação aos objetivos inicialmente propostos. Se os resultados, objetivos e metas não foram cumpridos, poderá repensar-se o modelo e repetir as etapas 3, 4 e 5 (Lynch & Happel, 2008c).

Cruz (2012) também construiu um modelo de SC para enfermeiros, denominado Modelo de SC em Enfermagem Contextualizado (MSCEC) que assenta em três eixos estruturantes: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. No seu modelo “identificou e clarificou esses três eixos (...) e as relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam no eixo da conceção dos cuidados, do exercício profissional e da supervisão, e que possibilitam 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 em que consistem para todos” (Cruz, 2012, p.VII).

O MSCEC foi implementado numa instituição de saúde no norte de Portugal, e para isso obedeceu ao seguinte planeamento. Num primeiro momento a autora realizou um conjunto de entrevistas, para conhecer as práticas supervisivas em uso na instituição que após a análise lhe permitiram efetuar o primeiro desenho do modelo de SC. Posteriormente, realizou sessões de formação aos enfermeiros sobre o tema e, mais tarde, através do uso de um *focus group*, discutiu e validou o modelo de SC que pretendia implementar. Para isso, definiu critérios para a seleção dos supervisores clínicos, constituiu equipas de supervisão, construiu um calendário onde agendou as reuniões periódicas de SC e o tempo de cada sessão de supervisão. Prosseguiu-se a implementação do modelo, durante seis meses, em três unidades de internamento hospitalar. Por fim, a autora avaliou o modelo recorrendo a dois métodos, um quantitativo e outro qualitativo. A avaliação do modelo foi efetuada através de entrevistas a diferentes participantes, de modo a poder avaliar o modelo, o processo de implementação e identificar as mudanças operadas segundo a opinião dos diferentes atores. Também aplicou um questionário a todos os enfermeiros supervisionados onde constava a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos em estudo, a avaliação da SC disponibilizada através da versão portuguesa da *Manchester Clinical Supervision Scale*, o Inventário de Respostas e Recursos Pessoais e a Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional. Para isso, foi necessário previamente efetuar a adaptação cultural e validação da *Manchester Clinical Supervision Scale*.

O MSCEC foi evoluindo, dando mais tarde origem ao modelo SafeCare. O modelo SafeCare assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão.

1.2 – Contributos da Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança e a Qualidade dos Cuidados

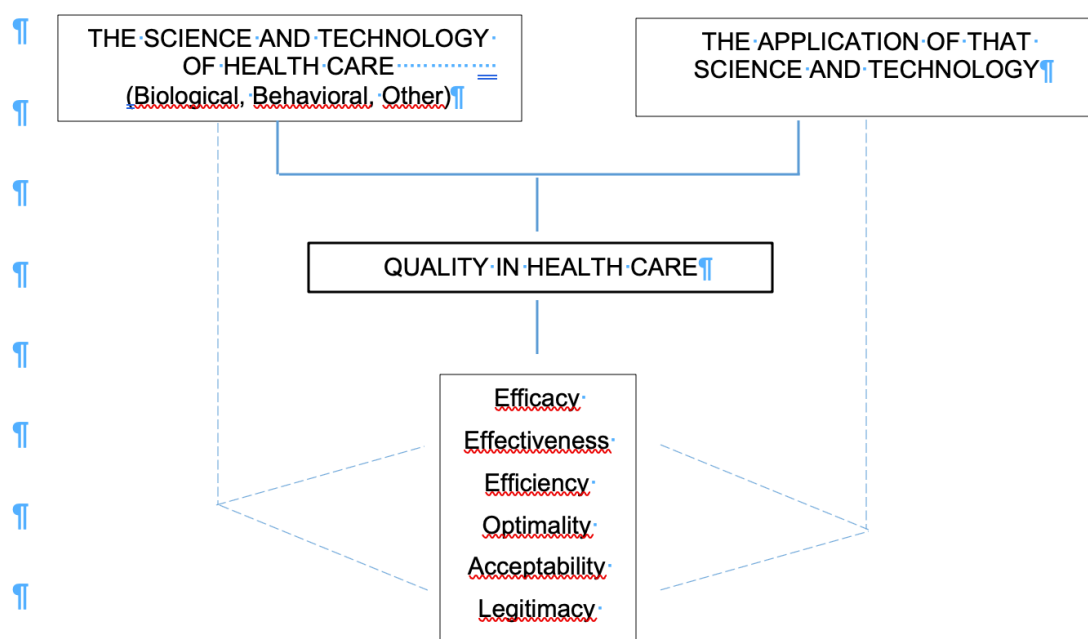
A qualidade dos cuidados (de enfermagem) é premissa transversal a muitos discursos. A Organização Mundial de Saúde é a organização de referência de onde emanam diversas orientações para que a segurança e a qualidade assistencial sejam uma garantia para todos os cidadãos (WHO, 1989; WHO, 2006). A Ordem dos Enfermeiros (2001, p.5) refere que “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária”. Também a carreira de enfermagem pretende reconhecer “a relevância que assumem os trabalhadores enfermeiros no âmbito do SNS, quer em termos de organização e funcionamento dos serviços, quer enquanto garante da qualidade da prestação dos cuidados de saúde e da segurança dos procedimentos que lhes compete assegurar” (Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de Maio). Estes discursos promovem nas instituições de saúde a necessidade de se desenvolverem processos, como a SC, que lhes permitam assegurar qualidade e segurança na prestação de cuidados.

A “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020” do Ministério da Saúde, do Despacho n.º 5613/2015 publicado em Diário da República 2ª série, nº 102 de 27 de maio de 2015, define a Qualidade em Saúde como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (p. 13551). Donabedian (2003, p.6) propõe um conjunto de indicadores que ajudam a definir o conceito de qualidade nos serviços de saúde: *efficacy, effectiveness, efficiency, optimality, acceptability, legitimacy and equity*.

“Efficacy is the ability of the science and technology of health care to bring about improvements in health when used under the most favourable circumstances. Effectiveness is the degree to which attainable improvements in health are, in fact, attained. Efficiency is the ability to lower the cost of care without diminishing attainable improvements in health. Optimality is the balancing of improvements in health against the costs of such improvements. Acceptability is the conformity to the wishes, desires, and expectations of patients and their families. Legitimacy is conformity to social preferences as expressed in ethical principles, values, norms, mores, laws, and regulation. Equity is conformity to a principle that determines what is just and fair in the distribution of health care and its benefits among members of the population”.

Estes indicadores são considerados atributos do produto de dois fatores que influenciam a qualidade (figura 1): um é o conhecimento de várias ciências (biologia, medicina, psicologia...) e a tecnologia nos serviços de saúde; o segundo engloba a aplicação das várias ciências e da tecnologia na prestação de cuidados

Figura 1 – Componentes da qualidade nos serviços de saúde



Fonte: Donabedian (2003, p.5)

Donabedian propõe que a qualidade nos serviços de saúde seja avaliada de acordo com um modelo composto por três componentes: estrutura, processos e resultados, e define-os da seguinte forma (Donabedian, 2003, p.46):

“Structure (...) meant to designate the conditions under which care is provide. These include: 1- material resources, such as facilities and equipment; 2- Human resources, such as the number, variety, and qualifications of professional and support personnel; 3- Organizational characteristics, such as the organization of the medical and nursing staffs, the presence of teaching and research functions, kinds of supervision and performance review, methods of paying for care, and so on.

Process (...) mean the activities that constitute health care – including diagnosis, treatment, rehabilitation, prevention, and patient education – usually carried out

by professional personnel, but also including other contributions to care, particularly by patients and their families.

Outcome (...) mean changes (desirable or undesirable) in individuals and populations that can be attributed to health care”.

Esta forma de avaliação da qualidade proposta por Donabedian, bem como a crescente preocupação das organizações em poderem demonstrar os seus níveis de qualidade, conduziu ao aparecimento dos processos de acreditação e de auditoria externa, especialmente nos Estados Unidos e no Reino Unido (Fragata et al., 2006). Esses sistemas têm como principal desiderato promover uma melhoria contínua da qualidade em saúde e focam-se na avaliação dos vários elementos que compõem quer a estrutura, quer os processos, quer os resultados.

A qualidade em saúde está intimamente relacionada com as questões da segurança no sistema de saúde. Aliás, de acordo com Barbosa (2013, p.26) a relação entre a qualidade e a segurança nos cuidados de saúde é indissociável, isto porque “para haver qualidade tem que haver segurança e não há segurança sem qualidade”. A melhoria da qualidade e da segurança na prestação de cuidados de saúde é, de acordo com a “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020”, um processo que se revela complexo já que pressupõe um conjunto de várias competências e saberes, organizados em disciplinas. Será esse conjunto de competências e saberes que vão ser preponderantes na compreensão e na aprendizagem dos vários elementos que dão contributo para a segurança do cliente nos cuidados de saúde. De acordo com a mesma publicação, “estando em causa o Ser Humano, a saúde/vida, conhecimentos altamente especializados, recursos, tecnologias, normas e valores éticos, deontológicos e jurídicos, terá que ser neste ambiente altamente complexo e diversificado que a prestação de cuidados deverá ser realizada” (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020, 2015). Contudo, perante esta complexidade descrita, o exercício dos profissionais de saúde é propício a incidentes¹, e estes são mais prováveis quando a prática é exercida por pessoas menos experientes, nomeadamente aquando dos processos de formação, (Fragata & Martins, 2014) ou em integração nos serviços. Estas situações são complexas, e, cabe às

¹ O tipo de incidente é um termo descritivo para uma categoria composta por incidentes comuns, agrupados por recursos acordados e partilhados, tais como procedimentos clínicos, ou administração de medicação. Embora cada conceito de tipo de incidente seja distinto, um incidente de segurança de um doente pode ser classificado em mais do que um tipo (WHO, 2009).

organizações desenvolverem mecanismos que sejam encarados como oportunidades para reduzir ao máximo a possibilidade do erro, para que, num último momento, não se comprometa a segurança dos clientes, mas, concomitantemente, a aprendizagem possa ser feita. A “Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020” considera que a qualidade e a segurança no sistema de saúde devem ser encaradas como obrigações éticas, “porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, das escolhas da inovação, da equidade e do respeito com que esses cuidados são prestados” (Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, 2015).

A SC, considerada como um sistema de apoio bem estabelecido para enfermeiros, poderá ser uma ferramenta importante para ajudar os profissionais de saúde a assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Silva, 2015; Cruz, 2012; Koivu, Hyrkas & Saarinen, 2011). Também tem um papel fundamental na prevenção do risco clínico (Garrido, Simões & Pires, 2008), trazendo benefícios não só para os profissionais, como para a sua prática, para os clientes e para a própria organização. A SC deixou de ser considerada um luxo nas instituições de saúde do Reino Unido, para ser percebida como uma atividade central no contínuo desenvolvimento dos seus profissionais, já que se direciona para satisfazer as suas necessidades individuais (Driscoll & O'Sullivan, 2007). Assim, a SC constitui-se como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

A investigação em enfermagem, cada vez mais, revela que a SC é fundamental para dar suporte aos enfermeiros e para os ajudar a desenvolver e melhorar as suas práticas (Dilworth, Higgins, Parker, Brian & Turner, 2013). Brunero & Lamont (2011) afirmam que a SC permite aos enfermeiros discutir uma variedade de assuntos, num ambiente de suporte, que possibilita o desenvolvimento profissional e é vista como uma oportunidade para partilhar com os pares, problemas do dia-a-dia. Apesar das vantagens enumeradas, a SC ainda não é prática comum nas organizações de saúde portuguesas, pelo que ainda é preciso traçar um caminho, produzindo mais investigação que comprove os benefícios da adoção da SC como estratégia de melhoria contínua da qualidade em saúde. De acordo com a revisão sistemática efetuada por Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018) sobre a avaliação da supervisão clínica em enfermagem, existe um corpo limitado de estudos empíricos sobre a avaliação dos efeitos da supervisão clínica em enfermagem. Assim, de acordo com os autores, este corpo de trabalho deve ser considerado como “emergente”. Existe, no

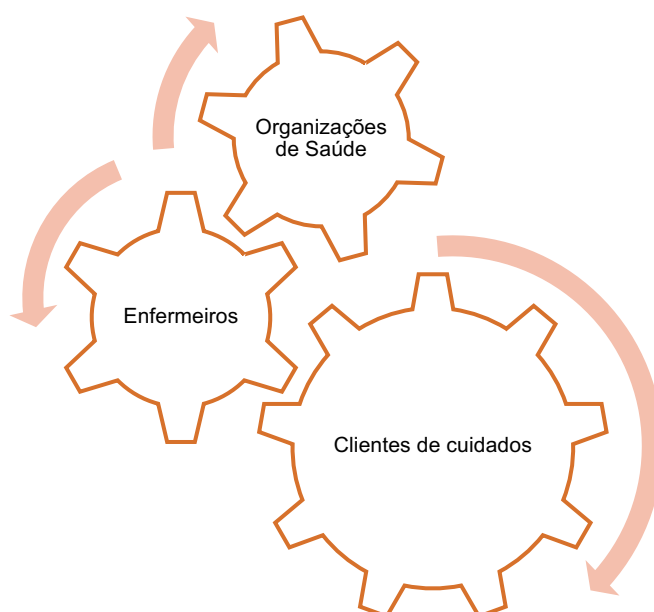
entanto, um pequeno conjunto de trabalhos empíricos que referem os efeitos positivos da supervisão clínica em enfermagem, sendo esses trabalhos consistentes ao longo do tempo e dos locais onde foram realizados, com a preponderância de estudos quantitativos, contrariamente ao que vinha sendo feito.

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 SC 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 SC encararam-na como uma mudança positiva e, como uma oportunidade de participar em algo que os ajudou no desenvolvimento profissional. Os profissionais mais velhos, que participaram nos processos de SC, por sua vez procuraram também, uma ajuda para resolver conflitos de papéis de forma a atingir altos níveis de desempenho. No mesmo estudo, os autores verificaram ainda, que os enfermeiros a quem foi prestada SC eficiente reportaram melhores recursos profissionais e pessoais, e estavam mais motivados e envolvidos na organização onde trabalhavam. Por sua vez, os enfermeiros que revelaram mais sentimentos de angústia (e alguns de *burnout*) foram aqueles a quem a SC prestada não foi considerada eficiente. Os mesmos autores põem em questão, contudo, se a SC trará benefícios a profissionais de enfermagem que tenham poucos recursos pessoais ou que já se encontrem em exaustão, carecendo estas variáveis de investigação (Koivu, Saarinen & Hykas, 2012).

Em contextos de enfermagem na psiquiatria, a implementação de um modelo de SC, demonstrou trazer benefícios individuais para os participantes, assim como benefícios relacionados com o próprio trabalho (Gonge & Buus, 2011). Os autores destacam maior satisfação no trabalho, mais vitalidade, estratégias de *coping* mais eficazes e menos *stress*, exaustão emocional e despersonalização (Gonge & Buus, 2011). Fora do contexto da psiquiatria, existem poucos estudos sobre a implementação de modelos de SC, principalmente em contextos de especialidade onde os enfermeiros exercem as suas práticas, como sendo, a pediatria ou a cirurgia (Brunero & Lamont, 2011).

Do exposto, a supervisão clínica em enfermagem tem demonstrado ser benéfica para a garantia da segurança e das várias dimensões da qualidade dos serviços de saúde. A figura 2, apresenta uma síntese e mostra os contributos da supervisão clínica em enfermagem como uma “engrenagem” que pode afetar profissionais, organizações de saúde e clientes de cuidados.

Figura 2 – Contributos da supervisão clínica em enfermagem



Tal como se apresenta na figura 2, a SC influencia os enfermeiros porque promove a melhoria do exercício profissional através do desenvolvimento de competências (Silva, Pires & Vilela, 2011; Dilworth, Higgins, Parker, Brian & Turner, 2013). Influencia as organizações de saúde porque promove o aumento da segurança e da qualidade dos serviços prestados (Coelho, Miranda, Bezerra, Guedes & Cabral, 2012; Tomlinson, 2015) e a satisfação no trabalho, porque profissionais saudáveis, apoiados e motivados, melhoram a experiência dos cuidados e os resultados em saúde (OMS, 2015). Também promove o sentimento de pertença à organização (Koivu, Hyrkäs, & Saarinen, 2011), diminuindo o *turnover* e prevenindo o *burnout* (Hyrkäs, 2005). Por fim, influencia os clientes de cuidados porque, para além das questões da qualidade e segurança dos cuidados já mencionados, também possibilita a rápida recuperação clínica (Bradshaw, Butterworth & Mairs, 2007).

2 – METODOLOGIA

Os dispositivos metodológicos utilizados durante o percurso de investigação conferem, em grande parte, o grau de complexidade dos estudos, induzindo no investigador a “necessidade de descrever, com pormenor, os pontos de partida da pesquisa, os seus contornos, a pertinência das opções metodológicas, o seu próprio posicionamento no terreno e o saber produzido em contexto” (Abreu, 2001, p.143).

Neste capítulo apresenta-se o ponto de partida para a investigação; a finalidade e objetivos; o desenho do estudo; as opções metodológicas e as considerações éticas.

2.1 – Ponto de partida – projeto C-S2AFECARE-Q

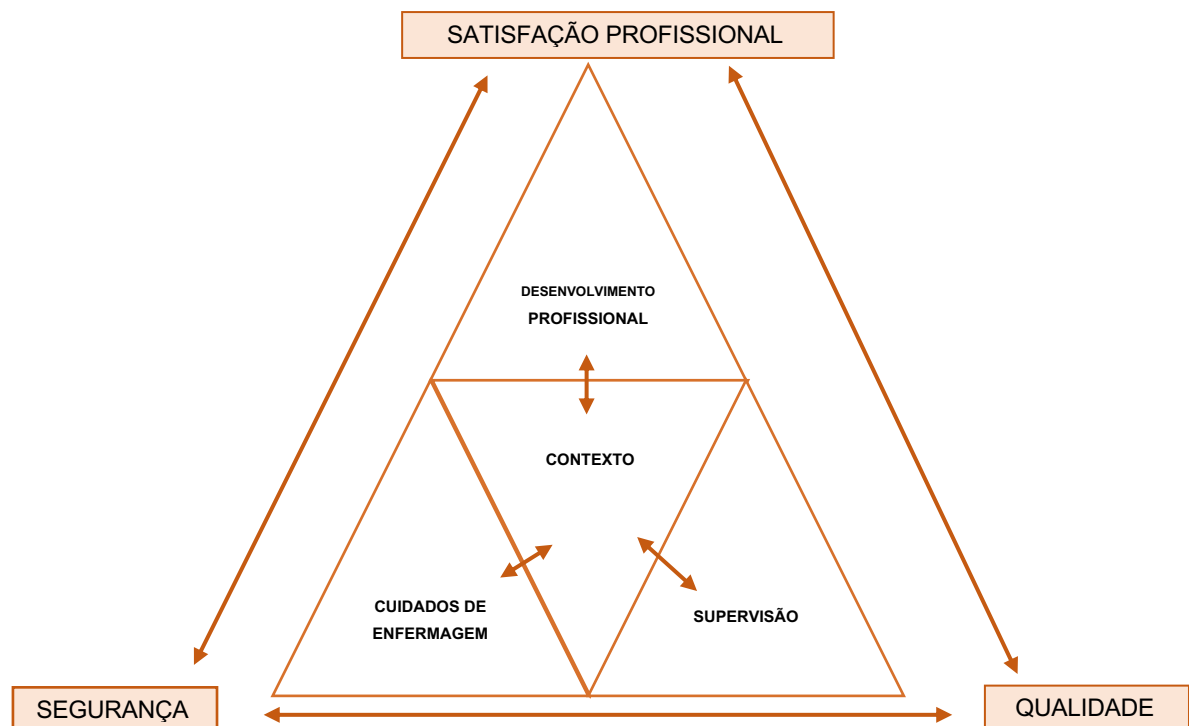
A qualidade em saúde faz parte dos discursos das organizações, constituindo-se como uma necessidade, uma prioridade e um requisito indispensável ao seu funcionamento. Os processos de gestão preveem que se adotem estratégias de melhoria contínua da qualidade, que podem afetar as três componentes da avaliação da qualidade propostas por Donabedian: estrutura, processos e resultados.

Pelo exposto no capítulo anterior, existe evidência que traduz melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros aos seus clientes aquando da implementação de processos de SC. Contudo, ainda existem lacunas na investigação acerca da efetividade da implementação de modelos de SC (Olds & Hawkins, 2014) e a sua relação com a diversidade das equipas nos diferentes contextos. Também não há referência a indicadores de SC sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma, no sentido de compreender o processo de supervisão clínica em enfermagem como promotor da segurança e da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e obter ganhos em saúde decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros, foram estabelecidas parcerias entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e algumas organizações de cuidados de saúde. Decorrente deste processo, nasceu o projeto “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”.

O C-S2AFECARE-Q é um projeto inovador em Portugal com início em 2011, no âmbito de uma parceria entre a ESEP e um Centro Hospitalar no norte de Portugal, que visou a criação de uma cultura de SC nos enfermeiros, através da implementação de um Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado (MSCEC). Cruz (2012) desenvolveu

e testou uma primeira versão desse modelo na sua tese de doutoramento, tal como foi apresentado no capítulo anterior. Após a conclusão, com sucesso, desse projeto, assinou-se nova parceria, desta vez com uma unidade hospitalar da região do Porto e introduziram-se algumas modificações ao MSCEC. Uma das modificações prende-se com os eixos estruturantes. Na versão proposta por Cruz (2012) o modelo envolvia três eixos estruturantes: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. Nesta nova versão, o modelo (agora designado por Modelo SafeCare) assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão (figura 3). A introdução do contexto como eixo estruturante justifica-se pela emergência cada vez maior de diversidade e de mutação nos locais onde os profissionais prestam cuidados. É nos diferentes contextos que os enfermeiros vivenciam experiências pessoais e profissionais que, podem ou não, potenciar o desenvolvimento das suas competências. O contexto é influenciado por uma diversidade de fatores: humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e são condicionados pelos cuidados de enfermagem prestados, pelo desenvolvimento profissional e os processos de supervisão (Carvalho & Barroso, 2019).

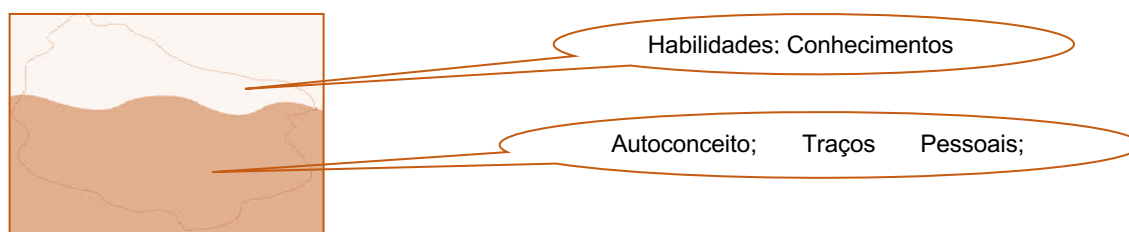
Figura 3 – Eixos estruturantes do Modelo SafeCare



Adaptado de Carvalho & Barroso (2019, p.12)

No eixo desenvolvimento profissional, considera-se que também está incluído o desenvolvimento pessoal, uma vez que estes se encontram intimamente relacionados um com o outro. Este eixo inclui quatro elementos: os objetivos pessoais, a própria pessoa, o contexto de cuidados e a cultura de cuidados (Carvalho & Barroso, 2019). Para que ocorra desenvolvimento pessoal e profissional o enfermeiro para além de querer ser cada vez melhor, deve estar num contexto e numa cultura que lhe possibilitem esse crescimento, motivando-o e incentivando-o para o desenvolvimento de competências. A qualificação para o exercício profissional já não dá resposta às exigências do dia-a-dia do enfermeiro, ele necessita de continuar a desenvolver as suas competências intrínsecas e extrínsecas. Recorrendo à analogia do modelo de *iceberg* de Spencer e Spencer (1993) pode-se representar de uma forma figurativa, as diferentes competências (figura 4).

Figura 4 – Representação das competências pelo modelo do Iceberg



Adaptado de Spencer & Spencer (1993) por Cascão (2004, p.24)

Assim, na parte visível (do *iceberg*) do comportamento das pessoas estão representados os desempenhos observáveis, nomeadamente as suas habilidades e conhecimentos. Na parte imersa estão representadas as características pessoais dos indivíduos, nomeadamente as motivações, o autoconceito, os traços de personalidade, que são mais difíceis de alcançar, avaliar e desenvolver (Augusto, 2013).

O eixo dos cuidados de enfermagem compreende as intervenções autónomas e as interdependentes dos enfermeiros, e baseia-se na definição proposta pela Ordem dos Enfermeiros aquando da publicação, em 2001, dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos”. Os cuidados de enfermagem centram-se “na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, família ou comunidade. Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (OE, 2001, p. 10). O enfermeiro e os cuidados de enfermagem que presta, fruto da sua formação e experiência, devem pautar-se pela

compreensão e respeito pelo outro, numa perspetiva multicultural, procurando não emitir juízos de valor. Deve prevalecer a relação terapêutica onde se estabelece uma parceria entre o enfermeiro e o(s) cliente(s) de cuidados, num processo dinâmico, com o objetivo de ajudar o(s) cliente(s) a ser(em) proactivo(s) na consecução do seu projeto de saúde, procurando, ao longo do ciclo vital, “prevenir a doença e promover os processos de readaptação, (...) a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001, p. 11).

O eixo da supervisão relaciona-se com a forma como definimos o conceito no capítulo anterior. Todavia, parece-nos importante explicitar, que baseamos este eixo no conceito de SC proposto pela Ordem dos Enfermeiros (2018) como sendo “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas. Este processo visa promover a decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa, a segurança e a qualidade dos cuidados” (OE, 2018).

Os eixos estruturantes propostos no Modelo SafeCare (contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão) relacionam-se e condicionam-se entre si de forma a potenciarem a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, bem como a satisfação profissional dos envolvidos. Serão estes os grandes pontos que norteiam este estudo.

2.2 – Finalidade e objetivos do estudo

Este estudo pretende contribuir para a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, contribuir para a promoção da segurança dos cuidados e da qualidade dos mesmos. Para isso, consta da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado, Modelo SafeCare, onde os profissionais de enfermagem têm a possibilidade de desenvolver as suas competências para um exercício profissional de excelência, que lhes garanta satisfação.

Da revisão efetuada surgiram desígnios estruturantes que levaram a formular a seguinte questão de partida:

Qual (ais) o (s) contributo (s) da implementação do Supervisão Clínica em Enfermagem para a qualidade dos cuidados?

De forma a dar resposta à questão de investigação, traçaram-se os seguintes objetivos:

- Definir Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE);
- Realizar o diagnóstico da situação, pela avaliação dos IS-SCE, antes da implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Identificar as necessidades dos enfermeiros em SC;
- Implementar o modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Identificar a evolução nos IS-SCE após a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare);
- Avaliar a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare) e o seu impacto na qualidade dos cuidados.

Seguidamente apresenta-se o desenho do estudo, com as opções metodológicas assumidas.

2.3 – Opções metodológicas

As questões de investigação conduziram à escolha da metodologia do estudo. O percurso do processo metodológico deve ser orientado por uma reflexão sustentada sobre as questões epistemológicas inerentes à investigação, principalmente quando os investigadores têm fortes raízes das ciências sociais e humanas. Como referem Almeida e Pinto (1982), os procedimentos metodológicos devem ser orientados por uma organização crítica das práticas que se pretendem utilizar.

Este estudo pretende dar contributos para a supervisão clínica em enfermagem, nomeadamente na implementação do Modelo SafeCare, para a qualidade dos cuidados. Não é pretensão testar ou partir de hipóteses teóricas, almeja-se conhecer as realidades sociais subjetivas, que resultam de experiências individuais face a determinados fenómenos, como é o caso da SC em profissionais de enfermagem. Assim, assume-se que, para compreender as questões de investigação anteriormente formuladas, se adota, tal como Cruz (2012), uma postura e um envolvimento ativo com os enfermeiros, nos seus contextos de prática clínica.

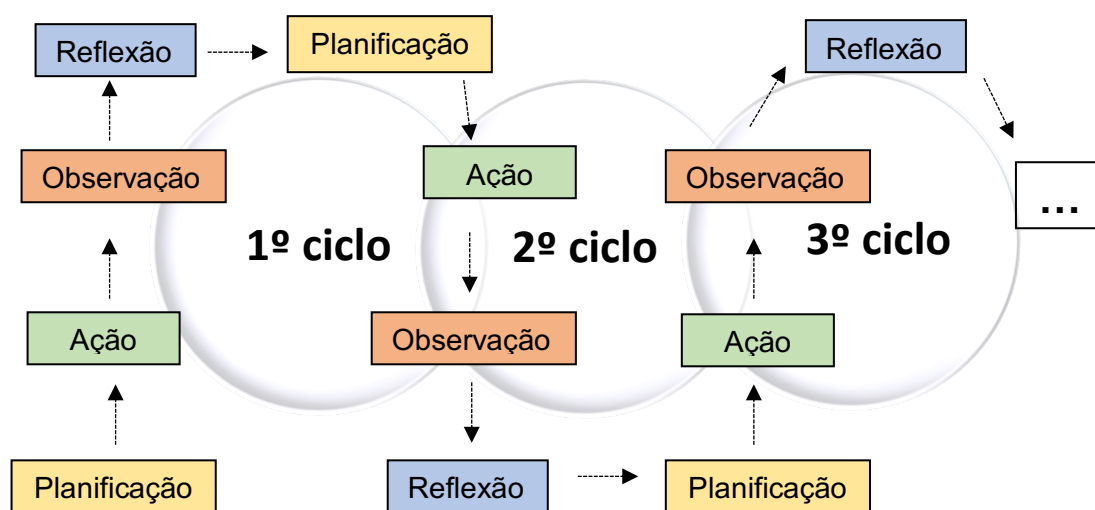
A ação, enquanto investigadora, reger-se-á epistemologicamente por uma natureza de crítica autoconsciente (Teoria Crítica) e construtivista que, de acordo com Giroux (1983, p. 22), segue a “necessidade de se desenvolver um discurso de transformação social e de emancipação”, mais concretamente ao modo como os processos de SC em enfermagem poderão condicionar quer os enfermeiros, quer a natureza e a finalidade dos cuidados prestados. A Teoria Crítica refere-se não só a uma escola de pensamento, mas também a um processo de crítica, ou seja, uma teoria deve ser inevitavelmente confrontada com a distinção entre o mundo que ela examina e descreve e o mundo tal como ele realmente existe. Habermas, ao desenvolver a Teoria Social Crítica, considera que o saber é o resultado da atividade humana motivada por interesses e necessidades e, que esses interesses constituem modos possíveis de pensamento, através dos quais a realidade é constituída e sobre ela atua (Carr & Kemmis, 1986). Trata-se de uma forma de prática em que os agentes desenvolvem uma ação transformadora, conducente a uma integração da teoria e da prática, em momentos reflexivos e práticos, num processo dialético de reflexão, pelo que, a relação entre a teoria e a prática não se limita a receitar uma prática com base numa teoria nem a informar o juízo prático. Os pressupostos construtivistas assumem-se uma vez que se defende o “conhecimento como algo que se desenvolve mediante um processo de construção activa e reconstrução da teoria e da prática por quem intervém nela” (Carr & Kemmis, 1986, p.161).

Este estudo é uma investigação-ação. A expressão investigação-ação é oriunda de Kurt Lewin (1947) e surge como alternativa ao modelo empirista, opondo-se à concepção de ciência reduzida a um conjunto de conhecimentos produzidos por métodos rigorosos, comprovados e objetivos, como se a ciência não fosse produto da ação humana e fosse isenta do relativismo dos factos. Durante a segunda guerra mundial, Lewin interessou-se por estudar cientificamente as relações humanas e encorajar as pessoas a melhorá-las, através das suas próprias informações. Preocupou-se com a lacuna existente entre as teorias sobre a sociedade e a dinâmica da prática social. Considerou que era possível captar as leis gerais da vida dos grupos, através de uma cuidadosa observação e reflexão sobre os processos de mudança social comunitária (Lewin, 1947). Usou o termo investigação-ação para descrever um processo de pesquisa cíclico, que comporta três fases: planificação, ação e reflexão e que se move numa permanente espiral de ação-reflexão. (Coutinho, Sousa, Dias, Bessa, Ferreira & Vieira, 2009, p. 360). Tal como refere Ardoino (1980) a investigação sem ação não é possível, da mesma forma que a ação sem investigação também não tem sentido, ou seja, operações de investigação e ação são indissociáveis. Investiga-se para agir e, porque se age há necessidade de investigar.

Na Investigação-ação há, assim, uma relação contínua entre ação e reflexão, que conduz a uma mudança de atitudes e das relações do saber e da ação. O funcionamento numa dialética ação/reflexão permite aos investigadores implicarem-se como atores, contextualizando os problemas e as suas possíveis soluções num diálogo direto com a complexidade da realidade. Cardoso (2014, p.23) refere que existem três ideias que persistem de Lewin: “a importância das decisões de grupo, enquanto facilitadoras e sustentáculo das mudanças de conduta social, o compromisso com a melhoria de uma situação e a necessidade do envolvimento dos participantes em todas as fases do processo de investigação”. Atualmente, o modelo proposto por Lewin foi modificado no sentido de especificar com mais rigor os passos envolvidos, sendo descrito como “uma espiral autoreflexiva de ciclos de planificação, ação, observação e reflexão (Kemmis, 2007 cit. por Cardoso, 2014, p.23).

Em termos esquemáticos (figura 5), a espiral de investigação-ação representa um processo dinâmico, em que qualquer uma das fases presentes não deve ser percecionada como “passos estáticos, completos em si mesmos, mas apenas momentos dessa mesma espiral” (Kemmis, 2007 cit. por Cardoso, 2014, p.23).

Figura 5 – Processo dinâmico de investigação-ação



Para Almeida (2001, p.176) existem grandes vantagens na prática desta metodologia de investigação. “Ela implica o abandono do praticismo não reflexivo, favorece, quer a colaboração interprofissional, quer a prática pluridisciplinar — quando não interdisciplinar ou mesmo transdisciplinar —, e promove, inegavelmente, a melhoria das intervenções em que é utilizada.” De acordo com Choen e Manion (1980) citados por Cardoso (2014), a investigação ação pode ter algumas características essenciais: é situacional, uma vez que permite a identificação do diagnóstico e a solução de um problema encontrado; é, a maioria das vezes, colaborativa, uma vez que “práticos e investigadores trabalham, em conjunto, na concretização de um projeto” (p.25); é participativa, pois todos participam na execução do projeto; e é auto-avaliativa, pois ao longo de todo processo, as modificações vão sendo continuamente avaliadas, com vista a produzir novos conhecimentos e a alterar as práticas.

2.4 – Desenho do estudo

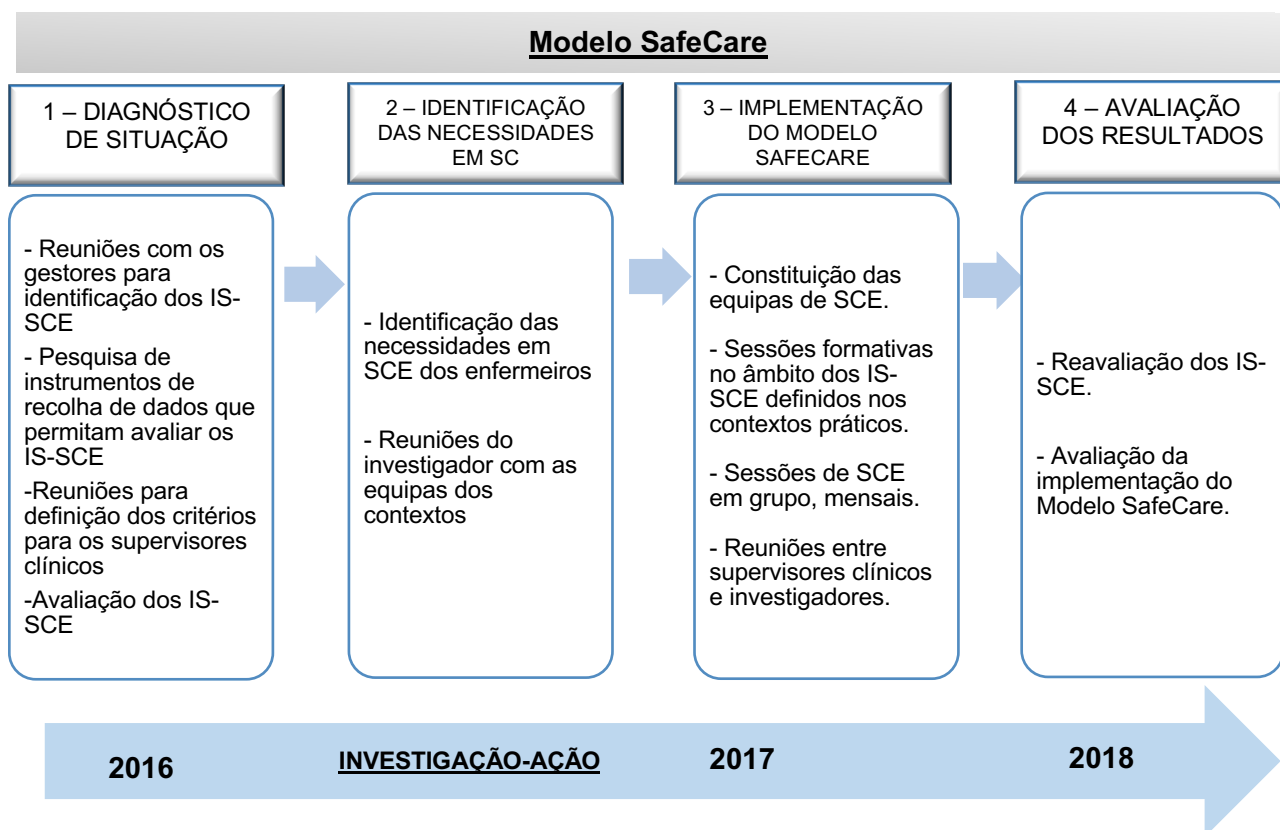
Tal como se tem vindo a referir, este estudo teve como pretensão identificar os contributos que a implementação do Modelo SafeCare pode fornecer para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, num determinado contexto. Este contexto foi composto por três serviços de internamento que integram o Departamento de Cirurgia de uma unidade hospitalar do Porto.

Este estudo está integrado no Projeto SafeCare – SC para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, cujo objetivo é fomentar a criação de ambientes favoráveis à prática e ao desenvolvimento da aprendizagem e da profissão, através da identificação das áreas sensíveis à SC em enfermagem que vise contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados. O projeto foi financiado pelo FEDER através da operação NORTE-01-0145-FEDER-023654, inserido no “Programa Operacional Regional Norte – NORTE 2020”.

O projeto SafeCare tem como foco central a implementação de um modelo de SC em enfermagem contextualizado, Modelo SafeCare, assente num conjunto de eixos, pressupostos e etapas bem definidas.

Para a concretização do projeto, foi celebrada uma carta de parceria a 2 de outubro de 2014. A implementação do Projeto SafeCare teve um ligeiro atraso, pois houve necessidade de se alterarem os contextos e os investigadores. Inicialmente, este iria ser implementado numa outra unidade de cuidados que, por circunstâncias alheias, acabou por encerrar. Assim, foi efetuada nova adenda à respetiva carta, com a introdução de novos contextos, de novos investigadores, e a implementação do Modelo SafeCare passou a ocorrer no departamento de cirurgia. A implementação do Modelo SafeCare compreendeu quatro etapas: 1 – Diagnóstico de Situação; 2 – Identificação das Necessidades em SC; 3 – Implementação do Modelo SafeCare; e 4 – Avaliação dos Resultados (figura 6). Este estudo integrou outros estudos, dos quais resultaram dissertações de mestrado. As dissertações de mestrado finalizadas foram: Avaliação do Risco de Queda – Contributos para a Implementação da SC em Enfermagem (Silva, 2015) e Inteligência emocional dos enfermeiros: contributos da SC (Oliveira, 2019).

Figura 6 – Etapas do Modelo SafeCare



Seguidamente irá ser apresentada a metodologia para cada uma das etapas do Modelo SafeCare, com mais detalhe.

2.4.1. ETAPA 1. Diagnóstico de Situação

No diagnóstico de situação, pretendeu-se identificar os Indicadores sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE). Estes podem ser definidos como “o indicador que, por via dos processos associados à supervisão clínica em enfermagem tem potencial de promover a segurança e a qualidade dos cuidados” (Carvalho & Barroso, p.14). Os IS-SCE devem ser operacionalizados de maneira a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação do Modelo SafeCare.

Para este estudo foram considerados como IS-SCE: avaliação do risco de queda, avaliação da dor, satisfação profissional e capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros. A avaliação do risco de queda foi um indicador sugerido pela unidade hospitalar aquando do estabelecimento da Carta de Parceria. A avaliação da dor foi um IS-SCE identificado através de reuniões realizadas com as enfermeiras em funções de gestão dos serviços envolvidos no estudo. Os outros IS-SCE foram selecionados pelos investigadores do projeto SafeCare, tendo por base estudos publicados sobre a temática.

2.4.1.1 IS-SCE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Em relação à queda, esta é considerada como o evento ou episódio de cair (*falling*), que pode ser definida, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como: “*Descent of a body from higher to lower level due to imbalance, faintness, or inability to bear weight and remain upright*” (ICN, 2020).

A queda tem sido um dos problemas que apesar de ocorrer em todas as faixas etárias, afeta com mais gravidade a população idosa, onde a prevalência do risco de queda e os danos resultantes das mesmas têm sido maiores (Plano Nacional para a segurança dos doentes, 2015). Segundo dados da OMS (2018), as quedas são a segunda principal causa de morte por ferimentos acidentais ou não intencionais em todo o mundo. A cada ano, estima-se que 646 000 pessoas morram vítimas de queda, e são os adultos com mais de 65 anos a população com o maior número de quedas fatais. Segundo o mesmo documento, 37,3 milhões de quedas que ocorrem a cada ano são suficientemente graves, exigindo cuidados médicos (OMS, 2018). Em Portugal, um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 visa prevenir a ocorrência de quedas, que advêm pela perda de equilíbrio ou pela incapacidade em recuperá-lo. São a causa de 10 a 15% de todos os episódios que acorrem aos serviços de urgência, relacionando-se com

internamentos por fraturas da anca, traumatismos cranianos e lesões dos membros superiores. Estima-se que 20% da população idosa com fratura da anca provocada por queda possa falecer após um ano desse episódio (PNSD, 2015).

