

DOUTORAMENTO

CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional

Ana Isabel Teixeira

D

2021

Ana Isabel Carvalho Teixeira. Supervisão Clínica em Enfermagem -
Contributo para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional



D.ICBAS 2021

Supervisão Clínica em Enfermagem - Contributo para a Prática Baseada
na Evidência e Competência Emocional

Ana Isabel Carvalho Teixeira



Ana Isabel Carvalho Teixeira

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM – CONTRIBUTO PARA A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIA EMOCIONAL

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

Aos meus filhos, Vasco e Mariana.

À Instituição Hospitalar e Escola Superior de
Enfermagem do Porto pela oportunidade de
crescimento e desenvolvimento.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la com arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor, pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

Florence Nightingale (1820-1910)

AGRADECIMENTOS

Na conclusão deste percurso tão relevante na minha vida pessoal e profissional importa deixar umas palavras de agradecimento a quem esteve sempre lá e deu o seu apoio para que este trabalho fosse possível.

Ao Prof. Doutor António Luís Carvalho, orientador desta tese, pelo apoio constante, e por me ajudar a manter o foco, motivação, perseverança e pragmatismo. Obrigada pelo conhecimento transmitido!

À Prof. Doutora Cristina Barroso, coorientadora desta tese, grata por ter abraçado esta jornada já iniciada. Obrigada pelos momentos de discussão, partilha, apoio constante e por me fazer ir mais além!

À Enf. Filomena Cardoso, Enf. Paula Costa, Enf. Alexandrina Coelho, pela forma como acolheram este trabalho no terreno. Sem o vosso apoio não teria sido possível!

A todos os enfermeiros que participaram neste trabalho. Obrigada pela partilha, empenho e esforço. Sem vocês não seria possível e este trabalho é também vosso!

À Gustava e à Cecília, colegas e amigas, que ganhei nesta caminhada. Obrigada pelos momentos de partilha e discussão da nossa Enfermagem!

Aos meus filhos, Vasco e Mariana, que fizeram de mim Mãe ao longo deste percurso. Este trabalho é dedicado com amor para vocês. Obrigada por existirem na minha vida e terem tornado este percurso ainda mais enriquecedor e desafiante!

Ao meu marido, amor, companheiro de aventuras, porto seguro, Armando, obrigada pelo teu apoio constante, incentivo e por teres acreditado sempre em mim, mesmo quando duvidei!

Aos meus pais, Armindo e Joana, meus apoiantes incondicionais, obrigada por estarem sempre comigo e pelo apoio constante!

Aos Avós, sem vocês não seria possível. Eternamente grata por serem os Avós presentes e pelo afeto com que cuidam. O Vasco e a Mariana adoram-vos!

Aos meus amigos, em especial, à Li e Ju, pelo apoio e conforto nesta reta final!

Às colegas e amigas, companheiras deste percurso, Cristina Augusto, Leonor Teixeira e Inês Rocha, pelo companheirismo, partilha e crescimento. Conseguimos!

A todos, para além dos mencionados, sou eternamente grata!

PRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

Publicações como autora

Teixeira, A., Augusto, C., Barroso, C., & Carvalho, A.L. (2021). Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Aceite para publicação)

Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Clinical supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, LX (1), 481-488.
<https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61>

Publicações como coautora

Augusto, M. C., Oliveira, K. S., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., Teixeira, A., & Teixeira, L. (2021). Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Rev Rene*, 22, e60279. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>

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., Silva, M., Augusto, C., Barandas, V., Teixeira, A., Barroso, C., & Carvalho, A. (2020). A Prática Baseada na Evidência como Indicador da Supervisão Clínica em Enfermagem no Contexto da Cirurgia Ambulatório. *Revista ROL Enfermagem - Suplemento Digital*, 43(1), pp. 237-243.

Capítulos de Livros

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

Teixeira, A., Barandas, V., Carvalho, A.L., & Barroso, C. (2019). Implementação do Modelo Safecare. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 36-43). Uniarte Gráfica, S.A.

Publicações em Livros de Atas Científicas e Resumos

Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2018). Nurses' Perceptions of Barriers to Implement EBP in a central hospital in the north of Portugal. *Proceedings of the 4th IPLeiria's International Health Congress*. BMC Health Services Research, 18(Suppl 2): O146. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>

Teixeira A., Carvalho L., Cruz S. & Barbieri-Figueiredo M.C. (2017). Evidence-based practice, safety and care quality in nursing: A clinical supervision contribution. *Abstracts of the Global Evidence Summit, Cape Town, South Africa*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 9 (Suppl 2): 18652. [dx.doi.org/10.1002/14651858.CD201702](https://doi.org/10.1002/14651858.CD201702).

Comunicações Orais

Teixeira, A., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). *A experiência da implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem numa unidade de cuidados*. NursID Week 2019 - Semana de Investigação em Enfermagem, ESEP, Porto.

Teixeira, A., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica num departamento de saúde mental*. NursID Week 2019 - Semana de Investigação em Enfermagem, ESEP, Porto.

Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2018). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Saúde Mental: Novos desafios para uma prática baseada na evidência*. II Seminário Internacional de Investigação em Saúde Mental & VIII Congresso Internacional d' ASPESM: A Saúde Mental ao longo do Ciclo Vital, Bragança.

Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Pinto, C. B. (2018). *Implementação do Projeto no CHUSJ*. III Congresso Internacional de Supervisão Clínica, Porto.

Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2018). *Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence*. 8th International Conference on Intercultural Education & 1st International Conference on Transcultural Health, Almeria, Espanha.

Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2018). *Nurse's Perceptions of Barriers for Implementing EBP in a Central Hospital in the north of Portugal*. 4th International Health Congress, Leiria.

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., Carvalho, A. L., Cruz, S., & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2017). *Evidence-based practice, safety and care quality in nursing: A clinical supervision contribution*. Global Evidence Summit, Cidade do Cabo, África do Sul.

Comunicações em Póster

Teixeira, A., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., & Augusto, C. (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.

Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A., & Barroso, C. (2018). *Competência Emocional em Enfermeiros: estudo num centro hospitalar do norte de Portugal*. NursID Week 2018- Semana de Investigação em Enfermagem, ESEP. Porto.

Teixeira, A., Carvalho, A., & Cruz, S. (2016). *Clinical Supervision, Safety and Care Quality: Monitoring Clinical Indicators*. 16th European Doctoral Conference in Nursing Science (EDCNS), Berna, Suíça.

Prémios e Distinções

1º Prémio Póster. Teixeira, A., Carvalho, A. L., Pinto, C. B., & Augusto, C. (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.

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem é reconhecida como uma ferramenta importante de acompanhamento formal da prática profissional tendo por objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, a melhoria do exercício profissional, a valorização da qualidade e segurança de cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática. Em Portugal, esta realidade é mais frequente no acompanhamento de estudantes nos vários ciclos de estudos. Ainda é escassa a implementação da Supervisão Clínica no contexto de pares, como suporte para o desenvolvimento profissional e formação contínua dos enfermeiros numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados. Existem diversos modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem. O Modelo SafeCare, desenvolvido em 2012, centrado no contexto de cuidados, apresenta como vantagens a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática, uma vez que tem como foco central as necessidades e interesses sentidas pelos enfermeiros. Este Modelo assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão.

Este estudo teve como finalidade contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, através da implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem. A intenção foi implementar o Modelo SafeCare e analisar a melhoria da qualidade dos cuidados num contexto organizacional facilitador do desenvolvimento profissional através da avaliação nos enfermeiros de algumas competências previamente selecionadas e que lhes permitissem ter um exercício profissional de excelência.

Para a implementação da Supervisão Clínica, o Modelo incorpora o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem, definido como o indicador, que por via dos processos associados à Supervisão Clínica em Enfermagem, tem potencial de promover a qualidade e segurança dos cuidados. Este indicador deve ser operacionalizado, de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem. Para este estudo, foram considerados os seguintes indicadores: Competências de Prática Baseada na Evidência e Competências Emocionais nos enfermeiros. O desenvolvimento destas competências profissionais é relevante porque permite dar suporte à prática dos enfermeiros favorecendo nas equipas a flexibilidade e adaptabilidade a contextos de cuidados progressivamente mais exigentes e complexos, através da tomada de decisão

sustentada em evidência e da eficácia da relação terapêutica e bem-estar dos profissionais.

A implementação do Modelo SafeCare, foi composta por quatro etapas: 1) Diagnóstico de Situação; 2) Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica; 3) Implementação do Modelo; 4) Avaliação dos Resultados. Foi realizado um estudo de investigação-ação, realizando um conjunto de estratégias de recolha de dados de cariz quantitativo e qualitativo. Em cada etapa emergiram estudos, de acordo, com os objetivos gerais e específicos delineados.

Na Etapa1 – Diagnóstico de Situação, foram realizados o Estudo 1- *Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence*; o Estudo 2- *Nurses' evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors*; e o Estudo 3- *Perceção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar*. Estes estudos, exploratórios, descritivos e correlacionais, tiveram por objetivo caracterizar as competências de Prática Baseada na Evidência e as Competências Emocionais numa amostra de enfermeiros (n=259) da instituição hospitalar, bem como identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da Prática Baseada na Evidência na instituição (estudo qualitativo exploratório e descritivo). O instrumento de colheita de dados que sustentou os estudos, é composto pela caracterização sociodemográfica e profissional, a Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros (EVB-CIE), o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20) e uma questão aberta relativa às barreiras para a Prática Baseada na Evidência. Em relação às Competências Emocionais, os enfermeiros apresentaram um *score* médio global elevado para o total da escala EVB-CIE, seguido dos *scores* médios das subescalas Automotivação, Autoconsciência, Gestão das Emoções, Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos. Relativamente às Competências de Prática Baseada na Evidência, os enfermeiros destacaram-se com valores mais elevados e favoráveis à Prática Baseada na Evidência, na subescala Atitudes, seguido da subescala Conhecimentos/habilidades e competências, e, por último, a subescala Práticas. Nas barreiras percecionadas os enfermeiros identificaram barreiras no profissional, na organização, na liderança e na evidência.

Na Etapa 2 – Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica, foram identificadas as necessidades para a implementação da Supervisão Clínica dos enfermeiros no contexto onde ocorreu a implementação: Unidade Autónoma de Gestão de Psiquiatria e Saúde Mental, bem como a perceção dos enfermeiros do

contexto sobre a Supervisão Clínica, através de reuniões e realização de um grupo de discussão focal com enfermeiros supervisionados (n=9), de forma a adaptar as estratégias para a implementação do processo de Supervisão Clínica.

Na Etapa 3 – Implementação do Modelo SafeCare, foram constituídas equipas de supervisão clínica, realizadas sessões de supervisão e implementadas estratégias de acordo com as necessidades expressas pelos enfermeiros.

A Etapa 4 – Avaliação dos Resultados, contemplou um estudo comparativo entre a Etapa 1 e Etapa 4, e a realização de entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros participantes: enfermeiros supervisionados (n=4), enfermeiros supervisores clínicos (n=4) e enfermeiros gestores (n=3). Foi realizada a triangulação concomitante destes dados desenvolvendo-se dois estudos mistos: O Estudo 4- *Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica*; e o Estudo 5- *Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica*. Nos dois estudos não existiram diferenças estatisticamente significativas (valor $p > 0,05$) entre o momento antes e após a implementação do Modelo. Contudo, a dimensão pequena da amostra poderá estar relacionada com estes resultados. A complementaridade dos dados das entrevistas enriqueceu a análise dos resultados. Globalmente os enfermeiros entrevistados avaliaram a experiência como positiva e com ganhos para todos os intervenientes, identificando aspetos positivos da influência do modelo SafeCare neles, no seu desenvolvimento profissional e especificamente nas Competências Emocionais e de Prática Baseada na Evidência, mas também identificaram vantagens para o contexto e cliente de cuidados, relacionadas com a qualidade e a segurança dos cuidados.

Palavras-chave: Enfermagem Baseada em Evidências; Prática Clínica Baseada em Evidências; Inteligência Emocional; Competência Profissional; Enfermagem; Supervisão de Enfermagem.

ABSTRACT

Clinical Supervision in Nursing is recognized as an important tool for the formal monitoring of professional practice with the purpose of promoting autonomy in decision-making, improving professional practice, and enhancing the quality and safety of care, through processes of reflection and analysis of practice. In Portugal, this reality is more frequent in the monitoring of students in the various study cycles. The implementation of Clinical Supervision in the context of peers is still scarce, as a support for nurses' professional development and continuous training in a perspective of continuous improvement of the quality and safety of care. There are several models of Clinical Supervision in Nursing. The SafeCare Model, developed in 2012 and focused on the care context, presents as advantages its flexibility and applicability in different practice settings, since has as its central focus the nurses' needs and interests. This Model is based on four structuring axes: context, nursing care, professional development and supervision.