As quedas podem ainda originar estados de dependência, diminuição ou perda da autonomia, estados confusionais, imobilização e depressão, afetando não só os que são vítimas destas como também toda a rede social e económica envolvente (PNSD, 2015).

De acordo com a OMS (2018), existem fatores de risco associados às quedas, tais como: a idade (pessoas idosas e crianças), o género (as mulheres tendem a cair mais, mas os homens são quem apresenta maior taxa de mortalidade por queda); condições de trabalho perigosas ou ocupações em alturas elevadas; uso de álcool ou de outras substâncias aditivas; fatores socioeconómicos (pobreza, habitação superlotada, pais solteiros, idade materna precoce); condições médicas subjacentes (tais como, doenças neurológicas, cardíacas, ou outras condições incapacitantes); efeitos colaterais da medicação; inatividade física; perda de equilíbrio (particularmente em pessoas idosas); pouca mobilidade; alterações da cognição e visão (principalmente nas pessoas institucionalizadas); e, ambientes inseguros (principalmente para os que têm alteração do equilíbrio e visão limitada). Está descrito que quantos mais fatores de risco uma pessoa reunir, maior será a probabilidade em cair (OMS, 2018; PNDS, 2015).

O PNDS (2015) defende que uma das estratégias para prevenir a queda passa pela avaliação dos fatores de risco no momento de admissão no serviço prestador de cuidados de saúde, sempre que seja clinicamente indicado, sempre que ocorra uma queda e sempre que se verifique uma alteração significativa dos fatores de risco. O resultado dessa avaliação deve ser comunicado à própria pessoa, aos seus conviventes (família ou não) e à equipa de saúde, de forma a que todos estejam dispostos e habilitados para a prevenção das quedas. Estas ações devem, ainda, ser transmitidas e asseguradas aquando da mudança da pessoa com risco de queda de um local de permanência para um outro, como por exemplo, do hospital para o domicílio ou deste para um centro de dia. No plano da gestão das instituições de saúde também devem ser desenvolvidos planos para a prevenção das quedas, que englobam investigar as suas causas, realizar auditorias internas regulares para que se identifiquem os fatores de risco e para que se possa prevenir a recorrência das mesmas (PNDS, 2015). A OMS (2018) defende que as estratégias de prevenção devem enfatizar a formação, o treino, a criação de ambientes mais seguros, a priorização da investigação relacionada com as quedas e o estabelecimento de políticas eficazes para reduzir o risco de queda (OMS, 2018).

De acordo com Morse (2009) existem três tipos de quedas: quedas acidentais (ocorrem por fatores externos às pessoas sem risco de queda identificado e a sua prevenção passa por minimizar os riscos ambientais), quedas fisiológicas antecipáveis (ocorrem em pessoas com alterações fisiológicas conhecidas, cujo risco de queda foi identificado, e, por isso, podem potencialmente ser prevenidas) e quedas fisiológicas não antecipáveis (ocorrem em pessoas que não tinham fator de risco para a queda, até esta se verificar, resultante, por exemplo, de uma convulsão ou de uma fratura patológica).

Na unidade hospitalar onde se desenvolveu este estudo, a avaliação do risco de queda faz parte da prática corrente dos enfermeiros. O instrumento de avaliação disponível no SClínico baseia-se nos critérios definidos para o risco de queda, mas não é sustentado por nenhuma escala padronizada. Foi através do instrumento disponível na aplicação informática e com base na literatura, que Silva (2015) construiu o instrumento para a colheita de dados que serviu de ponto de partida para o diagnóstico de situação. A autora procedeu à colheita de dados em três perspetivas: preenchimento do Questionário de Avaliação do Risco de Queda pelo enfermeiro responsável, preenchimento do Questionário de Avaliação do Risco de Queda pelo investigador e preenchimento da Grelha de Análise Documental, baseada no Questionário de Avaliação do Risco de Queda, de acordo com os registos efetuados no turno (Silva, 2015).

2.4.1.2 IS-SCE – AVALIAÇÃO DA DOR

Outro IS-SCE estudado foi a avaliação da dor. Segundo a CIPE® dor é (ICN, 2011, p.50), uma “perceção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”. A dor é considerada como um fenómeno fisiológico que pode acarretar sofrimento físico e psicológico às pessoas, e, consequentemente, diminuição da qualidade de vida. A dor aguda constitui o principal motivo de procura de cuidados de saúde pela população. A dor crónica, por provocar alterações fisiopatológicas contribui para o aparecimento de comorbilidades orgânicas e psicológicas associadas, deixou de ser considerada um sintoma e passou a ser avaliada como uma doença (DGS, 2008).

A avaliação correta e o controlo da dor, para além de serem fundamentais na humanização dos cuidados de saúde, devem ser assumidos como uma prioridade. Em 2003, a DGS emitiu uma Circular Normativa, a 14 de Junho, considerando a dor como o 5.º sinal vital (DGS, 2003), passando a ser obrigatória a sua avaliação e o registo regular da intensidade em todos os clientes internados nos serviços de saúde. A Circular Normativa indica também as possíveis escalas que devem ser utilizadas na avaliação da intensidade da dor, bem como algumas instruções básicas para a sua correta utilização.

Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros (OE), também, publicou orientações específicas para a dor através de um caderno temático intitulado “Dor – Guia Orientador de Boa Prática”. Esta publicação tem como foco de atenção a dor, divulgando recomendações transversais para a prestação de cuidados à pessoa, ao cuidador principal/ família, nas diversas etapas do ciclo vital, independentemente do ambiente onde estão inseridos (OE, 2008). De acordo com a mesma publicação, existem 14 princípios que devem estar presentes aquando da avaliação e controlo da dor:

“Toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor.

A dor é uma experiência subjetiva, multidimensional, única e dinâmica.

A dor pode existir mesmo na ausência de causas identificadas.

A percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde / doença e o contexto onde se encontra inserida.

A competência para avaliação e controlo da dor exige formação contínua.

A avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação.

O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada.

Os cuidadores principais e a família são parceiros ativos no controlo da dor.

A tomada de decisão sobre o controlo da dor requer a colaboração da pessoa, dos cuidadores e da família.

A dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo pelo que deve ser prevenida.

Os enfermeiros têm o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado.

Os enfermeiros devem participar na avaliação formal do processo e dos resultados no controlo da dor ao nível organizacional.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das práticas no controlo da dor.

Os enfermeiros devem defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentam o controlo efetivo da dor.”

(OE, 2018, p.13)

Também em 2008, a DGS emitiu uma circular normativa N.º:11/DSCS/DPCD, de 18/06/08, com a finalidade de estabelecer um Programa Nacional de Controlo da Dor, com um horizonte temporal de dez anos. Este tem cinco princípios orientadores:

“1. Subjetividade da dor – No estado atual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, pelo que a intensidade da dor é, necessariamente, aquela que o doente refere. Deve ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal;

2. A dor como 5.º sinal vital – A dor representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica, que deve ser observada em todas as instituições de saúde, tal como manda a referida Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde;

3. Direito ao controlo da dor - Todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa, por forma a evitar sofrimento desnecessário e reduzir a morbilidade que lhe está associada;

4. Dever do controlo da dor – Todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, contribuindo para o seu bem-estar, redução da morbilidade e humanização dos cuidados de saúde. Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica;

5. Tratamento diferenciado da dor – O controlo da dor deve ser efetuado a todos os níveis das redes de prestação de cuidados de saúde, começando em regra pelos Cuidados de Saúde Primários e prosseguindo, sempre que necessário, para níveis crescentes de diferenciação e especialização.”

(DGS, 2008, p.8 e 9)

O Programa Nacional de Controlo da Dor identifica três objetivos gerais: reduzir a prevalência da dor não controlada na população portuguesa, melhorar a qualidade de vida dos doentes com dor e racionalizar os recursos e controlar os custos necessários para o controlo da dor.

No internamento de cirurgia o tipo de dor mais comum é a dor pós cirúrgica. Esta pode ser considerada pela International Association for the Study of Pain (IASP, 2010) como um conjunto de diversas experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis, associada a respostas autonómicas, endócrino-metabólicas, fisiológicas e comportamentais. De acordo com a IASP mais de 80% dos doentes submetidos a cirurgia

relatam dor no pós-operatório, verificando-se um melhor controlo após a alta hospitalar. Também divulga que menos de metade dos doentes com dor pós-operatória referem ter uma diminuição da mesma, de forma adequada (IASP, 2010). As consequências da dor pós-cirúrgica mal controlada, a curto prazo, passam pela criação de um sofrimento desnecessário, pelo aumento do risco de morbilidade e mortalidade pós-operatória e pelo aumento dos tempos de internamento, bem como dos custos associados ao mesmo. A longo prazo, a dor aguda cirúrgica é seguida de dor crónica em 10-50% dos doentes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos comuns, sendo que 2-10% destes doentes podem manifestar dor crónica severa (IASP, 2011). Esta Associação Internacional recomenda que a dor aguda no período pós-operatório e as respostas ao tratamento analgésico devem ser correctamente documentadas. O tratamento analgésico tem de ser adaptado ao procedimento cirúrgico e a dor deve ser controlada o melhor possível no período pré-operatório, para que se possa prevenir a dor crónica. Os profissionais de saúde envolvidos no perioperatório também devem estar sensibilizados para colaborar na prevenção e no tratamento da dor pós-operatória, com o objetivo de melhorar o resultado clínico (IASP, 2010).

Está preconizado que a avaliação da dor efetuada pelos enfermeiros, no internamento cirúrgico da unidade hospitalar em estudo, seja feita, pelo menos, de oito em oito horas. Existem sete escalas de monitorização da dor disponíveis no aplicativo informático SClinico: a escala FPS-R – Faces Pain Scale – Revised, a escala Escala de faces de Wong-Baker, a escala EVA – Escala Visual Analógica, a escala EN – Escala Numérica, a escala FLACC-R – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised, a escala «Escala Qualitativa e a escala Escala Doloplus.

A Escala de Faces pode ter duas representações: a escala FPS-R – Faces Pain Scale – Revised e a Escala de faces de Wong-Baker. Em cada uma delas é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada. À expressão de felicidade da Escala de faces de Wong-Baker ou à expressão neutra da FPS-R – Faces Pain Scale – Revised) corresponde a classificação “Sem dor”. À expressão máxima de tristeza, em ambas as escalas, corresponde à classificação “Dor Máxima” (DGS, 2003; Oliveira, Batalha, Fernandes, Gonçalves, & Viegas, 2014).

A escala EVA – Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimentos, que tem assinalada numa extremidade a classificação “Sem dor” e, na outra, a classificação “Dor Máxima”. O doente deverá assinalar com uma

cruz, ou um traço perpendicular à linha, o ponto que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente, com uma régua, deve ser medida a distância entre o início da linha e o local assinalado pelo doente, obtendo-se uma classificação numérica da dor (DGS, 2003).

A escala EN – Escala Numérica consiste numa régua que está dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode ser apresentada na horizontal ou na vertical ao doente. O doente, nessa régua, deve fazer a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”. A classificação numérica atribuída pelo doente deverá ser a registada pelo enfermeiro (DGS, 2003).

A escala FLACC-R – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised deve ser utilizada em crianças com multideficiência e avalia a dor através da expressão da face, do comportamento das pernas, da atividade da criança, a presença e intensidade do choro e o grau de consolabilidade (DGS, 2010a).

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os adjetivos seguintes: “Sem Dor”; “Dor Ligeira”; “Dor Moderada”; “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”. Serão estes adjetivos atribuídos pelo doente que devem ser registados (DGS, 2003).

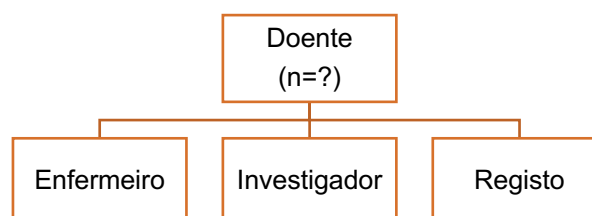
A Escala Doloplus pretende efetuar uma avaliação comportamental da dor na pessoa idosa, nomeadamente quais as suas repercussões a nível somático, psicomotor e psicossocial. A nível somático avalia as queixas somáticas, as posições antálgicas em repouso, a proteção de zonas dolorosas, a expressão facial e o sono. A nível psicomotor avaliar a capacidade para a higiene e/ou o vestir e a capacidade para o movimento. A nível psicossocial avalia a comunicação, a vida social e as alterações do comportamento (DGS, 2010b). Nesta Escala não é necessário obter uma resposta para todos os itens que a compõem (por exemplo, perante um doente desconhecido, no qual ainda não se possuem todos os dados no plano psicossocial). Do mesmo modo, em caso da presença de coma, a cotação será baseada essencialmente nos itens somáticos (DGS, 2010b).

Para além da monitorização da dor através das escalas apresentadas, os enfermeiros ainda têm a possibilidade de descrever o tipo de dor que os doentes referem, através da intervenção “Vigiar tipo de dor”. As possibilidades são: “Com dor em aperto”; “Com dor em barra”; “Com dor em moedeira”; “Com dor em pontada”; “Com dor lancinante”; “Com dor tipo cólica”; se “Agrava com o posicionamento”; se “Agrava com a deambulação”; se “Não agrava com o posicionamento”; se “Não agrava com a deambulação” e “Sem dor”. Também

podem “Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”; “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” e “Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. Posteriormente, formulam os diagnósticos de enfermagem correspondentes e planeiam as intervenções mais adequadas de acordo com a avaliação da dor efetuada.

Para a colheita de dados da avaliação da dor como IS-SCE, foi construído um instrumento (questionário) baseado no aplicativo informático SClínico. Este instrumento é composto por uma primeira parte onde fazer é feita uma breve caracterização do doente a quem irá ser avaliada a dor. Na segunda parte é feita a avaliação da dor, através das atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções mais adequadas. O instrumento é preenchido em triplicado face a cada doente selecionado aleatoriamente pelo enfermeiro, de entre o conjunto de doentes para o turno. Assim, é preenchido pelo enfermeiro responsável pelo doente. Posteriormente o investigador faz a avaliação dando origem a preenchimento de novo questionário. Segue-se um terceiro preenchimento do instrumento de colheita de dados, com base nos registos efetuados pelo enfermeiro durante o turno face ao doente em questão (figura 7).

Figura 7 – Metodologia para a colheita de dados do IS-SCE



Para além dos IS-SCE já mencionados, da reunião com os investigadores do projeto SafeCare e da análise de estudos publicados, (Cruz, 2012; Hyrkäs, 2005; Correia M. M., 2016; Foster, 2015; Garrido A. F., 2004; Holmberg, Caro, & Sobis, 2017; Hurley & Stansfield, 2012; Hyrkäs, , 2005; Jiang, Lambert, J., & J., 2018; Kelly, Runge, & Spencer, 2015; Leggat, Bartram, Casimir, & Stanton, 2010; Lu, Ruan, Xing, & Hu, 2015; McGilton, Chu, Shaw, Wong, & Ploeg, 2016; Serrat, 2017) percebe-se que a Competência Emocional dos enfermeiros e a sua Satisfação Profissional seriam IS-SCE importantes porque

poderiam constituir contributos válidos para a criação de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

2.4.1.3 IS-SCE – COMPETÊNCIA EMOCIONAL DOS ENFERMEIROS

A Competência Emocional é um conceito que surge no ano de 1990, por Salovey e Mayer, como sendo: *“a set of skills pertaining to the accurate appraisal and expression of emotion in oneself and others, the use of emotions, and the effective regulation of emotion in self and others”* (Salovey, Brackett & Mayer, 2004). Foi posteriormente difundido por Goleman, em 1995, através do seu livro “Emotional Intelligence”, e continuou a ser estudada por outros autores como por exemplo, Salovey & Mayer (1997), Mayer, Salovey e Caruso (2000) e Veiga (2004). De acordo com Goleman (2010), Salovey redefiniu as inteligências pessoais de Gardner na sua definição básica de inteligência emocional, e distribuiu essas capacidades por cinco domínios principais:

*“1. Conhecer as nossas próprias emoções. A **autoconsciência** – o reconhecer um sentimento enquanto ele está a acontecer – é a pedra base da inteligência emocional. (...) A incapacidade de reconhecer as nossas próprias sensações deixa-nos à mercê delas. As pessoas que têm uma certeza maior a respeito dos seus sentimentos governam melhor as suas vidas, tendo uma noção mais segura daquilo que realmente sentem a respeito das decisões que são obrigadas a tomar.*

*2. **Gerir as emoções.** Lidar com as sensações de modo apropriado é uma capacidade que nasce do autoconhecimento. (...) As pessoas a quem falta esta capacidade estão constantemente em luta com sensações de angústia, enquanto aquelas que a possuem em alto grau recuperam muito mais depressa dos tombos que a vida nos obriga a dar.*

*3. **Motivarmo-nos a nós mesmos.** (...) Mobilizar as emoções ao serviço de um objetivo é essencial para concentrar a atenção, para a automotivação, para a competência e para a criatividade. O autocontrolo emocional (...) está subjacente a todo o tipo de realizações. (...) As pessoas que possuem esta aptidão tendem a ser mais altamente produtivas e eficazes em tudo o que fazem.*

*4. **Reconhecer as emoções dos outros.** A empatia, outra capacidade que nasce da autoconsciência, é a mais fundamental das «aptidões pessoais». As pessoas empáticas são mais sensíveis aos subtis sinais sociais que indicam aquilo que os outros necessitam ou desejam. Isto torna-as particularmente aptas*

em profissões que envolvam a prestação de cuidados, o ensino, as vendas e a gestão.

5. Gerir Relacionamentos. *A arte de nos relacionarmos é, em grande medida, a aptidão para gerir as emoções dos outros. (...) São estas capacidades que estão na base da popularidade, da liderança, e da eficácia interpessoal. As pessoas que possuem bem desenvolvida esta capacidade saem-se bem em tudo o que tenha a ver com interação com terceiros; são estrelas sociais.”*

(Goleman, 2010, pp. 63,64)

Os domínios apresentados podem estar presentes em diferentes capacidades de pessoa para pessoa. Ou seja, alguns podem, por exemplo, ser hábeis em controlar a sua ansiedade, mas incapazes de acalmar as perturbações de terceiros. O mais importante é que estas capacidades podem ser aprendidas e desenvolvidas nos profissionais (Goleman, 2010; Vilela, 2006; Cruz, 2012).

Na profissão de enfermagem, torna-se importante desenvolver estudos no âmbito das Capacidades da Inteligência Emocional (Vilela, 2006; Cruz, 2012), ou, com mais rigor, da Competência Emocional. De acordo com Veiga, a competência emocional “diz respeito ao visível, ao observável, ao mensurável em comportamentos e atitudes, com visibilidade expressa e sensível pelo próprio e por outros em seu redor” (Lopes, 2013, p.25).

A SC poderá ser uma forma de potenciarmos e de estudarmos a competência emocional dos enfermeiros, uma vez que estes prestam cuidados a pessoas fragilizadas, física e emocionalmente e em situação, muitas das vezes, de dependência de terceiros para satisfação das suas necessidades básica (Lopes, 2013). O treino da competência emocional é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho (Vilela, 2006), facto que pode otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros.

A relação da implementação de um modelo de SC com o desenvolvimento da competência emocional nos enfermeiros carece de investigação. Por isso, na fase de diagnóstico de situação (etapa1), é avaliada a competência emocional dos enfermeiros através do uso da escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada para a população destes profissionais por Vilela (2006), a partir da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional, VBCIE, atualmente designada de Escala Veiga de Competência Emocional (EVCE).

O instrumento adaptado e validado por Vilela (2006) é composto por duas partes: na primeira, são efetuadas questões no sentido de caracterizar a amostra; na segunda o autor

pretende conhecer a “percepção pessoal de cada enfermeiro relativamente ao seu nível de destrezas em cada uma das capacidades da Inteligência Emocional” (p. 66). Estas capacidades são: Autoconsciência, Gestão de Emoções, Automotivação, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos. A cada uma destas capacidades correspondem afirmações/expressões, organizadas em cinco grupos de acordo com a capacidade a ser avaliada, num total de 84. Essas afirmações/expressões correspondem a situações hipotéticas, com o objetivo de induzir o sujeito respondente a identificar-se com elas. Face a cada situação corresponde um ou mais conjuntos de expressões e a cada uma delas corresponde uma escala de frequência temporal, cujo objetivo será identificar a frequência com que as atitudes ou comportamentos expressos são vivenciados pelos respondentes. Cada expressão é respondida através de uma escala de tipo Likert de 1-7, sendo que os valores podem assumir: 1 - nunca; 2 - raramente; 3 - pouco frequente; 4 - por norma; 5 - frequente; 6 - muito frequente; e 7 - sempre. Os inquiridos ainda têm a possibilidade de responder de forma aberta, em cada conjunto de expressões, no item “outra”.

2.4.1.4 IS-SCE – SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação profissional foi outro dos IS-SCE avaliado neste estudo. Pode ser definida como o grau em que um colaborador gosta do seu exercício profissional (Jiang, Lambert, Liu & Zhang, 2018). Temesgen, Aychew e Leshargie (2018) afirmam que a satisfação no trabalho pode ser encarada como a resposta emocional do trabalhador a diferentes fatores que são obtidos pelo seu desempenho, tais como: prazer, conforto, confiança, recompensas, crescimento pessoal e surgimento de oportunidades positivas (como mobilidade ascendente, reconhecimento e processos de avaliação realizados de acordo com um padrão de mérito, relacionando-o com compensações monetárias).

A satisfação no trabalho tem efeitos significativos nos resultados das organizações de saúde, como na qualidade do atendimento ao cliente de cuidados (Boamah, Read & Laschinger, 2017), no desempenho no trabalho, no comprometimento organizacional, na diminuição do *burnout* e do *turnover* (Jiang et al., 2018).

A Lei de Bases da Saúde portuguesa, Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, considera que o nível da satisfação dos profissionais de saúde é um dos quatro critérios para a avaliação do Serviço Nacional de Saúde, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. Por isso, de acordo com a OE, as organizações de saúde devem estar atentas à satisfação dos

profissionais de enfermagem, de forma a que estes possam estar mais empenhados e, assim, possam prestar cuidados com mais qualidade (OE, 2001).

Os estudos realizados sobre a satisfação no trabalho de enfermeiros demonstraram que as variáveis ambientais possuem relação mais forte com a satisfação no trabalho: por exemplo, ambientes de trabalho precários, relacionados com níveis inadequados de pessoal, diminuem a satisfação no trabalho e a qualidade do atendimento prestado em ambiente hospitalar (Lu, Ruan, Xing & Hu, 2015). Correia (2016), num estudo realizado em Portugal com 162 enfermeiros, a maioria do género feminino que desempenhavam funções em horário rotativo, concluiu que 48,8% apresentavam insatisfação no trabalho. As dimensões mais importantes da insatisfação profissional foram o salário (96,9%), o excesso de trabalho (89,5%), a progressão na carreira (84,0%) e o reconhecimento (71,0%).

Um estudo com 144 enfermeiros franceses, realizado por Gillet e colaboradores (2018), revelou que a satisfação no trabalho está positivamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados. Através do seu trabalho, propõem algumas sugestões práticas para melhorar a satisfação profissional dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados. Uma das sugestões é promover ambientes de trabalho onde existe suporte aos profissionais incentivando-se, desta forma, a práticas de SC (Gillet, et al., 2018). Existem, inclusivé, estudos que demonstram que a SC aumenta a satisfação no trabalho (Gonge & Buus, 2011; McGilton et al., 2016), e que níveis mais altos de satisfação profissional conduzem a uma melhor qualidade de atendimento ao cliente (Leggat et al., 2010).

Pelo exposto, consideramos que a avaliação do IS-SCE satisfação profissional, faz sentido aquando da implementação do Modelo SafeCare. Para avaliar este indicador utilizou-se um instrumento de colheita de dados já familiar aos enfermeiros da unidade hospitalar onde foi efetuado o estudo. O instrumento encontra-se disponível num documento da instituição e denomina-se Avaliação da Satisfação dos Profissionais (ASP). Esse documento pretende avaliar quatro níveis de satisfação: a satisfação com o superior hierárquico (no nosso estudo, com o enfermeiro-chefe ou enfermeiro responsável de serviço), a satisfação com as relações profissionais, a satisfação com a qualidade do trabalho e a satisfação com o investimento na melhoria contínua da qualidade. Este instrumento contempla uma Escala do tipo Likert de 5 pontos (1 - mau; 2 - regular; 3 - bom; 4 - muito bom; 5 - excelente), sendo que perante as afirmações disponibilizadas, cada profissional deve escolher uma opção.

A avaliação dos IS-SCE satisfação profissional e competência emocional foi efetuada, como já foi referido, através de instrumentos já validados previamente pelos autores dos mesmos. Procedemos à avaliação destes IS-SCE em dois momentos da implementação do Modelo SafeCare: etapa 1 e etapa 4. De modo analisar as alterações entre as duas etapas, houve necessidade de criar um sistema de emparelhamento dos questionários sem comprometer os princípios éticos previstos para este tipo de estudo, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas. Assim, a estratégia adotada passou por pedir a cada participante para gerar um código composto por quatro algarismos que colocasse nos questionários que iria preencher nas duas etapas do desenvolvimento do estudo. A cada enfermeiro foram fornecidos dois envelopes com os dois questionários a serem entregues nas etapas 1 e 4, aquando da explicação dos objetivos do estudo e da obtenção do consentimento informado para os mesmos. Foi-lhes explicado que deveriam preencher apenas um questionário na primeira etapa do estudo, e que deveriam guardar o outro questionário num local seguro, onde não o perdessem (por exemplo, o cacifo). O questionário guardado deveria ser preenchido apenas no final da implementação do Modelo (etapa 4), aquando da instrução do investigador para tal.

Ainda na primeira fase procedeu-se a outras atividades que seriam importantes para o desenrolar de todo o processo. Assim, de acordo com a análise de algumas publicações sobre a definição do supervisor clínico e quais as competências que este deve assumir (Olds & Hawkins, 2014; Haines & Dring, 2014; Freeman, 2005; Fitzpatrick, Smith & Wilding, 2015; Health Education and Training Institute, 2012), bem como nas orientações produzidas pela OE (2010), no Caderno Temático “Modelo de Desenvolvimento Profissional - Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências”, foi construído um corpo de orientações para a seleção dos supervisores clínicos. Estas orientações foram apresentadas e discutidas com as enfermeiras com funções de gestão até ficarem definidos os critérios para a seleção dos supervisores clínicos. De acordo com (Carvalho & Barroso, 2019. p.16), 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, da profissão de enfermagem e da SC, com competência efetiva e demonstrada no exercício profissional diário”. Deve, ainda, desenvolver uma prática profissional, ética e legal de acordo com as normas e os princípios ético-deontológicos da profissão.

Seguidamente, apresentam-se os critérios que foram definidos para a escolha dos supervisores clínicos (tabela 2). Estes não seguem uma ordem específica, em caso de

igualdade coube ao enfermeiro chefe, pela sua experiência e conhecimento da equipa, decidir qual o profissional com as competências mais adequadas para desempenhar a função.

Tabela 2 – Critérios para a seleção do supervisor clínico

CRITÉRIOS	Ser Enfermeiro com Experiência Profissional no contexto de prestação de cuidados ≥ 5 anos;	
	Demonstrar interesse e disponibilidade para o desempenho do papel;	
	Demonstrar envolvimento na Profissão	Participação em organizações, associações profissionais; Formação Contínua; Projetos e Grupos de Trabalho; Publicações/Artigos; Comunicações.
	Demonstrar competências de pensamento crítico;	
	Demonstrar competências de relação interpessoal;	
	Ser capaz de estabelecer relações de confiança	Alguém em quem se pode confiar, sem medo nem receio de pedir ajuda.
	Ser reconhecido pelos pares	
	Ser ponderado e assertivo	
	Ter formação/certificação de competências de domínio da SC;	
	Ter experiência em processos formativos	Estudantes de enfermagem nos diferentes ciclos de formação; integração de novos profissionais.

2.4.2. ETAPA 2 – Identificação das necessidades em supervisão clínica

Na segunda etapa do estudo foram identificadas as necessidades em SCE das equipas. Para isso, realizaram-se reuniões com os investigadores do projeto, a Enfermeira Diretora, a Enfermeira Supervisora, as Enfermeiras-chefes e os enfermeiros das diferentes equipas. Nessas reuniões foi explicado em que consistia o projeto, quais os critérios para a seleção dos supervisores clínicos e esclarecidas as dúvidas inerentes à implementação do Modelo SafeCare. Também foram identificadas as áreas que os enfermeiros gostariam de trabalhar e/ou ver trabalhadas durante as reuniões de supervisão, e que os enfermeiros consideravam que poderiam contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional (Figura 8).

Figura 8 – Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica (Etapa 2)



Para a recolha da informação necessária utilizou-se como metodologia as notas de campo. Estas podem ser consideradas uma forma de observação não estruturada que é uma técnica de recolha de dados muito utilizada em investigação em ciências sociais e humanas (Coutinho, 2014).

Optou-se por uma observação não estruturada porque, tal como afirma Bell (2008), neste tipo de técnica embora os investigadores possam ter uma ideia clara do propósito da observação, podem não ter tanta clareza sobre os detalhes.

O envolvimento do observador varia no seu grau de participação na situação social em análise: participante pleno, participante observador, observador participante e simples

observador (Denzin, 1989 & Patton, 2002, cit. por Coutinho, 2014). De acordo com Coutinho (2014), temos numa extremidade o observador que é membro do grupo que estuda e na outra extremidade o observador que é um elemento externo ao grupo, não se envolvendo nem interagindo com os participantes.

Assumiu-se que se realizou uma observação participante plena uma vez que se fez parte e se conhecia bem o grupo em estudo. Apesar de saber que este tipo de recolha de dados é evasivo, tal como afirmam Gerhardt e Silveira (2009), era intenção “mergulhar na vida de uma comunidade, de um serviço, de um grupo social, etc. Porque estar no ambiente é uma condição necessária para aceder a fontes de informação importantes e diversas, em campos aparentemente distantes do problema estudado, mas que permitem conhecer o fenómeno em toda a sua extensão” (Gerhardt & Silveira, 2009, p.101).

Esta fase complementou a anterior, uma vez deu início ao papel ativo dos enfermeiros do contexto, na implementação do Modelo SafeCare. De acordo com Carvalho e Barroso (2019) esta etapa é fundamental para o “quebra-gelo”, assim como permite a adaptação do Modelo SafeCare ao contexto, possibilitando a construção de um sentimento de pertença.

2.4.3. ETAPA 3 – Implementação do Modelo SafeCare

A terceira etapa do estudo correspondeu à implementação do Modelo SafeCare, e teve a duração de aproximadamente um ano. A implementação do Modelo SafeCare ao contexto onde este se desenvolveu tentou responder às necessidades individuais dos enfermeiros e também proporcionar momentos de reflexão e aprendizagem (individual e em grupo) de forma a potenciar a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Foi neste período que foram selecionados os supervisores clínicos e constituídas as equipas de supervisão. Importa referir que após a divulgação dos supervisores clínicos às equipas, as enfermeiras gestoras dos contextos organizaram as equipas de SC. Estas, por conhecerem bem os profissionais, nomeadamente as suas necessidades, características e capacidades, bem como dos supervisores clínicos, fizeram a constituição das equipas. Após esta distribuição, houve uma primeira reunião para efetuar o planeamento e o agendamento das reuniões/sessões de supervisão clínica. Estas realizaram-se mensalmente e tiveram a duração de aproximadamente 90 minutos, tal como a literatura preconiza (Sloan G., 2005; Brunero & Lamont, 2012; Gonge & Buus, 2011) e como ficou acordado com o departamento de gestão da unidade hospitalar.

Durante as sessões de supervisão foi efetuada formação em SCE de acordo com as necessidades manifestadas pelas equipas de supervisão e, foram também organizadas formações sobre os IS-SCE identificados. Nessas sessões foram desenvolvidas estratégias individuais e/ou em grupo para melhorar/desenvolver a competência emocional dos enfermeiros, foram planeadas estratégias individuais e/ou em grupo para melhorar a satisfação profissional dos enfermeiros, e foram ainda realizadas e planeadas outras atividades individuais e/ou em grupo, consideradas pertinentes pelas equipas de supervisão. Durante todo este percurso foram feitas reuniões periódicas de acompanhamento com a equipa de investigadores do projeto SafeCare.

Em cada sessão de supervisão foram efetuadas notas de campo onde foram registados os objetivos previamente estabelecidos com o supervisor clínico face às necessidades apresentadas por cada equipa. As notas também continham a estratégia utilizada, as discussões efetuadas e as conclusões da equipa. Durante as sessões de supervisão, assumiu-se sempre uma postura de vinculação efetiva de modo a manter a observação participante, de acordo com os pressupostos de Spradley (2016)

2.4.4. ETAPA 4 – Avaliação do Modelo SafeCare

Na última e quarta etapa, avaliação do Modelo SafeCare, procedeu-se à avaliação de todo o processo desenvolvido. Nesta etapa usou-se um método misto com um tipo de desenho convergente concomitante, uma vez que foi efetuada a recolha e a análise de dados de forma independente, para posteriormente, comparar e combinar os resultados (Creswell & Clark, 2013). Para a abordagem quantitativa, usou-se um delineamento descritivo longitudinal, para a abordagem qualitativa usou-se uma metodologia do tipo exploratório, com carácter descritivo. Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados em separado, e integrados por uma interpretação geral, de modo a identificar convergências e/ou diferenças (Creswell & Clark, 2013).

A combinação destes dois métodos de investigação permitiu avaliar a implementação do Modelo SafeCare e o seu impacto na qualidade dos cuidados, nomeadamente pela identificação da evolução dos IS-SCE (dados quantitativos), pela identificação das alterações na qualidade dos cuidados e pelos contributos no contexto onde foi implementado. Para estes dois últimos aspetos, para além das alterações nos IS-SCE, contribuiu a perceção dos atores (dados qualitativos) envolvidos na implementação do

Modelo (enfermeiros supervisionados, enfermeiros supervisores e enfermeiros com funções de gestão).

A colheita dos dados qualitativos decorreu durante as apresentações públicas dos diferentes profissionais envolvidos no projeto (supervisados, supervisores clínicos e enfermeiros com funções de gestão) num congresso internacional de supervisão clínica que decorreu em Portugal, em 2018. Para estas apresentações foi pedido a cada enfermeiro que recolhesse as opiniões de todos os elementos da equipa acerca dos contributos da implementação do Modelo SafeCare. O congresso foi gravado e as apresentações foram transcritas. Os dados recolhidos foram tratados através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Através desta metodologia, pretende-se conhecer, compreender e explorar realidades subjetivas, que resultam de interpretações da vida social. A metodologia de análise qualitativa permitiu compreender o estudo mais em profundidade do que em extensão.

Como o material decorrente da análise das apresentações públicas não era extenso, optou-se por utilizar o software Microsoft Excel®. Do ponto de vista metodológico na análise de conteúdo, assumiu-se as conceções defendidas por Bardin (2016), em que pode ser aplicada a discursos muito diversificados, e que permite não só o cálculo de frequências para a obtenção de dados codificados, como a extração de estruturas que podem ser traduzidas em modelos. Segundo a autora consiste numa hermenêutica controlada, baseada na dedução, que se denomina de inferência. Também se assumiu, tal como Bardin (2016), que esta técnica oscila entre o rigor da objetividade e a possível abundância de subjetividade. Para se reduzir a subjetividade inerente ao processo, limitou-se a análise ao conteúdo manifesto, ou seja, aquilo que foi dito explicitamente pelos sujeitos e deixou-se de parte o conteúdo latente, ou seja, o que esteve implícito nos discursos mas não foi dito. Assumiu-se, tal como Landry (2003), que o conteúdo explícito abrange a totalidade da significação e que esse seria o único material de análise.

A nível de categorização do discurso produzido pelos sujeitos, optou-se por um processo do tipo estruturalista, já que primeiro foram isolados os elementos – inventário, e só depois foram classificados. O processo de categorização consiste na classificação dos vários elementos que compõe um conjunto discursivo, por diferenciação e, em seguida, reagrupam-se, de acordo com critérios previamente estabelecidos, por analogia (Bardin, 2016). O percurso de categorização caracterizou-se por leituras verticais e horizontais das apresentações públicas, do qual resultou a necessidade de elaborar uma matriz provisória, até chegar à versão final. Nessa, categorização as diversas unidades de análise foram

classificadas em diferentes categorias temáticas: A análise de conteúdo efetuada foi do tipo temático-categorial, já que foi interesse perceber as representações sociais dos enfermeiros a partir da análise dos elementos que constituíram o seu discurso (Quivy & Campenhoudt, 2008). Tentou-se, também, garantir a qualidade aquando da criação das categorias, cumprindo os pressupostos de Bardin (2016): exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade no sentido de cumprir o requisito anterior, pertinência face à investigação, objetividade, fidelidade e produtividade.

De modo a perceber as alterações a nível dos IS-SCE, nomeadamente, a avaliação do risco de queda e da dor, seguiu-se o mesmo *modus operandi* da etapa 1 (Diagnóstico de Situação). Para a avaliação do risco de queda, tivemos necessidade de construir um novo instrumento de recolha de dados, uma vez que o utilizado por Silva (2015) não estava adaptado à versão em uso do SClínico. As partes que compõem o instrumento de colheita de dados são idênticas às do instrumento da etapa 1, diferindo apenas na linguagem uma vez que esta sofreu alterações no SClínico. O instrumento, tal como na etapa 1, foi preenchido em triplicado para o mesmo doente pelo enfermeiro, pelo investigador e através da consulta dos registos efetuados.

Os IS-SCE satisfação profissional e competência emocional dos enfermeiros, foram avaliados através da utilização dos mesmos questionários da etapa 1. Foi pedido aos enfermeiros que devolvessem, em envelope fechado, os questionários que tinham em seu poder desde a primeira etapa, lembrando a importância do código de quatro números. Foi, também, dada a possibilidade de poderem colocar numa caixa que se encontrava no gabinete da enfermeira chefe, após o seu preenchimento. Praticamente todos os enfermeiros devolveram o questionário devidamente preenchido.

2.5 – Considerações Éticas

Neste estudo esteve sempre presente o respeito pelos princípios éticos relativos à investigação. Assim, relativamente à instituição onde se desenvolveu a investigação foram solicitadas as autorizações quer à Comissão de Ética da unidade hospitalar (autorização nº 42/2016), bem como a todos os participantes no estudo (Anexo 1).

No que diz respeito aos instrumentos de recolha de dados, designadamente à utilização da escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada por Vilela (2006), também foram solicitadas e obtidas as respetivas autorizações.

No caso específico do instrumento Avaliação da Satisfação dos Profissionais, também foi solicitada e obtida a autorização da Instituição para o seu uso (autorização n.º 122/2015).

Durante todos os momentos da investigação foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos intervenientes, bem como o carácter voluntário da participação na investigação. Assim, um dos cuidados foi que em nenhum dos instrumentos fosse possível identificar a pessoa ou as pessoas envolvidas. De modo a obter o emparelhamento da amostra foi solicitado que cada participante gerasse um código que só o próprio pudesse identificar.

Durante todo o processo deixou-se claro que a não participação não acarretaria prejuízo para o enfermeiro, garantindo assim, a liberdade de escolha na participação do estudo.

3 – O Modelo SafeCare

Neste capítulo apresentam-se os resultados da implementação do Modelo SafeCare, tendo como roteiro a evolução dos IS-SCE e os contributos percebidos como promotores da qualidade dos cuidados.

Teve-se como premissa responder aos objetivos propostos para este estudo e, como tal, o capítulo inicia-se com o “Ponto de partida - As Reuniões de Supervisão Clínica do Modelo SafeCare”. Seguidamente, são apresentadas as “Sessões de formação decorrentes do Modelo SafeCare” e a evolução dos IS-SCE identificados para acompanhar a implementação do Modelo SafeCare (Risco de Queda, Dor, Competência Emocional e Satisfação Profissional dos enfermeiros). Finaliza-se com o impacto do Modelo SafeCare sob a perspetiva dos intervenientes nomeadamente das enfermeiras-chefes, dos enfermeiros supervisores clínicos e dos enfermeiros supervisionados.

3.1 – Ponto de partida – As Reuniões de Supervisão Clínica do Modelo SafeCare

O ponto de partida para a implementação do Modelo SafeCare englobou as duas primeiras etapas do modelo (o diagnóstico de situação e a identificação das necessidades em SC). Estas etapas permitiram identificar os IS-SCE e a forma como estes iam ser operacionalizados, de maneira a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação do Modelo SafeCare. Como já foi referido, cada um dos IS-SCE sofreu dois processos avaliativos enquadrados nas etapas 1 e 4 do modelo. Os resultados identificados relativos a cada uma dessas etapas são apresentados nos capítulos seguintes.

Para a identificação das necessidades em SC foram realizadas três reuniões de trabalho na unidade hospitalar em estudo, para que todos os elementos afetos ao Modelo SafeCare pudessem ter um primeiro contacto com o mesmo. Nessas reuniões foi explicado em que consistia o projeto, quais os critérios para a seleção dos supervisores clínicos e esclarecidas as dúvidas inerentes à implementação do Modelo. Foi, também, pedido que os enfermeiros identificassem algumas áreas que gostariam de trabalhar ou ver trabalhadas durante as reuniões de SC de forma a que as mesmas pudessem contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

As áreas que foram identificadas como necessárias a serem desenvolvidas na primeira reunião, para além dos IS-SCE já identificados, foram: **Supervisão Clínica, Comunicação Interpessoal e Prática Baseada na Evidência.**

Ultrapassadas as etapas 1 e 2, seguiu-se a implementação do Modelo SafeCare. Este processo foi iniciado e terminado por 47 enfermeiros (Tabela 4). Iniciaram o projeto 56 enfermeiros, contudo, devido a fenómenos de *turnover*, doença, licenças de maternidade/paternidade e/ou impossibilidade de emparelhamento dos questionários, a amostra ficou reduzida a 47.