The aim of this study was to contribute to the safety and quality of nursing care through the implementation of a Clinical Supervision Model in Nursing. The intention was to implement the SafeCare Model and analyze the improvement in the quality of care in an organizational context that facilitates professional development through the nurses' assessment of some previously selected competencies that would allow them to have a professional practice of excellence.

For the implementation of Clinical Supervision, the Model incorporates the concept of Sensitive to Nursing Clinical Supervision Indicator, defined as the indicator that, through the processes associated with Nursing Clinical Supervision, has the potential to promote the quality and safety of care. This indicator should be operationalized so as to follow up, monitor and assess the implementation of Nursing Clinical Supervision. For this study, the following indicators were considered: Evidence-Based Practice Skills and Emotional Skills in nurses. The development of these professional skills is relevant because it allows supporting the nurses' practice and encouraging the teams' flexibility and adaptability to progressively more demanding and complex care contexts, through evidence-based decision making and the effectiveness of the therapeutic relationship and the professionals' well-being.

The implementation of the SafeCare Model was composed of four stages: 1) Situation Diagnosis; 2) Identification of Needs in Clinical Supervision; 3) Implementation of the Model; 4) Assessment of Results. An action-research study was

conducted using a set of quantitative and qualitative data collection strategies. In each stage, studies emerged according to the general and specific objectives outlined.

In Stage 1 - Situation Diagnosis, Study 1- *Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence*; Study 2- *Nurses' evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors* and Study 3- *Percepção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar* were conducted. These exploratory, descriptive and correlational studies aimed to characterize the competencies of Evidence-Based Practice and Emotional Competencies in a sample of nurses (n=259) of a hospital institution, as well as to identify the nurses' perceived barriers to the implementation of Evidence-Based Practice in the institution (qualitative exploratory and descriptive study). The data collection instrument that supported the studies consisted of sociodemographic and professional characterization, the Emotional Intelligence Capacity Scale in Nurses (EVB-CIE), the Questionnaire of Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice (QECPE-20) and an open question regarding the barriers to Evidence-Based Practice. With regard to Emotional Competencies, nurses had a high overall mean score for the total EVB-CIE scale, followed by the mean scores of the subscales Self-motivation, Self-awareness, Emotion Management, Empathy and Group Relationship Management. With regard to the Evidence-Based Practice Competencies, nurses showed the highest scores in favor of Evidence-Based Practice in the Attitudes subscale, followed by the Knowledge/skills and competencies subscale, and, finally, the Practices subscale. In the perceived barriers, the nurses identified barriers in the professional, the organization, the leadership and the evidence.

In Stage 2 - Identification of Needs in Clinical Supervision, were identified the needs for the implementation of Clinical Supervision of nurses in the context where the implementation occurred: Autonomous Management Unit of Psychiatry and Mental Health, as well as the perception of the nurses of the context about Clinical Supervision were identified, through meetings and holding a focus group with supervised nurses (n=9), in order to adapt the strategies for the implementation of the Clinical Supervision process.

In Stage 3 - Implementation of the SafeCare Model, clinical supervision teams were formed, supervision sessions were held and strategies were implemented according to the needs expressed by nurses.

Stage 4 - Assessment of Results, included a comparative study between Stages 1 and 4, and semi-structured interviews with the participating nurses: supervised

nurses (n=4), clinical nurse supervisors (n=4) and nurse managers (n=3). The concomitant triangulation of these data was performed by developing two mixed studies: Study 4 - *Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica*; and Study 5- *Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica*. In both studies, there were no statistically significant differences (p value > 0.05) between the moment before and after the implementation of the Model. However, the small sample size may be related to these results. The complementarity of the interview data enriched the analysis of the results. Overall, the interviewed nurses assessed the experience as positive and with gains for all participants, identifying positive aspects of the influence of the SafeCare Model on them, in their professional development and specifically in the Emotional and Evidence-Based Practice Skills, but they also identified advantages for the care setting and client, related to the quality and safety of care.

Keywords: Evidence-Based Nursing; Evidence-Based Practice; Emotional Intelligence; Professional Competence; Nursing; Nursing, Supervisory.

LISTA DE ABREVIATURAS

ARCC® - *Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration*

CE – Competência Emocional

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

CNQ – Conselho Nacional da Qualidade

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

EVb-CIE – Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

DP – Desvio-padrão

IA – Investigação-ação

IE – Inteligência Emocional

IS-SCE – Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

MSCEC – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

QECpBE-20 – Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*

UAG – Unidade Autónoma de Gestão

UE – Unidade de Enumeração

UR – Unidade de Registo

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

Figura 1 - Eixos do Modelo SafeCare.....	50
Figura 2 - Ciclo de investigação e resolução de problemas na IA.....	56
Figura 3 - Desenho do estudo.....	57

CAPÍTULO III – CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Figura 4 - Intervenientes na implementação do Modelo SafeCare.....	74
Figura 5 - Quadro concetual de SC.....	141
Figura 6 - Fatores promotores da implementação da PBE num contexto organizacional.....	144

Estudo 4

Figura 1 - Apresentação do desenho do estudo.....	152
---	-----

Estudo 5

Figura 1 - Desenho das Etapas da Pesquisa. Porto, Portugal, 2017.....	167
---	-----

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO III – CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudo 1

Table 01. Skills of Emotional Competence (Goleman 2010) – adapted.....	78
Table 02. Socio demographic data.....	82
Table 03. Descriptive analysis.....	82
Table 04. Adjusted Models for Empathy and Managing Relationships in Groups.....	83

Estudo 2

Table 1. Sociodemographic data.....	92
Table 2. Descriptive analysis of QCEPBE-20.....	93
Table 3. Fit models for Attitude and Knowledge/Skills and Competencies dimensions.....	94

Estudo 3

Tabela 1 – Matriz de Categorização da análise das barreiras identificadas no contexto para a implementação da PBE.....	105
Tabela 2 – Barreiras descritas na literatura para a implementação da PBE.....	106
Tabela 3 - Descrição da amostra da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental.....	109
Tabela 4 - Análise descritiva (Média e Desvio Padrão) do QCEPBE-20, comparação da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com restantes serviços.....	110
Tabela 5 - Análise descritiva (valores mínimos, valores máximos, Média e Desvio Padrão) da EVB-CIE, comparação da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com restantes serviços.....	112
Tabela 6 - Características e perfil do enfermeiro supervisor clínico.....	114
Tabela 7 - Áreas/tópicos a abordar nas sessões de SC.....	115
Tabela 8 - Categoria Fatores Facilitadores para a implementação da SC e do Modelo.....	118