Maioritariamente os enfermeiros que participaram no estudo foram do género feminino (80.9%), a média de idade foi de 35.4 anos ($dp=6.9$ anos). O tempo médio de exercício na profissão foi de 12.0 anos ($dp=6.5$). Trinta e nove (83.0%) participantes eram enfermeiros generalistas e 8 (17.0%) eram enfermeiros especialistas. A maioria dos participantes possuía licenciatura ($n=32$, 68.1%), sendo que os restantes possuíam formação avançada como cursos de pós-licenciatura e/ou mestrado. Relativamente à situação jurídica, a

maioria tinha contrato de trabalho por tempo indeterminado ($n=35$, 74.5%) e o tempo médio de exercício de funções no serviço era de 7.9 anos ($dp=6.5$).

Os enfermeiros representavam três serviços distintos da unidade de saúde em estudo, e apenas 13 (27.7%) do total dos enfermeiros tinha formação em SC. Por sua vez, a maioria não tinha experiência anterior de supervisor nem experiência enquanto supervisionado.

Tabela 3 – Descrição da amostra em estudo.

	N	<i>n (%) ou média (dp)</i>
Género	47	
Feminino		38 (80.9)
Masculino		9 (19.1)
Idade (anos)	47	35.4 (6.9)
Tempo de exercício na profissão (anos)	47	12.0 (6.5)
Título profissional	47	
Enfermeiro		39 (83.0)
Enfermeiro especialista		8 (17.0)
Habilitações académicas	47	
Licenciatura		32 (68.1)
Pós-graduação		1 (2.1)
Especialidade		8 (17.0)
Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Especialidade + Mestrado		1 (2.1)
Licenciatura + Pós-graduação+ Especialidade		4 (8.5)
Situação jurídica de emprego	47	
CT Funções Públicas		4 (8.5)
CT por tempo indeterminado		35 (74.5)
CT a termo resolutivo certo		5 (10.6)
Outro		3 (6.4)
Tempo de exercício de funções no serviço (anos)	27	7.9 (6.5)
Local onde exerce funções	47	
Cirurgia 1		17 (36.2)
Cirurgia 2		15 (31.9)
Cirurgia 3		15 (31.9)
Formação em supervisão clínica	47	
Não		34 (72.3)
Sim		13 (27.7)
Experiência anterior supervisor	47	
Não		36 (76.6)
Supervisão de estudantes		10 (21.3)
Supervisão de estudantes e de pares		1 (2.1)
Experiência supervisionado	47	
Não		35 (74.5)
Durante o curso de licenciatura		7 (14.9)
Durante a especialidade		5 (10.6)

Antes das sessões de SC em grupo terem iniciado, foi divulgado pelas enfermeiras chefes dos serviços quem eram os enfermeiros selecionados para serem supervisores clínicos, de acordo com os critérios previamente definidos e já apresentados.

As equipas de SC foram constituídas pelas enfermeiras chefes em conformidade com as preferências dos enfermeiros, uma vez que eram estas que iriam organizar o horário dos profissionais de forma a estes poderem participar nas reuniões.

Foram constituídas oito equipas de SC e selecionados o mesmo número de supervisores clínicos. As primeiras reuniões tiveram início em setembro de 2016 com uma duração que variou entre os 90 e os 120 minutos. O intervalo entre reuniões foi de cerca de 4 a 6 semanas e o Modelo SafeCare foi implementado durante o período temporal de um ano, tal como sugere a literatura (tabela 4).

Tabela 4 – Revisão de literatura sobre a frequência e duração das sessões de SC

ESTUDO	FREQUÊNCIA DAS SESSÕES	DURAÇÃO DAS SESSÕES
Bailey et al. (2014)	Uma vez por mês	90 minutos
Bergdahl et al. (2011)	13 sessões com aproximadamente 5 semanas de intervalo entre elas	2 horas
Bowers & Bottiglien (2007)	Mensalmente	2 horas
Brunero & Lamont (2012)	Quizenal ou mensalmente	1 hora
Buus et al. (2013) Gonge & Buus (2015)	Três sessões: a primeira de três semanas, seguindo-se mais duas com interval de seis semanas.	Primeira sessão, três horas; as restantes com duração de 1 hora cada.
Chilvers & Ramsey (2009)	De dois em dois meses.	Seis sessões; duração da sessão não declarada.
Cross et al. (2010)	Todas as semanas.	15 sessões de uma hora, durante 6 meses.
Dawber (2013)	Modelo 1 = alternado entre sessões quinzenais e mensais.	Modelo 1= 45 minutos.
	Modelo 2 = Entre quinzenal e mensalmente, com base na necessidade percebida.	Modelo 2=1 hora
	Modelo 3 = quinzenal	Modelo 3= 1 hora
O'Connell et al. (2013)	Semanalmente	1 hora
White & Winstanley (2010)	Mensalmente	45-60 minutos

(Adaptado de Pollock et al., 2017)

Realizaram-se um total de 88 sessões de SC (tabela 5), sendo que nem todos os meses foi possível a realização das reuniões previstas. O facto principal prendeu-se com as limitações de recursos humanos, nomeadamente a carência de enfermeiros para a prestação de cuidados que afetou os serviços durante o período de implementação do Modelo SafeCare.

Salienta-se, contudo, que todos os grupos cumpriram 11 reuniões de SC e que a investigadora esteve presente em cerca de 85% dessas reuniões. Quando por motivos de força maior não conseguiu estar presente, os supervisores clínicos deram o *feedback* da reunião, partilhando toda a informação sobre a mesma. Durante as reuniões, ficou acordado que a investigadora estaria presente e tomaria as notas de campo que considerasse pertinentes, sem nunca colocar em questão os princípios da confidencialidade e do anonimato de cada um dos participantes.

Tabela 5 – Reuniões realizadas no âmbito da Implementação do Modelo SafeCare

GRUPO 1	5/9/2016; 10/10/2016; 9/11/2016; 12/12/2016; 9/1/2017; 6/2/2017; 13/3/2017; 10/4/2017; 30/6/2017; 4/9/2017; 9/11/2017
GRUPO 2	8/9/2016; 17/10/2016; 17/11/2016; 13/12/2016; 10/1/2017; 14/2/2017; 6/3/2017; 4/4/2017; 12/6/2017; 7/9/2017; 15/11/2017
GRUPO 3	12/9/2016; 26/10/2016; 28/11/2016; 20/12/2016; 26/1/2017; 13/2/2017; 15/3/2017; 3/4/2017; 21/6/2017; 11/9/2017; 22/11/2017
GRUPO 4	7/9/2016; 7/10/2016; 22/11/2016; 4/1/2017; 8/2/2017; 27/3/2017 11/5/2017; 14/6/2017; 17/7/2017; 28/9/2017; 9/11/2017
GRUPO 5	20/9/2016; 19/10/2016; 16/11/2016; 11/1/2017; 17/2/2017; 13/3/2017; 22/5/2017; 21/6/2017; 28/7/2017; 28/9/2017; 15/11/2017
GRUPO 6	14/10/2016; 15/11/2016; 20/1/2017; 3/2/2017; 10/3/2017; 24/5/2017; 19/6/2017; 7/7/2017; 28/9/2017; 23/10/2017; 22/11/2017
GRUPO 7	9/9/2016; 6/10/2016; 2/11/2016; 25/1/2017; 10/2/2017; 22/3/2017; 11/4/2017; 17/5/2017; 27/6/2017; 12/7/2017; 9/11/2017
GRUPO 8	13/9/2016; 13/10/2016; 24/11/2016; 23/1/2017; 1/2/2017; 7/3/2017; 26/4/2017; 17/5/2017; 26/6/2017; 7/8/2017; 22/11/2017.

Na primeira reunião, em todos os grupos, houve necessidade em voltar a apresentar o projeto e a esclarecer dúvidas. Os supervisores clínicos, de uma forma transversal a todos os grupos, também fizeram questão de explicar o seu papel nas reuniões futuras, qual a sua função no seio das equipas e desmistificaram a relação da SC com os processos avaliativos. Veicularam no seio das equipas a ideia de que:

“Eu sou um enfermeiro como um de vós... Estamos aqui todos para o mesmo, que é o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Vamos todos crescer em conjunto” (SC_G5)

Também, nas primeiras reuniões, houve necessidade dos supervisores clínicos procederem às técnicas do *brain storming* para identificarem as necessidades individuais dos enfermeiros e as que eles próprios identificavam enquanto membros da equipa. Assim, foram-se construindo temas e estratégias de trabalho. De uma forma sistematizada, apresentaram-se os temas de discussão e reflexão desenvolvidos nas reuniões de SC por

cada um dos grupos ao longo da implementação do Modelo SafeCare. Estes deram origem a um conjunto de orientações estratégicas e de trabalho no seio das respetivas equipas.

Grupo 1

- Manuseamento do Catéter Venoso Central com base no protocolo da DGS.
- Troca de sistemas de perfusão no Catéter Venoso Periférico.
- Gestão dos cuidados (preparação da medicação, cuidados de higiene...).
- Supervisão dos cuidados das assistentes operacionais.
- Utilização de filtros durante o internamento dos doentes com uso de ventilação não invasiva.
- Estratégias para melhorar a comunicação interdisciplinar.
- Estratégias para diminuir o ruído nas enfermarias, principalmente no turno da noite.
- Ensino sobre autovigilância da mama no pré-operatório.
- Estratégias para desenvolver conhecimento no doente sobre prevenção de quedas, úlceras de pressão e maceração.
- Ensinos sobre a diabetes ao doente/família.
- Elaboração de panfleto sobre Maceração.
- Elaboração de panfleto sobre prevenção de Úlcera de Pressão.

Grupo 2

- Reflexão sobre estratégias para melhorar a passagem de turno.
- Discussão de propostas para melhorar a distribuição da carga de trabalho pelos enfermeiros nos diferentes turnos.
- Reflexão sobre os horários da administração da medicação (incluindo soroterapia).
- Análise de situações práticas que podem condicionar o aumento do risco de queda.
- Discussão de estratégias para melhorar a comunicação da equipa.
- Análise de literatura e discussão sobre estilos de liderança.
- Apresentação e discussão da carreira de enfermagem (análise da legislação).
- Discussão sobre propostas didáticas nos ensinamentos a efetuar aos doentes (gastrectomizados, administração de Heparina de Baixo Peso Molecular).
- Construção de esquema e dispositivo orientador de administração de Heparina de Baixo Peso Molecular.

- Elaboração de um estudo para realização no serviço sobre uma situação problema – flebites.
- Elaboração de questionário sobre inserção de cateter venoso periférico com base numa revisão de literatura efetuada pelo grupo.
- Elaboração de procedimento para a manutenção do cateter venoso periférico no serviço.
- Análise e tratamento dos dados recolhidos no estudo realizado no serviço sobre cateteres venosos periféricos.

Grupo 3

- Trabalho em equipa.
- Elaboração de um protocolo sobre pancreatite aguda.
- Formação em serviço sobre pancreatite aguda.
- Reflexão sobre problemas de comunicação que afetam a equipa.
- Avaliação da dor e utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da mesma.
- Sigilo profissional e análise de situações em que o mesmo pode ser quebrado.
- Ensinos sobre prevenção de quedas e prevenção de maceração.
- Estratégias para melhorar a passagem de turno.
- Análise de comportamentos inadequados que podem afetar o trabalho em equipa.
- Análise dos procedimentos sobre Equipamentos de Proteção Individual.
- Análise dos procedimentos sobre *MRSA*.

Grupo 4

- Normalização dos registos, com base nas auditorias efetuadas.
- Formação em serviço sobre o “Metrotexato”.
- Elaboração, em conjunto com a farmácia, de procedimentos para melhorar o manuseamento do “Metrotexato”.
- Estratégias para melhor a gestão de situações de abortamento.
- Apresentação e análise do projeto “ARTEMIS”.
- Comunicação na equipa.
- Formação em serviço sobre medicação existente no carro de emergência.

Grupo 5

- Panfleto sobre produtos existentes no serviço para tratamento de feridas, nomeadamente indicações, princípios ativos, compatibilidades e incompatibilidades, tempos de atuação.
- Diretiva Antecipada de Vontade.
- Formação sobre Testamento Vital e comunicação de más notícias.
- Morte e estratégias para lidar com a mesma.
- Ingestão nutricional e estratégias para cumprir o protocolo.
- Documentação correta dos autocuidados.
- Reflexão sobre as melhores estratégias para o acompanhamento dos estudantes.
- Estratégias para diminuir o risco de queda e para efetuar ensinamentos sobre a sua prevenção.
- Demonstração prática da marcação de um estoma de um doente no pré-operatório.
- Análise dos cuidados às doentes submetidas a patologia mamária.
- Prevenção de situações de risco da prática clínica (agulhas fora dos contentores, nebulizações preparadas que não são colocadas, falta de limpeza das seringas de alimentação, falta de limpeza das mesas de cabeceira, medicação oral que fica por administrar...).

Grupo 6

- Doente confuso
- Otimização da passagem de turno (realização de um estudo no serviço para melhorar a mesma, com base na opinião de todos os enfermeiros)
- Distribuir de doentes no turno com base no grau de dependência
- Estratégias para diminuir o ruído nas enfermarias
- Estratégias para melhorar o odor na enfermaria
- Estratégias para melhorar a comunicação com as assistentes operacionais
- Elaboração de formulário sobre lesões músculo-esqueléticas no trabalho
- Elaboração de grelha de auditorias sobre lesões músculo-esqueléticas no trabalho
- Elaboração de um cartaz para melhorar o ambiente na preparação da medicação
- Estratégias para habilitar mais profissionais para a marcação de estomas
- Ensinos pré-operatórios em doentes ostomizados
- Tratamento de flebites

- Definição das intervenções pré-operatórias para incluir no *Walking-Clinic* no doente a quem vai ser confeccionado um estoma

Grupo 7

- Estratégias para melhorar a passagem de turno
- Distribuição de doentes no turno com base no grau de dependência
- Avaliação da dor (discute-se a construção de um diário para os doentes com capacidade para registarem a sua dor)
- Elaboração de um manual para o protocolo ERAS (*Enhance Recovery After Surgery*)
- Análise do material existente na *Walking Clinic* e elaboração de propostas de melhoria
- Elaboração de um guião para a realização de um vídeo sobre o percurso do doente cirúrgico
- Organização do Curso de Avaliação da dor

Grupo 8

- Comunicação intra e interdisciplinar
- Comunicação na equipa
- Formação em serviço sobre comunicação
- Estratégias para melhorar a gestão dos cuidados
- Elaboração de uma formação em serviço sobre carro de emergência
- Questões ético-legais sobre abortamentos
- Qualidade e satisfação dos doentes (revisão das normas existentes)
- Estratégias para melhorar e otimizar a passagem de turno (técnica ISBAR)

Durante as reuniões de SC, para que todo o processo supervisivo fosse eficaz, ou seja, para que fosse construído um ambiente propício à aprendizagem, moderado por um clima de suporte e de confiança, os supervisores clínicos adotaram estratégias de supervisão centradas no desenvolvimento das competências identificadas como sendo necessárias.

As estratégias de supervisão podem ser definidas como “um plano de ação pelo qual se escolhe, organiza e gere as atividades, com vista a atingir um objetivo” (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.100). As estratégias de supervisão utilizadas durante a implementação do Modelo SafeCare foram diversificadas. Com base na análise de conteúdo efetuada às notas de campo realizadas durante as sessões de SC e com base nos trabalhos realizados

por Simões, Alarcão e Costa (2008), Pinto (2013), e Pires, Santos, Pereira e Rocha (2016) contruímos uma grelha com as categorias e subcategorias presentes nos discursos, bem como as frequências absolutas das unidades de registo (Tabela 6).

Tabela 6 – Estratégias de Supervisão Clínica utilizadas durante as reuniões

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	INDICADOR	FREQUÊNCIAS ABSOLUTAS DAS UNIDADES DE REGISTO
FORMATIVAS	Formação em serviço	Apenas nos grupos de SC	25
		Nos serviços de cirurgia	48
	Formadores externos	Apenas nos grupos de SC	8
		Nos serviços de cirurgia	20
		Na Instituição	16
	Total da categoria		117
ANALISE CRÍTICO- REFLEXIVA	Análise de casos	Casos reais	64
		Casos ficcionados	28
	Análise de documentos	Pesquisa bibliográfica	61
		Procedimentos da Instituição	54
		Registos de Enfermagem	19
	Relatórios Reflexivos	Individuais	13
		Em grupo	43
	Total da categoria		282
	COMUNICACIONAIS	Comunicação interpessoal	Comunicação Intradisciplinar
Comunicação Interdisciplinar			16
Comunicação Terapêutica			31
Total da categoria			88
DEMONSTRAÇÃO		-----	Exemplificação de Técnicas
SUPORTE	-----	Apoio individual	46
		Apoio em grupo	57
	Total da categoria		133
FEEDBACK	-----		21
SUPERVISÃO À DISTÂNCIA	-----	Uso de Telemóvel	4
		Uso de e-mail	19
	Total da categoria		23

Da análise à tabela 5 verificou-se que a estratégia “Análise Crítico-Reflexiva” foi a mais utilizada durante as reuniões de SC, mais concretamente a “Análise de casos reais”, a “Análise de pesquisa bibliográfica” e dos “Procedimentos da Instituição”. Esta tendência vai ao encontro do estudo realizado por Pires, Santos, Pereira e Rocha (2016) para perceber quais as estratégias de SC que são mais valorizadas pelos enfermeiros. Os autores concluíram que a estratégia “Análise Crítico-Reflexiva” foi a melhor classificada pelos profissionais. Também a OE valoriza esta competência no “Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais”: o enfermeiro deve adotar “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados num aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2012, p.23). Também deve agir “de forma fundamentada, mobilizando e aplicando os conhecimentos e técnicas adequadas, procurando realizar as melhores práticas assentes em resultados de investigação e outras evidências” (OE, 2012, p.14).

As estratégias “Formativas” também foram muito utilizadas como estratégias de SC para dotar os profissionais de mais competências nas áreas identificadas. Desde logo, para as temáticas da Supervisão Clínica e da Prática Baseada na Evidência, planeou-se uma forma de, com formação, chegar ao maior número de pessoas. Para isso, foram organizadas duas jornadas gratuitas e abertas a toda a Instituição intituladas “Quintas de Enfermagem”.

As primeiras “Quintas de Enfermagem” realizaram-se no dia 15 de dezembro de 2016, e intitularam-se “Supervisão Clínica: novos desafios para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. Para esta formação sobre “Supervisão Clínica”, para além dos contributos teóricos da investigadora, foram convidadas duas palestrantes externas à unidade hospitalar, uma licenciada em Ciências da Educação, formadora em Supervisão Pedagógica de Professores e Mestre em Avaliação Institucional. O intuito era mostrar aos enfermeiros a experiência dos professores na prática da SC e desmistificar a associação dos conceitos de SC e avaliação. A outra convidada brindou os profissionais com a sua experiência na implementação do Modelo de Supervisão Clínica Contextualizado, que esteve na base da construção do Modelo SafeCare.

As segundas “Quintas de Enfermagem” realizaram-se a 28 de setembro de 2017 e intitularam-se “Prática Baseada na Evidência: aspetos práticos das pesquisas em bases de dados na área da saúde”. Nestas jornadas a investigadora deu o seu contributo no âmbito da Supervisão Clínica e Prática Baseada na Evidência. Seguiu-se a participação de mais dois convidados externos à Instituição um com licenciatura na área de história da arte

e mestrado na área de *Marketing*, e outro estudante de Doutorado em Ciências de Enfermagem e Mestre em Supervisão Clínica.

Ainda relativamente às estratégias de SC “Formativas”, muitas das formações em serviço foram dinamizadas pelos trabalhos desenvolvidos nos grupos de SC (por exemplo, “Formação sobre prevenção de lesões Músculo-esqueléticas no trabalho”; “Manuseamento do Cateter Venoso Central e Cateter Venoso Periférico”).

Durante esta etapa do Modelo SafeCare, os grupos contaram também com a colaboração de formadores externos, peritos nas áreas que se pretendiam desenvolver, como por exemplo, o “Encontro Co (mo) municar”. Também foi efetuada formação sobre a avaliação do risco de quedas através da apresentação do Manual de Utilização da Escala de Quedas de Morse e formação sobre a dor e a sua avaliação.

As estratégias de “Suporte” quer individual quer em grupo verificaram-se, também, nas reuniões de SC em grupo. O que se sabe é que para que o processo supervisivo seja eficaz é fundamental que a aprendizagem se construa num clima promotor de bem-estar, favorecedor de autoestima e de motivação para o supervisor e para os supervisados (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Em diversas reuniões os enfermeiros conseguiram expor os seus problemas e as suas fraquezas, permitindo que estes pudessem ser trabalhados e discutidos em equipa. Uma das supervisadas expôs publicamente no auditório da unidade de saúde, aquando das Jornadas sobre Prática Baseada na Evidência, que as sessões de SC lhe deram o apoio que durante as jornadas de trabalho não conseguia ter, por parte dos pares. O facto de partilhar os seus problemas, sentir que são comuns a outros colegas e poder, em conjunto, refletir sobre eles, ajudou-a a crescer enquanto profissional e enquanto pessoa.

Muitos foram os temas em que a estratégia de SC “Suporte” esteve presente. Destaca-se por exemplo as dificuldades e as estratégias para lidar com a morte por parte dos profissionais.

As estratégias de SC “Comunicacionais” foram também bastante utilizadas durante as reuniões. Foram desenvolvidas formações sobre esta temática e foram feitos exercícios práticos, em alguns grupos de SC, sobre formas e estratégias de comunicar. A comunicação intradisciplinar foi a mais trabalhada, uma vez que se pretendia com os processos de SC fomentar o espírito de grupo, de pertença e desenvolver o trabalho em equipa. Para isso foi preponderante desenvolver competências nestes domínios. A comunicação terapêutica foi igualmente potenciada uma vez que, por exemplo, foram

dinamizadas estratégias para melhorar os ensinamentos aos doentes sobre a prevenção do risco de queda, de maceração e do desenvolvimento de úlceras por pressão. A OE preconiza que os seus profissionais estabeleçam “relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” (OE, 2012, p.18).

As estratégias de SC menos utilizadas foram as de “Demonstração” e as de “Supervisão à Distância”. As primeiras pressupõem que se exemplifiquem técnicas. Uma vez que a média de anos dos profissionais incluídos no estudo ronda os doze anos, muitas das técnicas de enfermagem já se encontram bem consolidadas. Contudo, a título de exemplo, foi possível trabalhar a marcação de estomas com profissionais mais habilitados para o efeito e demonstrar as técnicas corretas para a prevenção de lesões músculo-esqueléticas. As técnicas de SC relacionadas com a “Demonstração” são mais utilizadas em contexto de ensino clínico de estudantes de enfermagem ou nos primeiros anos de exercício profissional.

A “Supervisão à Distância”, apesar de ser considerada como uma técnica de SC de vanguarda (Rocha, Santos & Pires, 2016; Marrow, Hollyoake, Hamer & Kenrick, 2002) foi pouco utilizada. Salienta-se, todavia, que possam ter ocorrido mais momentos desta estratégia que não foram partilhados com a investigadora. Todos os enfermeiros possuem um telemóvel de serviço onde podem comunicar de forma gratuita e alguns supervisores criaram um e-mail de grupo para mais facilmente poderem partilhar informação. De acordo com o estudo de Rocha, Santos e Pires (2016), os enfermeiros desejam que as estratégias de supervisão à distância (telefone e e-mail) sejam implementadas frequentemente, o que não se verificou neste estudo.

3.2 – IS-SCE Avaliação do Risco de Queda

O instrumento de avaliação do risco de queda disponível no SClínico antes da implementação do Modelo SafeCare baseava-se nos critérios definidos para este risco, mas não era sustentado por nenhuma escala padronizada. Foi através do instrumento disponível na aplicação informática e com base na literatura, que Silva (2015) construiu o instrumento para a colheita de dados que serviu de ponto de partida para o diagnóstico de situação da avaliação do risco de queda, ou seja, para obtenção dos dados relativos à etapa 1.

Durante a implementação do Modelo SafeCare, decorreram algumas alterações significativas na forma como os enfermeiros faziam a avaliação do Risco de Queda. A Escala de Quedas de Morse foi introduzida na parametrização do SClínico e passaram a estar incluídas as atividades diagnósticas para a formulação dos diagnósticos de enfermagem. No âmbito da implementação do Modelo SafeCare, como já foi dito anteriormente, os profissionais tiveram formação sobre como deveria ser aplicada a Escala de Quedas de Morse, pelos autores do manual (Barbosa, Carvalho & Cruz, 2015). Nas reuniões de supervisão clínica também foram discutidas as dificuldades inerentes à avaliação do risco de queda, como já foi apresentado.

Na etapa 4 relativa à avaliação da implementação do Modelo foi necessário construir um novo instrumento de recolha de dados, uma vez que o utilizado por Silva (2015) não estava adaptado à nova versão do SClínico. Nesta nova versão já foi incorporada a Escala de Quedas de Morse.

O instrumento desenvolvido para a etapa 4 da implementação do Modelo SafeCare é composto por uma primeira parte onde é feita a caracterização do utente a quem irá ser avaliado o risco de queda e seguidamente outra parte onde é efetuada a avaliação do risco de queda propriamente dita, através das atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções mais adequadas, com base na versão do SClínico adotada. Procedeu-se ao pré-teste do novo instrumento, a 10 doentes, com o objetivo de detetar lacunas e aperfeiçoar o mesmo. Uma vez que foram necessárias algumas alterações do instrumento durante esta fase, os dados recolhidos não foram integrados na amostra.

Este instrumento aplicou-se de acordo com a mesma metodologia da etapa 1, ou seja, o formulário foi preenchido três vezes para cada doente selecionado aleatoriamente pelo enfermeiro de entre o conjunto de doentes para o turno. Assim, foi preenchido pelo

enfermeiro a primeira vez. Este, posteriormente comunicou ao investigador quem era o doente e o investigador fez outro preenchimento do questionário, junto do doente, no mesmo turno. Seguiu-se um terceiro registo do instrumento de colheita de dados pelo investigador, com base nos registos efetuados pelo enfermeiro para o turno e face ao doente em questão.

A colheita de dados da etapa 4 relacionada com o IS-SCE risco de queda foi efetuada pela autora deste estudo e por Silva (2015). Decorreu durante o segundo trimestre de 2018. O método de amostragem para a colheita de dados foi do tipo amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os doentes selecionados foram aqueles que estavam internados nos serviços de cirurgia e, que em função da sua disponibilidade, bem como do enfermeiro que os tinha a seu cargo no turno, participaram no estudo.

A descrição da amostra foi efetuada com recurso à média e desvio padrão (para variáveis quantitativas) ou *n* e % (para variáveis qualitativas). A Tabela 7 apresenta a descrição da amostra para a etapa 1 e etapa 4 do IS-SCE risco de queda.

Tabela 7 – Características da amostra em estudo para etapa 1 e etapa 4 do IS-SCE risco de queda

	ETAPA 1 (Silva, 2015) n (%) ou média (dp)	ETAPA 4 n (%) ou média (dp)
AMOSTRA	182	101
IDADE (anos)	62,2 (16,9)	65.8 (18.2)
GÉNERO		
Feminino	125 (68,7)	55 (54.5)
Masculino	57 (31,3)	46 (45.5)
PRESTADOR DE CUIDADOS		
Sim	160 (87,9)	78 (77.2)
Não	17 (9,3)	23 (22.8)

Para a etapa 1, a amostra utilizada por Silva (2015) correspondeu a 182 doentes, sendo que 68,7% foram do género feminino e 31,3% do género masculino. A média de idades situou-se nos 62,2 anos, com um desvio-padrão (dp) de 16,9 anos. A maioria dos doentes tinha prestador de cuidados identificado (87,9%).

Para a etapa 4, dos 101 participantes, 55 (54.5%) eram do género feminino, sendo que a média de idades situou-se nos 65,8 anos, com um desvio-padrão de 18,2 anos. A maioria dos doentes também tinha prestador de cuidados identificado (77,2%).

3.2.1 – Atividades diagnósticas para a avaliação do risco de queda

As atividades diagnósticas fazem parte da construção do processo de enfermagem e estão integradas no sistema informático disponível na instituição onde decorreu o estudo.

As atividades diagnósticas ajudam a suportar os diagnósticos de enfermagem e, estes, após a sua construção, norteiam as intervenções de enfermagem que permitem a obtenção de resultados. De acordo com a norma ISO 18104:2014, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem podem ser definidos como:

“A nursing diagnosis is a label assigned to an assessment finding, event, situation or other health issue to indicate that it is considered to be noteworthy by the nurse and, where possible, the subject of care. Nursing actions are acts performed by or under the direction of a nurse, with the intention of directly or indirectly improving or maintaining the health of a person, group or population, the precise scope of nursing actions being delineated in each jurisdiction” (ISO 18104:2014).

A norma ISO 1814:2014 surgiu com o intuito de servir como modelo de referência para os sistemas de informação, perante os diferentes referenciais de classificação da prática de enfermagem como a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), NANDA (North American Nursing Diagnoses Association), NIC (Nursing Intervention Classification) e NOC (Nursing Outcome Classification). A OE (2007), tendo por base esta norma e em articulação com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) também definiu os princípios básicos da arquitetura e requisitos técnicos dos sistemas de informação em enfermagem em Portugal.

Assim, obedecendo ao processo de pensamento em que assentam os sistemas de informação de enfermagem, os dados relativos ao IS-SCE risco de queda irão ser apresentados da seguinte forma. Em primeiro lugar, as atividades diagnósticas associadas à queda (avaliação do risco de queda, avaliar o potencial para melhorar o conhecimento, avaliar o conhecimento sobre prevenção de quedas e avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas). Em segundo lugar, apresentam-se os diagnósticos formulados para este IS-SCE e por fim as intervenções de enfermagem planeadas.

3.2.1.1 – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Na etapa 1, a avaliação do risco de queda efetuada por Silva (2015) compreendia o preenchimento pelo enfermeiro responsável e pelo investigador do mesmo instrumento de colheita de dados. A avaliação dos fatores de risco, de acordo com o aplicativo SClínico, compreendia os itens «Status Funcional», «História de queda nos 3 últimos meses», «Equíbrio Corporal», Resposta Comportamental», «Andar com Dispositivo Médico», «Andar com auxiliar de marcha», «Medicação e «Alterações visuais e auditivas». A figura 9 representa os dados apresentados por Silva (2015) nas avaliações efetuadas pela investigadora (AI) e pelo enfermeiro (AE).

Figura 9 – Dados da avaliação dos fatores de risco para a queda

Fatores de Risco - avaliação		% AI	% AE
Status funcional	Acamado/sentado e sem capacidade para alterar a posição corporal	3,8	4,4
	Acamado/sentado e com capacidade para alterar a posição corporal	12,6	11,0
	Anda com ajuda	22,0	16,0
	Anda sem ajuda	61,5	68,5
História de queda nos 3 últimos meses	Não/deixa-conhece	88,7	92,3
	Sim	11,3	7,7
Equilíbrio corporal	Sem alterações do equilíbrio corporal ou incapacidade de avaliar	61,4	65,9
	Com alteração do equilíbrio corporal	38,6	34,1
Resposta Comportamental	Sem alteração da resposta comportamental	88,7	92,0
	Com alteração da resposta verbal	5,1	3,4
	Com alteração da resposta não-verbal	1,7	0,6
	Com alteração da resposta verbal e não-verbal	4,5	4,0
Andar com dispositivo médico (suporte de soros, algálias, drenos, etc)	Não	41,8	43,3
	Sim	58,2	56,7
Andar com auxiliar de marcha	Não	92,6	91,5
	Sim	7,4	8,5
Medicação	Sem nenhuma medicação abaixo identificada	46,3	50,8
	Medicação com atuação ao nível do sistema nervoso central	53,7	41,8
	Anticoagulantes	0,0	7,3
	Antiepiléticos	0,0	0,0
Alterações visuais e auditivas	Não	44,9	61,5
	Sim	55,1	38,5

in Silva (2015, p. 90)

Silva (2015) concluiu que a avaliação do risco de queda na admissão dos doentes apenas era registada em 22,5% dos casos e em 77,5% das situações o registo não tinha sido

realizado devidamente por quem era responsável por o fazer. A autora sugeria que os “enfermeiros não documentam o que realizam, ou não têm tempo para o fazer, ou não consideram a avaliação do risco de queda importante, ou então, que consideram como realizada a atividade diagnóstica, quando já efetuada noutro serviço que não o próprio, ou seja, o que deveria ser considerado como admissão” (Silva, 2015, p.120). Ao longo do internamento a autora constatou que apenas em 36,3% dos doentes a avaliação do risco de queda foi corretamente aplicada.

Após o trabalho desenvolvido por Silva (2015), a Instituição onde decorreu o estudo implementou o uso da Escala de Quedas de Morse e definiu que a avaliação do risco de queda de todos os utentes deveria ser efetuada no momento da admissão, quando o estado da condição dos utentes se alterasse ou quando se verificasse uma queda. Definiu, ainda, que a avaliação do risco de queda, para além destas condições, deveria realizar-se a cada dois dias de internamento.

No âmbito da implementação do Modelo SafeCare foi efetuada formação a todos os enfermeiros sobre prevenção de quedas e sobre a forma correta de avaliação da Escala de Quedas de Morse pelos autores do livro “Escala de Quedas de Morse: Manual de utilização”.

Nas reuniões de supervisão clínica foram discutidas dificuldades na avaliação do risco de queda. Também foram aprofundados os ensinamentos a efetuar ao doente e ao prestador de cuidados sobre quedas e prevenção das mesmas. Foram desenvolvidos trabalhos de sistematização da informação das intervenções de enfermagem de forma a uniformizar a conduta dos enfermeiros.

Na etapa 4 não se procedeu à avaliação na admissão do utente, durante o internamento ou no momento da alta, tal como Silva (2015) na etapa 1, uma vez que a Instituição já tinha definido os momentos em que a Escala deveria ser aplicada. Todos os doentes (100%) a quem foi avaliado o risco de queda pelo investigador e pelo enfermeiro, tinham registos efetuados no aplicativo informático sobre esta avaliação.

Importa referir que o score da avaliação da escala é calculado automaticamente para a construção do diagnóstico o que facilita o processo de tomada de decisão dos enfermeiros. A tabela 8 apresenta a avaliação do risco de queda por avaliador (enfermeiro, investigador e registos).

Tabela 8 – Avaliação do risco de queda, por avaliador, na etapa 4

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA	ETAPA 4		
	ENFERMEIRO n (%)	INVESTIGADOR n (%)	REGISTOS n (%)
HISTORIAL DE QUEDAS			
Não	93 (92.1)	92 (91.1)	92 (91.1)
Sim	8 (7.9)	9 (8.9)	9 (8.9)
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
Não	26 (25.7)	25 (24.8)	25 (24.8)
Sim	75 (74.3)	76 (75.2)	76 (75.2)
AJUDA PARA CAMINHAR			
Nenhuma/ajuda do enfermeiro/cadeira de rodas	83 (81.2)	82 (81.2)	84 (83.2)
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	10 (9.9)	10 (9.9)	9 (8.9)
Apoia-se no mobiliário para andar	9 (8.9)	9 (8.9)	8 (7.9)
TERAPIA INTRAVENOSA			
Não	45 (44.6)	45 (44.6)	46 (45.5)
Sim	56 (55.4)	56 (55.4)	55 (54.5)
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA			
Normal/Acamado/Imóvel	51 (50.5)	51 (50.5)	53 (52.5)
Debililitado	32 (31.7)	32 (31.7)	31 (30.7)
Dependente de ajuda	18 (17.8)	18 (17.8)	17 (16.8)
ESTADO MENTAL			
Consciente das suas capacidades	79 (78.2)	79 (78.2)	78 (77.2)
Esquece-se das suas limitações	22 (21.8)	22 (21.8)	23 (22.8)

Na etapa 1, Silva (2015) para perceber se existia diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de queda pelo enfermeiro e pelo investigador, aplicou o teste *t-student*. De acordo com a autora, a utilização deste teste justificou-se por estar a trabalhar em dois momentos a mesma amostra. Com base no valor encontrado ($p=0,006$; $p < 0,5$), verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do enfermeiro e do investigador no momento de avaliação do risco de queda ao doente (Silva, 2015, p.95).

Na etapa 4, a concordância entre observadores foi efetuada através da utilização do coeficiente *Kappa de Cohen*. O valor deste coeficiente pode variar até 1, sendo que quanto mais próximo de 1 for o seu valor maior é a concordância entre os observadores, um valor mais próximo de zero é indicativo de que a concordância é puramente aleatória. Segundo Landis & Koch (1977), podem ser considerados pontos de corte de modo a interpretar o coeficiente, ressaltando que esses pontos são meramente indicativos e obtidos de forma arbitrária (tabela 9).

Tabela 9 – Interpretação do coeficiente de *Kappa de Cohen* segundo Landis & Koch (1977)

VALOR DO COEFICIENTE KAPPA DE COHEN	INTERPRETAÇÃO
Menor que zero	insignificante
Entre 0 e 0,2	fraca
Entre 0,21 e 0,4	razoável
Entre 0,41 e 0,6	moderada
Entre 0,61 e 0,8	forte
Entre 0,81 e 1	muito forte

Todas as análises foram elaboradas no software SPSS e em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05 ($p < 0.05$).

A tabela 10 apresenta a análise de concordância entre observadores na etapa 4, verificando-se concordância muito forte, com Kappa de Cohen entre 0,81 e 1, em alguns casos exata, entre todos os avaliadores para todos os indicadores avaliados ($p < 0.001$).

Tabela 10 – Concordância entre avaliadores para a avaliação do risco de queda

	ETAPA 4	
	KAPPA DE COHEN	p
HISTORIAL DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.936	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.936	<0.001
Investigador-Registos	1.000	<0.001
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO		
Enfermeiro-Investigador	0.974	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.974	<0.001
Investigador-Registos	1.000	<0.001
AJUDA PARA CAMINHAR		
Enfermeiro-Investigador	0.969	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.901	<0.001
Investigador-Registos	0.936	<0.001
TERAPIA INTRAVENOSA		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.980	<0.001
Investigador-Registos	0.980	<0.001
POSTURA NO ANDAR E NA TRANSFERÊNCIA		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.951	<0.001
Investigador-Registos	0.951	<0.001
ESTADO MENTAL		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.971	<0.001
Investigador-Registos	0.971	<0.001

3.2.1.2 – AVALIAÇÃO DO POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO

Na etapa 1, uma vez que a atividade diagnóstica “avaliar o potencial para melhorar o conhecimento” não estava associada no SClínico ao foco “queda”, esta não foi considerada.

Na etapa 4, a avaliação do potencial para melhorar o conhecimento já fazia parte da atualização do aplicativo informático. Desta forma, a tabela 11 representa a avaliação efetuada pelos três observadores (enfermeiro, investigador e registos).

Verificou-se que a maioria dos clientes avaliados pelo enfermeiro tinham capacidade cognitiva (77,2%), demonstravam consciencialização das mudanças do seu estado de saúde (77,2%), demonstravam força de vontade expressa na aprendizagem (76,2%) e demonstravam envolvimento no processo de ensino/aprendizagem (76,2%). A avaliação efetuada pelo investigador não diferiu muito desta tendência.

Verificou-se que nos dados encontrados nos registos, cerca de 8% não dos doentes não foram avaliados.

Tabela 11 – Avaliação do potencial para melhorar o conhecimento, por avaliador

AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO		ETAPA 4		
		Enfermeiro	Investigador	Registos
		n (%)	n (%)	n (%)
CAPACIDADE COGNITIVA	Demonstra	78 (77.2)	78 (77.2)	71 (70.3)
	Não demonstra	22 (21.8)	22 (21.8)	22 (21.8)
	Não responde	1 (1.0)	1 (1.0)	8 (7.9)
CONSCIENCIALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS DO SEU ESTADO DE SAÚDE	Demonstra	78 (77.2)	78 (77.2)	71 (70.3)
	Não demonstra	22 (21.8)	22 (21.8)	22 (21.8)
	Não responde	1 (1.0)	1 (1.0)	8 (7.9)
FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM	Demonstra	77 (76.2)	78 (77.2)	71 (70.3)
	Não demonstra	23 (22.8)	22 (21.8)	22 (21.8)
	Não responde	1 (1.0)	1 (1.0)	8 (7.9)
ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM	Demonstra	77 (76.2)	78 (77.2)	71 (70.3)
	Não demonstra	23 (22.8)	22 (21.8)	22 (21.8)
	Não responde	1 (1.0)	1 (1.0)	8 (7.9)

No que diz respeito à avaliação da concordância entre avaliadores, esta está representada na Tabela 12. Verificou-se concordância forte a muito forte (em alguns casos, até exata) entre todos os avaliadores para todos os indicadores avaliados ($p < 0,001$).

A concordância entre enfermeiro e investigador é maior do que entre o investigador e os registros ou entre o enfermeiro e os registros. Esta tendência comprova outros estudos que indicam que os registros de enfermagem nem sempre traduzem a realidade dos cuidados prestados (Silvestre, 2012; Vieira, 2018).

Tabela 12 – Concordância entre avaliadores para a avaliação do potencial para melhorar o conhecimento.

	ETAPA 4	
	KAPPA DE COHEN	p
CAPACIDADE COGNITIVA		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.830	<0.001
Investigador-Registos	0.830	<0.001
CONSCIENCIALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS DO SEU ESTADO DE SAÚDE		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.830	<0.001
Investigador-Registos	0.830	<0.001
FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM		
Enfermeiro-Investigador	0.973	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.809	<0.001
Investigador-Registos	0.830	<0.001
ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM		
Enfermeiro-Investigador	0.973	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.809	<0.001
Investigador-Registos	0.830	<0.001

3.2.1.3 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Na etapa 1, Silva (2015) verificou que a avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas em 63,2% dos casos foi devidamente documentado, apurando que o valor estava de acordo com o que os enfermeiros referiram realizar (60,2%). Todavia, o investigador verificou que apenas em 33,9% dos casos esta atividade diagnóstica foi realizada.

Relativamente à etapa 4, a tabela 13 apresenta os dados obtidos sobre a avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas por avaliador (enfermeiro, investigador e registros).

Tabela 13 – Avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas, por avaliador.

AVALIAR CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS		ETAPA 4		
		Enfermeiro n (%)	Investigador n (%)	Registos n (%)
COMPLICAÇÕES	Demonstra	24 (23.8)	21 (20.8)	12 (11.9)
	Não demonstra	71 (70.3)	74 (73.3)	66 (65.3)
	Não responde	6 (5.9)	6 (5.9)	23 (22.8)
FATORES DE RISCO DE QUEDAS	Demonstra	22 (21.8)	20 (19.8)	12 (11.9)
	Não demonstra	73 (72.3)	75 (74.3)	66 (65.3)
	Não responde	6 (5.9)	6 (5.9)	23 (22.8)
PREVENÇÃO DE QUEDAS	Demonstra	26 (25.7)	24 (23.8)	13 (12.9)
	Não demonstra	69 (68.3)	71 (70.3)	65 (64.4)
	Não responde	6 (5.9)	6 (5.9)	23 (22.8)
ATUAÇÃO EM CASO DE QUEDAS	Demonstra	20 (19.8)	20 (19.8)	11 (10.9)
	Não demonstra	75 (74.3)	75 (74.3)	66 (65.3)
	Não responde	6 (5.9)	6 (5.9)	24 (23.8)

Verificou-se que na avaliação efetuada nos três momentos, os clientes maioritariamente não demonstravam conhecimento sobre os itens que compõem esta atividade diagnóstica. Também se verificou que em cerca de 23% dos casos esta atividade não foi documentada.

A avaliação da concordância entre avaliadores está representada na Tabela 14.

Tabela 14 – Concordância entre avaliadores para a avaliação do conhecimento sobre prevenção de quedas.

	ETAPA 4	
	KAPPA DE COHEN	p
COMPLICAÇÕES		
Enfermeiro-Investigador	0.931	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.583	<0.001
Investigador-Registos	0.611	<0.001
FATORES DE RISCO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.952	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.594	<0.001
Investigador-Registos	0.606	<0.001
PREVENÇÃO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.956	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.595	<0.001
Investigador-Registos	0.607	<0.001
ATUAÇÃO EM CASO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.587	<0.001
Investigador-Registos	0.587	<0.001

Verificou-se concordância moderada (Kappa de Kohen entre 0,41 e 0,6) a forte (Kappa de Kohen entre 0,61 e 0,8) na relação de avaliação entre enfermeiro e registos e na relação de avaliação entre investigador e registos. O nível de concordância aumenta quando se comparam as avaliações efetuadas entre o enfermeiro e o investigador, com nível de concordância de muito forte (Kappa de Cohen entre 0,81 e 1).

Salienta-se que no item “atuação em caso de quedas” a concordância entre a avaliação do investigador e do enfermeiro foi exata nos casos avaliados.

3.2.1.4 – AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS

Na etapa 1, uma vez que a atividade diagnóstica “avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas” não estava associada no SClínico para o fenómeno queda, esta não foi considerada.

Na etapa 4 esta atividade já está relacionada, pelo que foi considerada na avaliação diagnóstica. A Tabela 15 apresenta a avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas, por avaliador.

Como se pode verificar, a maioria das respostas demonstra que não foi avaliada a atividade diagnóstica “avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas”.

No que diz respeito aos registos, comprova o que vem sendo discutido na literatura, pois escasseiam nos registos de enfermagem os diagnósticos relativos a ensinios à pessoa e ao prestador de cuidados (Silvestre, 2012).

A avaliação da concordância entre avaliadores está representada na Tabela 16. Verificou-se concordância fraca entre os avaliadores e os registos para todos os domínios avaliados, pois o Kappa de Cohen situou-se entre 0 e 0,2 de acordo com a interpretação de Landis & Koch (1977). Este resultado traduz a concordância nos casos em que quer o investigador quer o enfermeiro não executaram esta intervenção uma vez que, de acordo com os registos, esta atividade nunca foi registada.

Tabela 15 – Avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas, por avaliador

AVALIAR CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS		ETAPA 4		
		Enfermeiro	Investigador	Registos
		n (%)	n (%)	n (%)
COMPLICAÇÕES	Demonstra	8 (7.9)	4 (4.0)	-
	Não demonstra	15 (14.9)	14 (13.9)	-
	Não avaliado	78 (77.2)	83 (82.1)	101 (100)
FATORES DE RISCO DE QUEDAS	Demonstra	8 (7.9)	4 (4.0)	-
	Não demonstra	15 (14.9)	14 (13.9)	-
	Não avaliado	78 (77.2)	83 (82.1)	101 (100)
PREVENÇÃO DE QUEDAS	Demonstra	6 (5.9)	4 (4.0)	-
	Não demonstra	15 (14.9)	13 (12.9)	-
	Não avaliado	80 (79.2)	84 (83.1)	101 (100)
ATUAÇÃO EM CASO DE QUEDAS	Demonstra	7 (6.9)	4 (4.0)	-
	Não demonstra	15 (14.9)	13 (12.9)	-
	Não avaliado	79 (78.2)	84 (83.1)	101 (100)

A concordância verificou-se muito forte entre a avaliação efetuada pelos enfermeiros e pelo investigador, pois o Kappa de Cohen foi superior a 0,81. Salienta-se, todavia, que predominam os casos de não avaliação desta atividade quer pelo investigador quer pelo enfermeiro.

Tabela 16 – Concordância entre avaliadores para a avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.

ETAPA 4		
	KAPPA DE COHEN	p
COMPLICAÇÕES		
Enfermeiro-Investigador	0.861	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.071	<0.001
Investigador-Registos	0.091	<0.001
FATORES DE RISCO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.861	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.071	<0.001
Investigador-Registos	0.091	<0.001
PREVENÇÃO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.823	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.078	<0.001
Investigador-Registos	0.096	<0.001
ATUAÇÃO EM CASO DE QUEDAS		
Enfermeiro-Investigador	0.856	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.062	0.015
Investigador-Registos	0.083	0.005

3.2.2 – Diagnósticos de enfermagem formulados para o risco de queda

Na etapa 1, Silva (2015) descreveu que o diagnóstico de enfermagem relativo à queda era obtido através a identificação de “uma série de fatores de risco de forma a obter uma classificação para o diagnóstico de enfermagem: com ou sem risco de queda” (p. 89).

Na etapa 4, com a implementação da Escala de Quedas de Morse, o grau do risco de queda na formulação dos diagnósticos, quando consultados os registos, foi fornecido automaticamente pelo programa informático, tal como os dados obtidos para os restantes diagnósticos (conhecimento e conhecimento do prestador de cuidados). Verificou-se, nos dados obtidos pelos registos (tabela 17), que nem sempre a formulação do diagnóstico tinha sido efetuada, daí surgir o diagnóstico de queda apenas como foco de atenção sem o juízo associado (sem risco, baixo risco ou alto risco). Este facto acontece porque não ocorreu atualização/validação dos registos pelos enfermeiros face ao diagnóstico.

Tabela 17 – Diagnósticos de enfermagem relativos à queda, por avaliador

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELATIVOS À QUESDA		ETAPA 4		
		Enfermeiro	Investigador	Registos
		n (%)	n (%)	n (%)
GRAU RISCO DE QUESDA	Sem risco de queda	23 (22.8)	22 (21.8)	21 (20.8)
	Baixo risco de queda	45 (44.6)	45 (44.6)	46 (45.5)
	Alto risco de queda	33 (32.7)	34 (33.7)	31 (30.7)
	Queda como foco de atenção	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (3.0)
CONHECIMENTO	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	55 (54.5)	55 (54.5)	44 (43.6)
	Com conhecimento sobre prevenção de queda	18 (17.8)	18 (17.8)	11 (10.9)
	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	22 (21.8)	22 (21.8)	21 (20.8)
	Não responde	-	-	9 (8.9)
	Não aplicável	6 (5.9)	6 (5.9)	16 (15.8)
CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	13 (12.9)	10 (9.9)	-
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	4 (4.0)	4 (4.0)	-
	Não responde	5 (5.0)	3 (3.0)	17 (16.8)
	Não aplicável	79 (78.2)	84 (83.2)	84 (83.2)

No que diz respeito ao diagnóstico “conhecimento”, para além dos diagnósticos formulados, identificaram-se situações em que não foi possível formular o diagnóstico considerando-se, por isso, “não aplicável”. Esta situação surgiu, por exemplo, quando os

doentes não tinham capacidade para responder às questões. A opção “não responde” identificada na tabela corresponde a todos os registos que não foram efetuados para os doentes, apesar de existirem condições para tal. Esta situação apenas se verificou nos dados obtidos nos registos.

A avaliação da concordância entre avaliadores está representada na Tabela 18. Verificou-se concordância muito forte (Kappa de Cohen entre 0,81 e 1) para o diagnóstico sobre o grau de risco de queda para os três momentos de avaliação. No que respeita ao diagnóstico sobre o conhecimento, existe concordância exata entre a avaliação efetuada entre o investigador e o enfermeiro. Todavia, quando relacionamos a avaliação quer do investigador, quer do enfermeiro com os registos, a concordância passa a forte (Kappa de Cohen entre 0,61 e 0,8).

Tabela 18 – Concordância entre avaliadores para as atividades diagnosticadas.

ETAPA 4		
	KAPPA DE COHEN	p
GRAU RISCO DE QUEDA		
Enfermeiro-Investigador	0.985	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.893	<0.001
Investigador-Registos	0.908	<0.001
CONHECIMENTO		
Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.700	<0.001
Investigador-Registos	0.700	<0.001
CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS		
Enfermeiro-Investigador	0.852	<0.001
Enfermeiro-Registos	0.507	<0.001
Investigador-Registos	0.478	<0.001

Na formulação do diagnóstico sobre o conhecimento do prestador de cuidados em relação à queda, prevalece o facto de o número de casos de não avaliação ser a maioria (79% na avaliação do enfermeiro e 84% quer na avaliação do investigador quer na avaliação dos registos). No entanto, a concordância nas avaliações efetuadas pelo investigador e pelo enfermeiro é muito forte (Kappa de Cohen entre 0,81 e 1) e entre as avaliações do investigador e do enfermeiro, em relação aos registos é moderada (Kappa de Cohen entre 0,41 e 0,6). Salienta-se que este nível de concordância está relacionado com a grande maioria de casos de “não reponde” e “não aplicável”.

3.2.3 – Intervenções de enfermagem

Relativamente às intervenções de enfermagem na etapa 1 Silva (2015) constatou que 70% das intervenções de enfermagem eram as adequadas ao doente, tendo em conta o seu risco de queda. No entanto, verificou que em muitas situações as intervenções de enfermagem eram desadequadas face ao risco identificado. Silva (2015, p. 96, 97) constatou que o enfermeiro implementou “maioritariamente intervenções no âmbito da gestão do ambiente físico em 88,3% (N=151) dos casos na promoção de medidas de segurança para prevenção de quedas: uso da campainha, manter a cama travada (78,9%) e em 58,5% (N=100) no otimizar ambiente, assim como, em manter luz de presença quando necessário (N=91, 53,2%) e no promover medidas de segurança para prevenção de quedas: definir protocolo de rondas periódicas em 53,8%”.

Na etapa 4 (tabela 19), as intervenções que o enfermeiro maioritariamente implementou relacionaram-se, também, com a gestão do ambiente físico (82,2%), adequação da luz ambiente à hora do dia/noite (84,2%), disponibilização do dispositivo sonoro de alarme (81,2%), manutenção da cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados (81,2%), manutenção do espaço envolvente livre e desimpedido (80,2%) e otimização do ambiente físico (73,3%). Destaca-se que (re)avaliação do risco de queda foi prevista por todos os enfermeiros (100%) que participaram no estudo.

Tabela 19 – Intervenções de enfermagem por avaliador

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		ETAPA 4		
		Enfermeiro	Investigador	Registos
		n (%)	n (%)	n (%)
Baixar cama	Sim	4 (4.0)	5 (5.0)	6 (5.9)
	Não	97 (96.0)	96 (95.0)	95 (94.1)
Elevar grades da cama	Sim	38 (37.6)	40 (39.6)	38 (37.6)
	Não	63 (62.4)	61 (60.4)	63 (62.4)
Manter grades da cama	Sim	38 (37.6)	40 (39.6)	38 (37.6)
	Não	63 (62.4)	61 (60.4)	63 (62.4)
Gerir ambiente	Sim	83 (82.2)	90 (89.1)	77 (76.2)
	Não	18 (17.8)	11 (10.9)	24 (23.8)
Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	Sim	85 (84.2)	88 (87.1)	76 (75.2)
	Não	16 (15.8)	13 (12.9)	25 (24.8)
Minimizar níveis de ruído ambiente	Sim	67 (66.3)	74 (73.3)	66 (65.3)
	Não	34 (33.7)	27 (26.7)	35 (34.7)
Adequar temperatura ambiente	Sim	26 (25.7)	1 (1.0)	30 (29.7)
	Não	75 (74.3)	100 (99.0)	71 (70.3)
Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente	Sim	69 (68.3)	77 (76.2)	65 (64.4)
	Não	32 (31.7)	24 (23.8)	36 (35.6)
Disponibilizar dispositivo sonoro de alarme	Sim	82 (81.2)	86 (85.1)	73 (72.3)
	Não	19 (18.8)	15 (14.9)	28 (27.7)
Manter cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados	Sim	82 (81.2)	86 (85.1)	74 (73.3)
	Não	19 (18.8)	15 (14.9)	27 (26.7)

Manter espaço envolvente livre e desimpedido	Sim	81 (80.2)	86 (85.1)	73 (72.3)
	Não	20 (19.8)	15 (14.9)	28 (27.7)
Gerir medidas de segurança	Sim	67 (66.3)	72 (71.3)	52 (51.5)
	Não	34 (33.7)	29 (28.7)	49 (48.5)
Otimizar ambiente físico	Sim	74 (73.3)	77 (76.2)	53 (52.5)
	Não	27 (26.7)	24 (23.8)	48 (47.5)
Assistir no andar	Sim	38 (37.6)	39 (38.6)	29 (28.7)
	Não	63 (62.4)	62 (61.4)	72 (71.3)
Restringir a atividade física	Sim	12 (11.9)	12 (11.9)	10 (9.9)
	Não	89 (88.1)	89 (88.1)	91 (90.1)
Avaliar risco de queda	Sim	101 (100.0)	101 (100.0)	101 (100.0)
	Não	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Referir queda	Sim	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)
	Não	100 (99.0)	100 (99.0)	101 (100.0)
Avaliar queda	Sim	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	Não	101 (100.0)	101 (100.0)	101 (100.0)
Ensinar sobre prevenção de quedas	Sim	55 (54.5)	55 (54.5)	42 (41.6)
	Não	46 (45.5)	46 (45.5)	59 (58.4)
Informar sobre a importância da prevenção de quedas	Sim	53 (52.5)	55 (54.5)	42 (41.6)
	Não	48 (47.5)	46 (45.5)	59 (58.4)
Informar sobre fatores de risco: uso de medicação	Sim	50 (49.5)	53 (52.5)	41 (40.6)
	Não	51 (50.5)	48 (47.5)	60 (59.4)
Informar sobre fatores de risco: iluminação	Sim	51 (50.5)	54 (53.5)	40 (39.6)
	Não	50 (49.5)	47 (46.5)	61 (60.4)
Informar sobre fatores de risco: piso molhado/ encerado	Sim	53 (52.5)	53 (52.5)	41 (40.6)
	Não	48 (47.5)	48 (47.5)	60 (59.4)
Informar sobre fatores de risco: presença de mobília	Sim	51 (50.5)	54 (53.5)	40 (39.6)
	Não	50 (49.5)	47 (46.5)	61 (60.4)
Informar sobre fatores de risco: presença de escadas	Sim	49 (48.5)	52 (51.5)	41 (40.6)
	Não	52 (51.5)	49 (48.5)	60 (59.4)
Informar sobre fatores de risco: uso de tapetes	Sim	49 (48.5)	53 (52.5)	40 (39.6)
	Não	52 (51.5)	48 (47.5)	61 (60.4)
Informar sobre fatores de risco: calçado	Sim	52 (51.5)	54 (53.5)	41 (40.6)
	Não	49 (48.5)	47 (46.5)	60 (59.4)
Informar sobre fatores de risco no WC	Sim	53 (52.5)	54 (53.5)	41 (40.6)
	Não	48 (47.5)	47 (46.5)	60 (59.4)
Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campainha grades, calçado	Sim	54 (53.5)	54 (53.5)	41 (40.6)
	Não	47 (46.5)	47 (46.5)	60 (59.4)
Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	Sim	53 (52.5)	55 (54.5)	42 (41.6)
	Não	48 (47.5)	46 (45.5)	59 (58.4)
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	Sim	15 (14.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	86 (85.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre a importância da prevenção de quedas	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: uso de medicação	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: iluminação	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: piso molhado/ encerado	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: presença de mobília	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: presença de escadas	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: uso de tapetes	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco: calçado	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre fatores de risco no WC	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campainha, grades, calçado	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	0 (0.0)
	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	101 (100.0)
Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	Sim	13 (12.9)	13 (12.9)	1 (1.0)

	Não	88 (87.1)	88 (87.1)	100 (99.0)
Assistir a identificar condições de risco para a queda	Sim	61 (60.4)	68 (67.3)	34 (33.7)
	Não	40 (39.6)	33 (32.7)	67 (66.3)

No que diz respeito à concordância entre avaliadores, Silva (2015) na etapa 1 da implementação do Modelo verificou uma percentagem média de correspondência entre o que o enfermeiro afirmou realizar e o que o investigador adotaria de 55,04%. As intervenções onde verificou maior confluência de adoção nas diferentes perspetivas foram: “Avaliar condição de risco de queda: na admissão (96,3%), Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação, Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite e Promover medidas para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa” (Silva, 2015, p.100).

Na etapa 4, a avaliação da concordância entre avaliadores está representada na Tabela 20.

Verificou-se concordância forte a muito forte (em alguns casos, até exata) entre quase todos os avaliadores para quase todas as intervenções de enfermagem avaliadas ($p < 0.001$). Destacam-se, por exemplo, as intervenções com concordância muito forte entre investigador e enfermeiro: Elevar grades da cama, Manter grades da cama, Minimizar níveis de ruído ambiente, Disponibilizar dispositivo sonoro de alarme, Manter cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados, Manter espaço envolvente livre e desimpedido, Gerir medidas de segurança, Restringir a atividade física, Assistir no andar, Ensinar sobre prevenção de quedas, entre outras.

Tabela 20 – Concordância entre avaliadores para as intervenções em enfermagem.

ETAPA 4			
		KAPPA DE COHEN	P
Baixar cama	Enfermeiro-Investigador	0.884	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.790	<0.001
	Investigador-Registos	0.712	<0.001
Elevar grades da cama	Enfermeiro-Investigador	0.958	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.916	<0.001
	Investigador-Registos	0.916	<0.001
Manter grades da cama	Enfermeiro-Investigador	0.959	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.937	<0.001
	Investigador-Registos	0.938	<0.001
Gerir ambiente	Enfermeiro-Investigador	0.721	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.641	<0.001
	Investigador-Registos	0.563	<0.001
Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	Enfermeiro-Investigador	0.799	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.667	<0.001
	Investigador-Registos	0.556	<0.001
Minimizar níveis de ruído ambiente	Enfermeiro-Investigador	0.837	<0.001

	Enfermeiro-Registos	0.626	<0.001
	Investigador-Registos	0.630	<0.001
Adequar temperatura ambiente	Enfermeiro-Investigador	0.056	0.088
	Enfermeiro-Registos	0.704	<0.001
	Investigador-Registos	0.046	0.122
Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente	Enfermeiro-Investigador	0.804	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.690	<0.001
	Investigador-Registos	0.674	<0.001
Disponibilizar dispositivo sonoro de alarme	Enfermeiro-Investigador	0.859	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.698	<0.001
	Investigador-Registos	0.625	<0.001
Manter cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados	Enfermeiro-Investigador	0.859	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.721	<0.001
	Investigador-Registos	0.647	<0.001
Manter espaço envolvente livre e desimpedido	Enfermeiro-Investigador	0.828	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.675	<0.001
	Investigador-Registos	0.625	<0.001
Gerir medidas de segurança	Enfermeiro-Investigador	0.885	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.620	<0.001
	Investigador-Registos	0.599	<0.001
Otimizar ambiente físico	Enfermeiro-Investigador	0.921	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.574	<0.001
	Investigador-Registos	0.512	<0.001
Assistir no andar	Enfermeiro-Investigador	0.979	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.801	<0.001
	Investigador-Registos	0.781	<0.001
Restringir a atividade física	Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.898	<0.001
	Investigador-Registos	0.898	<0.001
Avaliar risco de queda	Enfermeiro-Investigador	-	-
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Referir queda	Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Avaliar queda	Enfermeiro-Investigador	-	-
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Ensinar sobre prevenção de quedas	Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.746	<0.001
	Investigador-Registos	0.746	<0.001
Informar sobre a importância da prevenção de quedas	Enfermeiro-Investigador	0.960	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.745	<0.001
	Investigador-Registos	0.746	<0.001
Informar sobre fatores de risco: uso de medicação	Enfermeiro-Investigador	0.901	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.702	<0.001
	Investigador-Registos	0.725	<0.001
Informar sobre fatores de risco: iluminação	Enfermeiro-Investigador	0.941	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.743	<0.001
	Investigador-Registos	0.727	<0.001
Informar sobre fatores de risco: piso molhado/ encerado	Enfermeiro-Investigador	0.960	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.725	<0.001
	Investigador-Registos	0.725	<0.001
Informar sobre fatores de risco: presença de mobília	Enfermeiro-Investigador	0.941	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.704	<0.001
	Investigador-Registos	0.727	<0.001
Informar sobre fatores de risco: presença de escadas	Enfermeiro-Investigador	0.941	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.681	<0.001
	Investigador-Registos	0.744	<0.001
Informar sobre fatores de risco: uso de tapetes	Enfermeiro-Investigador	0.921	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.701	<0.001
	Investigador-Registos	0.745	<0.001
Informar sobre fatores de risco: calçado	Enfermeiro-Investigador	0.960	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.705	<0.001

	Investigador-Registos	0.746	<0.001
	Enfermeiro-Investigador	0.980	<0.001
Informar sobre fatores de risco no wc	Enfermeiro-Registos	0.725	<0.001
	Investigador-Registos	0.746	<0.001
Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campanha grades, calçado	Enfermeiro-Investigador	1.000	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.746	<0.001
	Investigador-Registos	0.746	<0.001
Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	Enfermeiro-Investigador	0.960	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.705	<0.001
	Investigador-Registos	0.746	<0.001
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	Enfermeiro-Investigador	0.834	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre a importância da prevenção de quedas	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: uso de medicação	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: iluminação	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: piso molhado/ encerado	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: presença de mobília	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: presença de escadas	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: uso de tapetes	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco: calçado	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre fatores de risco no wc	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campanha, grades, calçado	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	Enfermeiro-Investigador	0.912	<0.001
	Enfermeiro-Registos	-	-
	Investigador-Registos	-	-
Assistir a identificar condições de risco para a queda	Enfermeiro-Investigador	0.851	<0.001
	Enfermeiro-Registos	0.499	<0.001
	Investigador-Registos	0.395	<0.001

Verificou-se também na etapa 4 que, em alguns casos, a concordância é fraca (por exemplo, intervenção “Assistir a identificar condições de risco para a queda”, que apresenta um coeficiente de Kappa de Cohen=0.395 entre investigador e registros). Para a intervenção “Adequar temperatura ambiente” não se verificou concordância entre o enfermeiro e o investigador (p=0.088) e entre o enfermeiro e o registro (p=0.122).

3.3 – IS-SCE Avaliação da Dor

A dor é um dos sintomas mais comuns no meio hospitalar. Tem um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes e, além disso, pode interferir no sono, conduzir ao isolamento social, depressão e sedentarismo (Gilles S. , 2019).

Os enfermeiros são fundamentais para melhorar o cuidado aos doentes com dor e devem estar munidos de conhecimentos, habilidades e atitudes para tratá-la. Estes profissionais desempenham um papel importante na avaliação da dor e devem, por isso, garantir que se implementem medidas adequadas ao seu alívio.

A dor foi outro IS-SCE identificado neste estudo. À semelhança do IS-SCE risco de queda foi construído um instrumento (questionário) baseado no aplicativo informático SClínico. Este instrumento foi preenchido três vezes para cada doente selecionado aleatoriamente pelo enfermeiro, de entre o conjunto de doentes para o turno, tal como foi efetuado para a avaliação do risco de queda (enfermeiro, investigador e registos). O método de amostragem para a colheita de dados foi do tipo amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que os doentes selecionados foram aqueles que estavam internados nos serviços de cirurgia, e, que em função da sua disponibilidade, bem como do enfermeiro que os tinha a seu cargo no turno, participaram no estudo.

Após a análise dos dados obtidos, identificaram-se as necessidades em supervisão clínica para este IS-SCE e na etapa 3, procedeu-se a um conjunto de atividades que tentaram dar resposta a essas necessidades. Para isso, foi planeado um curso de quatro horas na instituição, que se repetiu três vezes de forma a promover a participação da totalidade dos participantes do projeto e teve uma abordagem multidisciplinar. Trataram-se as seguintes temáticas: fisiopatologia da dor, avaliação da dor, tratamento farmacológico e não farmacológico da dor. Na hora final do curso, foram constituídos grupos de trabalho que operacionalizaram casos clínicos sobre a dor.

Para além deste curso, que foi organizado por um dos grupos de supervisão clínica, também foram discutidas algumas dificuldades inerentes à avaliação da dor, como já foi apresentado aquando da exposição das atividades desenvolvidas pelos grupos.

Em relação aos dados obtidos na etapa 1 e na etapa 4 do Modelo, foi efetuada uma análise descritiva da amostra em estudo com recurso à média e ao desvio padrão (variáveis quantitativas) e frequência absoluta e relativa (variáveis qualitativas). A análise descritiva

dos itens do instrumento utilizado, de acordo com cada observador, foi efetuada com recurso das frequências absolutas (n) e relativas (%).

A concordância entre observadores (dois a dois) para cada item do instrumento foi obtida através do *Kappa de Cohen*, de acordo com a interpretação de Landis & Koch (1977). Assim, quanto mais próximo de 1 for o seu valor, maior é a concordância entre os observadores, e quanto mais próximo de zero é indicativo de que a concordância é puramente aleatória.

Todas as análises foram elaboradas no software SPSS e em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05 ($p < 0.05$).

Na etapa 1 da implementação do Modelo SafeCare, a amostra para o IS-SCE dor foi constituída por 104 doentes com idade média de 63.0 anos ($dp = 16.3$ anos, amplitude 20-94 anos), 50% da amostra representou o género feminino ($n=52$), oito dos utentes (7.7%) apresentaram alterações do estado de consciência no momento da avaliação, 68 doentes (65.4%) foram submetidos cirurgia e 75 (72.1%) tinham um prestador de cuidados identificado (tabela 21).

Tabela 21 – Características da amostra em estudo para etapa 1 e etapa 4

	ETAPA 1	ETAPA 4
	n (%) ou média (dp)	n (%) ou média (dp)
Idade, anos	63.0 (16.3)	64.2 (16.9)
Género		
Feminino	52 (50.0)	51 (49.5)
Masculino	52 (50.0)	52 (50.5)
Consciência		
Com alteração	8 (7.7)	12 (11.7)
Sem alteração	96 (92.3)	91 (88.3)
Cirurgia		
Sim	68 (65.4)	54 (52.4)
Não	36 (34.6)	49 (47.6)
Prestador de cuidados		
Sim	75 (72.1)	69 (67.0)
Não	29 (27.9)	34 (33.0)

Na etapa 4, a amostra foi constituída por 103 participantes com idade média de 64.2 anos ($dp = 16.9$ anos, amplitude 19-99 anos), quase metade da amostra representou o género feminino ($n=51$, 49.5%), cerca de 11.7% apresentou alterações do estado de consciência, 52.4% foram submetidos a uma cirurgia e 67.0% tinham um prestador de cuidados identificado (tabela 20).

3.3.1 - Atividades diagnósticas para a avaliação da dor

Em seguida apresentam-se os dados de acordo com o processo de pensamento em que assentam os sistemas de informação de enfermagem e o processo de enfermagem. Em primeiro lugar, as atividades diagnósticas associadas à dor (monitorizar a dor; monitorizar a sedação, vigiar a dor, agravamento da dor, avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor, avaliar o potencial para melhorar o conhecimento, e avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor). Em segundo lugar, apresentam-se os diagnósticos formulados para o IS-SCE dor. Por fim, as intervenções de enfermagem planeadas.

3.3.1.1 – MONITORIZAR A DOR

A monitorização da dor constitui umas das atividades diagnósticas que permite compreender se o doente tem ou não dor e qual a sua intensidade. Estão padronizadas escalas de monitorização da dor no SClínico. O enfermeiro deve fazer a sua avaliação pelo menos uma vez por turno.

A tabela 22 apresenta a descrição dos itens relacionados com a dimensão “monitorizar dor” em função do observador (Enfermeiro – Enf., Investigador – Inv., e Registo - Reg), para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare.

Verificou-se que na etapa 1 a escala predominante de utilização pelos enfermeiros e nos registos foi a escala numérica. O investigador teve uma distribuição de 49% entre a escala numérica e a escala qualitativa. Em dois doentes o investigador utilizou a Escala Doloplus. Já os enfermeiros demonstraram por três situações a Escala Wong-Baker e a Escala Visual Analógica.

Na etapa 4, quer os enfermeiros, quer os registos demonstram maior diversificação do uso das Escalas de Avaliação da Dor. Os enfermeiros continuam a privilegiar a Escala Numérica (66%), mas em 27,2% utilizam a escala qualitativa e em 4,9% fazem uso da FPS-R. No que diz respeito aos dados dos registos, também se assiste a essa diversificação do uso das Escalas. Apesar de predominantemente se verificar a utilização da Escala Numérica (68,9%), também registam o uso da Escala Qualitativa em 24,2% das situações.

Tabela 22 – Monitorizar a dor, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

MONITORIZAR A DOR	ETAPA 1			ETAPA 4		
	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
FPS-R	-	-	-	5 (4.9)	1 (1.0)	4 (3.9)
Escala de <i>Wong-Baker</i>	3 (2.9)	-	-	-	-	-
EVA – Escala Visual Analógica	4 (3.8)	-	-	-	-	-
EN – Escala Numérica	92 (88.5)	51 (49.0)	101 (97.1)	68 (66.0)	65 (63.1)	71 (68.9)
FLACC-R –	1 (1.0)	-	-	-	-	-
Escala Qualitativa	4 (3.8)	51 (49.0)	1 (1.0)	28 (27.2)	31 (30.1)	25 (24.3)
Escala <i>Doloplus</i>	-	2 (2.0)	-	2 (1.9)	6 (5.8)	2 (1.9)
Nenhuma	-	-	2 (1.9)	-	-	1 (1.0)

A avaliação da concordância entre avaliadores está representada na Tabela 23. Verificou-se, de acordo com a interpretação do *Kappa de Cohen* por Landis & Koch (1977), que a concordância entre os respetivos pares pode ser classificada, na etapa 1 como: Enfermeiro-Investigador insignificante (não significativa), Enfermeiro-Registo insignificante (não significativa) e Investigador-registo fraca (não significativa).

Na etapa 4, a concordância entre os respetivos pares pode ser classificada como muito forte, (significativa), uma vez que o *Kappa de Cohen* é superior a 0,8.

Tabela 23 – Kappa de Cohen para Monitorizar a dor

MONITORIZAR A DOR	KAPPA DE COHEN	
	ETAPA 1	ETAPA 4
Enfermeiro/ Investigador	-	0.864*
Enfermeiro/ Registo	-	0.878*
Investigador/ Registo	0.018	0.802*

*p<0.05

3.3.1.2 – MONITORIZAR SEDAÇÃO

A tabela 24 apresenta a descrição dos itens relacionados com a dimensão “monitorizar sedação” em função do observador (Enfermeiro, Investigador e Registo). Verificou-se que a opção mais utilizada pelo enfermeiro e pelo investigador foi o “cooperante, orientado e tranquilo”, nas duas etapas de avaliação.

Verificou-se ainda, que apesar de estar padronizada no sistema informático esta atividade diagnóstica para a dor, a monitorização da sedação não foi registada a maioria das vezes (69.2%) pelos enfermeiros, na etapa 1. Na etapa 4, o registo foi efetuado em 66% das avaliações.

Tabela 24 – Monitorizar sedação, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

MONITORIZAR SEDAÇÃO	ETAPA 1			ETAPA 4		
	Enf.	Inv.	Reg.	Enf.	Inv.	Reg.
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ansioso e Agitado	1 (1.0)	2 (1.9)	-	2 (1.9)	2 (1.9)	-
Cooperante, orientado e tranquilo	92 (88.5)	96 (92.3)	28 (26.9)	92 (89.4)	92 (89.4)	68 (66.0)
Obedece a ordens mas sonolento	2 (1.9)	5 (4.8)	4 (3.9)	3 (2.9)	3 (2.9)	4 (3.9)
Adormecido, resposta viva a estímulos dolorosos leves	-	1 (1.0)	-	3 (2.9)	3 (2.9)	2 (1.9)
Adormecido, não responde a ordens, resposta lenta a estímulos	-	-	-	1 (1.0)	1 (1.0)	-
Adormecido, sem resposta a ordens e estímulos	-	-	-	2 (1.9)	2 (1.9)	1 (1.0)
Nenhum	9 (8.6)	-	72 (69.2)	-	-	28 (27.2)

Tabela 25 – Kappa de Cohen para «Monitorizar sedação»

MONITORIZAR A SEDAÇÃO	KAPPA DE COHEN	
	ETAPA 1	ETAPA 4
Enfermeiro/ Investigador	0.262*	0.903*
Enfermeiro/ Registo	0.081*	0.192*
Investigador/ Registo	0.025	0.145*

*p<0.05

A tabela 25 apresenta a análise de concordância entre observadores (p<0.05), através da utilização do coeficiente *Kappa de Cohen* por Landis & Koch (1977). Pela análise verificou-se que para a etapa 1, a concordância entre os respetivos pares pode ser classificada como: Enfermeiro-Investigador razoável (significativa) e Enfermeiro-Registo fraca (significativa), Investigador-Registo fraca (não significativa). Para a etapa 4, a concordância pode ser classificada como: Enfermeiro-Investigador muito forte (significativa), Enfermeiro-Registo fraca (significativa), e Investigador-registo fraca (significativa).

Verificou-se um aumento considerável da concordância entre o enfermeiro e o investigador (de razoável a muito forte), da etapa 1 para a etapa 4. Apesar de também ter aumentado a concordância nos outros dois pares, esta não foi tão expressiva.

3.3.1.3 – VIGIAR DOR

A tabela 26 apresenta a descrição dos itens relacionados com a dimensão “vigiar a dor” em função do observador (Enfermeiro, Investigador e Registo). Na etapa 1, verificou-se que o enfermeiro, a maioria das vezes, considerou o doente “sem dor” (55.8%) ou com “dor em moedeira” (30.8%). Na mesma etapa, o investigador considerou o doente com “dor em moedeira” em 40.4% das situações avaliadas, e, nos registos, a maioria das respostas foi “sem dor” (76%).

Na etapa 4 prevaleceu a resposta “dor em moedeira” ou “sem dor”, para todos os avaliadores. Nesta última etapa do Modelo SafeCare, na avaliação efetuada aos registos, tal como na etapa 1, a maioria das respostas (59,2%) situou-se na opção “sem dor”.

Tabela 26 – Vigiar a dor, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

VIGIAR DOR	ETAPA 1			ETAPA 4		
	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
Com dor em aperto	3 (2.9)	7 (6.7)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)
Com dor em barra	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)	-
Com dor em moedeira	32 (30.8)	42 (40.4)	12 (11.5)	44 (42.7)	47 (45.6)	32 (31.1)
Com dor em pontada	9 (8.7)	14 (13.5)	3 (2.9)	7 (6.8)	9 (8.7)	7 (6.8)
Com dor lancinante	1 (1.0)	2 (1.9)	-	-	-	-
Com dor tipo cólica	-	5 (4.8)	-	-	1 (1.0)	-
Sem dor	58 (55.8)	31 (29.8)	79 (76.0)	50 (48.5)	42 (40.8)	61 (59.2)
Sem registo	-	-	8 (7.7)	-	-	2 (1.9)

A tabela 27 apresenta a análise de concordância entre observadores através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$), por Landis & Koch (1977). Através da análise da tabela verificou-se que na etapa 1 a concordância entre os respetivos pares pode ser classificada como: Enfermeiro-Investigador e Enfermeiro-Registo razoável, e Investigador-Registo fraca. Na etapa 4, a concordância pode ser classificada como: Enfermeiro-Investigador muito forte, Enfermeiro-Registo forte e Investigador-Registo forte.

Tabela 27 – Kappa de Cohen para «Vigiar a dor»

VIGIAR A DOR	KAPPA DE COHEN	
	ETAPA 1	ETAPA 4
Enfermeiro/ Investigador	0.295*	0.855*
Enfermeiro/ Registo	0.249*	0.730*
Investigador/ Registo	0.095*	0.618*

*p<0.05

Verificou-se que a concordância da etapa 1 para a etapa 4 alterou-se significativamente. Passou de concordância razoável/ fraca na etapa 1, para forte a muito forte na etapa 4.

3.3.1.4 – AGRAVAMENTO DA DOR

O “agravamento da dor” constituiu outra das atividades diagnósticas parametrizadas para a avaliação da dor. A tabela 28 apresenta os dados encontrados para a etapa 1 e para a etapa 4, nas diferentes avaliações.

Tabela 28 – Agravamento da dor, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

AGRAVAMENTO DA DOR	ETAPA 1			ETAPA 4		
	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
Agrava com o posicionamento	17 (16.3)	32 (30.8)	2 (1.9)	27 (26.2)	32 (31.1)	16 (15.5)
Agrava com a deambulação	2 (1.9)	3 (2.9)	-	2 (1.9)	1 (1.0)	1 (1.0)
Não agrava com o posicionamento	2 (1.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	2 (1.9)	1 (1.0)
Agrava com o posicionamento e com a deambulação	4 (3.8)	22 (21.2)	2 (1.9)	8 (7.8)	10 (9.7)	4 (3.9)
Agrava com o posicionamento e não agrava com a deambulação	1 (1.0)	8 (7.67)	-	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)
Não agrava com o posicionamento nem com a deambulação	4 (3.8)	6 (5.8)	1 (1.0)	10 (9.7)	9 (8.7)	2 (1.9)
Não classifica	74 (71.2)	32 (30.8)	98 (94.2)	54 (52.4)	46 (44.7)	78 (75.7)

Verificou-se, na etapa 1, que na maioria das respostas, quer do enfermeiro (71.2%) quer da avaliação dos registos (94.2%), não classificam o agravamento da dor. Na etapa 4, apesar da maioria das respostas continuar a não classificar o agravamento da dor (enfermeiro, 52,4% e registos 75,7%), esta tendência diminuiu relativamente à etapa 1, sendo que, na avaliação do investigador, esta tendência é contrária. Ou seja, é maior a

percentagem de avaliações pelo investigador da não classificação do agravamento da dor na etapa 4 (44.7%), do que na etapa 1 (30.8%).

A tabela 29 apresenta análise de concordância entre observadores através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977). Através da análise da tabela verificou-se que na etapa 1 a concordância entre os respetivos pares foi classificada como: Enfermeiro-Investigador razoável (significativa), Enfermeiro-Registo razoável (significativa) e Investigador-Registo fraca (não significativa). Na etapa 4, o nível de concordância foi o seguinte: Enfermeiro-Investigador forte (significativa), Enfermeiro-Registo moderada (significativa) e Investigador-Registo moderada (significativa).

Tabela 29 – Kappa de Cohen para Agravamento da dor

AGRAVAMENTO DA DOR	KAPPA DE COHEN	
	ETAPA 1	ETAPA 4
Enfermeiro/ Investigador	0.198*	0.796*
Enfermeiro/ Registo	0.172*	0.529*
Investigador/ Registo	0.010	0.441*

* $p < 0.05$

Verificou-se que o nível de concordância aumentou da etapa 1 para a etapa 4 para todos os pares avaliados. Salienta-se, contudo, que o nível de concordância é menor quando se analisam os dados obtidos através dos registos.

3.3.1.5 – AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

A avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor nos três momentos previstos está representada na tabela 30.

Na etapa 1 constatou-se que em 99% dos casos esta atividade diagnóstica não foi incluída nos registos de enfermagem. Cerca de 20 a 25% dos enfermeiros também não efetuaram esta avaliação. Na etapa 4 os registos continuam a não traduzir a avaliação desta atividade diagnóstica, na maioria dos casos (cerca de 75% “não responde”).

Tabela 30 – Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR		ETAPA 1			ETAPA 4		
		Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
DOR	Demonstra	57 (54.8)	66 (63.5)	-	67 (65.0)	68 (66.0)	6 (5.8)
	Não demonstra	25 (24.0)	37 (35.5)	1 (1.0)	31 (30.1)	31 (30.1)	19 (18.5)
	Não responde	22 (21.2)	1 (1.0)	103 (99.0)	5 (4.9)	4 (3.9)	78 (75.7)
COMPLICAÇÕES	Demonstra	26 (25.0)	33 (31.8)	2 (1.9)	43 (41.7)	45 (43.7)	6 (5.8)
	Não demonstra	57 (54.8)	69 (66.3)	1 (1.0)	54 (52.5)	54 (52.4)	19 (18.4)
	Não responde	21 (20.2)	2 (1.9)	101 (97.1)	6 (5.8)	4 (3.9)	78 (75.8)
AVALIAÇÃO DA DOR	Demonstra	54 (51.9)	38 (36.5)	-	77 (74.8)	77 (74.8)	8 (7.8)
	Não demonstra	28 (26.9)	66 (63.5)	2 (1.9)	21 (20.4)	22 (21.4)	18 (17.4)
	Não responde	22 (21.2)	-	102 (98.1)	5 (4.8)	4 (3.8)	77 (74.8)
PREVENÇÃO DA DOR	Demonstra	37 (35.6)	35 (33.7)	-	46 (44.6)	48 (46.6)	5 (4.9)
	Não demonstra	44 (42.3)	68 (65.3)	2 (1.9)	52 (50.5)	52 (50.5)	20 (19.4)
	Não responde	23 (22.1)	1 (1.0)	102 (98.1)	5 (4.9)	3 (2.9)	78 (75.7)
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	Demonstra	33 (31.7)	29 (27.9)	-	41 (39.8)	44 (42.7)	4 (3.9)
	Não demonstra	45 (43.3)	75 (72.1)	3 (2.9)	57 (55.3)	56 (54.4)	20 (19.4)
	Não responde	26 (25.0)	-	101 (97.1)	5 (4.9)	3 (2.9)	79 (76.7)
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Demonstra	24 (23.1)	11 (10.6)	-	34 (33.0)	35 (34.0)	3 (2.9)
	Não demonstra	54 (51.9)	93 (89.4)	2 (1.9)	64 (62.1)	65 (63.1)	21 (20.4)
	Não responde	26 (25.0)	-	102 (98.1)	5 (4.9)	3 (2.9)	79 (76.7)

No que concerne ao nível de concordância entre avaliadores, a tabela 31 apresenta análise efetuada através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977).