Tabela 9 - Categoria Fatores Dificultadores para a implementação da SC e do Modelo.....	119
Tabela 10 - Categoria Vantagens para a implementação da SC e do Modelo.....	119
Tabela 11 - Categoria Contributos da SC e do Modelo.....	120
Tabela 12 - Categoria Estratégias de Supervisão para a implementação da SC e do Modelo.....	121
Tabela 13 - Frequência e duração das sessões de SC (Adaptado de Pollock et al., 2017).....	136
Tabela 14 - Cronograma de realização das sessões de SC por grupo.....	137
Tabela 15 - Temas abordados por grupo de SC.....	138
Tabela 16 - Formação IS-SCE no Departamento de Formação da Instituição.....	139
Tabela 17 - Formação Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem no Departamento de Formação da Instituição.....	140

Estudo 4

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram na fase quantitativa (N=13) e dos enfermeiros que participaram na qualitativa (N=11).....	156
Tabela 2 - Valores de mediana e amplitude interquartis para as 2 fases de avaliação das CE.....	156
Tabela 3 - Descrição das categorias temáticas sobre a influência da implementação do Modelo SafeCare no contexto e no desenvolvimento das CE	157

Estudo 5

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram na fase quantitativa (N=13) e dos enfermeiros que participaram na qualitativa (N=11), Porto, Portugal, 2017-2019.....	169
Tabela 2 - Valores de mediana e amplitude interquartis relativamente às competências de PBE nos enfermeiros nas Etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare, Porto, Portugal, 2017-2019.....	170

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	47
1. Ponto de Partida e Formulação do Problema.....	48
2. Finalidade e Objetivos.....	52
3. Desenho da Investigação.....	54
4. População e Amostra	57
5. Recolha de Dados	59
5.1. Etapa 1 - Diagnóstico de Situação	59
5.2. Etapa 2 - Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica	61
5.3. Etapa 3 - Implementação do Modelo SafeCare	62
5.4. Etapa 4 - Avaliação dos Resultados	63
6. Procedimentos Formais e Éticos	64
7. Análise dos Dados	66
CAPÍTULO III - CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
1. Diagnóstico de Situação	72
1.1. Estudo 1 - “Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence”	76
1.2. Estudo 2 - “Nurses’ evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors”	87
1.3. Estudo 3 - “Perceção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar”	101
1.4. Caracterização dos IS-SCE no Contexto de Implementação.....	108
2. Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica.....	112
3. Implementação do Modelo SafeCare.....	121
3.1. Capítulo de Livro- Implementação do Modelo SafeCare.....	123
3.2. Implementação no Contexto	136
4. Avaliação dos Resultados	145
4.1. Estudo 4 - “Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica”	146
4.2. Estudo 5 - “Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica”	162
CAPÍTULO IV - SÍNTESE FINAL E CONCLUSÃO.....	179
REFERÊNCIAS.....	193
ANEXOS.....	211

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO	212
ANEXO II - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	214
ANEXO III - PUBLICAÇÃO DO ESTUDO 1	224
ANEXO IV- PUBLICAÇÃO DO RESUMO DO ESTUDO 3	233
ANEXO V - MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO ANÁLISE QUESTÃO ABERTA- ETAPA 1	235
ANEXO VI - CONTRATO DE SUPERVISÃO	241
ANEXO VII - CONSENTIMENTO INFORMADO E GUIÃO DO GRUPO DE DISCUSSÃO FOCAL.....	244
ANEXO VIII – CAPÍTULO DE LIVRO – IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE.....	248
ANEXO IX - FOLHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE SUPERVISÃO CLÍNICA	257
ANEXO X - GUIÃO DE ENTREVISTAS - ETAPA 4	259
ANEXO XI - MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO ENTREVISTAS- ETAPA 4	265

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Os contextos de prestação de cuidados de saúde têm vindo a aumentar o grau de complexidade e de exigência de modo a dar resposta à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, requerendo aos profissionais de saúde a sustentação da sua prática baseada em evidência, flexibilidade e adaptabilidade a novas situações, bem como, inovação, capacidade de mudança e modificação de comportamentos. Importa pois, dar resposta às necessidades da crescente complexidade de cuidados adotando uma perspetiva de cuidar mais centrada no cliente/família/comunidade, nomeadamente, tomando como foco os projetos de saúde de cada pessoa ao longo do ciclo vital, por forma a “ *prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente*” (Ordem dos Enfermeiros [OE] , 2001, p.13).

Esta necessidade de evolução e melhoria contínua, exige do profissional uma atualização constante na busca de novos conhecimentos, saberes e competências, como forma de promover o seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional. Esse desenvolvimento é crucial para a sua tomada de decisão, cerne do exercício profissional autónomo, devendo o enfermeiro incorporar os resultados da investigação na sua prática, garantindo a excelência do exercício profissional. Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015), é dever do enfermeiro manter a atualização contínua do conhecimento, bem como uma formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. O desenvolvimento passou a constituir uma necessidade do exercício profissional inserido nos respetivos contextos organizacionais. Este conceito engloba processos de autorreflexão, de interação com o meio envolvente e de colaboração, com vista a percursos formativos pertinentes e à permanente renovação pessoal e profissional (Pinheiro, 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010, na construção do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), reconhece a importância da “criação” de “pontes” de colaboração entre os enfermeiros, de modo a estimular a desconstrução e/ou reconstrução das práticas e o desenvolvimento profissional contínuo. Silva & Sá-Chaves (2008), falam num paradigma que corresponde “ao paradigma crítico-

reflexivo”, o qual deverá promover nos formandos o desenvolvimento *“da sua capacidade para compreender, global e sistematicamente, os problemas que a especificidade dos contextos e das respetivas circunstâncias lhes colocam”* (p. 722). Este paradigma, salienta dois princípios que remetem para a formação ao longo da vida, reconhecendo o profissional como estando em constante mutação e desenvolvimento, e com abertura perante a permanente reconstrução de saberes e competências. Estes princípios são: o inacabamento e a continuidade. Para que a aprendizagem seja significativa, o profissional deve participar nela ativamente (Sá-Chaves, 2000). Esta autora reconhece também, que existe um efeito benéfico e positivo do Outro no processo formativo, referindo que a reflexão conjunta permite aumentar os horizontes individuais, produzindo um efeito multiplicador. A reflexão colaborativa das práticas é considerada importante para a reconstrução pessoal e coletiva dos saberes profissionais.

Para, Sá-Chaves (2000), um profissional competente é aquele que ao possuir *“(...) um repertório de conhecimentos e de capacidades vasto e diversificado, toma, executa e avalia as decisões que seleciona, em circunstâncias quase sempre imprevisíveis, de modo a que estas se constituam como soluções adequadas (...) e abertas a constantes reajustamentos (...)”* (p. 98). A formação contínua por si só, não é suficiente para que o profissional se torne competente.