Tabela 31 – Kappa de Cohen para “Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”

AVALIAR O CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR		KAPPA DE COHEN	
		ETAPA 1	ETAPA 4
DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,336*	0,939*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,152*
	Investigador/ Registo	-	0,136*
COMPLICAÇÕES	Enfermeiro/ Investigador	0,339*	0,964*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,139*
	Investigador/ Registo	-	0,130*
AVALIAÇÃO DA DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,218*	0,902*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,118*
	Investigador/ Registo	-	0,102*
PREVENÇÃO DA DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,329*	0,964*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,148*
	Investigador/ Registo	-	0,139*
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	Enfermeiro/ Investigador	0,230*	0,945*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,133*
	Investigador/ Registo	-	0,138*
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Enfermeiro/ Investigador	0,078	0,941*
	Enfermeiro/ Registo	-	0,131*
	Investigador/ Registo	-	0,121*

*p<0.05

Verificou-se que, na etapa 1, apenas se encontrou concordância entre as avaliações do enfermeiro e do investigador. A concordância foi razoável em todos os itens (Kappa de Cohen entre 0.21 e 0.4) exceto nas “estratégias não farmacológicas” em que a concordância foi fraca (Kappa de Cohen entre 0 e 0.2).

Na etapa 4 a concordância aumentou entre o enfermeiro e o investigador relativamente à etapa 1, passando de concordância razoável para concordância muito forte (Kappa de Cohen entre 0.81 e 1) em todos os itens avaliados. Relativamente aos outros pares de avaliação (Enfermeiro/ Registo. Investigador/ Registo), a concordância foi fraca em todos os itens avaliados.

3.3.1.6 – AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO

Os dados obtidos relativos à avaliação do potencial para melhorar o conhecimento estão representados na tabela 32.

Verificou-se, na etapa 1, que a maioria das respostas centra-se na demonstração dos itens avaliados (“demonstra”) para cada avaliador. É importante referir que esta atividade diagnóstica está parametrizada no SClinico de forma transversal a outros diagnósticos, como por exemplo o risco de úlcera por pressão ou o risco de queda. Ainda assim, verificou-se que cerca de 27% de alguns itens não foram registados no sistema informático, nessa etapa.

Na etapa 4, o item “não responde” diminuiu a percentagem nos registos (cerca de 13%) e na avaliação dos enfermeiros (1%), prevalecendo, tal como na etapa 1, o item “demonstra” como de maior percentagem de respostas em todos os avaliadores.

Tabela 32 – Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO		ETAPA 1			ETAPA 4		
		Enf.	Inv.	Reg.	Enf.	Inv.	Reg.
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
CAPACIDADE COGNITIVA	Demonstra	84 (80.8)	95 (91.3)	67 (64.4)	85 (82.5)	86 (83.5)	70 (68.0)
	Não demonstra	8 (7.7)	9 (8.7)	8 (7.7)	17 (16.5)	17 (16.5)	20 (19.4)
	Não responde	12 (11.5)	-	29 (27.9)	1 (1.0)	-	13 (12.6)
CONSCIENCIALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS DO SEU ESTADO DE SAÚDE	Demonstra	81 (77.9)	94 (90.4)	81 (77.9)	82 (79.6)	83 (80.6)	69 (67.0)
	Não demonstra	11 (10.6)	10 (9.6)	11 (10.6)	20 (19.4)	20 (19.4)	20 (19.4)
	Não responde	12 (11.5)	-	12 (11.5)	1 (1.0)	-	14 (13.6)
FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM	Demonstra	80 (76.9)	92 (88.5)	67 (64.4)	78 (75.7)	79 (76.7)	68 (66.0)
	Não demonstra	11 (10.6)	12 (11.5)	9 (8.7)	24 (23.3)	24 (23.3)	21 (20.4)
	Não responde	13 (12.5)	-	28 (26.9)	1 (1.0)	-	14 (13.6)
ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM	Demonstra	80 (76.9)	92 (88.5)	66 (63.5)	77 (74.7)	79 (76.7)	69 (67.0)
	Não demonstra	11 (10.6)	12 (11.5)	9 (8.6)	25 (24.3)	24 (23.3)	20 (19.4)
	Não responde	13 (12.5)	-	29 (27.9)	1 (1.0)	-	14 (13.6)

A análise de concordância entre observadores está representada na Tabela 33, através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977).

Tabela 33 – Kappa de Cohen para “Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento”

AVALIAR O POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO		KAPPA DE COHEN	
		ETAPA 1	ETAPA 4
CAPACIDADE COGNITIVA	Enfermeiro/ Investigador	0,398	0,966
	Enfermeiro/ Registo	0,390	0,641
	Investigador/ Registo	0,216	0,612
CONSCIENCIALIZAÇÃO DAS MUDANÇAS DO SEU ESTADO DE SAÚDE	Enfermeiro/ Investigador	0,462	0,970
	Enfermeiro/ Registo	0,510	0,659
	Investigador/ Registo	0,280	0,632
FORÇA DE VONTADE EXPRESSA NA APRENDIZAGEM	Enfermeiro/ Investigador	0,468	0,973
	Enfermeiro/ Registo	0,458	0,591
	Investigador/ Registo	0,313	0,565
ENVOLVIMENTO NO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM	Enfermeiro/ Investigador	0,468	0,948
	Enfermeiro/ Registo	0,425	0,612
	Investigador/ Registo	0,282	0,604

Verificou-se que, na etapa 1, a concordância foi razoável (Kappa de Cohen entre 0.21 e 0.4) a moderada (Kappa de Cohen entre 0.41 a 0.6) entre todos os pares avaliados. Na etapa 4 o nível de concordância aumentou para todos os pares avaliados. No par Enfermeiro/ Investigador a concordância foi muito forte (Kappa de Cohen entre 0.81 e 1). Nos restantes pares a concordância oscilou entre moderada a forte (Kappa de Cohen entre 0.61 e 0.8).

3.3.1.7 – AVALIAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR

A avaliação do conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor, para as etapas 1 e 4, encontra-se representada na tabela 34. Verificou-se nas duas etapas que a maioria das respostas para os diferentes itens corresponde ao “não aplicável”. Isto significa que, no momento da avaliação, não foi possível avaliar junto do prestador de cuidados esta atividade diagnóstica ou porque este não estava presente ou não estava identificado ou o doente tinha capacidade cognitiva para compreender as estratégias de alívio da dor. Salienta-se que em mais de 90% das respostas, nas duas fases, os enfermeiros não efetuaram registos sobre este item.

Tabela 34 – Avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

AVALIAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR		ETAPA 1			ETAPA 4		
		Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
DOR	Demonstra	16 (15.4)	12 (11.5)	-	21 (20.4)	15 (14.6)	1 (1.0)
	Não demonstra	14 (13.5)	9 (8.7)	2 (1.9)	13 (12.6)	12 (11.7)	1 (1.0)
	Não responde	3 (2.9)	-	-	1 (1.0)	-	-
	Não aplicável	71 (68.2)	83 (79.8)	71 (68.3)	68 (66.0)	76 (73.7)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	31 (30.0)
COMPLICAÇÕES	Demonstra	10 (9.6)	8 (7.7)	-	16 (15.5)	12 (11.7)	-
	Não demonstra	17 (16.4)	11 (10.6)	1 (1.0)	17 (16.5)	15 (14.6)	1 (1.0)
	Não responde	4 (3.8)	-	-	-	-	-
	Não aplicável	73 (70.2)	85 (81.7)	72 (69.2)	70 (68.0)	76 (73.7)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	32 (31.0)
AVALIAÇÃO DA DOR	Demonstra	12 (11.5)	8 (7.7)	-	15 (14.6)	11 (10.7)	-
	Não demonstra	15 (14.5)	11 (10.6)	1 (1.0)	18 (17.4)	16 (15.5)	-
	Não responde	4 (3.8)	-	-	-	-	-
	Não aplicável	73 (70.2)	85 (81.7)	72 (69.2)	70 (68.0)	76 (73.8)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	33 (32.0)
PREVENÇÃO DA DOR	Demonstra	9 (8.7)	8 (7.7)	-	14 (13.6)	10 (9.7)	-
	Não demonstra	18 (17.3)	11 (10.6)	1 (1.0)	19 (18.4)	17 (16.5)	-
	Não responde	4 (3.8)	-	-	-	-	-
	Não aplicável	73 (70.2)	85 (81.7)	72 (69.2)	70 (68.0)	76 (73.8)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	33 (32.0)
GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO	Demonstra	8 (7.7)	5 (4.8)	-	15 (14.5)	11 (10.7)	-
	Não demonstra	20 (19.2)	14 (13.5)	1 (1.0)	18 (17.5)	16 (15.5)	1 (1.0)
	Não responde	3 (2.9)	-	-	-	-	-
	Não aplicável	73 (70.2)	85 (81.7)	72 (69.2)	70 (68.0)	76 (73.8)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	32 (31.0)
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Demonstra	8 (7.7)	2 (1.9)	-	12 (11.7)	8 (7.8)	-
	Não demonstra	19 (18.3)	18 (17.3)	1 (1.0)	20 (19.3)	19 (18.4)	1 (1.0)
	Não responde	4 (3.8)	-	-	1 (1.0)	-	-
	Não aplicável	73 (70.2)	84 (80.8)	72 (69.2)	70 (68.0)	76 (73.8)	70 (68.0)
	Sem registo	-	-	31 (29.8)	-	-	32 (31.0)

A análise da concordância entre avaliadores encontra-se plasmada na tabela 35 através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977). Verificou-se uma concordância maior entre o par Enfermeiro/Investigador aumentando esta concordância da etapa 1 (forte, pois Kappa de Cohen situou-se entre 0.41 e 6) para a etapa 4 (muito forte, pois Kappa de Cohen situou-se entre 0.81 e 1).

Como a maioria das avaliações não foram efetuadas a análise desta atividade diagnóstica ficou condicionada.

Tabela 35 – Kappa de Cohen para avaliar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor

AVALIAR O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS SOBRE ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR		KAPPA DE COHEN	
		ETAPA 1	ETAPA 4
DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,706	0,834
	Enfermeiro/ Registo	0,448	0,377
	Investigador/ Registo	0,322	0,354
COMPLICAÇÕES	Enfermeiro/ Investigador	0,665	0,872
	Enfermeiro/ Registo	0,443	0,403
	Investigador/ Registo	0,312	0,356
AVALIAÇÃO DA DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,665	0,872
	Enfermeiro/ Registo	0,444	0,405
	Investigador/ Registo	0,312	0,357
PREVENÇÃO DA DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,665	0,872
	Enfermeiro/ Registo	0,443	0,405
	Investigador/ Registo	0,312	0,357
GESTÃO DO REGIME TERAPÉUTICO	Enfermeiro/ Investigador	0,612	0,872
	Enfermeiro/ Registo	0,427	0,421
	Investigador/ Registo	0,311	0,375
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Enfermeiro/ Investigador	0,591	0,850
	Enfermeiro/ Registo	0,443	0,399
	Investigador/ Registo	0,321	0,375

3.3.2 – Diagnósticos de enfermagem

No sistema informático os diagnósticos de enfermagem para o IS-SCE dor são formulados automaticamente de acordo com as atividades diagnósticas correspondentes, avaliadas inicialmente. Na avaliação do enfermeiro e na avaliação do investigador, estes diagnósticos não foram sujeitos ao aplicativo, mas à análise das escalas aplicadas.

Os diagnósticos de enfermagem formulados, de acordo com os três momentos de observação, encontram-se representados na tabela 36.

Tabela 36 – Diagnósticos de enfermagem, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		ETAPA 1			ETAPA 4		
		Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
GRAU DE DOR	Dor, em grau reduzido	25 (24.0)	22 (21.2)	10 (9.6)	29 (28.1)	32 (31.1)	23 (22.3)
	Dor, em grau moderado	16 (15.4)	41 (39.3)	6 (5.8)	20 (19.4)	22 (21.4)	17 (16.5)
	Dor, em grau elevado	5 (4.8)	9 (8.7)	2 (1.9)	5 (4.9)	6 (5.8)	4 (3.8)
	Dor, em grau muito elevado	1 (1.0)	1 (1.0)	-	-	-	-
	Sem dor	57 (54.8)	31 (29.8)	42 (40.4)	49 (47.6)	43 (41.7)	35 (34.1)
	Sem registo	-	-	9 (8.7)	-	-	4 (3.8)
	Dor como foco de atenção	-	-	35 (33.6)	-	-	20 (19.5)
CONHECIMENTOS	Potencial para melhorar o conhecimento	58 (55.8)	85 (81.7)	-	54 (52.4)	55 (53.4)	12 (11.7)
	Com conhecimento	15 (14.3)	7 (6.7)	-	25 (24.3)	26 (25.3)	4 (3.9)
	Sem potencial	9 (8.7)	12 (11.6)	3 (2.9)	19 (18.4)	19 (18.4)	9 (8.7)
	Não responde	22 (21.2)	-	-	5 (4.9)	3 (2.9)	-
	Sem registo	-	-	101 (97.1)	-	-	78 (75.7)
CONHECIMENTOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	20 (19.2)	20 (19.2)	-	24 (23.3)	19 (18.4)	-
	Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	2 (1.9)	1 (1.0)	-	8 (7.8)	8 (7.8)	-
	Não responde	7 (6.7)	-	-	-	-	-
	Não aplicável	75 (72.2)	83 (79.8)	76 (73.1)	71 (68.9)	76 (73.8)	75 (72.8)
	Sem registo	-	-	28 (26.9)	-	-	28 (27.2)

Em relação ao “Grau de dor” verificou-se na etapa 1 que os enfermeiros consideraram que 54,8% dos doentes não apresentavam dor e 24% apresentavam dor em grau reduzido. Na observação do investigador o diagnóstico “sem dor” representou cerca de 29,8% das

avaliações, “dor em grau reduzido” 22% e “dor em grau moderado” 39,3%. Na análise dos registos verificou-se que 40,4% dos doentes não apresentavam dor, ou tinham “a dor como foco de atenção” em 33,6% dos casos não tendo sido formulado diagnóstico de enfermagem. Na etapa 4, o diagnóstico mais representativo foi “sem dor” para os três observadores, seguindo-se “dor em grau reduzido”. Verificou-se, ainda, que “dor como foco de atenção” representou cerca de 19,5% dos registos avaliados.

Na etapa 1 em relação aos “Conhecimentos” verificou-se que na observação do investigador 81,7% dos doentes tinham “potencial para melhorar o conhecimento” sobre a dor. Em relação à observação dos enfermeiros cerca de 55,8% dos doentes tinham “potencial para melhorar o conhecimento” e 21,2% não responderam à questão. Pela análise dos registos verificou-se que este diagnóstico praticamente não foi registado no SClinico (97,1%). Na etapa 4 este item sofreu algumas modificações. Na observação do enfermeiro, a maioria dos doentes tinha potencial para melhorar o conhecimento sobre a dor (52,4%) ou demonstrava conhecimento sobre a dor (24,3%). A observação do investigador seguiu a mesma tendência do enfermeiro, variando ligeiramente os valores encontrados. Na análise dos registos verificou-se que na maioria das vezes (75,7%) estes não são efetuados. Esta tendência diminuiu em relação à etapa 1.

No último diagnóstico de enfermagem, “Conhecimentos do prestador de cuidados” sobre a dor, verificou-se nas duas etapas que este item não foi avaliado. Por isso, a maioria das respostas situou-se no “não aplicável” ou no “sem registo”.

A tabela 37 apresenta a análise de concordância, através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977) entre os observadores. Através da análise da tabela verificou-se que na etapa 1 a concordância entre o enfermeiro e o investigador é razoável (Kappa de Cohen entre 0.21 e 0.4) e entre os outros dois pares é fraca (Kappa de Cohen entre 0 e 0.2). Apesar de se obter concordância para o item “conhecimento do prestador de cuidados” esta não é representativa uma vez que, na maioria dos casos, não houve avaliações efetuadas, como se constatou na análise da tabela anterior.

Tabela 37 – Kappa de Cohen para diagnósticos de enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM		KAPPA DE COHEN	
		ETAPA 1	ETAPA 4
GRAU DE DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,320	0,870
	Enfermeiro/ Registo	0,175	0,646
	Investigador/ Registo	0,102	0,586
CONHECIMENTOS	Enfermeiro/ Investigador	0,212	0,953
	Enfermeiro/ Registo	0,017	0,180
	Investigador/ Registo	0,006	0,171
CONHECIMENTOS DO PRESTADOR DE CUIDADOS	Enfermeiro/ Investigador	0,628	0,868
	Enfermeiro/ Registo	0,493	0,376
	Enfermeiro/ Investigador	0,285	0,329

Relativamente à etapa 4 a concordância entre enfermeiro e investigador foi muito forte para todos os itens (Kappa de Cohen entre 0.81 e 1). No grau de dor, a concordância entre Enfermeiro/ Registo e entre Investigador/ Registo foi moderada (Kappa de Cohen entre 0.41 e 0.6) a forte (0.61 a 0.8). No diagnóstico sobre os “conhecimentos” a concordância foi fraca (Kappa de Cohen entre 0 e 0.2). Tal como na etapa 1, apesar de se obter concordância para o item “conhecimento do prestador de cuidados”, esta não é representativa uma vez que, na maioria dos casos, não houve avaliações efetuadas, como se constatou na análise da tabela anterior.

3.3.3 – Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem propostas para a dor, de acordo com as avaliações efetuadas pelo enfermeiro, pelo investigador e pela análise dos registos estão representadas na tabela 38.

Tabela 38 – Intervenções de enfermagem, por avaliador, para a etapa 1 e etapa 4

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ETAPA 1			ETAPA 4		
	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)	Enf. n (%)	Inv. n (%)	Reg. n (%)
Monitorizar a dor	100 (96.2)	104 (100.0)	101 (97.1)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)
Vigiar a dor	101 (97.1)	104 (100.0)	94 (90.4)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	47 (45.2)	82 (78.8)	16 (15.4)	54 (52.4)	59 (57.3)	39 (37.9)
Administrar sacarose oral	1 (1.0)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	52 (50.0)	94 (90.4)	14 (13.5)	64 (62.1)	94 (90.4)	47 (45.6)
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Gerir analgésicos	76 (73.1)	102 (98.1)	40 (38.5)	98 (95.1)	102 (99.0)	93 (90.3)
Aliviar a dor através de embalagem fria	7 (6.7)	12 (11.5)	3 (2.9)	5 (4.9)	8 (7.8)	1 (1.0)
Aplicar envolvimento frio	6 (5.8)	12 (11.5)	4 (3.8)	7 (6.8)	9 (8.7)	3 (2.9)
Aplicar envolvimento quente	1 (1.0)	2 (1.9)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.0)
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	17 (16.3)	75 (72.1)	2 (1.9)	44 (42.7)	63 (61.2)	17 (16.5)
Ensinar sobre medicamentos	34 (32.7)	72 (69.2)	4 (3.8)	35 (34.0)	44 (42.7)	14 (13.6)
Ensinar sobre regime medicamentoso	40 (38.5)	74 (71.2)	1 (1.0)	35 (34.0)	43 (41.7)	12 (11.7)
Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	17 (16.3)	16 (15.4)	0 (0.0)	14 (13.6)	20 (19.4)	0 (0.0)
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	44 (42.3)	85 (81.7)	5 (4.8)	43 (41.7)	51 (49.5)	12 (11.7)

Na etapa 1 verificou-se que existem duas intervenções (“monitorizar a dor” e “vigiar a dor”) que foram previstas para quase todos os doentes, por todos os observadores. Na etapa 4 essas intervenções foram consideradas para todos os doentes (n=100%), por todos os avaliadores, verificando-se concordância total.

As intervenções que menos foram previstas, quer na etapa 1 quer na etapa 4, pelos três avaliadores foram: “administrar sacarose oral”; “executar terapia através de neuro estimulador de superfície” e “aplicar envolvimento quente”.

A tabela 39 apresenta a análise concordância, através da utilização do coeficiente Kappa de Cohen ($p < 0.05$) por Landis & Koch (1977) entre os avaliadores. A ausência de dados significa que não foi possível obter concordância.

Tabela 39 – Kappa de Cohen para as intervenções de enfermagem

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		KAPPA DE COHEN	
		ETAPA 1	ETAPA 4
MONITORIZAR A DOR	Enfermeiro/ Investigador	-	1
	Enfermeiro/ Registo	-	1
	Investigador/ Registo	-	1
VIGIAR A DOR	Enfermeiro/ Investigador	-	1
	Enfermeiro/ Registo	-	1
	Investigador/ Registo	-	1
ASSISTIR A PESSOA A CONTROLAR A DOR ATRAVÉS DO POSICIONAMENTO	Enfermeiro/ Investigador	0,144	0,863
	Enfermeiro/ Registo	0,155	0,712
	Investigador/ Registo	0,011	0,625
ADMINISTRAR SACAROSE ORAL	Enfermeiro/ Investigador	-	1
	Enfermeiro/ Registo	-	0,662
	Investigador/ Registo	-	0,662
ASSISTIR A IDENTIFICAR ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR	Enfermeiro/ Investigador	0,154	0,832
	Enfermeiro/ Registo	0,115	0,677
	Investigador/ Registo	0,033	0,603
EXECUTAR TERAPIA ATRAVÉS DE NEURO ESTIMULADOR DE SUPERFÍCIE	Enfermeiro/ Investigador	-	-
	Enfermeiro/ Registo	-	-
	Investigador/ Registo	-	-
GERIR ANALGÉSICOS	Enfermeiro/ Investigador	0,101	0,322
	Enfermeiro/ Registo	0,027	0,501
	Investigador/ Registo	-	0,167
ALIVIAR A DOR ATRAVÉS DE EMBALAGEM FRIA	Enfermeiro/ Investigador	0,482	0,591
	Enfermeiro/ Registo	0,583	0,322
	Investigador/ Registo	0,371	0,209
APLICAR ENVOLVIMENTO FRIO	Enfermeiro/ Investigador	0,519	0,729
	Enfermeiro/ Registo	0,161	0,583
	Investigador/ Registo	0,337	0,477
APLICAR ENVOLVIMENTO QUENTE	Enfermeiro/ Investigador	-	-
	Enfermeiro/ Registo	-	-

EXECUTAR TRATAMENTOS COM ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Investigador/ Registo	0,662	-
	Enfermeiro/ Investigador	0,081	0,605
	Enfermeiro/ Registo	-	0,333
	Investigador/ Registo	0,015	0,223
ENSINAR SOBRE MEDICAMENTOS	Enfermeiro/ Investigador	-	0,817
	Enfermeiro/ Registo	0,039	0,418
	Investigador/ Registo	-	0,348
ENSINAR SOBRE REGIME MEDICAMENTOSO	Enfermeiro/ Investigador	0,124	0,836
	Enfermeiro/ Registo	0,031	0,356
	Investigador/ Registo	0,008	0,311
ENSINAR O PRESTADOR DE CUIDADOS A ALIVIAR A DOR COM ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Enfermeiro/ Investigador	0,604	0,720
	Enfermeiro/ Registo	-	-
	Investigador/ Registo	-	-
ENSINAR SOBRE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS	Enfermeiro/ Investigador	0,106	0,844
	Enfermeiro/ Registo	-	0,266
	Investigador/ Registo	0,022	0,237

Verificou-se concordância exata para as intervenções “monitorizar a dor” e “vigiar a dor” para todos os avaliadores na etapa 4.

Algumas intervenções apresentaram fraca concordância entre todos os avaliadores (Kappa de Cohen entre 0 e 0,2) na etapa 1, como por exemplo “assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento” e “assistir a identificar estratégias de alívio da dor”. Na etapa 4 verificou-se que as mesmas intervenções registaram concordância forte (Kappa de Cohen entre 0,61 e 0,8) a muito forte (Kappa de Cohen entre 0,81 e 1), para todos os avaliadores.

Verificou-se apenas numa intervenção a diminuição da concordância entre avaliadores da etapa 1 para a etapa 4. Tratou-se da intervenção “aliviar a dor através de embalagem fria”. Na etapa 1, a concordância entre o Enfermeiro/ Registo foi moderada (Kappa de Cohen = 0,583) e passou a razoável na etapa 4 (Kappa de Cohen = 0,322). No par Investigador/ Registo a mesma intervenção passou do nível razoável de concordância (Kappa de Cohen de 0,371) na etapa 1 para o nível de concordância fraca (Kappa de Cohen de 0,209) na etapa 4.

3.4 – IS-SCE Competência Emocional dos Enfermeiros

O conceito de Inteligência Emocional (IE) surgiu em 1990 por Salovey e Mayer e é definido como um conjunto de habilidades relacionadas com a capacidade que uma pessoa tem em avaliar, expressar, usar e regular as suas próprias emoções e as emoções das outras pessoas (Salovey, Brackett, & Mayer, 2004). A IE tornou-se mais popular com a publicação de *Emotional Intelligence* em 1995 por Goleman tendo, posteriormente, surgido dois principais modelos que pretendem explicar o conceito (Roberts, MacCann, Matthews & Zeidner, 2010).

O primeiro modelo explica a IE como um conjunto de características que inclui uma mistura de competências e traços de personalidade como assertividade, otimismo, gestão de stress e resolução de conflitos (Roberts, MacCann, Matthews & Zeidner, 2010). Um dos autores que se enquadra neste modelo é Goleman (1995) que defende que a IE abrange uma variedade de habilidades emocionais e traços de personalidade, incluindo dois tipos de competências: emocional e pessoal. As competências emocionais incluem a autoconsciência, a autorregulação e a motivação, enquanto as competências sociais compreendem a empatia e as habilidades sociais. A avaliação da IE, segundo este modelo, baseia-se em medidas de autorrelato fundamentadas nos pressupostos referidos.

O segundo modelo explica a IE como um conjunto de quatro ramos de habilidades: a capacidade de perceber as emoções, a capacidade de as usar para facilitar o pensamento, a capacidade de entender as emoções e a capacidade de as gerir (Mayer, Salovey & Caruso, 2004). Este modelo envolve uma hierarquia de habilidades, começando pela perceção emocional (perceção das emoções no eu e nos outros), facilitação emocional (usando as emoções para facilitar as tarefas), compreensão emocional (compreender a relação entre as emoções e as situações) e a gestão emocional (compreende a capacidade de regular as emoções no próprio e nos outros) (Mayer, Salovey & Caruso, 2004). A IE segundo este modelo pode ser avaliada através de instrumentos que trabalhem cada um dos quatro ramos. Do ponto de vista educacional, o conceito de IE baseado em habilidades pressupõe que esta possa ser ensinada e aprendida (Foster & McKenzie, 2012).

A competência emocional, vulgarmente designada de inteligência emocional, é conhecida como um novo critério de avaliação do bem-estar das pessoas e uma competência fundamental para boas prestações no local de trabalho (Sparrow & Knight, 2006). Os indivíduos que demonstram um alto grau de competência emocional conhecem-se muito bem, e, também, são capazes de sentir as emoções dos outros (Serrat, 2017). Esta

competência é tida como fundamental para os profissionais de saúde por trabalharem com doentes e, igualmente, por estarem envolvidos no seio de equipas multidisciplinares (Hurley & Stansfield, 2012). No caso específico dos enfermeiros, como a prática de enfermagem envolve cuidados complexos a pessoas, a maioria das vezes emocionalmente vulneráveis pela presença de doenças físicas ou mentais, a competência emocional dos enfermeiros é vital (Foster, 2015). É expectável que os enfermeiros demonstrem preocupação empática pelos doentes, ao mesmo tempo que tenham que regular os seus próprios sentimentos e expressões como parte das suas funções (Afsar, Cheema & Masood, 2017).

A competência emocional pode ser desenvolvida nos enfermeiros através de treino (Kozlowski, Hutchinson, Hurley & Browne, 2018) e a sua importância na prática de cuidados é reconhecida (Raghubir, 2018), por isso, a necessidade de relacionar a SC com o desenvolvimento da competência emocional deve ser considerada (Cruz, Carvalho & Sousa, 2015).

Ao longo da implementação do Modelo SafeCare, decorreram as sessões de supervisão clínica. Nessas reuniões, os profissionais tiveram a oportunidade de discutir questões da sua prática diária. Concretamente, no que diz respeito à competência emocional, foram preparadas pela equipa de investigação oito sessões de formação onde, para além da estratégia de exposição teórica, foram utilizadas técnicas de *brain storming*, de reflexão individual e coletiva sobre vivências do dia-a-dia. Foram efetuados, também, exercícios práticos onde foi promovida a autorreflexão e a comunicação entre os pares.

Para a avaliação do IS-SCE “competência emocional dos enfermeiros” utilizou-se a «Escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros», adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela e Filipe (2012), a partir da «Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional» (VBCIE). A Escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros é composta por 84 itens avaliados numa escala do tipo Likert (1-7) que varia entre "Nunca" e "Sempre". Os itens estão divididos em cinco subescalas: “autoconsciência” (20 itens), “gestão de emoções” (18 itens), “automotivação” (21 itens), “empatia” (12 itens) e “gestão de relacionamentos em grupos” (14 itens).

Procedeu-se a uma análise descritiva dos dados obtidos, com recurso às médias e ao desvio padrão (variáveis quantitativas) e frequências absolutas e relativas (variáveis qualitativas). O score total da VBCIE, bem como das dimensões foi obtido através da soma dos itens que a constituem. A quantificação da associação linear entre o score total da

escala VBCIE e das suas dimensões foi conseguida com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson. Avaliou-se, também, a consistência interna da VBCIE e das suas dimensões através do alfa de Cronbach. Identificou-se, ainda, potenciais fatores preditivos (género, idade, tempo de exercício profissional, habilitações académicas, situação jurídica de emprego e local onde exerce funções) da escala avaliada, bem como de cada uma das dimensões, com recurso à regressão linear simples. Por fim, modelos de regressão linear ajustados foram realizados de modo a identificar fatores independentes da escala VBCIE e das respetivas dimensões. Todas as análises foram elaboradas no software SPSS® e em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05.

A tabela 40 apresenta as estimativas do alfa de *Cronbach* para a escala total VBCIE e das suas dimensões, no Modelo SafeCare. Através da análise dos coeficientes apresentados, concluiu-se que a consistência interna foi boa ou muito boa, apresentando o valor mais elevado para a escala total ($\alpha = 0.95$) e o valor mais baixo para a dimensão “Gestão de emoções” ($\alpha = 0.78$).

Tabela 40 – Estimativas do alfa de *Cronbach* para a escala VBCIE em diferentes estudos

	ALFA DE CRONBACH Modelo SafeCare	ALFA DE CRONBACH Lopes (2013)	ALFA DE CRONBACH Vilela (2006)
TOTAL	0.95	-	-
Dimensão 1 – Autoconsciência	0.91	0,62	0,71
Dimensão 2 – Gestão de emoções	0.78	0,75	0,69
Dimensão 3 – Automotivação	0.82	0,71	0,75
Dimensão 4 – Empatia	0.85	0,85	0,83
Dimensão 5 – Gestão de relacionamentos em grupos	0.88	0,83	0,85

Relativamente ao alfa de *Cronbach* com a aplicação da mesma escala em profissionais de enfermagem noutros estudos (Lopes, 2013; Vilela, 2006), verificou-se que no Modelo SafeCare a consistência interna é mais alta (tabela 40), exceto na «dimensão “Empatia” que apresentou o mesmo valor do estudo de Lopes (2013). A dimensão “Gestão de emoções” apresentou o valor mais baixo ($\alpha = 0,78$) tal como no estudo de Vilela (2006), que apresentou um $\alpha = 0,69$.

Na tabela 41 encontram-se os valores mínimos, máximos, média e desvio padrão de cada uma das dimensões da escala VBCIE, em cada um dos momentos de avaliação (etapa 1 e 4).

Tabela 41 – Descrição da amostra em estudo relativamente à escala VBCIE

Variáveis	Itens	Mínimo		Máximo		Média		Desvio padrão	
		E1*	E4†	E1	E4	E1	E4	E1	E4
1 Autoconsciência	20	67	79	133	137	106,0	107,5	15,8	13,0
2 Gestão de emoções	18	51	66	111	102	83,3	84,3	11,7	9,3
3 Automotivação	21	81	87	135	135	106,6	110,3	12,6	12,9
4 Empatia	12	40	43	75	79	60,7	61,2	9,1	8,8
5 Gestão de relacionamentos em grupos	13	37	37	75	85	59,8	60,6	9,7	10,1
Total	84	296	349	510	513	416,5	425,0	47,0	39,5

*E1 – Etapa 1; †E4 – Etapa 4

Verificou-se que quer os valores mínimos, quer a média, quer os valores máximos da escala VBCIE e suas dimensões tiveram um aumento da etapa 1 para a etapa 4 do Modelo SafeCare.

3.4.1 – Fatores preditivos da escala VBCIE e suas dimensões

Após a descrição da amostra em estudo relativamente à escala VBCIE e suas dimensões, para a etapa 1 e etapa 4, tentou-se perceber qual o contributo de cada variável na predição ou explicação da competência emocional, segundo a auto percepção da população em estudo. Para cumprir esse objetivo recorreu-se aos modelos de regressão ajustados e não ajustados nas diferentes etapas do Modelo SafeCare para a escala total VBCIE (tabela 42). Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05 ($p < 0.05$).

Tabela 42 – Escala Total VBCIE e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

ESCALA TOTAL VBCIE								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	P	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	38.0 (16.7)	0.028	35.4 (15.8)	0.031	33.2 (14.0)	0.022	28.0 (14.1)	0.054
Idade (anos)	-0.28 (1.0)	0.784	3.3 (3.8)	0.401	-1.3 (0.8)	0.130	5.5 (3.4)	0.118
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.58 (1.1)	0.595	-3.9 (4.2)	0.351	-1.7 (0.9)	0.058	-7.4 (3.7)	0.055
Habilitações académicas								
Licenciatura	-7.5 (14.8)	0.617	-37.5 (17.7)	0.041	-2.2 (12.8)	0.863	-17.6 (15.7)	0.270
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-13.4 (15.4)	0.389	-24.1 (17.6)	0.180	-15.8 (13.2)	0.237	-21.8 (15.9)	0.178
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-23.3 (16.0)	0.152	-8.9 (18.1)	0.624	-5.2 (14.3)	0.718	-09 (16.2)	0.955
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-38.8 (14.8)	0.012	-44.1 (16.2)	0.010	7.9 (13.8)	0.567	6.4 (14.5)	0.663

Na etapa 1, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas as variáveis género e experiência como supervisionado são estatisticamente significativas, o que quer dizer que:

- Os homens apresentaram score mais elevado da escala total VBCIE quando comparado com as mulheres.

- Os participantes com experiência como supervisor apresentaram menor score da escala total quando comparado com participantes sem experiência como supervisor.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, as duas variáveis género e experiência como supervisor permaneceram estatisticamente significativas. A variável habilitações académicas, apesar de no modelo univariado não ser estatisticamente significativa, tornou-se significativa no modelo ajustado (não é uma situação expectável e comum, contudo pode ser explicada pela dimensão da amostra ser demasiado reduzida). Deste modo:

- Os homens apresentaram score mais elevado da escala total VBCIE quando comparados com as mulheres, ajustando para as restantes variáveis.
- Os participantes com experiência como supervisor tiveram menor score da escala total VBCIE quando comparados com os participantes sem experiência como supervisor, ajustando para as restantes variáveis.
- Os participantes com licenciatura apresentaram menor score da escala total VBCIE, quando comparados com os participantes com mais do que licenciatura, ajustando para as restantes variáveis.

É de salientar que apenas 22,8% da variabilidade da escala total VBCIE pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Na etapa 4, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável género foi estatisticamente significativa. Assim, os homens apresentaram score mais elevado da escala total quando comparados com as mulheres.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 14.1% da variabilidade da escala total pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Seguidamente tentou-se perceber qual o contributo de cada variável que caracterizou a amostra para a predição ou explicação de cada dimensão da Competência Emocional, segundo a auto percepção da população em estudo.

3.4.1.1 – DIMENSÃO 1.AUTOCONSCIÊNCIA

A tabela 43 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão autoconsciência, para as duas etapas do Modelo. É importante referir que não foi possível obter conclusões para a variável “habilitações académicas” dado o score médio da dimensão para ambos os grupos ser exatamente o mesmo.

Tabela 43 – Dimensão Autoconsciência e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	11.1 (5.7)	0.056	10.4 (5.8)	0.079	10.4 (4.6)	0.029	9.7 (5.0)	0.057
Idade (anos)	-0.03 (0.3)	0.932	0.6 (1.4)	0.647	-0.1 (0.3)	0.720	1.0 (1.2)	0.411
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.1 (0.4)	0.824	-0.7 (1.5)	0.658	-0.2 (0.3)	0.538	-1.1 (1.3)	0.390
Habilitações académicas								
Licenciatura			-8.3 (6.5)	0.208	-0.7 (4.1)	0.875	-3.0 (5.6)	0.593
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado			1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-6.5 (5.1)	0.212	-9.0 (6.4)	0.170	-2.8 (4.3)	0.514	-3.8 (5.5)	0.494
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-5.3 (5.4)	0.332	-1.2 (6.6)	0.860	-3.0 (4.5)	0.507	-4.5 (5.7)	0.435
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-10.6 (5.1)	0.043	-11.8 (5.9)	0.053	1.7 (4.4)	0.701	33 (5.1)	0.527

Para a **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável experiência como supervisionado foi estatisticamente significativa. Os participantes com experiência como supervisionado apresentaram menor score na dimensão “Autoconsciência” quando comparados com participantes sem experiência como supervisionado. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 14.1% da variabilidade da dimensão “Autoconsciência” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Na **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável gênero foi estatisticamente significativa. Os homens apresentaram score mais elevado para a dimensão “Autoconsciência” quando comparado com as mulheres. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 4.0% da variabilidade da dimensão “Autoconsciência” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

3.4.1.2 – DIMENSÃO 2. GESTÃO DE EMOÇÕES

A tabela 44 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão “Gestão de emoções”, para as duas etapas.

Na **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas as variáveis idade, tempo de exercício na profissão e formação em supervisão clínica foram estatisticamente significativas. Com o aumento da idade verificou-se uma diminuição no score a dimensão “Gestão de emoções”. Com o aumento do tempo de exercício na profissão também se verificou uma diminuição no score para a dimensão “Gestão de emoções”. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram score mais baixo para a dimensão “Gestão de emoções” quando comparados com participantes sem formação em supervisão clínica.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 19.7% da variabilidade da dimensão “Gestão de emoções” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Tabela 44 – Dimensão “Gestão de emoções” e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

2.GESTÃO DE EMOÇÕES								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	7.6 (4.2)	0.080	6.8 (4.0)	0.098	5.3 (3.4)	0.124	5.0 (3.4)	0.146
Idade (anos)	-0.5 (0.2)	0.045	0.1 (1.0)	0.926	-0.5 (0.2)	0.015	0.01 (0.8)	0.992
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.6 (0.3)	0.035	-0.5 (1.1)	0.606	-0.5 (0.2)	0.011	-0.5 (0.9)	0.613
Habilitações académicas								
Licenciatura	1.4 (3.7)	0.716	-8.2 (4.5)	0.075	1.5 (2.9)	0.614	-1.6 (3.8)	0.675
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-8.0 (3.7)	0.034	-8.9 (4.5)	0.052	-4.1 (3.0)	0.176	-2.8 (3.8)	0.455
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-6.9 (3.9)	0.084	-3.7 (4.6)	0.426	-3.4 (3.2)	0.284	-3.9 (3.8)	0.311
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-6.6 (3.8)	0.092	-6.1 (4.1)	0.145	2.3 (3.1)	0.461	4.2 (3.5)	0.232

Para a **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas as variáveis idade e tempo de exercício na profissão foram estatisticamente significativas. Com o aumento da idade e do tempo de exercício na profissão verificou-se uma diminuição no score para a dimensão “Gestão de emoções”. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 9.9% da variabilidade dimensão “Gestão de emoções” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

3.4.1.3 – DIMENSÃO 3.AUTOMOTIVAÇÃO

A tabela 45 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão “Automotivação”, para as duas etapas.

Tabela 45 – Dimensão “Automotivação” e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

	3.AUTOMOTIVAÇÃO							
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-		
Masculino	14.2 (4.2)	0.002	13.5 (4.2)	0.003	8.8 (4.7)	0.064		
Idade (anos)	0.04 (0.3)	0.878	1.3 (1.0)	0.192	-0.2 (0.3)	0.558		
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.06 (0.3)	0.830	-1.6 (1.1)	0.160	-0.2 (0.3)	0.487		
Habilitações académicas								
Licenciatura	-5.7 (3.9)	0.150	-9.3 (4.7)	0.055	-3.2 (4.1)	0.437		
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-		
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	1.9 (4.2)	0.653	-1.1 (4.7)	0.815	-1.2 (4.3)	0.787		
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-3.3 (4.4)	0.451	-1.9 (4.8)	0.693	0.3 (4.5)	0.943		
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-5.9 (4.2)	0.166	-8.3 (4.3)	0.059	-0.4 (4.4)	0.927		

Para a **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável género foi estatisticamente significativa. Os homens apresentaram score mais elevado para a dimensão “Automotivação” quando comparados com as mulheres. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável género permaneceu estatisticamente significativa. Os homens apresentaram score mais elevado da “Automotivação” quando comparados com as mulheres, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 22.8% da variabilidade da dimensão “Automotivação” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Para a **etapa 4**, analisando os resultados dos modelos não ajustados, verificou-se que nenhuma variável foi estatisticamente significativa. Por esse motivo, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

3.4.1.4 – DIMENSÃO 4. EMPATIA

A tabela 46 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão “Empatia”, para as duas etapas.