A construção de um profissional competente, envolve uma complexa e dinâmica conjugação entre a educação inicial e contínua, a experiência social e profissional. Segundo Le Boterf, um profissional competente é *“(...) aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa (...)”, para a qual há que saber combinar, integrar e transferir um conjunto de saberes, nomeadamente: “saber agir e reagir com pertinência”; “saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto”; “saber transpor”; “saber aprender e aprender a aprender”; “saber envolver-se”* (Le Boterf, 2003, p. 92). O desenvolvimento profissional engloba, assim, um conjunto de mudanças que ocorrem ao longo da carreira, como resultado dos múltiplos estímulos do meio (Pinheiro, 2012). Existem diversos modelos explicativos para o desenvolvimento profissional:

- **Modelo Reflexivo:** onde o desenvolvimento se processa mediante a ação, a experimentação e a reflexão sobre a experiência vivenciada, perspetivando o agir futuro, numa reconstrução contínua e sustentada das práticas, orientada segundo as conceções de Schön (1987) (Pinheiro, 2012; Schön, 2000).

- **Modelo Ecológico:** Salientada a ideia de que a interação do sujeito com o meio ambiente leva ao desempenho de novas atividades e papéis e à estruturação de novas relações interpessoais, tendo por base as concepções de Bronfenbrenner (1978) (Bronfenbrenner, 2002). Neste modelo, o desenvolvimento humano é abordado de um modo ecológico e a qualidade das interações que se estabelecem com o meio vão influenciar o desenvolvimento do indivíduo (Pinheiro, 2012). Mais tarde o modelo evolui para o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, onde o desenvolvimento se perspectiva na inter-relação entre quatro dimensões (a pessoa, o contexto, o processo e o tempo). Assim, o desenvolvimento humano é perspectivado de modo sistêmico e inacabado, onde a interação dinâmica entre as características da pessoa e as potencialidades do ambiente vão influenciar o desenvolvimento contínuo (Bronfenbrenner & Morris, 1998; Narvaz & Koller, 2005).
- **Modelo de Aprendizagem:** Este modelo, tendo por base a concepção de Huberman (1995), preconiza que a aprendizagem se processa em quatro ciclos, progressivamente mais abertos, nomeadamente, o ciclo individual fechado, o ciclo individual aberto, o ciclo coletivo fechado, e o ciclo coletivo aberto. Esta diferenciação parte de um nível mais privado de aprendizagem no contexto profissional, para um nível mais aberto constituído por redes e parcerias (Alarcão e Tavares, 2003; Day, 2001). Este modelo remete para o cenário dialógico referenciado por Alarcão e Tavares (2003), onde o diálogo crítico e coconstrutivo potencia a mudança e o desenvolvimento pessoal e profissional.

As instituições enquanto contexto organizacional, têm um papel fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Assim, devem promover uma cultura de suporte para o desenvolvimento contínuo e sustentado do seu capital humano, num sistema complexo e de interação de múltiplas variáveis, procurando a qualidade e segurança dos cuidados bem como a satisfação do cliente/família/comunidade. Por outro lado, é importante manter a motivação e satisfação dos profissionais. As instituições devem assim, procurar promover um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional nos enfermeiros. Na prática profissional de Enfermagem interagem três contextos dinâmicos: o cliente, como alvo dos cuidados; o enfermeiro que, ao realizar transições ecológicas efetivas, torna-se mais capaz para o agir profissional; e, por último, a interação entre estes dois elementos (Abreu, 2007).

Benner (2001), refere que o desenvolvimento profissional do enfermeiro se processa progressivamente de iniciado a perito, através da aquisição de novos conhecimentos e competências. O desenvolvimento do enfermeiro, requer a acumulação de experiências ao longo do tempo, de modo a que os conhecimentos teóricos e práticos sejam progressivamente aperfeiçoados, e processa-se ao longo de cinco níveis progressivos de competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Para a autora, em cada nível é possível descrever as características, os comportamentos e identificar as necessidades de ensino/aprendizagem.

A lei n.º111/2009, veio regulamentar o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal, através do MDP, recorrendo a dois sistemas estruturantes: o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades, reforçando a importância do processo de Supervisão Clínica (SC) num contexto da prática profissional com idoneidade formativa comprovada e sob a orientação de supervisores igualmente certificados (OE, 2010).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade (CNQ) (OE, 2001). Em concreto a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou diversas orientações para que a segurança e a qualidade dos cuidados prestados sejam uma garantia para todos (World Health Organization [WHO], 1989; WHO, 2006). Por sua vez a nível nacional, 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”* (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Os processos de Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE), procuram ser um suporte formal para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. A SC tem vindo a ser amplamente discutida, maioritariamente em países anglo-saxónicos (Reino Unido, Nova Zelândia e Austrália), mas também escandinavos. Nos últimos anos, tem sido associada a sua importância à governação clínica nos serviços de saúde (Martin et al., 2020), com o crescente número de estudos de investigação relacionando a SC à qualidade e segurança de cuidados, bem como aos ganhos em

saúde dos clientes, constituindo-se como uma boa prática para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros (Brunero & Lamont, 2012; Gonge & Buus, 2015; Pollock et al., 2017; Teixeira, 2020). Podemos dizer que a nível internacional é consensual que a SC é um meio para: providenciar suporte e promover a formação/educação nos profissionais, incentivando mudanças nas práticas (Dilworth et al., 2013; Heaven et al., 2006; Koivu et al., 2011; Mannix et al., 2006); promover a segurança dos profissionais de saúde e cliente (Cruz, 2012; Dilworth et al., 2013; Snowdon et al., 2017; Turner et al., 2011); promover a satisfação do cliente com os cuidados (Dilworth et al., 2013; White & Winstanley, 2010); promover a comunicação entre profissionais (Dilworth et al., 2013; Kilcullen, 2007; White & Winstanley, 2010); reduzir o *stress/burnout* dos profissionais (Dilworth et al., 2013; Hyrkäs et al., 2006; Wallbank & Hatton, 2014); providenciar um suporte formal para uma prática reflexiva (Botti et al., 2006; Dilworth et al., 2013; Kenny et al., 2007; Turner et al., 2007; Watts et al., 2010). No início a SCE surgiu a partir de uma necessidade de preservar a segurança do cliente de cuidados, devido a acontecimentos no Reino Unido como o caso de Berverly Allit (1991), uma enfermeira que intencionalmente provocou a morte e atentado à integridade de diversos clientes, despoletando novamente a atenção sobre a importância da formalização da SCE na qualidade e segurança dos cuidados (Teixeira, 2020). Inicialmente com grande influência de áreas relacionadas com a saúde mental, a SCE posteriormente evoluiu para outras dimensões: a qualidade das práticas, o percurso de formação e as variáveis emocionais (Abreu, 2007).