Tabela 46 – Dimensão “Empatia” e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

	4.EMPATIA							
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Gênero								
Feminino	1	-	1	-	1	-		
Masculino	1.3 (3.4)	0.710	0.8 (3.2)	0.797	5.7 (3.2)	0.083		
Idade (anos)	0.1 (0.2)	0.506	-0.1 (0.8)	0.090	-0.3 (0.2)	0.159		
Tempo de exercício na profissão (anos)	0.1 (0.2)	0.503	0.2 (0.8)	0.810	-0.4 (0.2)	0.051		
Habilitações académicas								
Licenciatura	-3.3 (2.8)	0.249	-8.7 (3.6)	0.020	-0.9 (2.8)	0.750		
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-		
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-0.4 (3.0)	0.897	-4.1 (3.6)	0.262	-2.7 (2.9)	0.352		
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-3.5 (3.1)	0.274	-2.1 (3.7)	0.567	-3.6 (3.0)	0.245		
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-7.9 (2.8)	0.008	-9.5 (3.3)	0.006	-1.0 (3.0)	0.729		

Relativamente à **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável experiência como supervisor foi estatisticamente significativa. Participantes com experiência como supervisor apresentaram menor score para a dimensão “Empatia” quando comparados com participantes sem experiência como supervisor. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável experiência como supervisor permaneceu estatisticamente significativa. A variável habilitações académicas, apesar de no modelo univariado não ser estatisticamente significativa, tornou-se significativa no modelo ajustado (Não é uma situação expectável e comum, contudo, pode ter como explicação a dimensão reduzida da amostra). Participantes com experiência como supervisor apresentaram menor score para a dimensão “Empatia” quando comparados com participantes sem experiência como supervisor, ajustando para as restantes variáveis. Participantes com licenciatura apresentaram menor score para a dimensão “Empatia” quando comparados com participantes com mais do que licenciatura, ajustando para as restantes variáveis.

Apenas 15.5% da variabilidade da dimensão “Empatia” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Relativamente à etapa 4, analisando os resultados dos modelos não ajustados, verificou-se que nenhuma variável foi estatisticamente significativa. Por esse motivo, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

3.4.1.5 – DIMENSÃO 5. GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS

A tabela 47 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos”, para as duas etapas.

No que diz respeito à **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável experiência como supervisor foi estatisticamente significativa. Participantes com experiência como supervisor apresentaram menor score da dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” quando comparados com participantes sem experiência como supervisor. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável experiência como supervisor permaneceu estatisticamente significativa. Participantes com experiência como supervisor apresentaram menor score da “Gestão de Relacionamentos em Grupos”

quando comparados com participantes sem experiência como supervisor, ajustando para as restantes variáveis.

Tabela 47 – Dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

5. GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	3.8 (3.6)	0.293	3.9 (3.6)	0.285	4.2 (3.8)	0.268	2.5 (3.3)	0.460
Idade (anos)	0.1 (0.2)	0.732	1.3 (0.9)	0.152	-0.3 (0.2)	0.181	2.7 (0.8)	0.002
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.02 (0.2)	0.934	-1.3 (0.9)	0.162	-0.4 (0.2)	0.053	-3.1 (0.9)	0.001
Habilitações académicas								
Licenciatura	0.2 (3.1)	0.946	-3.0 (4.0)	0.458	4.8 (3.2)	0.143	-0.5 (3.7)	0.886
Pós-graduação e/ou especialidade mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-0.4 (3.2)	0.907	-1.0 (4.0)	0.807	-8.6 (3.2)	0.010	-9.7 (3.7)	0.014
Experiência supervisor anterior								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-4.3 (3.3)	0.205	-0.1 (4.1)	0.988	0.2 (3.7)	0.947	5.8 (3.8)	0.138
Experiência supervisorado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-7.8 (3.1)	0.014	-8.3 (3.7)	0.028	0.6 (3.5)	0.859	0.3 (3.4)	0.922

Apenas 7.7% da variabilidade da dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Relativamente à **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável formação em supervisão clínica foi estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram menor score para a dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” quando comparados com participantes sem formação em supervisão clínica. Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável formação em supervisão clínica permaneceu estatisticamente significativa. As variáveis idade e tempo de exercício na

profissão, apesar de nos modelos univariados não serem estatisticamente significativas, tornaram-se significativas no modelo ajustado (Não é uma situação expectável e comum, contudo pode ser explicado pela dimensão amostral demasiado reduzida). Participantes com formação em supervisão clínica tiveram menor score para a dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” quando comparados com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis. Com o aumento da idade verificou-se um aumento do score para a dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos”. Com o aumento do tempo de exercício na profissão verificou-se uma diminuição do score para a dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos”.

Apenas 27.5% da variabilidade da dimensão “Gestão de Relacionamentos em Grupos” pode ser atribuída às variáveis que integram o modelo ajustado.

3.5 – IS-SCE Satisfação Profissional

Os eixos estruturantes propostos no Modelo SafeCare (contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão) relacionam-se e condicionam-se entre si de forma a potenciarem a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, bem como a satisfação profissional dos envolvidos.

A avaliação do IS-SCE Satisfação Profissional realizou-se, tal como os anteriores IS-SCE, em dois momentos da implementação do Modelo SafeCare: etapa 1 e etapa 4.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o que a Instituição já utiliza para avaliar a satisfação profissional de todos os profissionais. Este instrumento encontra-se no Documento Normativo instituição, denomina-se “Avaliação da Satisfação dos Profissionais” (ASP) e pretende avaliar quatro níveis de satisfação: a satisfação com o superior hierárquico (neste estudo, com o enfermeiro-chefe), a satisfação com as relações profissionais, a satisfação com a qualidade do trabalho, e a satisfação com o investimento na melhoria contínua da qualidade.

A ASP contempla uma Escala do tipo Likert de 5 pontos (1 - mau; 2 - regular; 3 - bom; 4 - muito bom; 5 - excelente) sendo que perante as afirmações disponibilizadas, cada profissional escolhe uma opção.

O score total da escala ASP bem como das suas dimensões foi obtido através da seguinte fórmula: (soma dos itens que constituem a escala total/dimensões) x 20) / (número de itens que constituem a escala total/dimensões). A análise descritiva da escala total e suas dimensões foi efetuada através do cálculo da média e respetivo desvio padrão.

A avaliação do impacto da implementação do Modelo SafeCare na escala ASP (score total e dimensões) foi efetuada com recurso ao teste t para amostras emparelhadas. A quantificação da associação linear entre o score total da escala e das suas dimensões foi obtida com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson. Todas as análises foram elaboradas no software SPSS e em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05.

A tabela 48 apresenta as estimativas do alfa de Cronbach para a escala total e para cada uma das dimensões da escala. Através da análise dos coeficientes apresentados, pode-se concluir que a consistência interna foi muito boa, apresentando o valor mais elevado para a dimensão melhoria de qualidade ($\alpha=0.937$) e o valor mais baixo para as dimensões

relações profissionais e qualidade do local de trabalho ($\alpha=0.906$ para ambas as dimensões).

Tabela 48 – Alfa de Cronbach para a escala total e as dimensões da ASP

	ALFA DE CRONBACH
TOTAL	0.931
Superior hierárquico	0.926
Relações profissionais	0.906
Qualidade do local de trabalho	0.906
Melhoria de qualidade	0.937

Na tabela 49 encontram-se os scores médios de cada um dos itens da escala ASP para cada um dos momentos de avaliação. Considerando a etapa 1 verificou-se que os itens que apresentaram maiores índices de satisfação foram (scores superiores a 70%): Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado (Superior hierárquico), Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil (Superior hierárquico), Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar (Superior hierárquico), Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo (Superior hierárquico) e Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita (Superior hierárquico). Os itens que apresentaram menores índices de satisfação foram (scores inferiores a 55%): Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais (Relações profissionais), Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais (Relações profissionais), Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho (Relações profissionais) e Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento e dos cuidados a realizar (Qualidade do local de trabalho).

Considerando a etapa 4 verificou-se que os itens que apresentaram maiores índices de satisfação (scores superiores a 70%) foram: Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo (cujo score médio subiu relativamente à etapa 1), Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita (score médio subiu relativamente à etapa 1), Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar (score médio diminuiu relativamente à etapa 1), Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado (score médio diminuiu relativamente à etapa 1) e Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos

e em tempo útil (score médio subiu relativamente à etapa 1). Os itens que apresentam menores índices de satisfação (scores inferiores a 55%) foram: Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa (score superior a 55% na etapa 1,; Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho (score médio diminuiu relativamente à etapa 1), Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais (score médio diminuiu relativamente à etapa 1) e Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais (score médio diminuiu relativamente à etapa 1).

Tabela 49 – Índice de satisfação por item e por fase do estudo.

DIMENSÃO	Item	SCORE MÉDIO	
		ETAPA 1	ETAPA 4
SUPERIOR HIERÁRQUICO	Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo	73.6	76.2
	Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita	71.1	72.8
	Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado	67.2	68.1
	Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho ⁴	64.3	67.2
	Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar	74.9	72.8
	Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado	80.0	76.6
	Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil	76.2	79.6
RELAÇÕES PROFISSIONAIS	Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa	56.2	52.8
	Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho	53.6	45.1
	Facilidade de cooperação e entreajuda das várias equipas	57.0	57.0
	Facilidade de comunicação entre profissionais	61.7	67.2
	Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço	62.6	64.3
	Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço	61.7	60.4
	Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais	48.5	44.7
	Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais	49.4	48.1
QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	Forma como é realizado o planeamento de atividades, nomeadamente a informação disponibilizada pela direção acerca dos projetos e objetivos realizados pelo serviço	57.0	56.6
	Forma como é agilizado o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido	61.3	57.9
	Forma como está organizado o trabalho em equipa de todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde aos utentes	60.9	58.3
	Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções	63.0	63.0
	Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes	67.2	67.2
	Nível de limpeza, iluminação, conforto e temperatura das salas de espera, salas de trabalho, enfermarias, sanitários, corredores e gabinetes	66.0	62.1
	Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento e dos cuidados a realizar	54.0	55.7
MELHORIA DA QUALIDADE	Esforço do seu serviço na melhoria contínua da relação entre profissionais e utentes	68.1	66.8
	Contribuição do Sistema de Gestão da Qualidade da instituição na melhoria da qualidade da unidade de saúde ou serviço	63.4	60.0
	Forma como foi capacitado para melhorar a qualidade no seu serviço	63.4	62.1
	Esforço desenvolvido pelo seu serviço no sentido de evitar os desperdícios e repetição de tarefas	63.4	61.3
	Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou seu serviço	62.6	62.6
	Forma como compreende a missão e os objetivos do seu serviço no sentido de uma melhoria contínua	67.7	67.2

A tabela 50 descreve os valores mínimos, média e máximo para a escala total ASP e para cada uma das dimensões, nos dois momentos de avaliação.

Tabela 50 – Descrição da amostra em estudo relativamente à ASP

Variáveis	Itens	Mínimo		Máximo		Média		Desvio padrão	
		E1*	E4†	E1	E4	E1	E4	E1	E4
1 Superior hierárquico	7	40,0	40.0	100.0	100.0	72.5	73.3	16.3	15.0
2 Relações profissionais	9	33,3	31.1	86.7	100.0	56.4	55.1	14.1	16.5
3 Qualidade do local de trabalho	6	33,3	36.7	96.7	96.7	62.1	60.7	14.2	14.2
4 Melhoria de qualidade	6	30	30.0	96.7	93.3	64.8	63.5	14.8	13.0
Total	28	37,9	37,1	92.1	92.1	63,4	62,7	12,7	12,9

*E1 – Etapa 1; †E4 – Etapa 4

Verificou-se que apenas na dimensão Relações Profissionais houve um aumento significativo no valor máximo entre a etapa1 e a etapa 4 do Modelo SafeCare. Contudo, de acordo como cálculo da Média para a ASP, apenas a dimensão Superior Hierárquico teve um ligeiro aumento, enquanto as restantes dimensões sofreram uma ligeira diminuição.

3.5.1 – Fatores preditivos da escala ASP e suas dimensões

Após terem sido apresentados os resultados do estudo relativamente à escala ASP e suas dimensões, para a etapa 1 e etapa 4, tentou-se perceber qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação da Satisfação Profissional, segundo a auto percepção da população em estudo. Para isso, recorreu-se aos modelos de regressão ajustados e não ajustados para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare e para a escala total ASP (tabela 51).

Tabela 51 – Escala Total ASP e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

ESCALA TOTAL ASP								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	P	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	-4.6 (4.7)	0.333	-6.1 (4.8)	0.214	4.6 (4.8)	0.336	3.9 (4.7)	0.410
Idade (anos)	-0.4 (0.3)	0.194	0.02 (1.2)	0.990	-0.7 (0.3)	0.011	-0.1 (1.1)	0.949
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.4 (0.3)	0.215	-0.2 (1.3)	0.878	-0.7 (0.3)	0.009	-0.5 (1.2)	0.670
Habilitações académicas								
Licenciatura	3.8 (4.0)	0.341	-5.3 (5.4)	0.326	2.6 (4.1)	0.524	-5.7 (5.3)	0.284
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-10.0 (3.9)	0.015	-12.5 (5.3)	0.025	-8.2 (4.1)	0.050	-7.9 (5.2)	0.140
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-4.0 (4.4)	0.373	-1.9 (5.5)	0.731	-6.9 (4.4)	0.122	-5.6 (5.4)	0.307
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-1.7 (4.3)	0.692	0.3 (4.9)	0.953	-1.3 (4.3)	0.771	1.1 (4.8)	0.827

Relativamente à **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável formação em supervisão clínica foi estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram menor score da escala total ASP quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável formação em supervisão clínica permaneceu estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram menor score da escala total ASP quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis. Apenas 3,4% da variabilidade da escala total ASP pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Relativamente à **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas as variáveis idade e tempo de exercício na profissão foram estatisticamente significativas. Com o aumento da idade verificou-se uma diminuição no score da escala total ASP. Com o aumento do tempo de exercício na profissão verificou-se uma diminuição na escala total ASP, logo estão menos satisfeitos.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa.

Apenas 9,6% da variabilidade da escala total de satisfação profissional pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Seguidamente tentou-se perceber qual o contributo de cada variável para a predição ou explicação de cada dimensão da Satisfação Profissional, segundo a auto percepção da população em estudo.

3.5.1.1 – DIMENSÃO 1. SUPERIOR HIERÁRQUICO

A tabela 52 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão «Superior Hierárquico» da escala ASP, para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare.

Tabela 52 – Dimensão «Superior Hierárquico» e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

1. SUPERIOR HIERÁRQUICO								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-			1	-		
Masculino	0.7 (6.1)	0.911			2.4 (5.6)	0.674		
Idade (anos)	-0.4 (0.3)	0.289			-0.5 (0.3)	0.095		
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.5 (0.4)	0.198			-0.6 (0.3)	0.076		
Habilitações académicas								
Licenciatura	-0.4 (5.2)	0.932			1.4 (4.8)	0.775		
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-			1	-		
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-			1	-		
Sim	-5.1 (5.3)	0.347			-4.1 (4.9)	0.406		
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-			1	-		
Sim	-0.3 (5.7)	0.954			-2.8 (5.2)	0.595		
Experiência supervisionado								
Não	1	-			1	-		
Sim	-0.4 (5.5)	0.939			-5.4 (5.0)	0.287		

Para a **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que **nenhuma variável** foi estatisticamente significativa. Por esse motivo, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

Para a **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, também se verificou que **nenhuma variável** foi estatisticamente significativa. Por esse motivo, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

3.5.1.2 – DIMENSÃO 2. RELAÇÕES PROFISSIONAIS

A tabela 53 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão «Relações Profissionais» da escala ASP, para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare.

Tabela 53 – Dimensão «Relações Profissionais» e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

2. RELAÇÕES PROFISSIONAIS								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-		
Masculino	-7.5 (5.2)	0.155	-8.9 (5.1)	0.088	5.1 (6.1)	0.410		
Idade (anos)	-0.2 (0.3)	0.442	0.3 (1.2)	0.786	-0.5 (0.3)	0.120		
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.3 (0.3)	0.438	-0.3 (1.3)	0.841	-0.6 (0.4)	0.095		
Habilitações académicas								
Licenciatura	5.8 (4.4)	0.190	-3.6 (5.7)	0.534	0.03 (5.2)	0.996		
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-		
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-11.8 (4.3)	0.009	-14.8 (5.7)	0.013	-7.9 (5.3)	0.143		
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	-5.9 (4.8)	0.231	-5.9 (5.8)	0.317	-5.0 (5.7)	0.386		
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-		
Sim	0.8 (4.8)	0.860	5.9 (5.2)	0.266	2.1 (5.6)	0.713		

Relativamente à **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável formação em supervisão clínica foi estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram score mais baixo na dimensão «Relações Profissionais» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável formação em supervisão clínica permaneceu estatisticamente significativa. Participantes

com formação em supervisão clínica apresentaram menor score na dimensão «Relações Profissionais» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis. Apenas 10.6% da variabilidade do grupo 2 – relações profissionais – pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Quanto à **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que nenhuma variável foi estatisticamente significativa. Por esse motivo, não se procedeu à construção do modelo ajustado.

3.5.1.3 – DIMENSÃO 3. QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO

A tabela 54 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão «Qualidade do local de trabalho» da escala ASP, para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare.

Tabela 54 – Dimensão «Qualidade do local de trabalho» e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

3. QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	-7.6 (5.2)	0.150	-7.9 (5.1)	0.133	7.8 (5.2)	0.139	8.1 (4.5)	0.079
Idade (anos)	-0.3 (0.3)	0.303	-1.4 (1.2)	0.267	-0.9 (0.3)	0.004	-1.4 (1.1)	0.211
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.2 (0.3)	0.462	1.5 (1.4)	0.271	-0.9 (0.3)	0.006	1.0 (1.2)	0.413
Habilitações académicas								
Licenciatura	6.9 (4.4)	0.118	-2.4 (5.7)	0.682	7.6 (4.3)	0.088	-0.3 (5.0)	0.953
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-12.1 (4.3)	0.007	-12.4 (5.7)	0.036	-13.7 (4.2)	0.002	-9.9 (5.0)	0.054
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-5.8 (4.9)	0.234	-3.8 (5.9)	0.521	-10.0 (4.7)	0.039	-12.6 (5.1)	0.018
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-5.4 (4.7)	0.261	-2.2 (5.3)	0.678	2.4 (4.8)	0.618	9.3 (4.6)	0.051

Analisando os resultados dos **modelos não ajustados** para a **etapa 1**, verificou-se que apenas a variável formação em supervisão clínica foi estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram score mais baixo na dimensão «Qualidade do local de trabalho» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável formação em supervisão clínica permaneceu estatisticamente significativa. Participantes

com formação em supervisão clínica apresentaram menor score na dimensão «Qualidade do local de trabalho» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis. Apenas 10.6% da variabilidade do grupo 3 – qualidade do local de trabalho pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Para a **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que as variáveis idade, tempo de exercício na profissão, formação em supervisão clínica e experiência anterior como supervisor foram estatisticamente significativas. Com o aumento da idade verificou-se uma diminuição da dimensão «Qualidade do local de trabalho». Com o aumento do tempo de exercício na profissão verificou-se uma diminuição no score da dimensão «Qualidade do local de trabalho». Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram menor score na dimensão «Qualidade do local de trabalho» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica. E, participantes com experiência anterior como supervisor apresentaram menor score da dimensão «Qualidade do local de trabalho» quando comparado com participantes sem experiência anterior como supervisor.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, apenas a variável experiência anterior como supervisor permaneceu estatisticamente significativa. Participantes com experiência anterior como supervisor apresentaram menor score na dimensão «Qualidade do local de trabalho» quando comparado com participantes sem experiência anterior como supervisor, ajustando para as restantes variáveis. Apenas 32.3% da variabilidade da dimensão «Qualidade do local de trabalho» pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

3.5.1.4 – DIMENSÃO 4. MELHORIA DE QUALIDADE

A tabela 55 apresenta os resultados dos modelos de regressão, não ajustados e ajustados, para a dimensão «Melhoria de Qualidade» da escala ASP, para as etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare.

Tabela 55 – Dimensão «Melhoria de Qualidade» e modelos de regressão ajustados e não ajustados para as Etapas 1 e 4

4. MELHORIA DE QUALIDADE								
	ETAPA 1				ETAPA 4			
	Não ajustado		Ajustado		Não ajustado		Ajustado	
	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p	B (se)	p
Género								
Feminino	1	-	1	-	1	-	1	-
Masculino	-3.6 (5.5)	0.518	-5.1 (5.5)	0.364	3.4 (4.9)	0.488	3.3 (4.3)	0.455
Idade (anos)	-0.6 (0.3)	0.076	-1.1 (1.3)	0.420	-0.9 (0.2)	0.001	-0.4 (1.1)	0.727
Tempo de exercício na profissão (anos)	-0.5 (0.3)	0.130	0.7 (1.5)	0.609	-1.0 (0.3)	0.001	-0.4 (1.1)	0.700
Habilitações académicas								
Licenciatura	2.7 (4.7)	0.559	-8.1 (6.2)	0.200	2.9 (4.1)	0.480	-7.5 (4.9)	0.132
Pós-graduação e/ou especialidade e/ou mestrado	1	-	1	-	1	-	1	-
Formação em supervisão clínica								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-10.8 (4.6)	0.023	-13.2 (6.1)	0.038	-7.7 (4.1)	0.068	-6.2 (4.8)	0.205
Experiência anterior supervisor								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-3.4 (5.1)	0.505	-1.0 (6.3)	0.874	-11.4 (4.2)	0.010	-8.8 (5.0)	0.086
Experiência supervisionado								
Não	1	-	1	-	1	-	1	-
Sim	-3.4 (5.0)	0.497	-3.0 (5.6)	0.595	-5.1 (4.3)	0.244	-2.1 (4.5)	0.640

Para a **etapa 1**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que apenas a variável formação em supervisão clínica foi estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram score mais baixo na dimensão «Melhoria de Qualidade» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, a variável formação em supervisão clínica permaneceu estatisticamente significativa. Participantes com formação em supervisão clínica apresentaram menor score na dimensão «Melhoria

de Qualidade» quando comparado com participantes sem formação em supervisão clínica, ajustando para as restantes variáveis. Apenas 5.3% da variabilidade da dimensão «Melhoria de Qualidade» pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

Relativamente à **etapa 4**, analisando os resultados dos **modelos não ajustados**, verificou-se que as variáveis idade, tempo de exercício na profissão e experiência anterior como supervisor foram estatisticamente significativas. Com o aumento da idade verificou-se uma diminuição na dimensão «Melhoria de Qualidade». Com o aumento do tempo de exercício na profissão verificou-se uma diminuição na dimensão «Melhoria de Qualidade». Participantes com experiência anterior como supervisor apresentaram menor score na dimensão «Melhoria de Qualidade» quando comparado com participantes sem experiência anterior como supervisor.

Considerando o **modelo ajustado**, ou seja, o modelo com todas as variáveis, nenhuma variável permaneceu estatisticamente significativa. Apenas 24.4% da variabilidade da dimensão «Melhoria de Qualidade» pode ser atribuída às variáveis que integraram o modelo ajustado.

4 – CONTRIBUTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS

Os resultados apresentados inerentes à implementação da supervisão clínica em enfermagem, mais concretamente do Modelo SafeCare, foram agrupados de acordo com o que foi trabalhado nas reuniões de supervisão clínica, bem como pela evolução dos IS-SCE.

Este capítulo dedicado à discussão dos resultados, tem como finalidade fazer a triangulação dos dados encontrados na evolução nos IS-SCE após a implementação do Modelo SafeCare com a opinião dos participantes no estudo face à sua experiência na implementação do modelo (enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros da prestação de cuidados).

4.1 – IS-SCE Avaliação do Risco de Queda

As quedas são um problema que afeta a saúde pública a nível mundial. Estima-se que as quedas estejam “na origem de uma significativa morbilidade ou mortalidade, sendo uma das principais causas de internamento hospitalar” (DGS, 2019). Em Portugal, a DGS lançou uma norma em 2019, intitulada “Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares”, onde introduziu um conjunto de práticas a serem implementadas. Apesar desta norma ser posterior à implementação do Modelo, todas as práticas relacionadas com os cuidados de enfermagem incluídas na norma foram trabalhadas na implementação do Modelo SafeCare.

Comparando os dados obtidos na etapa 1 com os da etapa 4 em todos os domínios avaliados, nomeadamente nas atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções para o risco de queda, parece ter havido uma melhoria significativa em todos os parâmetros, após a implementação do Modelo SafeCare. Contudo, segue-se uma análise com mais pormenor de cada uma das dimensões em que é possível estabelecer uma comparação.

Silva (2015) concluiu, na etapa 1 do Modelo SafeCare, que a avaliação do risco de queda na admissão dos doentes apenas era registada em 22,5% dos casos e em 77,5% das situações o registo não tinha sido realizado devidamente. Ao longo do internamento a autora constatou também que em 36,3% a avaliação do risco de queda foi corretamente aplicada. Para perceber se existia diferença estatisticamente significativa entre a avaliação do risco de queda pelo enfermeiro e pelo investigador Silva (2015) aplicou o teste *t-student*. Com base no valor encontrado ($p=0,006$; $p < 0,5$) verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a avaliação do enfermeiro e do investigador no momento de avaliação do risco de queda do doente (Silva, 2015, p.95). O que quer dizer que não existia conformidade entre avaliações efetuadas por diferentes elementos.

Na etapa 4 do Modelo, todos os doentes que fizeram parte da amostra tinham registo da avaliação do risco de queda (100%) dando cumprimento à norma da DGS (2019) que define que “deve ser realizada a avaliação do risco de queda a todas as pessoas em internamento hospitalar”. Também se verificou que o nível de concordância entre observadores nos três momentos de avaliação (investigador, enfermeiro, registos) foi muito forte, com coeficiente *Kappa de Cohen* entre 0,81 e 1, de acordo com a interpretação de Landis & Koch (1977), revelando a existência de conformidade entre avaliadores

Num estudo que precedeu a implementação do Modelo, e que fez parte do projeto C-S2AFECARE-Q, também se estudou o risco de queda. Lamas (2012) fez a avaliação do risco de queda antes da implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem desenvolvido por Cruz (2012). Lopes (2015) fez a avaliação após a implementação desse modelo. Nos estudos desenvolvidos pelas autoras chegou-se à conclusão que “aquando da comparação da monitorização do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse entre o enfermeiro responsável pelo cliente e o investigador, verificamos que no momento da observação não existiram diferenças estatisticamente significativas. Este facto revelou uma evolução face à primeira fase do projeto C-S2AFECARE-Q, onde estas diferenças foram evidenciadas” (Lopes, 2015, p.70).

Em relação às outras atividades diagnósticas e à formulação de diagnósticos sobre o risco de queda, não se dispõe de material comparativo da etapa 1. Contudo, pelo que foi analisado, verificou-se que o nível de concordância entre o investigador e o enfermeiro foi sempre forte a muito forte. O nível de concordância diminuiu quando a análise envolveu as avaliações do enfermeiro e/ou do investigador com os registos efetuados. Esta tendência segue o que vem descrito na literatura (Silvestre, 2012; Vieira, 2018) e que foi confirmado também no estudo de Lopes (2015).

No que diz respeito às intervenções de enfermagem para o risco de queda, Silva (2015) constatou na etapa 1 que existiu uma percentagem média de correspondência entre o enfermeiro e o investigador de 55,04%. As intervenções onde verificou maior concordância foram: “Avaliar condição de risco de queda: na admissão (96,3%), Avaliar condição de risco de queda: outra frequência/situação, Gerir ambiente físico: adequar luz ambiente à hora do dia/noite e Promover medidas para prevenção de quedas: uso de dispositivo sonoro junto da pessoa” (Silva, 2015, p.100).

Na etapa 4 verificou-se, na maioria das intervenções, concordância forte a muito forte. Destacam-se, por exemplo, as intervenções com concordância muito forte, entre investigador e enfermeiro: Elevar grades da cama, Manter grades da cama, Minimizar níveis de ruído ambiente, Disponibilizar dispositivo sonoro de alarme, Manter cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados, Manter espaço envolvente livre e desimpedido, Gerir medidas de segurança, Restringir a atividade física, Assistir no andar, Ensinar sobre prevenção de quedas, entre outras. Muitas destas intervenções são as preconizadas pela DGS (2019), independentemente do risco de queda:

“Sinalética de aviso de piso molhado, no âmbito da higienização do pavimento; Intervenção imediata em caso de derramamento de líquido no pavimento; Manter equipamentos, materiais e dispositivos médicos fora da área de circulação; Sistema de chamada (ex: campainha) acessível; Sapatos e vestuário adequados à marcha; Ajudas sensoriais acessíveis (ex: óculos, aparelhos auditivos); Orientação da pessoa e família/ acompanhante em relação ao ambiente; Cadeiras, camas e outros equipamentos travados; Altura da cama na posição mais baixa adequada para a pessoa; Elevação das grades das macas/camas sempre que a pessoa é transportada, ou se encontra sem supervisão; Dispositivos de apoio à marcha (ex: canadianas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias) disponíveis em condições de utilização segura e acessíveis; Dispositivos de segurança (ex: corrimãos, barras de apoio aos sanitários) disponíveis e acessíveis e em condições de utilização segura; Portas de entrada e saída dos serviços com sistemas de controlo”. (DGS, 2019, p.3)

Verificou-se, no entanto, que em intervenções como “Assistir a identificar condições de risco para a queda” e “Adequar temperatura ambiente” a concordância é fraca, ou mesmo não existe concordância entre investigador, enfermeiro e registos.

No estudo de Lopes (2015) verificou-se que nas intervenções de enfermagem com relevância para a prevenção do risco de queda “apesar de existirem diferenças estatisticamente significativas entre as intervenções selecionadas pelo investigador e pelo enfermeiro, existiu uma aproximação considerável entre ambos” (p.70).

Uma vez que da etapa 1 para a etapa 4 ocorreram melhorias, através da maior concordância entre avaliadores, parece que o Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem SafeCare trouxe benefícios para a prevenção e intervenção na queda do adulto. Esses benefícios traduzem-se em ganhos para os doentes, para a instituição de saúde, traduzindo os cuidados de enfermagem prestados, relacionados com a queda, em maior segurança e qualidade.

4.2 – IS-SCE Avaliação da Dor

A dor, de acordo com uma revisão do conceito efetuada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP), em 2020, e traduzido pela Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), pode ser definida como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos" (APED, 2020). De forma a enriquecer o conceito, a IASP acrescentou a esta definição mais seis pontos:

1. *"A Dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em diferentes graus/níveis por factores biológicos, psicológicos e sociais.*
2. *A Dor e a Nocicepção são fenómenos distintos. A Dor não pode ser inferida apenas pela atividade em neurónios sensoriais.*
3. *O conceito de "dor" é algo que os indivíduos aprendem ao longo das suas experiências de vida.*
4. *O relato de uma pessoa sobre uma experiência como sendo uma de Dor deve ser respeitado.*
5. *Embora a Dor geralmente tenha um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.*
6. *A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos possíveis para expressar a Dor; a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade de que um ser humano ou um ser vivo não humano sinta dor".*

(APED, 2020)

A gestão da dor deve ser encarada como fundamental pois, para além de poder ser considerada uma questão de saúde pública, deve ser percebida como um critério de qualidade, de segurança e de evolução de um sistema de saúde (Guazali, Kenway, Clery, Choquet, & Casalino, 2019). A gestão da dor envolve o respeito pelos princípios éticos, e deve respeitar os diferentes domínios psicológico, físico e/ou social do doente, tendo em consideração a sua individualidade (Alzghoul & Abdullah, 2016). É frequente a dor condicionar a parte funcional da pessoa, interferir com o sono, conduzir a fenómenos de depressão, aumentar o isolamento social, aumentar os gastos financeiros e alterar a qualidade de vida dos doentes (Gilles, 2019). Uma gestão eficaz da dor aguda nos doentes hospitalizados pode diminuir o tempo de internamento e diminuir a probabilidade de desenvolver dor crónica. (Wells, Pasero, & McCaffery, 2008).

A dor é muitas vezes esquecida e frequentemente subtratada ou subavaliada, principalmente em doentes idosos com deficiência cognitiva (Kim, Park, Moon, & Han, 2017). Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na avaliação, controlo e tratamento das pessoas com dor, por isso, devem estar munidos de conhecimento para melhor o fazer. A realização de cursos teóricos sobre a dor, onde se efetuam simulações para a avaliação e gestão deste sintoma, estão recomendados para o desenvolvimento de competências nesta área, nomeadamente da avaliação da dor e, principalmente, da reavaliação da dor sentida pelo doente (Ghazali, 2019).

A implementação do Modelo SafeCare utilizou como IS-SCE a avaliação da dor. Os dados sobre a forma como estava a ser avaliada a dor antes (etapa 1) e após (etapa 4) a implementação da supervisão clínica em enfermagem obedeceram à mesma metodologia. O instrumento de recolha de dados foi construído de forma a estar adaptado ao contexto e, em cada uma das fases, procedeu-se à avaliação da dor em três momentos para o mesmo doente. Na etapa 2 identificaram-se as necessidades em supervisão clínica em enfermagem para este IS-SCE e, na etapa 3 implementou-se o Modelo. Para além das sessões de supervisão clínica em grupo, também foi efetuada formação (curso teórico) sobre a avaliação da dor, com casos de simulação.

Propõe-se compreender o impacto do Modelo SafeCare no IS-SCE dor através da comparação dos dados obtidos na etapa 1 com os da etapa 4, em todos os domínios avaliados. Ou seja, atividades diagnósticas, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem para a dor. Nesta comparação, parece ter-se verificado uma melhoria significativa em todos os parâmetros, após a implementação do Modelo SafeCare. Segue-se uma análise com mais pormenor de cada uma das dimensões.

A monitorização da dor foi uma das atividades diagnósticas em que se estabeleceu a comparação entre a forma como era efetuada antes e após a implementação do Modelo. Na etapa 1, a escala predominante de monitorização da dor utilizada pelo enfermeiro e verificada nos registos foi a escala numérica, enquanto o investigador fez uso da escala numérica, da qualitativa e da escala Doloplus. Na etapa 4, encontra-se uma maior diversificação do uso das escalas disponíveis pelo enfermeiro e verificada nos registos. Também se passou de um nível de concordância de insignificante ou fraca entre avaliadores, para concordância muito forte. Perante estes dados parece-nos que o Modelo SafeCare teve impacto na forma como se efetuou a monitorização da dor. Parece-nos que o uso das escalas foi adaptado às características dos doentes, de forma a que a monitorização fosse o mais próximo da autoperceção da dor. O autorrelato é amplamente

reconhecido como o medidor mais confiável da dor de um indivíduo, e é considerado “*gold standard*” para a maioria do tipo de populações (Kim, Park, Moon, & Han, 2017). A escala numérica e a escala qualitativa da dor são aceitáveis para o uso de doentes com capacidades cognitivas para pensamento abstrato, sendo a escala FPS-R uma alternativa confiável e válida para avaliar a intensidade da dor em pacientes cognitivamente intactos e em pacientes idosos com comprometimento cognitivo leve a moderado. A FPS-R pode ser usada em pacientes idosos com educação limitada, baixos níveis de alfabetização ou dislexia (Kim, Park, Moon, & Han, 2017).

O “monitorizar sedação”, o “vigiar dor”, e o “agravamento da dor” foram outras atividades diagnósticas avaliadas antes (etapa 1) e após (etapa 4) a implementação do Modelo Safecare. Verificou-se no “monitorizar sedação” que a maioria dos doentes se encontrava “cooperante, orientado e tranquilo” nas observações efetuadas nos três momentos. No que diz respeito ao “vigiar dor”, os registos demonstram, numa percentagem mais elevada, que os doentes não apresentam dor na etapa 1, em comparação com o que o investigador e o enfermeiro verificam. Na etapa 4, apesar desta tendência se manter, não é tão expressiva. A atividade diagnóstica “agravamento da dor” não foi efetuada na etapa 1, a larga maioria das vezes, quer pelo enfermeiro (71,2%), quer nos registos (94,2%). Na etapa 4, esta tendência mantém-se, mas as percentagens diminuem (enfermeiro, 52,4% e registos, 75,7%). A concordância em todas as atividades diagnósticas referidas, nos três momentos de análise, aumentou da etapa 1 para a etapa 4. Destaca-se, contudo, que esta concordância aumentou mais entre o investigador e o enfermeiro, do que na análise destes com os registos. Parece-nos que, nestas atividades diagnósticas, podemos afirmar que o Modelo SafeCare trouxe melhorias na sua avaliação. É fundamental, na avaliação da dor, que se desenvolvam e documentem compreensões abrangentes da história de dor de cada doente, para que se melhorem as práticas de atuação no seu tratamento e controlo (Peisah, Weaver, Wong, & Strukovski, 2014).

As atividades diagnósticas relacionadas com o conhecimento antes e após a implementação do Modelo SafeCare foram a “avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”, o “potencial para melhorar o conhecimento” e o “conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. Constatou-se que estas atividades não foram, praticamente, registadas no sistema informático. Apesar de na etapa 4 encontramos mais situações registadas, prevaleceu em ambas as etapas a ausência de registos. Na avaliação efetuada pelos enfermeiros, constatou-se um aumento das avaliações efetuadas na etapa 4. Verificou-se, ainda, que a maioria das avaliações efetuadas sobre o conhecimento ao prestador de cuidados, quer pelos enfermeiros, quer

pelo investigador foram consideradas “não aplicável”, ou por este não estar presente no momento da avaliação, ou por não estar identificado. Em termos de concordância de avaliações, verificamos que da etapa 1 para a etapa 4 houve um aumento da concordância entre os enfermeiros e o investigador, em todas as atividades diagnósticas em análise. Verificou-se, ainda, um aumento ligeiro ou uma manutenção da concordância entre as avaliações dos pares enfermeiro/registos e investigador/registos.

Como já foi dito, no sistema informático, e, portanto, nos registos, os diagnósticos de enfermagem para o IS-SCE dor são formulados automaticamente de acordo com as atividades diagnósticas correspondentes, avaliadas inicialmente. Na realização dos registos do turno, o enfermeiro apenas tem que validar o diagnóstico sugerido pelo próprio sistema. Na avaliação do enfermeiro e na avaliação do investigador, estes diagnósticos não foram sujeitos ao aplicativo, mas à análise das escalas aplicadas. Assim, verificou-se que no diagnóstico de “Grau de dor”, os resultados não sofreram grandes alterações da etapa 1 para a etapa 4. Apenas nos registos, este diagnóstico foi mais vezes validado.

Os diagnósticos de enfermagem relacionados com os “Conhecimentos” e “Conhecimento do prestador de cuidados”, como seria de esperar pela análise das atividades diagnósticas relacionadas, não foram a maioria das vezes registadas. No que diz respeito aos conhecimentos sobre a dor do doente, na avaliação do enfermeiro, esta foi mais vezes realizada na etapa 4. O conhecimento do prestador de cuidados sobre a dor foi muito poucas vezes avaliado. Em termos de concordância, de uma forma geral, estes diagnósticos de enfermagem seguiram a mesma tendência, ou seja, verificou-se um aumento da concordância entre os avaliadores da etapa 1 para a etapa 4. Este aumento foi mais significativo entre as avaliações do enfermeiro e do investigador.

Relativamente às intervenções de enfermagem, verificou-se que antes da implementação do Modelo SafeCare, a monitorização da dor e a vigilância da dor foram consideradas no processo de enfermagem, para quase todos os doentes. Na etapa 4 passaram a ser consideradas para a totalidade da amostra, por todos os avaliadores. As intervenções que foram menos consideradas, nas duas etapas, pelos avaliadores, dizem respeito a situações muito específicas para o tratamento da dor: administrar sacarose oral”; “executar terapia através de neuro estimulador de superfície”; e “aplicar envolvimento quente”. Em termos de concordância, verificou-se a mesma tendência. Existiu um aumento da concordância entre avaliadores da etapa 1 para a etapa 4.

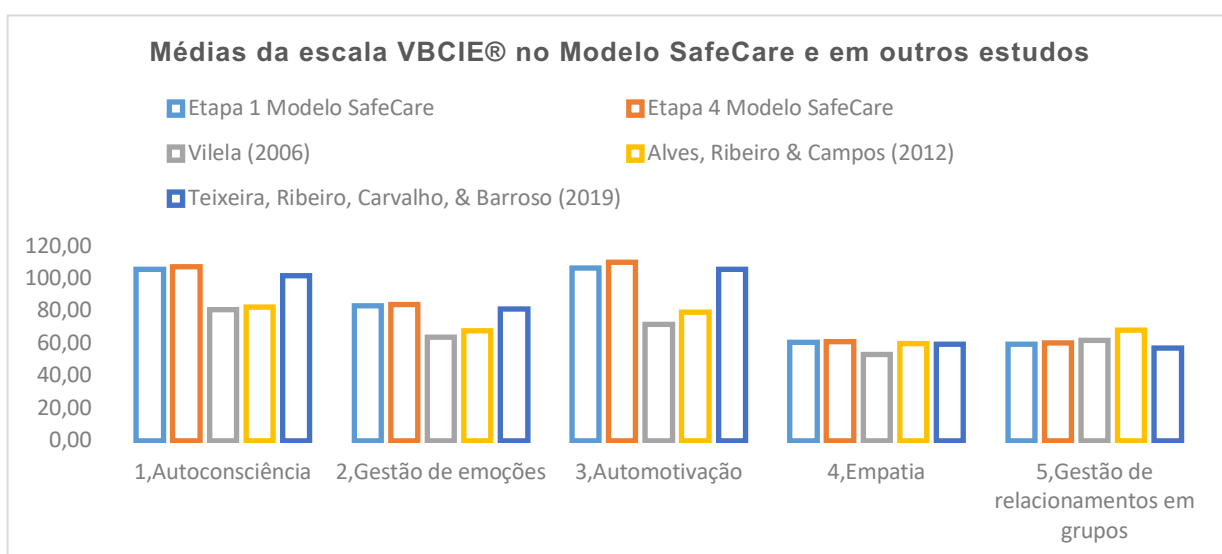
Após o exposto, pode-se admitir que o Modelo SafeCare trouxe um impacto positivo no IS-SCE dor. É indiscutível que a qualidade dos cuidados e a satisfação dos doentes passa por uma avaliação da dor eficaz, para que o seu tratamento seja o mais adequado e eficaz possível. As estratégias que permitem implicações positivas na melhoria da prática clínica, como sendo a avaliação e o tratamento da dor, reforçam a importância das mesmas (Allen, et al., 2018).

4.3 – IS-SCE competência emocional dos enfermeiros

A inteligência emocional pode ser melhorada através de programas de treino específico desenvolvido para enfermeiros (Kozlowski, Hutchinson, Hurley & Browne, 2018; Sarabia-Cobo et al., 2017) pois é uma competência que se vai desenvolvendo gradualmente ao longo dos anos (Afsar, Cheema, & Masood, 2017). Numa revisão integrativa da literatura efetuada por Foster, McCloughen, Delgado, Kefalas & Harkness (2015), os autores referem numa das suas conclusões que as estratégias mais recomendadas para a educação em inteligência emocional são as que promovem a consciencialização e o crescimento pessoal, através da utilização de mecanismos de supervisão e suporte por parte de outros, de que é exemplo a supervisão clínica.

Estudos portugueses que avaliaram a competência emocional em enfermeiros e que utilizaram a mesma escala revelaram globalmente médias mais elevadas para as dimensões autoconsciência e automotivação, e médias mais baixas para as dimensões empatia e gestão de relacionamentos em grupos (Vilela, 2006; Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Teixeira, Ribeiro, Carvalho & Barroso, 2019). Comparando esses estudos com os resultados do Modelo SafeCare, verificou-se que os enfermeiros que ingressaram no Modelo apresentaram um nível de autoperceção de competência emocional superior, mesmo no início da implementação (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Comparação das médias da escala VBCIE no Modelo SafeCare e em outros estudos



A exceção diz respeito à dimensão «Gestão de relacionamentos em grupos». Apesar da pontuação nesta última dimensão ter aumentado na etapa 4, a média continua a não sofrer grandes variações e a ser ligeiramente mais baixa que no estudo de Vilela (2006) e no de Alves, Ribeiro e Campos (2012).

Num olhar mais pormenorizado de análise aos contributos de cada variável que caracterizou a amostra, para as diferentes etapas do Modelo SafeCare, para a predição ou explicação da competência emocional, segundo a auto percepção da população em estudo, a tabela 56 sintetiza os resultados encontrados.

Tabela 56 – Síntese dos resultados para as Etapas 1 e Etapa 4 do Modelo SafeCare

MODELO SAFECARE	ETAPA 1		ETAPA 4	
	MODELO NÃO AJUSTADO	MODELO AJUSTADO	MODELO NÃO AJUSTADO	MODELO AJUSTADO
Escala Total VBCIE	Homens score mais elevado (p=0,028)	Homens score mais elevado (p=0,031)	Homens score mais elevado (p=0,022)	Nenhuma (p=0,054)
	Experiência como supervisado menor score (p=0,012)	Experiência como supervisado menor score (p=0,010)		
		Licenciatura menor score que enfermeiros com mais formação (p=0,041)		
Autoconsciência	Experiência como supervisado menor score (p=0,043)	Nenhuma	Homens score mais elevado (p=0,029)	Nenhuma
Gestão de emoções	Aumenta a idade, diminui o score (p=0,045)	Nenhuma	Aumenta a idade, diminui o score (p=0,015)	Nenhuma
	Aumenta o tempo de exercício na profissão, diminui o score (p=0,035)		Aumenta o tempo de exercício na profissão, diminui o score (p=0,011)	
	Formação em SC diminui o score (p=0,034)			
Automotivação	Homens score mais elevado (p=0,02)	Homens score mais elevados (p=0,03)	Nenhuma	Nenhuma
Empatia	Experiência como supervisado menor score (p=0,008)	Experiência como supervisado menor score (p=0,006)	Nenhuma	Nenhuma
		Licenciatura menor score que enfermeiros com mais formação (p=0,020)		
Gestão de relacionamentos em grupos	Experiência como supervisado menor score (p=0,014)	Experiência como supervisado menor score (p=0,028)	Formação em SC diminui o score (p=0,010)	Formação em SC diminui o score (p=0,014)
				Aumenta a idade, aumenta o score (p=0,002)
				Aumenta o tempo de exercício na profissão, diminui o score (p=0,001)

Verificou-se que os homens apresentaram scores mais elevados da competência emocional. (escala total) do que as mulheres. Esta tendência nem sempre se verificou em outros estudos, uma vez que ou as mulheres apresentam scores mais elevados (Kumar, Puranik & Sowmya, 2016; Wijekoon, et al., 2017) ou a variável género não foi significativa (Teixeira, Ribeiro, Carvalho & Barroso, 2019; Alves, Ribeiro & Campos, 2012; Foster et al., 2017). Dissecando as componentes da inteligência emocional, verificou-se que a variável género foi significativa em duas das dimensões: para a Automotivação na Etapa 1 e para a Autoconsciência na Etapa 4.

O grau de formação académica foi outra variável significativa nos níveis de autoperceção de competência emocional superiores. Os estudos não são conclusivos no que diz respeito a esta variável, pois tanto pode prever níveis de IE superiores (Prado-Gasco, Giménez-Espert & Valero-Moreno, 2019; Wijekoon et al., 2017), como não ser relevante nos mesmos (Foster, et al. 2017; Teixeira, Ribeiro, Carvalho & Barroso, 2019). A maioria dos estudos relaciona o grau de IE com a performance e não tanto com o grau académico. Na meta-análise realizada por Perera e DiGiacomo (2013) também confirmada noutros estudos (Petrides, Mikolajczak, Mavroveli, Ruiz & Pérez-González, 2016; Foster, et al. 2017; Wijekoon et al., 2017) revela que traços de IE mais elevados conferem vantagem no desempenho académico.

O tempo de exercício na profissão não conferiu vantagem no nível da autoperceção em dois domínios da IE dos enfermeiros que fizeram parte da amostra –gestão das emoções e gestão de relacionamentos em grupos. Estes resultados contrariam o estudo de Alves, Ribeiro & Campos (2012) que sugerem que com maior tempo de serviço e mais idade os enfermeiros apresentam maiores competências de IE (no global), à exceção da empatia.

Para além dos fatores preditivos da competência emocional e da evolução dos valores da escala VBCIE (mínimo, média e máximo) da Etapa 1 para a Etapa 4 do Modelo SafeCare, recorreu-se também, à análise do teste-t para amostras emparelhadas, para perceber o impacto do modelo na competência emocional dos enfermeiros.

Tabela 57 – Avaliação do efeito da implementação do Modelo SafeCare na escala VBCIE e suas dimensões.

	MÉDIA DA DIFERENÇA (ERRO PADRÃO)	IC a 95%	p
TOTAL	-5.8 (6.5)	-18.8 – 7.2	0.372
1.AUTOCONSCIÊNCIA	-1.5 (1.9)	-5.3 – 2.3	0.436
2.GESTÃO DE EMOÇÕES	-0.96 (1.7)	-4.4 – 2.5	0.581
3.AUTOMOTIVAÇÃO	-3.7 (1.9)	-7.5 – 0.22	0.064
4.EMPATIA	-0.45 (1.6)	-3.6 – 2.7	0.776
5.GESTÃO DE RELACIONAMENTOS EM GRUPOS	-0.30 (1.6)	-3.6 – 3.0	0.854

Através da comparação dos valores médios do score total e das dimensões da escala VBCIE antes (etapa 1) e depois (etapa 4) da implementação do Modelo SafeCare (tabela 57), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0.05$ para todos os pares avaliados).

4.4 – IS-SCE satisfação profissional dos enfermeiros

A Ordem dos Enfermeiros afirma que o nível da satisfação profissional dos enfermeiros tem vindo a diminuir a cada ano (Bernardino, 2018). Num estudo com 162 enfermeiros portugueses, a maioria mulheres, a trabalhar em horário rotativo, concluiu que 48,8% tinham baixos níveis de satisfação no trabalho devido às condições salariais (96,9%), excesso de trabalho (89,5%), progressão na carreira (84%) e reconhecimento (71%) (Correia, 2016).

A implementação da supervisão clínica em enfermagem tem demonstrado resultados positivos na satisfação profissional dos enfermeiros, assim como diminuição de fenómenos de rotatividade, intenções em abandonar a profissão, aumento da eficácia no trabalho, melhoria na tomada de decisão e aumento da satisfação dos clientes pelos cuidados de enfermagem prestados (McGilton et al., 2016). Na Finlândia, em contextos de psiquiatria, após a implementação da supervisão clínica, os profissionais demonstraram níveis mais elevados de satisfação no trabalho e níveis mais baixos de stress (Hyrkäs, 2005).

Analisando os dados obtidos na avaliação da satisfação profissional nas etapas 1 e 4 do modelo SafeCare, verificou-se que não ocorreram grandes mudanças neste indicador. No entanto, a satisfação profissional dos enfermeiros não seguiu a tendência descrita pela OE, cujo perfil é decrescente a cada ano.

Para se perceber se os resultados das avaliações efetuadas nos dois momentos estavam relacionados com a implementação do Modelo SafeCare, nomeadamente na escala ASP (score total e dimensões), recorreu-se ao teste-t para amostras emparelhadas (tabela 58).

Tabela 58 – Avaliação do efeito da implementação do Modelo SafeCare na escala ASP e suas dimensões.

	MÉDIA DA DIFERENÇA (ERRO PADRÃO)	IC a 95%	p
TOTAL	0.7 (12.5)	-2.9 – 4.4	0.686
1.SUPERIOR HIERÁRQUICO	-0.9 (15.3)	-5.3 – 3.6	0.704
2.RELAÇÕES PROFISSIONAIS	1.3 (15.6)	-3.3 – 5.9	0.578
3.QUALIDADE DO LOCAL DE TRABALHO	1.3 (16.4)	-3.5 – 6.1	0.575
4.MELHORIA DE QUALIDADE	1.2 (15.5)	-3.4 – 5.8	0.598

Através da comparação dos valores médios do score total e das dimensões da escala ASP antes (etapa 1) e após (etapa 4) a implementação do Modelo SafeCare, não se verificaram

diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas ($p>0.05$ para todos os pares avaliados).

É importante salientar que durante a implementação do Modelo SafeCare, os enfermeiros e os enfermeiros chefes referiram várias dificuldades. A principal das dificuldades relacionou-se com a falta de profissionais para a prestação de cuidados (devido a baixas médicas, gravidez de risco, licença de maternidade e mobilidade de enfermeiros para outras instituições), e a ausência de reposição dos mesmos. Isto conduziu a um aumento da carga horária dos profissionais.

De facto, os enfermeiros frequentemente referiam que o tempo mensal para a sessão de supervisão de grupo, muitas vezes realizada no seu dia de folga semanal, causava uma sobrecarga de trabalho. Essas situações podem explicar a diminuição da pontuação média nos itens da escala ASP, como “Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho” e “Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa”.

4.5 – Contributo dos participantes

Na avaliação dos contributos da implementação do Modelo SafeCare, para além dos IS-SCE anteriormente apresentados, tentou-se perceber qual o impacto que este teve nos profissionais que estiveram envolvidos. Assim, supervisados, supervisores clínicos e enfermeiros com funções de gestão, puderam manifestar a sua opinião sobre o contributo da implementação do Modelo SafeCare no contexto onde foi implementado. Considerou-se que a experiência dos profissionais, e as suas vivências no decorrer da implementação, são fundamentais para compreender os aspetos positivos e os aspetos a melhorar para a implementação noutros contextos.

Utilizou-se uma análise qualitativa para identificar e compreender o impacto nos participantes do Modelo SafeCare. Recorreu-se à análise das gravações das apresentações públicas dos diferentes profissionais envolvidos no projeto (supervisados, supervisores clínicos e enfermeiros com funções de gestão), num congresso internacional de supervisão clínica, que decorreu em Portugal, em 2018. Para estas apresentações foi pedido a cada enfermeiro que recolhesse as opiniões de todos os elementos da equipa acerca dos contributos da implementação do Modelo SafeCare no contexto. O congresso foi filmado, e, passados alguns dias, foram efetuadas as transcrições das apresentações. Os dados recolhidos foram tratados através das técnicas de análise de conteúdo, propostas por Bardin (2016). A análise efetuada limitou-se ao conteúdo manifesto, ou seja, apenas ao que foi dito explicitamente pelos sujeitos), não analisando o conteúdo latente, que, portanto, não foi dito. Utilizou-se um processo de categorização do tipo estruturalista, uma vez que se isolaram em primeiro os elementos – inventário, e só depois os mesmos foram classificados. Efetuou-se uma análise do tipo temática-categorial, para se tentar perceber as representações dos sujeitos a partir da análise do seu discurso (Quivy & Campenhoudt, 2008). Assim, numa primeira fase foi efetuada uma pré-análise do material transcrito por forma a conseguirem-se sistematizar as ideias principais (temas). Em seguida, definiram-se as categorias através de um percurso caracterizado por leituras verticais e horizontais das transcrições. A tabela 59 apresenta os temas e as categorias identificados. As unidades de contexto serão apresentadas ao longo do texto, e os participantes serão representados de forma aleatória por E1, E2, E3, E4, sendo que a letra “E” significa enfermeiro, e os números não obedecem a nenhuma ordem de participação no evento.

À medida que se for efetuando a apresentação dos resultados, irão incluir-se algumas unidades de contexto exemplificativas da categoria que se está a apresentar. Garante-se que esta opção mantém a relação com a extensão do material discursivo analisado.

Tabela 59 – Temas e categorias identificadas na análise de conteúdo

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
EXPECTATIVAS	Impacto nos profissionais	
	Impacto na Instituição	
	Impacto nos cuidados	
FATORES DIFICULTADORES	Fatores Pessoais	
	Fatores Institucionais	
	Estrutura do Modelo	
VANTAGENS DO MODELO SAFECARE	Para os profissionais	Competência Emocional
		Satisfação Profissional
	Para a organização	
	Para a qualidade dos cuidados de enfermagem	

Na análise dos discursos dos participantes identificaram-se três temas: expectativas, fatores dificultadores e contributos do Modelo SafeCare. Em cada um dos temas, identificaram-se categorias que se vão analisar.

4.5.1 – Expectativas

No que diz respeito às expectativas, identificaram-se três categorias: expectativas do impacto nos profissionais; expectativas do impacto na Instituição; e expectativas do impacto nos cuidados.

As expectativas iniciais do impacto nos profissionais do Modelo SafeCare estiveram relacionadas com: a divisão das equipas em grupos; a definição dos supervisores; e os benefícios que iriam ganhar com este projeto de investigação. Enquanto estes procedimentos não foram bem explicados e compreendidos pelas equipas, como se podem identificar nas unidades de contexto apresentadas, foram causadores de expectativas.

“Divisão das equipas em grupos... e definição dos supervisores criou algumas expectativas...” E4

“O que vamos ganhar com este projeto de investigação?!” E3

“Não foi logo na primeira sessão que abraçamos o projeto.” E4

“Dificuldade em perceber o papel do supervisor clínico. Quem iria ser o supervisor (...) Como é que ele ia ser escolhido. Com que bases?! Porque iria ser aquele e não outro.” E4

“Falta de formação inicial sobre Supervisão Clínica.” E4

“Conceito desconhecido da Supervisão Clínica. Todos os enfermeiros achavam que iria haver alguém a supervisionar o trabalho (...) Assustou os colegas pois confundia-se supervisão com avaliação (...) e quem seria o supervisor?!” E4

Ainda relativamente às expectativas do impacto do Modelo nos profissionais, identificamos que estes consideravam que iriam ter a oportunidade de desenvolver competências no domínio da prestação e gestão de cuidados, bem como no desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo.

“Quando nos foi apresentado o projeto, acreditamos que iríamos melhorar as nossas práticas, e desejávamos que assim fosse.” E4

“Pretendia-se, com o projeto, incentivar a auto-avaliação dos enfermeiros, nas equipas, e o desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo.” E1

Também tinham expectativas no desenvolvimento de competências de prática baseada na evidência, como demonstram as unidades de contexto:

“Pensamos que o projeto poderia contribuir para a promoção de uma prática baseada na evidência.” E4

“Resposta às necessidades do serviço: prática baseada na evidência.” E2

Acreditavam, ainda, que lhes poderia trazer uma maior satisfação profissional e reconhecimento pessoal, pois estavam a participar num projeto inovador.

“Promover a satisfação dos enfermeiros no contexto da prática clínica.” E2

“Reconhecimento pessoal: pela equipa e pela chefia.” E3

“Oportunidade de participar num projeto inovador.” E3

A segunda categoria diz respeito às expectativas dos enfermeiros relativas ao impacto do Modelo na Instituição. Identificou-se que os profissionais acreditavam que o Modelo pudesse trazer contributos para o desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade da prática profissional, bem como uma maior satisfação profissional.

“Desenvolvimento de uma cultura de responsabilidade da prática profissional.” E1

“Promover a satisfação dos enfermeiros no contexto da prática clínica.” E2

A terceira categoria do tema “Expectativas” está relacionada com o impacto do Modelo nos cuidados de enfermagem prestados, nomeadamente na segurança e na qualidade dos mesmos.

“Pensámos que o projeto poderia ser importante para promover a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros.” E2

Estas três categorias identificadas relacionam-se e influenciam-se mutuamente, como já foi dito anteriormente.

4.5.2 – Fatores dificultadores

Na análise dos discursos, outro tema que emergiu na análise dos discursos está relacionado com os fatores dificultadores que o Modelo SafeCare enfrentou na sua implementação, de acordo com a perspetiva dos enfermeiros. Identificaram-se três

categorias neste tema: fatores pessoais, factores institucionais; e estrutura do Modelo SafeCare.

Os fatores pessoais identificados como dificultadores na implementação do Modelo relacionaram-se com: questões inerentes à supervisão clínica (preconceito, ausência de uma cultura supervisiva); ausência de uma carreira de enfermagem adequada às expectativas dos enfermeiros; e sobrecarga horária vivenciada pelos profissionais.

“Ausência de uma cultura supervisiva. Nunca vivemos algo semelhante. Se calhar só tivemos supervisão quando estávamos nos estágios. Isto não foi fácil de se assimilar.”

E3

“Muitos de nós tínhamos alguns preconceitos face à supervisão clínica em enfermagem.” E3

“A desmotivação profissional; a carreira de enfermagem não nos permite ter grandes ambições profissionais.” E4

“A insatisfação profissional, relacionada com a sobrecarga de trabalho que se vivenciou no momento.” E4

“O facto de nos termos que deslocar numa folga, ou iniciar o turno mais cedo. E, às vezes era a nossa única folga semanal.” E4

“Necessidade de maior tempo disponível para as sessões e para o planeamento.” E3

“Disponibilidade de tempo dos Enfermeiros. Mas vão contabilizar-nos o tempo das reuniões?”

Relativamente aos fatores institucionais, os enfermeiros identificaram alguns constrangimentos, nomeadamente: a dificuldade em garantir horários compatíveis para a participação nas sessões formais de supervisão clínica; a instabilidade nas equipas, face à rotatividade e absentismo dos profissionais; a sobrecarga de trabalho que se viveu no momento da implementação do Modelo; e a ausência de recursos humanos.

“Rotatividade dos profissionais nas equipas. Alguns profissionais foram mobilizados para outros serviços, outros tiveram que sair por maternidade. Passamos por momentos difíceis!” E2

“Duração do projeto e instabilidade nas equipas (...).” E3

“Os horários incompatíveis. (...) O facto de nos termos que deslocar numa folga, ou iniciar o turno mais cedo. E, às vezes era a nossa única folga semanal.” E4

“Dificuldade em garantir horário compatível para a participação nas sessões de supervisão.” E2

A estrutura do Modelo, do ponto de vista dos enfermeiros, também trouxe alguns fatores dificultadores, nomeadamente a identificação dos supervisores clínicos; a formação de equipas homogêneas; a ausência de feedback aos enfermeiros chefes acerca das reuniões, associada às questões da confidencialidade dentro dos grupos de supervisão clínica; a duração da implementação do Modelo; e a necessidade de todos os elementos da equipa fazerem parte do projeto.

“Não foi consensual a identificação das características dos supervisores clínicos. Não é que não os aceitássemos...” E4

“Houve uma grande dificuldade para tentarem-se formar equipas homogêneas.” E2

“Ausência de feedback aos enfermeiros chefes sobre as temáticas desenvolvidas nas sessões (...) as questões da confidencialidade assumidas inicialmente Não queriam contar o que estavam a trabalhar por receio de quebrar a confidencialidade”. E2

“Duração do projeto e instabilidade nas equipas (...)”. E3

“Necessidade de o projeto abranger todos os elementos da equipa.” E4

“Obrigatoriedade de estar presente nas reuniões. Pode dificultar a adesão ao projeto.” E4

“Inexperiência para o papel de supervisor.” E3

4.5.3 – Vantagens da Supervisão Clínica em Enfermagem

Na análise do material discursivo dos profissionais foi possível verificar que estes identificaram vantagens da supervisão clínica em enfermagem, mais concretamente do Modelo Safecare, em três domínios: para os profissionais, para a organização e para os cuidados de enfermagem prestados. Relativamente às vantagens para os profissionais, emergiram duas subcategorias – desenvolvimento da competência emocional (competências intrapessoais da inteligência emocional e competências sociais), e satisfação profissional.

Os enfermeiros envolvidos na implementação reconheceram o impacto positivo do Modelo SafeCare no desenvolvimento das competências intrapessoais da inteligência emocional, como se pode verificar nos excertos apresentados.

“Conscientização dos problemas que afetam os profissionais de enfermagem; Assistimos ao desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais nos profissionais (E1).”

“O papel dos supervisores foi fundamental para conseguir trazer a equipe para o projeto, através de estratégias que eles próprios adotaram. Estratégias como fazer reflexões escritas anônimas, identificar as nossas maiores dificuldades, as suas e as nossas maiores fraquezas acabamos por reconhecer as nossas emoções e depois discutir em grupo. Este projeto trouxe mais motivação, e, também, mais eficiência. Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança (E4).”

Nos discursos também foi possível verificar que o Modelo contribuiu para o desenvolvimento de competências sociais da inteligência emocional, nomeadamente, na gestão de relacionamentos de grupo, coesão da equipe e comunicação.

“Com o projeto SafeCare houve uma melhoria do trabalho em equipe (E1).”

“Assistimos a um maior reconhecimento dos sentimentos dos doentes (E2).”

“Desenvolvimento do espírito de grupo. Naquelas reuniões falamos tanto com os outros e conseguimos perceber lacunas/problemas uns dos outros, e o que é que um para o outro poderia melhorar (E3).”

A satisfação profissional foi outra subcategoria identificada como tradutora de um impacto positivo nos profissionais.

“Este projeto trouxe mais motivação, e, também, mais eficiência. Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança.”(E4)

“Incremento da utilização de bases de dados como uma ferramenta de trabalho (...) participação em congressos por alguns enfermeiros, onde até foram ganhos prémios (...).” (E2)

“Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança (E3).”

“Satisfação das necessidades formativas de cada elemento da equipa.” (E4)

“Este projeto trouxe mais motivação (...). Trabalhadores motivados (...) de certeza que todos se vão sentir melhor, e, principalmente, os doentes vão sentir-se melhor cuidados.” (E4)

Relativamente ao impacto do Modelo na organização, para além dos fatores inerentes à satisfação profissional, os enfermeiros reconheceram que o seu trabalho passou a ser mais eficiente. Também a uniformização de procedimentos entre os diferentes serviços, foi apontada como um contributo do Modelo. O suporte fornecido pela instituição e pelo grupo de investigação foram considerados muito importantes.

“Este projeto trouxe mais motivação, e, também, mais eficiência.” (E4)

“Melhoria do trabalho em equipa.” (E3)

“Incorporação das temáticas abordadas nas sessões de SafeCare no plano de formação do biénio 2017/2018.” (E2)

“O projeto trouxe um conhecimento profundo do contexto organizacional, a todos os participantes.” (E1)

“O suporte disponibilizado por parte dos investigadores e da instituição foi muito importante.” (E4)

“Cada serviço tinha a sua mania (...) com a uniformização de procedimentos, com know-how, já é muito mais fácil. (...) foi aqui que a Supervisão Clínica nos fez chegar a este patamar.”

O impacto do Modelo nos cuidados de enfermagem prestados aos doentes também foi assumido pelos enfermeiros, nos seus discursos.

“Promoveu momentos de reflexão sobre a prática clínica. Permitiu a melhoria da identificação e correção do erro, a adoção de estratégias que o permitissem minimizar. Quem estava no projeto e acreditava no projeto tinha outra disponibilidade, inclusive na prática diária dos cuidados; assistimos a uma melhoria dos cuidados de enfermagem (E2).”

“Doentes sentiram-se melhor cuidados e, foi muito por causa do que aconteceu na Supervisão Clínica; Desenvolvimento de competências pessoais, que permitiu a valorização pessoal, a satisfação e a segurança (E3).”

“O projeto permitiu a adoção de uma prática de cuidados baseada na evidência.” (E2)

“A formação sobre os indicadores risco de queda e dor, seriam a base do projeto. Mas conseguimos ir mais além, através da identificação de outras necessidades para além do risco de queda e da dor.” (E4)

Os enfermeiros reconheceram uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem, com mais segurança, através de estratégias de reflexão sobre identificação e correção do erro. Também pela adoção de uma prática baseada na evidência. Os enfermeiros

reconheceram que para além dos indicadores acordados, ainda foi possível desenvolver outras necessidades identificadas.

5 – SÍNTESE FINAL PARA A EVOLUÇÃO DO CONHECIMENTO

O desenvolvimento deste estudo fez com que hoje se possuisse uma visão mais alargada e esclarecida acerca do contributo que a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem pode trazer para a qualidade dos cuidados, facto que permitiu um novo olhar sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem. Durante o percurso investigativo efetuado, foram surgindo algumas reflexões, embora não generalizáveis, uma vez que o estudo se reporta apenas a uma realidade concreta. Contudo, compreende-se que, ao refletir sobre essa realidade, pode-se traçar um novo caminho no conhecimento, a propor sugestões e a contribuir para o desenvolvimento das práticas.

A Supervisão Clínica tem sido encarada como um mecanismo de suporte para profissionais de várias áreas, permitindo que se estabeleçam processos de aprendizagem sustentados e se desenvolvam competências em vários domínios. Na disciplina de enfermagem, a Supervisão Clínica também tem dado contributos, não só no acompanhamento de estudantes, desde a sua formação inicial à pós-graduada, como também no apoio e suporte aos próprios profissionais, ao longo da sua atividade laboral.

Conscientes de que a investigação na área de Ciências de Enfermagem, mais especificamente a que se relaciona com a Supervisão Clínica, é um processo difícil, não só pela temática, mas essencialmente pelas circunstâncias que neste período (entre 2006 e 2008) envolveram a profissão, facilmente se percebe que o trabalho apresentado representa apenas um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno em estudo, não sendo, por isso, uma pretensão, como já se referiu, a generalização integral dos resultados obtidos.

O percurso investigativo apresentado pretende demonstrar que é possível estabelecer uma relação entre a supervisão clínica e a qualidade dos cuidados de enfermagem. Para isso, foi implementado um modelo de supervisão clínica em enfermagem, Modelo SafeCare, que assentou em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão. Pretendeu-se que o Modelo fosse adaptado às necessidades dos enfermeiros, pessoais e profissionais, e à realidade vivida por estes na instituição onde exerciam funções. Na verdade, para que ocorra o desenvolvimento de competências nos profissionais, é necessário que as estratégias utilizadas estejam alinhadas com a instituição que os acolhe, pelo que é importante que os profissionais

estejam inseridos num contexto e numa cultura que lhes possibilite o crescimento adaptado às suas necessidades individuais/ coletivas, motivando-os para o desenvolvimento das competências necessárias. De facto, só assim se consegue atingir níveis cada vez mais elevados de cuidados (excelência de cuidados).

O ponto de partida assentou sobre a questão:

Qual (ais) o (s) contributo (s) da implementação do Supervisão Clínica em Enfermagem para a qualidade dos cuidados?

Esta questão relaciona-se com a experiência como enfermeira na prática de cuidados e como assistente convidada numa Escola Superior de Enfermagem, à qual acrescem alguns propósitos que levaram a este processo investigativo, dos quais se realça: i) a atual situação da profissão de enfermagem, essencialmente baseada num trajeto de afirmação da sua autonomia, que se manifesta num corpo de conhecimento próprio, pelo qual todos os membros da profissão são responsáveis; ii) a inexistência de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem capaz de se adaptar aos diferentes contextos e de responder às necessidades dos enfermeiros, em termos de desenvolvimento profissional; iii) a investigação em enfermagem como uma preocupação cada vez mais crescente nesta profissão.

Ao longo do estudo, foram identificados dados que permitiram dar resposta aos objetivos identificados.

Definir Indicadores Sensíveis à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE).

A definição de indicador sensível à supervisão clínica em enfermagem (IS-SCE) consiste numa inovação para evolução do conhecimento na área da enfermagem e da supervisão clínica. O IS-SCE foi um conceito novo, que surgiu ao longo desta investigação e que é definido como uma dimensão passível de ser medida e que, por via de processos associados à SCE, tem potencial para promover a segurança e a qualidade dos cuidados. O IS-SCE é como uma “bússola” orientadora, que pode ser operacionalizada, de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da SCE, neste caso particular, do Modelo SafeCare.

Neste estudo, foram considerados como IS-SCE a avaliação do risco de queda, a avaliação da dor, a satisfação profissional e as capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros. A avaliação do risco de queda foi um indicador sugerido pela unidade

hospitalar aquando do estabelecimento da Carta de Parceria. A avaliação da dor foi um IS-SCE identificado através de reuniões realizadas com as enfermeiras com a função de gestão dos serviços envolvidos no estudo. Os outros IS-SCE (satisfação profissional e capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros) foram selecionados pelos investigadores do projeto SafeCare, tendo por base estudos publicados sobre a temática e a sua importância para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com subsequente influência na qualidade dos cuidados.

Realizar o diagnóstico da situação, pela avaliação dos IS-SCE, antes da implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare).

A avaliação dos IS-SCE, antes da implementação do Modelo SafeCare, foi efetuada com recurso a instrumentos de recolha de dados específicos para cada indicador. Os instrumentos que permitiram avaliar os IS-SCE avaliação do risco de queda e avaliação da dor foram construídos com base nos parâmetros previstos no programa informático disponível (SClínico), para que os profissionais pudessem sustentar a sua tomada de decisão e efetuar os registos. O IS-SCE satisfação profissional foi avaliado com recurso à escala utilizada na Instituição (ASP), e o IS-SCE capacidades da inteligência emocional dos enfermeiros foi avaliado através da escala Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros.

A realização do diagnóstico de situação pela avaliação dos IS-SCE decorreu na etapa 1 da implementação do Modelo SafeCare, através da aplicação dos instrumentos a partir dos quais se conseguiu perceber que existiam falhas na avaliação do risco de queda na admissão dos doentes. A avaliação da dor era apenas efetuada através da escala numérica, sendo que algumas atividades diagnósticas, como “agravamento da dor”, “avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”, “potencial para melhorar o conhecimento” e “conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”, eram praticamente inexistentes. Relativamente às capacidades de inteligência emocional, os enfermeiros revelaram médias mais elevadas para as dimensões autoconsciência, automotivação e gestão de emoções, e médias mais baixas para as dimensões empatia e gestão de relacionamentos em grupos. A satisfação profissional dos enfermeiros revelou-se satisfatória em todas as suas dimensões.

Identificar as necessidades dos enfermeiros em supervisão clínica.

Para além do diagnóstico de situação efetuado, foram também identificadas, junto dos profissionais, outras áreas que estes gostariam de trabalhar e/ou ver trabalhadas durante as reuniões de supervisão, e que consideravam que poderiam contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional. A informação foi recolhida nas reuniões iniciais, onde estiveram envolvidos todos os enfermeiros do serviço. As áreas que foram identificadas como necessárias a serem desenvolvidas, para além dos IS-SCE já identificados, foram: Supervisão Clínica, Comunicação Interpessoal e Prática Baseada na Evidência.

Implementar o modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare)

A implementação do Modelo SafeCare teve a duração aproximada de um ano. Iniciaram o projeto 56 enfermeiros e terminaram 47 profissionais, devido a fenómenos de *turnover*, doença, e licenças de maternidade/paternidade. Os enfermeiros que participaram no estudo eram, maioritariamente, do género feminino (80,9%), com tempo médio de exercício na profissão de 12 anos. Foram constituídas oito equipas de supervisão clínica, e selecionado o mesmo número de supervisores clínicos. As reuniões tiveram uma duração que variou entre 90 e 120 minutos. O intervalo entre reuniões foi de cerca de 4 a 6 semanas. Realizaram-se um total de 88 sessões formais de supervisão clínica, sendo que a investigadora esteve presente em cerca de 85% das reuniões. Durante as reuniões, ficou acordado que a investigadora estaria presente e tomaria as notas de campo que considerasse pertinentes, sem nunca colocar em questão os princípios da confidencialidade e do anonimato de cada um dos participantes.

Foram trabalhadas diversas áreas, de acordo com os interesses individuais e de grupo dos participantes, para além dos IS-SCE e das temáticas identificadas na etapa 2. As estratégias de supervisão clínica utilizadas nas reuniões foram diversas. Após a análise das notas de campo concluiu-se que a mais utilizada foi a “análise crítico-reflexiva”, com 282 evidências, mais concretamente a “Análise de casos reais”, a “Análise de pesquisa bibliográfica” e dos “Procedimentos da Instituição”. As estratégias formativas também foram muito utilizadas (117 evidências), com a organização e dinamização de diversas formações sobre os IS-SCE, e os outros temas identificados (Prática Baseada na Evidência, Supervisão Clínica, Comunicação Interpessoal, Prevenção de lesões Músculo-esqueléticas no trabalho, Manuseamento do Cateter Venoso Central e Cateter Venoso Periférico, entre outras). As estratégias de “suporte”, quer individual quer em grupo, também foram usadas nas reuniões de supervisão clínica, tal como as estratégias de

“comunicação”. As estratégias que, apesar de identificadas, foram menos utilizadas, foram as de “Demonstração” e de “Supervisão à Distância”.

Identificar a evolução nos IS-SCE após a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare).

O IS-SCE avaliação do risco de queda teve dois instrumentos de avaliação na etapa 1 e na etapa 4. Esta situação deveu-se a uma alteração na padronização do SClínico entre as duas etapas. Assim, da etapa 1 para a etapa 4, o instrumento teve que ser adaptado a essas alterações. Comparando os dados obtidos da etapa 1 com os dados resultantes da etapa 4, todos os doentes que fizeram parte da amostra tinham registo da avaliação do risco de queda (100%), sendo que o nível de concordância entre os observadores, nos três momentos de avaliação (investigador, enfermeiro, registos), foi muito forte, revelando a existência de conformidade entre os mesmos, o que evidencia que o Modelo SafeCare trouxe benefícios para a prevenção e intervenção na queda do adulto.

O IS-SCE avaliação da dor teve uma maior diversificação no uso das escalas disponíveis pelo enfermeiro. Houve um aumento na identificação das atividades diagnósticas “agravamento da dor”, “avaliação do conhecimento sobre estratégias de alívio da dor”, “potencial para melhorar o conhecimento” e “conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor”. No diagnóstico “Grau de dor”, os resultados não sofreram grandes alterações da etapa 1 para a etapa 4. Os diagnósticos “monitorização da dor” e “vigilância da dor” foram considerados no processo de enfermagem, para quase todos os doentes na etapa 4. Também se verificou um aumento na concordância entre investigador e enfermeiro. Estes resultados mostram que o Modelo SafeCare teve impacto na forma como se efetua a avaliação/monitorização da dor, e nas atividades diagnósticas identificadas.

O IS-SCE competência emocional dos enfermeiros, com a implementação do Modelo SafeCare, não sofreu grandes alterações. Apesar da média de cada uma das dimensões da escala ter aumentado da etapa 1 para a etapa 4, com a análise do teste-t para amostras emparelhadas, concluiu-se que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0.05$ para todos os pares avaliados). Salienta-se, contudo, que os profissionais que integraram o Modelo SafeCare apresentaram, no início da implementação, níveis superiores de competência emocional, quando comparados com outros estudos realizados com enfermeiros em Portugal. A única exceção diz respeito à dimensão “gestão de relacionamentos em grupos”.

O IS-SCE satisfação profissional não sofreu grandes alterações da etapa 1 para a etapa 4. Verificou-se que apenas na dimensão “Relações Profissionais” houve um aumento significativo, no valor máximo, entre a etapa 1 e a etapa 4 do Modelo SafeCare. No entanto, de acordo com o cálculo da média para a ASP, apenas a dimensão “Superior Hierárquico” teve um ligeiro aumento, enquanto as restantes dimensões sofreram uma discreta diminuição. Para se perceber se os resultados das avaliações efetuadas nos dois momentos estavam relacionados com a implementação do Modelo SafeCare, nomeadamente na escala ASP (score total e dimensões), recorreu-se ao teste-t para amostras emparelhadas. Através da comparação dos valores médios do score total e das dimensões da escala ASP antes (etapa 1) e após (etapa 4) a implementação do Modelo SafeCare, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões avaliadas ($p > 0.05$ para todos os pares avaliados).

Avaliar a implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem (Modelo SafeCare) e o seu impacto na qualidade dos cuidados.

Para este objetivo, efetuou-se a triangulação dos dados da evolução dos IS-SCE com a opinião manifestada pelos profissionais envolvidos no projeto. Na análise dos discursos dos enfermeiros, foi possível identificar vantagens da supervisão clínica em enfermagem em três aspetos: vantagens para os profissionais, vantagens para a organização e vantagens para a prestação de cuidados.

No que respeita as vantagens para os profissionais, os enfermeiros identificaram que a implementação do Modelo SafeCare permitiu o desenvolvimento da competência emocional, mais concretamente das competências intrapessoais e sociais da competência emocional. Apesar de através da análise quantitativa da evolução do IS-SCE competência emocional, se perceber que este não traduz um impacto da implementação do Modelo, nos discursos dos profissionais foi possível verificar que estes reconheceram que a supervisão clínica permitiu melhorar a gestão dos relacionamentos de grupos, a coesão da equipa e a comunicação.

Outra das vantagens identificada nos discursos dos enfermeiros foi a satisfação profissional, ainda que também não visível na análise quantitativa. Esta vantagem, para além de traduzir impacto na organização, também se pode manifestar na qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros reconheceram, ainda, que o seu trabalho passou a ser mais eficiente (um dos parâmetros que traduz qualidade) e que o Modelo trouxe uniformização de

procedimentos entre os diferentes serviços, o que melhorou o desempenho organizacional. Por exemplo, na necessidade de mobilizar elementos nas diferentes equipas, os processos de integração passam a estar mais facilitados. O suporte fornecido pela instituição e pelo grupo de investigação foi considerado muito importante na implementação do Modelo SafeCare.

Em relação à prestação de cuidados de enfermagem, os discursos apontaram para uma melhoria dos mesmos. Paralelamente, consideraram que as estratégias de reflexão sobre a identificação e correção do erro, os mecanismos de suporte e a adoção de uma prática baseada na evidência, permitiram a prestação de cuidados com maior segurança e qualidade.

No processo de avaliação da implementação do Modelo SafeCare, para além das vantagens apontadas, importa referir que os enfermeiros também identificaram dificuldades que carecem de reflexão, e que estão relacionadas com fatores pessoais, fatores institucionais e fatores relacionados com a própria estrutura do Modelo.

Os fatores pessoais identificados relacionam-se com desmotivação profissional, face à carreira de enfermagem, assim como à sobrecarga horária vivenciada pelos profissionais e à ausência de uma cultura individual de supervisão clínica, agregada a preconceitos associados a esta temática.

Os fatores institucionais identificados como dificultadores estão relacionados com os seguintes fatores: dificuldade em garantir horários compatíveis para a participação nas sessões formais de supervisão clínica; instabilidade nas equipas, face à rotatividade e absentismo dos profissionais; sobrecarga de trabalho que se viveu no momento da implementação do Modelo; e ausência de recursos humanos.

Na análise dos discursos dos enfermeiros, a estrutura do Modelo também trouxe alguns fatores dificultadores, nomeadamente: a identificação dos supervisores clínicos (apesar dos critérios estarem bem definidos); a formação de equipas homogéneas; a ausência de feedback aos enfermeiros chefes acerca das reuniões, associada às questões da confidencialidade dentro dos grupos de supervisão clínica; a duração da implementação do Modelo; e a necessidade de todos os elementos da equipa fazerem parte do projeto.

Limitações do estudo

O estudo desenvolvido apresenta algumas limitações sobre as quais importa refletir. A primeira diz respeito ao número reduzido da amostra e ao tipo de amostragem (não probabilística). Uma outra limitação é referente ao facto de o Modelo SafeCare ter sido desenvolvido apenas num contexto, e não possuir um grupo controlo. A existência de um grupo de controlo poderia dar mais validade ao estudo, na medida em que através de um estudo experimental ou quasi-experimental, se poderia comprovar se a implementação do Modelo SafeCare (intervenção efetuada através da supervisão clínica em enfermagem) produz alterações nos IS-SCE.

Uma outra limitação tem a ver com a necessidade de comparar a ação de diferentes modelos de supervisão clínica, como potenciadores da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Estudos de intervenção podem ser desenvolvidos em outras realidades distintas, podendo posteriormente ser comparados com realidades onde não exista um quadro teórico definido de supervisão clínica em enfermagem.

Subsídios para a enfermagem

Considera-se que esta tese contribuiu para aumentar o corpo de conhecimento próprio da profissão de enfermagem, pelo qual todos somos responsáveis.

Ao longo deste estudo, foi-se identificando aspetos que carecem de reflexão e de mudança nos contextos da prática de cuidados, de modo a contribuir para a otimização de cuidados, através de processos de melhoria contínua da qualidade. Nesse processo reflexivo, salientam-se algumas suposições que emergem deste estudo, essencialmente a dois níveis: a nível do contexto – pela importância que a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, Modelo SafeCare, tem na melhoria da qualidade dos cuidados, através das alterações visíveis pelo aumento a nível dos IS-SCE identificados; a nível da formação – pela importância que a supervisão clínica adquire na formação dos enfermeiros, evidenciada no discurso dos mesmos.

Subsídios para a docência

A escola tem um papel fundamental na formação dos profissionais. É essencialmente a instituição escolar a grande responsável por todo o processo de ensino/aprendizagem, liderando os processos formativos dos enfermeiros. Com as alterações no modelo de formação em enfermagem, existe a necessidade de uma atualização contínua do

conhecimento, baseada numa prática onde exista a colaboração entre instituição escolar e instituições de saúde. A enfermagem, enquanto ciência e arte, apenas pode ser adquirida através da execução direta de cuidados de enfermagem, onde os profissionais necessitam de se identificar com um modelo onde conste uma prática orientada por um enfermeiro sénior. Nesse sentido, a experiência de implementação de um modelo como o SafeCare parece ser um excelente contributo para quem exerce funções como docente da área.