Menos claro e consensual a nível internacional, é a definição do conceito de SCE (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017), sendo consensual os seus pressupostos e objetivos. Partimos de uma definição da SC, amplamente aceite e difundida a nível internacional, desenvolvida pelo *Department of Health* (DoH) no Reino Unido (1993), que define a SCE como um processo formal de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro, que promove, através da utilização de processos de reflexão e análise da prática clínica, o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando desta forma a proteção e a segurança dos cuidados prestados ao cliente.

No MDP desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), a SC é considerada “(...) *processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica*” (OE, 2010, p. 5).

Mais recentemente em 2018, a OE, no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, considera a SC um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Tendo em conta que todos estes conceitos são muito próximos, considerámos este último, mais atual, como o conceito de base com que partimos para a realização deste trabalho e para a implementação do Modelo SafeCare.

A investigação produzida ao longo dos últimos anos tem vindo a demonstrar os ganhos que a SC apresenta ao nível de todos os intervenientes (supervisores, supervisados, contexto e cliente de cuidados). Contudo é ainda insuficiente a investigação produzida sobre a temática, nomeadamente, sobre a eficácia da SC no exercício profissional dos enfermeiros (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017). Ainda assim, estão descritos alguns ganhos positivos, nomeadamente, melhoria da motivação individual nos enfermeiros que participaram ativamente e que se envolveram no processo (Gonge & Buus, 2015), da satisfação profissional (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Hyrkäs, 2005; Martin et al., 2020; McGilton et al., 2016), e do desenvolvimento pessoal, aumento da autoconfiança, redução dos níveis de *stress* e risco de *burnout* (Dilworth et al., 2013; Gonge & Buus, 2011; McGilton et al., 2016; Wallbank & Hatton, 2014). É ainda promotora da consciencialização dos papéis para uma melhoria da identidade profissional, bem como responsabilização profissional (Bowles & Young, 1999; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Cutcliffe et al., 2018).

Ao nível das competências profissionais, permite ao enfermeiro, através da reflexão sobre a sua prática, clarificar o exercício da mesma, nomeadamente, sustentar a sua tomada de decisão num pensamento crítico reflexivo promotor da qualidade e segurança dos cuidados prestados na sua prática clínica (Abreu & Marrow, 2012; Brunero & Stein-Parbury, 2008), promovendo o desenvolvimento de competências profissionais (Cutcliffe et al., 2018; Milne, 2009; Roth & Pilling, 2008; Sloan et al., 2000). Por outro lado, providencia suporte para a mudança, inovação e melhoria contínua da prática (Alleyne & Jumaa, 2007; Brunero & Stein-Parbury, 2008; Cutcliffe et al., 2018). Ao nível da equipa de trabalho encontram-se documentadas melhorias na gestão de conflitos e, conseqüente, fortalecimento das relações entre os pares (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Cutcliffe et al., 2018; Malin, 2000).

A SC poderá ser considerada como uma mais-valia na translação do conhecimento produzido pela evidência (Heaven et al., 2006), contribuindo para a inovação, e ser um suporte formal no desenvolvimento profissional. Poderá dizer-se que a SC apoia o desenvolvimento de novas práticas (Butterworth et al., 2008; Hyrkäs & Lehti, 2003; Marrow et al., 2002; Wood, 2004). Contudo, é necessário, mais investigação de modo a poder-se comprovar os ganhos da SC em todos os intervenientes (Cutcliffe et al., 2018; Martin et al., 2020; Pollock et al., 2017).

Existem diversos modelos de SCE. Contudo, têm sido apontadas algumas dificuldades para a sua implementação, nomeadamente, uma definição clara do modelo e dos seus pressupostos para implementação (Buus & Gonge, 2009; Sloan et al., 2000) bem como a flexibilidade e adaptabilidade necessárias, por forma a serem adaptáveis aos contextos locais e necessidades específicas dos profissionais desses contextos (Dilworth et al., 2013). Nas últimas décadas surgiram modelos de SCE dos quais são exemplos: Brigitt Proctor (1986, 2001), Hawkins e Shoet (1989), Heron (1990), Page e Wosket (1994), Butterworth e Faugier (1994), Nicklin (1997), entre outros. Estes modelos diferenciam-se de acordo com a filosofia e pressupostos teóricos, e permitem discutir a SCE partindo de várias perspetivas (Teixeira, 2020):

- **Perspetiva de personalidade:** envolve as caraterísticas dos participantes no processo de supervisão e a forma como estas influenciam a prática clínica e a relação de supervisão.
- **Perspetiva de situação:** esta relaciona-se com as situações específicas e os problemas que os participantes manifestam. O foco de interesse encontra-se nas situações/problemas e nas estratégias para a resolução dos mesmos, como parte do processo de supervisão.
- **Perspetiva organizacional:** ênfase colocada na função ou na organização e no modo como a supervisão se adequa para implementar, efetivamente, as metas e objetivos organizacionais.
- **Perspetiva de interação:** baseia-se na interação entre o supervisor e o supervisionado. A ênfase está centrada no modo como os participantes interagem e como essa interação é ajustável ao conteúdo específico da supervisão.

Um dos modelos de SCE, com grande aceitação junto dos enfermeiros foi proposto por Proctor (1986) – o “*Supervision Alliance Model*”. Este adquiriu grande influência dentro da Enfermagem, tendo sido selecionado como modelo de formação para profissionais das várias especialidades pela sua flexibilidade e adaptabilidade,

sendo também um modelo de referência para nós. É um modelo centrado nas funções da SCE e descreve como são organizadas as funções de supervisão, as orientações fundamentais e os conteúdos das sessões de supervisão. As suas ideias estruturantes emergiram da prática profissional, das ações e responsabilidades do supervisor clínico (Teixeira, 2020). Os componentes fundamentais e mais expressivos deste modelo reportam-se a três funções essenciais (Proctor, 2008):

1) **Função restaurativa:** Esta função, dá atenção às necessidades emocionais do enfermeiro. Providencia suporte, de forma a permitir ao profissional lidar com as experiências vivenciadas e mobilizar estratégias para a mudança e *coping*, bem como prevenção do *burnout* (Abreu, 2007; Brunero & Lamont, 2012; Hyrkäs, 2005).

2) **Função formativa:** Função que se focaliza no desenvolvimento de competências, e permite o desenvolvimento de habilidades, compreensão e reflexão das práticas, explorando a experiência profissional do supervisionado (Abreu, 2007; Brunero & Lamont, 2012).

3) **Função normativa:** Função que permite assegurar os padrões de qualidade do exercício profissional, bem como a segurança dos cuidados. Procura que o papel do profissional vs organização se foque no bem comum (Abreu, 2007).

Os modelos centrados no contexto de cuidados foram desenvolvidos por Cruz (2012) e Carvalho et al. (2019), sendo que a mais-valia que decorre destes modelos e da sua inovação relaciona-se com a flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação em qualquer contexto, desde que inserido num quadro de melhoria contínua da qualidade, orientado pela criação/manutenção de uma cultura de supervisão e inserido na política institucional com logística própria (Cruz, 2012). A sua origem teve por base algumas preocupações dos investigadores, bem como a intenção de responder a algumas necessidades identificadas pelos enfermeiros: a não existência de um modelo de SC que mostrasse ser eficaz para os enfermeiros; a visão de que diferentes contextos socioclínicos e políticos podiam conduzir à criação de modelos distintos e ainda, à dificuldade de existência de consenso sobre as tarefas a desenvolver no contexto de uma supervisão consistente. Procurou assim, colmatar algumas das necessidades identificadas na investigação até então desenvolvida (Pollock et al., 2017): Um modelo flexível e adaptável aos contextos locais e às necessidades dos enfermeiros, com etapas e tarefas definidas, para que possa ser replicado, e com papéis definidos para todos os intervenientes. Assim, a

implementação de um modelo de SC sustentado nas características do contexto onde se vai desenvolver, bem como nas necessidades dos enfermeiros, pode ser considerada uma forma efetiva de desenvolver a prática profissional e o conhecimento, permitindo que os enfermeiros aprendam uns com os outros, apoiem-se mutuamente, e moderem a preocupação e ansiedade relativas ao exercício de funções (Carvalho, 2017).

O modelo de Cruz (2012), denominado Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado (MSCEC), assenta em três eixos estruturantes: conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão. Este modelo tem como intervenientes: os enfermeiros supervisionados, os enfermeiros supervisores clínicos e os clientes. Todos estes intervenientes constituem-se como agentes de mudança para a excelência dos cuidados de saúde.

O MSCEC foi desenvolvido no estudo de investigação de Cruz (2012), implementado num hospital da zona Norte do país, e evoluiu, dando mais tarde origem ao modelo SafeCare. Este novo modelo, passou de três para quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão (Carvalho e Barroso, 2019). O contexto diz respeito ao ambiente onde os cuidados se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, culturais e organizacionais, entre outros. É um elemento central neste modelo, pois influencia e é influenciado pelos restantes eixos do modelo. Nos cuidados de enfermagem é adotada a definição da OE no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), referindo que estes se centram na relação interpessoal entre um enfermeiro e um cliente de cuidados/família ou comunidade e englobam a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos, baseando-se na relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente de cuidado, num processo dinâmico, cujo objetivo é ajudar o cliente a ser proativo na tomada de decisão e gestão do seu processo de saúde/doença, acompanhando o ciclo vital. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro é reconhecido pela sua formação e experiência. O conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida, pressupondo uma evolução e continuidade que leva o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos ao longo da sua carreira. Por último, existe o eixo supervisão onde foi adotado o conceito definido pela OE (OE, 2018). Desta forma, consideramos a supervisão um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor e um ou mais supervisionados, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de

conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.

Em relação aos seus intervenientes, este modelo acrescenta ao modelo de Cruz a figura de supervisor clínico major. O enfermeiro supervisor clínico, é o enfermeiro responsável pelo processo de supervisão, reconhecido pelos pares como detentor de um conhecimento sistematizado no domínio da disciplina, da profissão de enfermagem e da SC. O enfermeiro supervisor clínico major, tem um perfil semelhante ao enfermeiro supervisor clínico, e tem como função apoiar o processo de supervisão e dar suporte ao enfermeiro supervisor clínico. O enfermeiro supervisionado, é o enfermeiro do contexto de cuidados que participa no processo supervensivo (Carvalho e Barroso, 2019).

A eficácia da implementação do modelo é tanto maior quanto a qualidade da relação que se estabelece entre os seus eixos (Carvalho et al., 2019). Estes eixos são trabalhados ao longo das etapas do modelo, explicitadas mais detalhadamente no capítulo seguinte.

Relacionadas com o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a formação contínua, existem algumas competências profissionais de extrema relevância, para promoção da melhoria contínua da excelência e qualidade de cuidados, incorporando a evidência na prática, e promovendo ambientes favorecedores nas equipas para a constante mudança e adaptação a contextos de cuidados progressivamente mais exigentes e complexos. Entre essas, consideramos duas: as Competências de Prática Baseada na Evidência (PBE) e as Competências Emocionais. Alguns autores revelam que existe uma relação entre os elevados níveis de exaustão emocional nos enfermeiros e baixa utilização da evidência na prática (Cummings et al., 2007; Estabrooks et al., 2007; Renolen et al., 2019). A SC poderá ser considerada facilitadora nos processos de formação dos profissionais e no desenvolvimento de competências (Alarcão e Canha, 2013; Silva et al., 2011).

Em relação à Prática Baseada na Evidência (PBE), adotámos como definição aquela que tem vindo a ser referida por autores como Melnyk, DiCenso e Cullum et al. Assim, a PBE é considerada globalmente como uma abordagem ao processo de tomada de decisão clínica, através do qual os enfermeiros sustentam e integram a tomada de decisão com base na melhor evidência científica disponível, na experiência clínica, nas preferências do cliente/família e nos recursos disponíveis no contexto (DiCenso et al., 1998; Melnyk et al., 2014). Quando implementada num contexto organizacional de suporte, poderão atingir-se elevados níveis de qualidade de cuidados e de ganhos para os clientes (Jylhä et al., 2017; Melnyk et al., 2017; Milner

& Cosme, 2017; Spiva et al., 2017 ; Ubbink et al., 2013). Há autores que consideram que a formação acadêmica, especialmente a pós-graduada, está associada a uma atitude favorável face à PBE e à incorporação dos resultados da investigação na prática clínica (Warren et al., 2016). Outros autores consideram que a educação é um fator preditor do desenvolvimento das competências de PBE reportadas pelos enfermeiros (Melnik et al., 2018; Wu et al., 2018).