Subsídios para a investigação

Considera-se que esta tese contribuiu para o aumento do conhecimento a nível da investigação. No contexto atual em que se encontra a enfermagem, torna-se inevitável dar continuidade a este estudo, que entendemos constituir uma primeira etapa para se compreender o contributo da implementação do Modelo SafeCare.

Propõe-se que um novo estudo seja realizado, desta vez visando a existência de um grupo de controlo, pois talvez assim fosse possível identificar eventuais lacunas e introduzir algumas alterações no modelo, de modo a torná-lo ainda mais completo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU e EDUCA.
- Abreu, W. C. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45, 53-57.
- Abreu, W. C. (2007). *Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau. Formação e Saúde.
- Abreu, W. C., & Marrow, C. E. (2012). Clinical Supervision in Nursing Practice: A comparative study in Portugal and The United Kingdom. *SANARE*, 11 (2), 16-24.
- Afsar, B., Cheema, S., & Masood, M. (2017). The role of emotional dissonance and emotional intelligence on job-stress, burnout and well-being among nurses. *International Journal of Information Systems and Change Management*, vol.9, 87-105. doi.org/10.1504/IJISCM.2017.087952
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagens* (2ª Edição ed.). Coimbra: Almedina.
- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Toye, C., McCullough, K. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 368-376.
- Almeida, J. F., & Pinto, J. M. (1982). *A investigação nas Ciências Sociais* (3ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Almeida, J.-C. F. (2001). Em defesa da investigação-acção. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 175-176. [Consultado a 15 de Outubro de 2016], disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65292001000300010

- Alves, J. A., Ribeiro, C., & Campos, S. (2012). A inteligência emocional em enfermeiros responsáveis por serviços hospitalares. *Revista de Enfermagem Referência, III, n.º 7*, pp. 33-42. [dx.doi.org/10.12707/RIII1199](https://doi.org/10.12707/RIII1199)
- Alzghoul, B. I., & Abdullah, N. A. (2016). Pain Management Practices by Nurses: An Application of the Knowledge, Attitude and Practices (KAP) Model. *Global Journal of Health Science, 8, No.6*, 154-160.
- APED. (2020). *Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. [Consultado a 1 de Outubro de 2020], disponível em <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Ardoino, J. (1980). L'intervention: imaginaire du changement ou changement de l'imaginaire? *In ouvrage collectif dirigé par G. Mendel: L'intervention institutionnelle*. Paris: Payot.
- Augusto, C., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Avaliação dos Resultados. Em A. Carvalho, C. Barroso, M. A. Pereira, A. P. Teixeira, F. Pinho, & M. Osório, *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - manual prático*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Augusto, M. C. (2013). *Modelo de Competências dos Enfermeiros com funções de gestão em Portugal: estudo exploratório*. Vila do Conde: Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos, pela Escola Superior de Estudos Industriais e de Gestão, do Instituto Politécnico do Porto.
- Barbosa, P. (2013). *Manual de utilização da escala de quedas de morse: contributo para a supervisão clínica em enfermagem*. Porto: Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Barbosa, P., Carvalho, L., & Cruz, S. (2015). *Escala de Quedas de Morse: Manual de Utilização*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bell, J. (2008). *Projeto de Pesquisa: Guia para pesquisadores em educação, saúde e ciências sociais* (4ª Edição ed.). (M. F. Lopes, Trad.) São Paulo: Artmed.
- Bernardino, E. (2018). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal*. Ordem dos Enfermeiros. [Consultado a 18 de Outubro de 2019], disponível em

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/9946/satisfaca%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>

- 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*. 1182-1195. doi: [http://10.1111/jan.13215](http://dx.doi.org/10.1111/jan.13215).
- 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), 4-12.
- Brunero, S., & Lamont, S. (May de 2012). The process, logistics and chalenges of implementing clinical supervision in a tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 186-193. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x.
- Caine, M., & Jackson, W. (2011). Clinical Supervision and the theory-practice gap: view from a student mental health nurse. *Mental Health Nursing*, 31 (6), 9-11.
- Cardoso, A. P. (2014). *Inovar com a Investigação-Ação: desafios para a formação de professores*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Care Quality Commission. (2013). *Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision*. [Consultado a 14 de Janeiro de 2016], disponível em https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130625_800734_v1_00_supporting_information-effective_clinical_supervision_for_publication.pdf
- Carr, W., & Kemmis, S. (1986). *Teoría Crítica de la Ensenanza - la investigacion-accion en la formacion del professorado - Una aproximación crítica a la teoría y la práctica*. Barcelona: Martinez Roca.
- Carvalho, A. L. (2017). Clinical Supervision in nursing - strategy for knowledge and quality of care. *Rev Rene*, 18(3), 291.
- Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Modelo safecare: Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado. Em A. L. Carvalho, *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Porto: ESEP.

- Cascão, F. (2004). *Entre a Gestão de Competências e a Gestão do Conhecimento - um estudo exploratório de Inovação na Gestão de Pessoas*. Lisboa: Editora RH.
- Clifton, E. (28 de February de 2002). Implementing clinical supervision. *Nursing Times*.
- 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), 704-711.
- Correia, M. M. (2016). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros*. Porto: Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. [Consultado a 22 de dezembro de 2018], disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Coutinho, C. P., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. J., & Vieira, S. (2009). Investigação Acção: Metodologia Preferencial nas Práticas Educativas. *Revista Psicologia, Educação e Cultura, XIII, n.º2*, pp. 355-379.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos*. São Paulo: Penso Editora.
- Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse, 35 (2)*, 245–253.
- Cruz, S. S. (2012). *DO AD HOC A UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM EM USO*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.
- Cruz, S., Carvalho, A. L., & Sousa, P. (2015). Clinical Supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, 153-157. doi:10.1016/j.sbs.pro.2015.01.101
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12443

- Decreto-Lei n.º 247/2009, Diário da República n.º 184/2009, Série I de 2009-09-22 (22 de Setembro de 2009).
- Decreto-Lei n.º 248/2009, Diário da República n.º 184/2009, Série I de 2009-09-22 (22 de 2009 de Setembro).
- DGS. (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da intensidade da Dor - Circular n.º 09/DGSG*. Ministério da Saúde .
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor - Circular Normativa n.º 11/DSCS/DPCD*. Ministério da Saúde - Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde / Divisão de Prevenção e Controlo da Dor.
- DGS. (2010a). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças n.º 014/2010*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2010b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa n.º 015/2010*. Ministério da Saúde.
- DGS. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020*. DGS - DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE. Obtido em 27 de Março de 2019, de <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
- DGS. (2019). *Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares*. Portugal: DGS.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Brian, K., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*, 22-32.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press.
- Driscoll, J., & O'Sullivan, J. (2007). The place of clinical supervision in modern health care. Em J. Driscoll, *Practising Clinical Supervision - a reflective approach for healthcare professionals*. Elsevier.

- Fitzpatrick, S., Smith, M., & Wilding, C. (2015). Clinical Supervision in Allied Health in Australia: a Model of Allied Health Clinical Supervision Based on Practitioner Experience. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, vol 13, n.4.
- Foster, K., & McKenzie, H. (2012). Educational approaches and activities to enhance emotional intelligence. Em J. Hurley, & P. Linsley, *Emotional Intelligence in Health and Social Care: a Guide for Improving Human Relationships* (pp. 127-145). London: Radcliffe.
- Foster, K., Fethney, J., McKenzie, H., Fisher, M., Harkness, E., & Kozlowski, D. (2017). Emotional intelligence increases over time: A longitudinal study of Australian pre-registration nursing students. *Nurse Education Today*. doi:10.1016/j.nedt.2017.05.008
- Foster, K., McCloughen, A., Delgado, C., Kefalas, C., & Harkness, E. (2015). Emotional intelligence education in pre-registration nursing programmes: An integrative review. *Nurse Education Today*, 510-517. doi:10.1016/j.nedt.2014.11.009
- Fragata, J., & Martins, L. (2014). *O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Fragata, J., Bilbao, M., Fragata, I., Barros, P. P., Santos, S., Ferreira, S., & França, M. (2006). *Risco Clínico - Complexidade e Performance*. Coimbra: Almedina.
- Freeman, C. (2005). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey PCT - NHS.
- Garrido, A. F. (2004). *A Supervisão Clínica e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão.
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem - perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Rio Grande do Sul: UFRGS Editora.
- Gilles, S. (2019). Pain in the older adult: Affects on patient outcomes and the nurses' responsibility to treat. *Geriatric Nursing*, 40, 113-114.

- Gillet, N., Fouquereau, E., Coillot, H., Cougot, B., Moret, L., Dupont, S., & Colombat, P. (2018). The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care, and turnover intentions in oncology. *Journal of Advanced Nursing*. doi: <http://10.1111/jan.13524>, 1208-1219.
- Giroux, H. (1983). *Teoria Crítica e Resistência em Educação - para além das teorias de reprodução*. Petropolis: Ed. Vozes.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional* (15ª Edição ed.). (M. D. Correia, Trad.) Círculo de Leitores.
- Gonge, H., & Buus, N. (2011). Model for investigation the beneficts of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 102-111.
- Guazali, D. A., Kenway, P., Clery, R., Choquet, C., & Casalino, E. (2019). A multicenter randomized control trial evaluating professional practice assessment of patient pain management after simulation training course: Study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*.
- Haines, S., & Dring, E. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision for Registered Nurses, Non-registered Nurses, Midwives ans Allied Health Professionals*. Nottingham University Hospitals: NHS Trust.
- Health Education and Taining Institute. (2012). *The superguide: a handbook for supervision allied health professionals*. Sidney: HETI.
- Holmberg, C., Caro, J., & Sobis, I. (2017). Job satisfaction among Swedish mental health nursing personnel: Revisiting the two-factor theory. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12339
- Hurley, J., & Stansfield, C. (2012). Why emotional intelligence matters in health and social care. Em J. Hurley, & P. Linsley, *Emotional intelligence in health and social care: a guide for improving human relationships* (pp. 17-28). New York: Radcliffe Publishing.
- Hyrkäs, K. (2002). *Clinical Supervision and Quality Care - Examining the effects of team supervision in Muti-professional teams*. Tampere: Academic Dissertation to be presented, with permission of the Faculty of Medicine of the University of Tampere.

- Hyrkäs, K. (2005). Clinical Supervision, Burnout, and Job Satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Mental Health Nursing*, 531-556. doi: 10.1080/01612840590931975
- IASP. (2010). *Dor Aguda*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/global-year-pain>
- IASP. (2011). *Ano Mundial contra a Dor Aguda*. Obtido em julho de 2020, de IASP-PAIN: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/AcutePainFactSheets/7-Surgery_Portuguese.pdf
- ICN (2010). *Scope of Nursing Practice and Decision-Making Framework TOOLKIT*. Geneva: ICN. Obtido em 29 de Março de 2019, de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2010_ICN%20Scope%20of%20Nursing%20and%20Decision%20making%20Toolkit_eng.pdf
- ICN (2020). *International Council of Nurses*. Obtido de ICNP Browser: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- ISO 18104:2014(en). (s.d.). *Health informatics — Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*. [Consultado a 15 de agosto de 2020], disponível de Online Browsing Platform (OBP): <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:18104:ed-2:v1:en>
- Jamshidi, P., Aubry, T., Vandette, M.-P., Valiquette-Tessier, S.-C., & Fenn, K. (2018). Identifying the core competencies for clinical supervision at a youth-focused social services agency. *The Clinical Supervisor*. doi:10.1080/07325223.2018.1449157
- Jiang, S., Lambert, E. G., J., L., & J., Z. (2018). An Exploratory Study of the Effects of Work Environment Variables on Job Satisfaction Among Chinese Prison Staff. *International Journal Offender Therapy Comparative Criminology*, 1694-1719. doi:10.1177/0306624X17691533
- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 522-528.

- Kim, Y.-S., Park, J.-M., Moon, Y.-S., & Han, S.-H. (2017). Assessment of pain in the elderly: A literature review. *The National Medical Journal of India*, 203-207.
- Koivu, A., Hyrkäs, K., & Saarinen, P. I. (2011). Who attend clinical supervision? the uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 69-79.
- Koivu, A., Saarinen, P. I., & Hyrkäs, K. (2012). Does clinical supervision promote medical-surgical nurses' well-being at work? A quasi-experimental 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*, 401-413.
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied nursing research*, Vol.41, pp. 59-61. doi:10.1016/j.apnr.2018.04.001
- Kumar, A., Puranik, M. P., & Sowmya, K. R. (2016). Association Between Dental Students' Emotional Intelligence and Academic Performance: A Study at Six Dental Colleges in India. *J Dent Educ*, 526-532.
- Landry, R. (2003). A análise do conteúdo. Em B. Gauthier, *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados* (3ª Edição ed.). Loures: Lusociência.
- 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*, 355-364.
- Lewin, K. (1947). Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science; Social Equilibria and Social Change. *Human Relations*, 5-41. Obtido em 29 de July de 2013, de <http://hum.sagepub.com/content/1/1/5>
- Lopes, E. M. (2015). *O impacto da implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na avaliação do risco de queda*. Porto: Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Supervisão Clínica em Enfermagem.
- Lopes, T. S. (2013). *Competência Emocional dos Enfermeiros - na rede de cuidados continuados integrados*. Bragança: Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Continuados.

- Lu, M., Ruan, H., Xing, W., & Hu, Y. (2015). Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*, 440-7. doi:10.1111/jonm.12150
- Lynch, L., & Happel, B. (2008a). Implementing clinical supervision: Part 1: Laying the ground work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17.
- Lynch, L., & Happel, B. (2008b). Implementation of clinical supervision in action: Part 2: Implementation and beyond. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17.
- Lynch, L., & Happel, B. (2008c). Implementation of clinical supervision in action: Part 3: The development of a model. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17.
- Marrow, C. E., Hollyoake, K., Hamer, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: A reflective account. *Journal of Nursing Management*, pp. 275-282. doi: 10.1046/j.1365-2834.2002.00313.x
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. Em R. J. Sternberg, *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15 N.3, pp. 197-215. doi:10.1207/s15327965pli1503_02
- 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*, 1007-1026. doi:10.1111/jonm.12419
- Morse, J. (2009). *Preventing Patient Falls* (2nd Edition ed.). New York: Springer Pub.
- NHS. (2017). *Clinical Supervision Policy*. Leicester Partnership Trust: National Health Service. Obtido em 28 de Março de 2019, de <https://www.leicspart.nhs.uk/Library/ClinicalSupervisionPolicyexpOct197357.pdf>
- NMS - Nursing and Midwifery Council. (2008). *Advice sheet - Clinical Supervision for registered nurses*. London: NMC.

- Nottingham University Hospitals. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision for Registered Nurses, Non-Registered Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*. Obtido em 5 de Janeiro de 2016, de Clinical_Supervision_Guidelines: https://www.google.pt/?gws_rd=ssl#q=nhs+clinical+supervision+guidelines
- Nursing and Midwifery Board of Australia. (2015). *Supervision guidelines for nursing and midwifery*. Obtido de Supervision guidelines for nursing and midwifery: www.nursingmidwiferyboard.gov.au
- Oates, J. (2018). What keeps nurses happy? Implications for workforce well-being strategies. *Nursing Management*, 25, 1, 34-41. doi:10.7748/nm.2018.e1643
- OE. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2008). *DOR - Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2010). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2018). *Regulamento n.º 366/2018 - Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico - funcionais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Olds, K., & Hawkins, R. (2014). Precursors to measuring outcomes in clinical supervision: A thematic analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 158-164. doi:10.1037/tep0000034
- Oliveira, A. M., Batalha, L. C., Fernandes, A. M., Gonçalves, J. C., & Viegas, R. G. (2014). Uma análise funcional da Wong-Baker Faces Pain Rating Scale: linearidade, discriminabilidade e amplitude. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, n.º 3, 121-130. doi:10.2707/RIV14018

- Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência Emocional dos Enfermeiros: Contributos da Supervisão Clínica*. Porto: Dissertação de Mestrado apresentado à Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Oliveira, V., & Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, pp. 43-54.
- OMS. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (M. d. Ferreira, Trad.) Ordem dos Enfermeiros.
- OMS. (2018). *Falls*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Peisah, C., Weaver, J., Wong, L., & Strukovski, J.-A. (2014). Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clin Interv Aging*, 1767-74.
- Perera, H. N., & DiGiacomo, M. (2013). The relationship of trait emotional intelligence with academic performance: A meta-analytic review. *Learning and Individual Differences*. 20-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.002>.
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Ruiz, S.-R. M.-J., & Pérez-González, J.-C. (2016). Developments in Trait Emotional Intelligence Research. *Emotion Review*, 8 n.º4, 1-7. doi:10.1177/1754073916650493
- Pinto, D. J. (2013). *Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto no âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem.
- Pires, R. (2004). *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional*. Universidade de Aveiro: Dissertação de Mestrado.
- Pires, R., Santos, M. R., Pereira, F., & Rocha, I. (2016). Most Relevant Clinical Supervision Strategies in Nursing Practice. *2nd International Conference on Health and Health Psychology*. 352-361. Porto: Future Academy. doi:10.15405/epsbs.2016.07.02.34

Plano Nacional para a segurança dos doentes, Despacho n.º 1400-A/2015 - Diário da República, 2.ª série, N.º 28 de 10 de fevereiro de 2015.

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

Portela, N. L., Pedrosa, A. O., Cunha, J. D., Monte, L. R., Gomes, R. N., & Lago, E. C. (2015). Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem de serviços de urgência e emergência. *Cuidado e Fundamental*, pp. 2749-2760.

Prado-Gasco, V. J., M.C., G.-E., & Valero-Moreno, S. (2019). The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy. *Rev Esc Enferm USP*. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018015903465>.

Proctor, B. (2008). *Group Supervision, A Guide to creative practice* (2nd Edition ed.). London: SAGE Publications.

Quintas, S., Queirós, C., Marques, A., & Orvalho, V. (2017). Os enfermeiros e a sua saúde no trabalho: a relação entre depressão e burnout. *International Journal on Working Conditions*.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (5ª Edição ed.). Lisboa: Gradiva - Publicações.

Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 126-130.

Ragin, C. C. (1994). *Constructing Social Research*. California: Pine Forge Press.

Roberts, R. D., MacCann, C., Matthews, G., & Zeidner, M. (2010). Teaching and Learning Guide for: Emotional Intelligence: Towards a Consensus of Models and Measures. *Social and Personality Psychology Compass*, pp. 968–981. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00310.x

- Rocha, I., Santos, M. R., & Pires, R. (jul/ago/set de 2016). Supervisão à distância em Enfermagem: uma realidade desejada pelos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, pp. 95-102.
- Salovey, P., Brackett, M. A., & Mayer, J. (2004). *Emotional Intelligence - key readings on the Mayer and Salovey Model*. New York: Dude Publishing.
- Serrat, O. (2017). Understanding and Developing Emotional Intelligence. Em O. Serrat, *Knowledge Solutions*. Singapore: Springer. doi:10.1007/978-981-10-0983-9_37
- Severino, M. A. (2007). *Supervisão em Educação de Infância: supervisores e estilos de supervisão*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Silva, M. I. (2015). *Avaliação do Risco de Queda - Contributos para a Implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem*. Porto: Dissertação Académica apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto para a obtenção do Grau de Mestre.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem de Referência*(3), 113-122.
- Silvestre, M. C. (2012). *Os Registos de Enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas?* Coimbra: Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem: área de especialização Gestão de Unidades de Cuidados.
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência, II série. N.º6*.
- Sloan, G. (2005). Clinical supervision: beginning the supervisory relationship. *British Journal of Nursing*, 14 (17).
- Sloan, G., & Grant, A. (2012). A rationale for a clinical supervision database for mental health nursing in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 466-473.
- Sloan, G., & Watson, H. (2002). Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*, 41-46.

- 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*. doi: 10.1186/s12913-017-2739-5
- 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*. doi:10.1186/s12913-017-2739-5
- Sparrow, T., & Knight, A. (2006). *Applied Emotional Intelligence: The Importance of Attitudes in Developing Emotional Intelligence*. England: John Wiley & Sons.
- Spradley, J. P. (2016). *Participant Observation*. Waveland Press.
- Te Pou. (2009). *National Guidelines for the Professional Supervision of Mental Health and Addiction*. Auckland: Te Pou, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce.
- Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2 de Abril de 2019). Clinical Supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 481-488. dx.doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61
- 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*, 16-65. doi:10.1186/s12955-018-0898-7
- Tomlinson, J. (2015). Using clinical supervision to improve the quality and safety of patient care: a response to Berwick and Francis. *BMC Medical Education*. doi:10.1186/s12909-015-0324-3
- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 497-509. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x
- Veiga, A. B. (2004). *Competência Emocional - um estudo com professores* (1ª Edição ed.). Quarteto.

- Vieira, S. M. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Braga: Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.
- Vilela, A. C. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida*. Universidade de Aveiro: Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública.
- Vilela, C., & Filipe, M. (2012). Adaptação e validação da escala das capacidades da inteligência emocional (EVB-CIE) em enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*, n.º 25, 62-72.
- Waskett, C. (27 de April de 2010a). Clinical supervision using the 4S model 1: considering the structure and setting up. *Nursing Times*, Vol.106 No 16.
- Waskett, C. (4 de May de 2010b). Clinical supervision using 4S model 2: training supervisors to deliver effective sessions. *Nursing Times*, Vol 106 No 17.
- Waskett, C. (11 de May de 2010c). Clinical supervision using the 4S model 3: how to support supervisors and sustain schemes. *Nursing Times*, Vol 106 No 18.
- Wells, N., Pasero, C., & McCaffery, M. (2008). Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. Em R. (. Hughes, *Patient Safety and Quality: an EvidenceBased Handbook for Nurses* (pp. 1-29). Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- WHO. (1989). *The principles of quality assurance*. WHO Working Group.
- WHO. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*.
- WHO. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.1*. World Health Organization - Patient Safety.
- Wijekoon, C. N., Amaratunge, H., Silva, Y., Senanayake, S., Jayawardane, P., & Senarath, U. (2017). Emotional intelligence and academic performance of medical undergraduates: a cross-sectional study in a selected university in Sri Lanka. *BMC Medical Education*, 17:176 , 2-11. doi: 10.1186/s12909-017-1018-9

Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10 (4), 7-38.

Wright, H. (1989). Groupwork: Perspectives and Practice. *Sutton Press*.

ANEXO I – Consentimento informado para participação no estudo

Consentimento informado, livre e esclarecido, para participação em investigação de acordo com a declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, solicite mais informações. Se concordar com a proposta apresentada, assine, por favor, este documento.

O estudo que se apresenta integra-se no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado numa parceria da

Neste projeto estão envolvidas a estudante Maria Cristina Bompastor Augusto, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e a estudante Susana Escudeiro Melo, a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Sra. Prof. Doutora Sandra Cruz e do Sr. Prof. Doutor Luís Carvalho.

Com este estudo pretende-se implementar um modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado, e avaliar essa implementação através do uso de indicadores: avaliação da dor, avaliação do risco de queda, avaliação da satisfação profissional e avaliação da competência emocional em enfermeiros. O estudo mereceu parecer favorável da comissão de ética da Instituição Hospitalar.

A sua participação neste estudo é voluntária e não lhe trará qualquer encargo financeiro. Toda a informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial.

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

Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional. A investigadora principal: Cristina Augusto (augusto.cristina@gmail.com – tlm:912629528)

¹ http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <https://data.dre.pt/eli/resolassrep/1/2001/01/03/p/dre/pt/html>

ANEXO II – Instrumento de recolha de dados: “Avaliação do risco de queda”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

Este questionário integra-se num estudo integrado no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Enfermeira Cristina Augusto, e numa parceria da [REDACTED]. Os dados obtidos serão, posteriormente, analisados e trabalhados no contexto deste trabalho.

Com este questionário pretendemos perceber de que forma o “risco de queda” é avaliado pelos enfermeiros, nos contextos de prática clínica.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que agradecemos o tempo dispensado e a sua colaboração.

Antes de responder ao questionário, leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões;
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível;
- O questionário é anónimo e confidencial
- Nas questões de seleção utilize o símbolo “X” para o preenchimento da forma.

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE

1. Data de Admissão ____/____/____

2. Questionário preenchido a ____/____/____

3. Idade _____

4. Sexo: Masc. ☐ Femin. ☐

5. Diagnóstico: _____

6. Definido prestador de cuidados? Sim ☐ Não ☐

II PARTE – AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA

1. Para o cliente em análise, de acordo com as **atividades diagnósticas** para a avaliação do *risco de queda*, parametrizadas no Sistema SClínico Hospitalar, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados.

Atividade Diagnóstica	Descrição da Atividade Diagnóstica		
Avaliar Risco de Queda	Historial de quedas (neste internamento, urgência ou nos 3 últimos meses)	Não	
		Sim	
	Diagnóstico Secundário	Não	
		Sim	
	Ajuda para caminhar	Nenhuma/ ajuda do enfermeiro/ cadeira de rodas	
		Muletas/ canadianas/ bengala/ andarilho	
		Apoia-se no mobiliário para andar	
	Terapia intravenosa	Não	
		Sim	
	Postura no andar e na transferência	Normal/ Acamado/ Imóvel	
		Debilidade	
		Dependente de ajuda	
	Estado mental	Consciente das suas capacidades	
		Esquece-se das suas limitações	
Atividade Diagnóstica	Descrição da Atividade Diagnóstica	Demonstra	Não Demonstra
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Capacidade Cognitiva		
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde		
	Força de vontade expressa na aprendizagem		
	Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem		
Avaliar conhecimento sobre prevenção de quedas	Complicações		
	Fatores de risco de quedas		
	Prevenção de quedas		
	Atuação em caso de quedas		
Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	Complicações		
	Fatores de risco de quedas		
	Prevenção de quedas		
	Atuação em caso de quedas		

2. Para o cliente em análise, e considerando as actividades diagnósticas elencadas anteriormente, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s).

1. Queda	
2. Sem risco de queda	
3. Baixo risco de queda	
4. Alto risco de queda	
5. Médio risco de queda	
6. Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	
7. Conhecimento sobre prevenção de queda	
8. Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de queda	
9. Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	
10. Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de queda	

3. Para o cliente em análise, de acordo com as intervenções de enfermagem parametrizadas no sistema SClínico Hospitalar, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1. Baixar cama.	
2. Elevar grades da cama.	
3. Manter grades da cama	
4. Gerir ambiente:	
4.1. Adequar luz ambiente à hora do dia/noite	
4.2. Minimizar níveis de ruído ambiente;	
4.3. Adequar temperatura ambiente	
4.4. Adequar horário dos cuidados minimizando interrupções de sono do doente.	
4.5. Disponibilizar dispositivo sonoro de alarme	
4.6. Manter cama/ cadeira de rodas/ cadeirão travados	
4.7. Manter espaço envolvente livre e desimpedido	
5. Gerir medidas de segurança	
6. Otimizar ambiente físico.	
7. Assistir no andar.	
8. Restringir a atividade física.	
9. Avaliar risco de queda	
10. Referir queda.	
11. Avaliar queda	
12. Ensinar sobre prevenção de quedas.	
12.1. Informar sobre a importância da prevenção de quedas	
12.2. Informar sobre factores de risco: uso de medicação	
12.3. Informar sobre factores de risco: iluminação	
12.4. Informar sobre factores de risco: piso molhado/ encerado	
12.5. Informar sobre factores de risco: presença de mobília	
12.6. Informar sobre factores de risco: presença de escadas	
12.7. Informar sobre factores de risco: uso de tapetes	
12.8. Informar sobre factores de risco: calçado	
12.9. Informar sobre factores de risco no WC	
12.10. Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campainha, grades, calçado	
12.11. Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	
13. Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas.	
12.1. Informar sobre a importância da prevenção de quedas	
12.2. Informar sobre factores de risco: uso de medicação	
12.3. Informar sobre factores de risco: iluminação	
12.4. Informar sobre factores de risco: piso molhado/ encerado	
12.5. Informar sobre factores de risco: presença de mobília	
12.6. Informar sobre factores de risco: presença de escadas	
12.7. Informar sobre factores de risco: uso de tapetes	
12.8. Informar sobre factores de risco: calçado	
12.9. Informar sobre factores de risco no WC	
12.10. Informar sobre dispositivos de prevenção de quedas: meias antiderrapantes, campainha, grades, calçado	
12.11. Explicar à pessoa como cair, minimizando o risco de lesão	
14. Assistir a identificar condições de risco para a queda	

ANEXO III – Instrumento de recolha de dados: “Avaliação da dor”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA DOR

Este questionário integra-se num estudo integrado no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Enfermeira Cristina Augusto, e numa parceria da [REDACTED]

Os dados obtidos serão, posteriormente, analisados e trabalhados no contexto deste trabalho.

Com este questionário pretendemos perceber de que forma o fenómeno “DOR” é avaliado pelos enfermeiros, nos contextos de prática clínica.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que agradecemos o tempo dispensado e a sua colaboração.

Antes de responder ao questionário, leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das questões;
- Preencha todo o questionário e seja o mais sincero(a) possível;
- O questionário é anónimo e confidencial
- Nas questões de seleção utilize o símbolo “X” para o preenchimento da forma.

I PARTE: FENÓMENO “DOR” - CARACTERIZAÇÃO DO UTENTE

1. Diagnóstico Médico.....

2. Idade

3. Feminino ☐ 4. Masculino ☐

5. Estado de consciência.....

6. Submetido a cirurgia? Sim Não ☐

7. Se respondeu sim à questão 6, indique:

Tipo de cirurgia.....

Data de cirurgia.....

8. O utente tem um prestador de cuidados identificado? Sim ☐ Não ☐

II PARTE: AVALIAÇÃO DO FENÓMENO “DOR”

1. Para o cliente em análise, de acordo com as **atividades diagnósticas** para a avaliação da dor, parametrizadas no Sistema SClínico Hospitalar, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados.

ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	
Monitorizar dor	Utilizando a escala “FPS-R – Faces Pain Scale – Revised”	
	Utilizando a escala “Escala de faces de Wong-Baker”	
	Utilizando a escala “EVA – Escala Visual Analógica”	
	Utilizando a escala “EN – Escala Numérica”	
	Utilizando a escala “FLACC-R – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised”	
	Utilizando a escala “Escala Qualitativa”	
	Utilizando a esacala “Escala Doloplus”	
Monitorizar sedação	Ansioso e Agitado	
	Cooperante, orientado e tranquilo	
	Obedece a ordens mas sonolento	
	Adormecido, resposta viva a estímulos dolorosos leves	
	Adormecido, não responde a ordens, resposta lenta a estímulos”	
	Adormecido, sem resposta a ordens e estímulos	
Vigiar dor	Com dor em aperto	
	Com dor em barra	
	Com dor em moedeira	
	Com dor em pontada	
	Com dor lancinante	
	Com dor tipo cólica	
	Agrava com o posicionamento	
	Agrava com a deambulação	
	Não agrava com o posicionamento	
	Não agrava com a deambulação	
	Sem dor	
ATIVIDADES DIAGNÓSTICAS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE DIAGNÓSTICA	Demonstra
Avaliar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Dor	
	Complicações	
	Avaliação da dor	
	Prevenção da dor	
	Gestão do Regime Terapêutico	
	Estratégias não farmacológicas	
Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento	Capacidade Cognitiva	
	Consciencialização das mudanças do seu estado de saúde	
	Força de vontade expressa na aprendizagem	
	Envolvimento no processo de ensino/ aprendizagem	
	Dor	

2. Para o cliente em análise, e considerando as atividades diagnósticas elencadas anteriormente, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) dos **diagnósticos de enfermagem** que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados, propostos no Sistema SClínico Hospitalar.

Dor, em grau reduzido	
Dor, em grau moderado	
Dor, em grau elevado	
Dor, em grau muito elevado	
Sem dor	
Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	
Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	
Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	
Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	
Conhecimento do prestador de cuidados sobre estratégias de alívio da dor	

3. Para o cliente em análise, de acordo com as **intervenções de enfermagem** parametrizadas no Sistema SClínico Hospitalar, assinale com o símbolo “X”, a (s) opção (ões) que lhe parece (m) mais conveniente (s) para o seu plano de cuidados.

Monitorizar a dor	
Vigiar a dor	
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	
Administrar sacarose oral	
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	
Executar terapia através de neuro estimulador de superfície	
Gerir analgésicos	
Aliviar a dor através de embalagem fria	
Aplicar envolvimento frio	
Aplicar envolvimento quente	
Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas	
Ensinar sobre medicamentos	
Ensinar sobre regime medicamentoso	
Ensinar o prestador de cuidados a aliviar a dor com estratégias não farmacológicas	
Ensinar sobre estratégias não farmacológicas	

Muito obrigado pela colaboração!

**ANEXO IV – Instrumento de recolha de dados: C-S2AFECARE-Q –
Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados**

Questionário

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

Este questionário integra-se no projeto de investigação C-S2AFECARE-Q – Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, que está a ser realizado numa parceria da [redacted]. Neste projeto estão envolvidas a estudante Maria Cristina Bompastor Augusto, enfermeira na [redacted] a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e a estudante Susana Escudeiro Melo, a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica na Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação da Sra. Prof.ª Doutora Sandra Cruz e do Sr. Prof. Doutor Luís Carvalho.

Este questionário é composto por três partes: na primeira, pretendemos efetuar uma caracterização sociodemográfica da população em estudo; na segunda, pretendemos avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros, através da Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM; na terceira, pretendemos conhecer as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, através da "Escala Veiga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional" adaptada e validada para estes profissionais. Os dados obtidos serão, posteriormente, analisados e trabalhados num Modelo de Supervisão Clínica que se pretende implementar.

Para a validade e utilidade das respostas é importante que responda a todas as questões.

De forma a assegurar o anonimato das respostas em nenhum local do questionário deverá colocar o seu nome. Garantimos que todos os dados recolhidos serão tratados respeitando a confidencialidade.

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

Estaremos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Cristina Augusto (augusto.cristina@gmail.com – tlm:912629528)

Susana Melo (susanaescudeiromelo@gmail.com)

I - CARACTERIZAÇÃOGênero ☐ Feminino ☐ MasculinoIdade (anos completos)Tempo de exercício profissional (anos completos)**II - TÍTULO PROFISSIONAL**Enfermeiro ☐Enfermeiro Especialista ☐Enfermeiro Chefe ☐Outro ☐ Especifique, por favor _____**III – HABILITAÇÕES ACADÊMICAS**Bacharelato ☐Licenciatura ☐Pós-graduação ☐Especialidade ☐ Especifique, por favor Mestrado ☐ Especifique, por favor Doutoramento ☐ Especifique, por favor **IV – SITUAÇÃO JURÍDICA DE EMPREGO**Contrato de Trabalho em Funções Públicas ☐Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado ☐Contrato Individual de Trabalho a Termo Resolutivo Certo ☐Outro ☐ Especifique, por favor _____**V – LOCAL ONDE EXERCE FUNÇÕES**Cirurgia B ☐Cirurgia C ☐Cirurgia I ☐Tempo de exercício de funções, no serviço que referiu **VI – FORMAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA**NÃO ☐SIM ☐ Especifique, por favor _____**VII – EXPERIÊNCIA ANTERIOR ENQUANTO SUPERVISOR**NÃO ☐SIM ☐ Especifique, por favor _____**VIII – EXPERIÊNCIA ANTERIOR ENQUANTO SUPERVISADO**NÃO ☐SIM ☐ Especifique, por favor _____

PARTE II – AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

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

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

1	2	3	4	5
Mau	Regular	Bom	Muito Bom	Excelente

I – SUPERIOR HIERÁRQUICO					
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU SUPERIOR HIERÁRQUICO, EM RELAÇÃO A :	1	2	3	4	5
Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado.	☐	☐	☐	☐	☐
Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil.	☐	☐	☐	☐	☐
II – RELAÇÕES PROFISSIONAIS					
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU LOCAL DE TRABALHO, EM RELAÇÃO A :	1	2	3	4	5
Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
Facilidade de cooperação e entajada das várias equipas.	☐	☐	☐	☐	☐
Facilidade de comunicação entre profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como é realizado o planeamento de atividades, nomeadamente a informação disponibilizada pela direção acerca dos projetos e objetivos realizados pelo serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
III – A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO					
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU LOCAL DE TRABALHO, EM RELAÇÃO A:	1	2	3	4	5
Forma como é agilizado o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como está organizado o trabalho em equipa de todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde aos utentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções.	☐	☐	☐	☐	☐
Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Nível de limpeza e de iluminação, conforto e temperatura das salas de espera, salas de trabalho, enfermarias, sanitários, corredores e gabinetes.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento, e dos cuidados a realizar.	☐	☐	☐	☐	☐

IV – INVESTIMENTO NA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE					
QUE AVALIAÇÃO FAZ DO SEU LOCAL DE TRABALHO, EM RELAÇÃO A :	1	2	3	4	5
Esforço do seu serviço na melhoria contínua da relação entre profissionais e utentes.	☐	☐	☐	☐	☐
Contribuição do Sistema de Gestão da Qualidade da instituição na melhoria da Qualidade da unidade de saúde ou serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como foi capacitado para melhorar a qualidade no seu serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
Esforço desenvolvido pelo seu serviço no sentido de evitar os desperdícios e repetição de tarefas.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou serviço.	☐	☐	☐	☐	☐
Forma como compreende a missão e os objetivos do seu serviço no sentido de uma melhoria contínua.	☐	☐	☐	☐	☐
V – SATISFAÇÃO GLOBAL :			SIM	NÃO	
Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?			☐	☐	
Recomendaria os serviços desta Unidade de Saúde/ Hospital a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?			☐	☐	
Utilizaria os serviços desta Unidade de Saúde/ Hospital caso necessitasse de cuidados?			☐	☐	
Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo esta Unidade de Saúde/ Hospital para trabalhar?			☐	☐	

PARTE III – ESCALA VEIGA BRANCO DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

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

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

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

I – PERANTE UMA SITUAÇÃO / RELAÇÃO NEGATIVA NA MINHA VIDA, SINTO QUE AO FICAR ENVOLVIDO (A) POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7
Logo no momento tomo consciência do meu estado de espírito; à medida que esses sentimentos me invadem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Caio num estado de espírito negativo, e rumino, rumino, pensando no(s) pormenor(es) que me fizeram sentir mal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que me deixo absorver por essas emoções, sinto-me incapaz de lhes escapar, e acabam por condicionar o meu comportamento.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que tenho a noção exata do tipo de sentimentos que me invadem, por ex.: se é raiva, medo, ódio, desprezo... consigo defini-los.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Independentemente dos sentimentos que me invadam, sinto que sou, relativamente ao meu comportamento, seguro dos meus próprios limites.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto que uma vez invadido por sentimentos negativos, não consigo controlá-los.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tenho consciência clara do que sinto, mas faço tudo ao meu alcance para afastar e mudar os meus sentimentos negativos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consigo identificar o que o meu corpo está a sentir, e consigo verbalizá-lo, por ex.: suor, rubor, dificuldade em respirar, etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II – EM SITUAÇÕES/ RELAÇÕES NEGATIVAS, RECONHEÇO QUE AO SER ENVOLVIDO POR SENTIMENTOS DESAGRADÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7
Altera-se a minha capacidade de atenção.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diminui o meu nível de raciocínio.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Altera-se o meu comportamento ao nível relacional / fico em mutismo; eufórico (a), etc.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fico mentalmente retido (a) nesses sentimentos durante muito tempo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III – RECONHEÇO QUE TENHO TENDÊNCIA A ATUAR, COMO UMA PESSOA:	1	2	3	4	5	6	7
Instável, com várias mudanças de humor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Observadora, consciente do que se passa à minha volta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Racional, no que respeita aos meus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Positiva, encaro a vida pela positiva	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ruminativa, sempre a "matutar"	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Flexível, adapto-me facilmente a novas ideias	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Azarada, não tenho sorte na vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autónoma, independente dos medos e outras opiniões	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IV – IMAGINE UMA SITUAÇÃO DA SUA VIDA (PESSOAL OU PROFISSIONAL) EM QUE FOI INVADIDO POR UMA ONDA DE FÚRIA OU RAIVA. AO TENTAR FICAR MAIS SERENO (A), TOMA NORMALMENTE UMA ATITUDE:	1	2	3	4	5	6	7
Procurei “arrefecer”, num ambiente onde não havia nenhuma provocação à minha fúria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travei o ciclo de pensamentos hostis, procurando uma distração.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fiquei sozinho “a arrefecer” simplesmente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fiz exercício físico ativo (aeróbio).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Raciocinei, tentei perceber e identificar o que me conduziu à ira.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Olhei para a situação/ facto, por outro prisma. Reavaliei a causa da ira.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V – QUANDO, NO QUOTIDIANO, SOU INVADIDO (A) POR EMOÇÕES E SENTIMENTOS NEGATIVOS (FÚRIA, CÓLERA) NORMALMENTE:	1	2	3	4	5	6	7
Tenho tendência a usar objectos, pessoas ou situações como alvo da minha fúria, apesar de depois, me sentir pouco bem comigo mesmo (a).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vivo em estado de preocupação crónica com o facto que originou a minha fúria e penso nas palavras/ pessoas/ atitudes que o causaram.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fico alerta, tento logo identificar essa emoção negativa, até a escrevo num papel, examino-a, reavalio a situação, antes de me deixar invadir pela fúria.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Consigo “ver” esses sentimentos, sem me julgar, e tento partir para um raciocínio positivo.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VI – QUANDO O MEU ESTADO DE ESPÍRITO É NEGATIVO E FOI ORIGINADO PELA ANSIEDADE, SINTO:	1	2	3	4	5	6	7
Pensamentos intrusivos, persistentes, que me perseguem dia e noite.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Preocupação, mas faço de tudo para desviar a atenção para outro assunto qualquer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Perceção de perigos na minha vida, e o facto de pensar neles, é uma maneira de aprender a lidar com eles.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Anústia, mas tento “apanhar” os episódios de preocupação, tão perto do início quanto possível.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Que o meu corpo está a reagir, e dificilmente consigo sair da linha de pensamento que me preocupa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VII – QUANDO ME SINTO EM DEPRESSÃO, VERIFICO QUE:	1	2	3	4	5	6	7
Inconscientemente, acabo por usar para me distrair pensamentos/ situações ainda mais deprimentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sinto alívio se praticar desporto intenso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acabo por isolar-me, não tenho paciência para nada.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

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