A investigação produzida nesta área, tem vindo a destacar as barreiras e dificuldades existentes para um exercício efetivo desta competência na prática clínica. De facto, apesar dos enfermeiros demonstrarem uma atitude favorável manifestam necessidades de melhoria nos conhecimentos teóricos e habilidades para a sua implementação, com consequente dificuldade na sua incorporação na prática (Mohsen et al., 2016; Melnyk et al., 2018; Phillips & Neumeier, 2018; Yoder et al., 2014). Muitos autores reconhecem que a translação da evidência para a prática clínica fica ainda abaixo do que seria desejável (Cardoso et al., 2019; Gorsuch et al., 2020; Melnyk et al., 2020; Ruzafa-Martínez et al., 2020).

A existência de inúmeros fatores internos e externos ao profissional podem condicionar esta prática.

A avaliação sistémica das barreiras existentes nos contextos torna-se crucial e deve ser considerada numa fase inicial a uma intervenção no contexto. Assim, a literatura enumera barreiras de diversas fontes (Jun et al., 2016; Jylhä et al., 2017; Pereira, 2016; Solomons & Spross, 2011; Warren et al., 2016):

- **Organizacional:** Falta de cultura organizacional de suporte à PBE; Suporte insuficiente da liderança e gestão; Falta de estruturas de suporte, recursos e ferramentas; Estrutura da hierarquia; Políticas organizacionais desatualizadas; Falta de colaboração multiprofissional; Rotinas desatualizadas e que não são questionadas.
- **Liderança e Gestão:** PBE não ser um objetivo organizacional; Insuficiente envolvimento e suporte à equipa.
- **Profissionais:** Falta de conhecimento e habilidades; Desconhecimento e não concordância com as *guidelines*; Atitudes negativas (resistência à mudança, desmotivação); Falta de tempo.
- **Evidência:** Elevado número de informação; Estudos de elevada qualidade não terem um acesso facilitado; Compreensão das *guidelines*, que poderão estar desatualizadas e incompletas.

Para alguns autores, a implementação da PBE é um processo complexo, multidimensional e que enfrenta desafios, sendo que deverá envolver uma estrutura formal de suporte aos enfermeiros da prática, nomeadamente, ao nível da liderança e do clima organizacional (Apóstolo et al., 2016; Cummings et al., 2007; Saunders et al., 2019; Yoder et al., 2014).

As características individuais dos profissionais são igualmente relevantes, nomeadamente os conhecimentos/habilidades, as atitudes e as práticas (Apóstolo et al., 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018). Ao nível do profissional de saúde, a falta de conhecimentos, atitudes e habilidades práticas permanecem um desafio a ultrapassar (Melnik et al., 2020; Ruzafa-Martínez et al., 2020). A competência poderá ser definida como uma complexa combinação de atributos como o conhecimento teórico, as habilidades práticas e as atitudes, mobilizadas perante uma situação específica. Pode não ser observada através do comportamento do profissional, mas sim inferida através da sua *performance* clínica (Benner, 2001; Leung et al., 2016). O desenvolvimento destas competências deverá estar alinhado com as etapas envolvidas no processo de PBE (Melnik et al., 2014). O conceito de competência de PBE permanece ainda difícil de definir com vários autores a estudarem o conceito e o constructo que compõe esta competência (Ruzafa-Martínez et al., 2020). Laibhen-Parkes (2014), propôs a seguinte definição: *“A capacidade de colocar questões clinicamente relevantes, com o objetivo de selecionar, avaliar a evidência e a sua aplicação, conjuntamente com a avaliação das múltiplas fontes de conhecimento dentro de um contexto de cuidados a um determinado cliente, grupo ou comunidade”* (p.8). Contudo, para outros autores esta definição é ainda incompleta, não englobando todos os aspetos relacionados com a PBE. O “ser-se competente” na PBE, carece ainda de uma definição completa e consensual, pelo que continua a ser estudada. Melnik et al. (2014) apresentou um conjunto de atributos/características da competência de PBE, tendo por base o modelo de implementação da PBE (sete etapas) (Melnik et al., 2010), incluindo o fomentar do questionamento profissional (etapa 0) que deverá preceder as restantes etapas, e o disseminar dos resultados (etapa 6). Para estes autores, o desenvolvimento desta competência deve estar alinhado com a avaliação contínua do processo de implementação da PBE, incluindo as habilidades técnicas de pesquisa e avaliação crítica da evidência, como também a tomada de decisão clínica sustentada na *expertise* do profissional e preferências do cliente/família no contexto de cuidados. Por outro lado, o profissional deve ainda propor/incorporar mudanças na prática e adaptar-se à mudança. Assim, os autores propõem um core de atributos para os enfermeiros da prática clínica, que conjugam

todos estes aspetos para o desenvolvimento da competência de PBE (Melnik et al., 2010).

Existem fatores favoráveis à adoção e implementação da PBE (Melnik et al. 2014; Melnyk et al., 2009; Warren et al., 2016): Conhecimentos e habilidades; Atitude favorável à PBE e à sua implementação; Cultura organizacional de suporte; Existência de mentores (enfermeiros experientes com competências de PBE e que implementem estratégias de mudança de comportamentos ao nível da organização e dos profissionais). Estes mentores deverão trabalhar preferencialmente nos contextos com os restantes profissionais na implementação do processo inerente à PBE.

Existem vários modelos para a implementação da PBE. Focámos a nossa atenção no modelo *Advancing Research and Clinical Practice Through Close Collaboration* (ARCC), avançado por Melnyk & Fineout-Overholt (2010), onde a valorização das forças e barreiras para a implementação da PBE, desde o profissional até à organização, constituem-se como o aspeto central deste modelo. Assim, é crucial: compreender a cultura organizacional e sua prontidão para mudança; identificar forças e barreiras para a implementação da PBE na intuição; identificar os profissionais peritos e mentores de PBE para auxiliarem os colegas nos contextos da prática; conhecimentos e competências de PBE na equipa; implementar as evidências na prática e avaliar os resultados (Camargo et al., 2017; Melnyk et al., 2017; Pereira, 2016).

O processo de várias etapas associado à PBE requer o desenvolvimento de um core de competências profissionais complexas, de forma a permitir com sucesso integrar a evidência no processo de tomada de decisão (Saunders et al., 2019). O conhecimento dos princípios inerentes à PBE, do processo de implementação e as habilidades práticas para implementar as etapas do processo são fundamentais para os profissionais de saúde. O processo inerente à PBE envolve um conjunto de sete etapas (Melnik et al., 2010):

- **Etapla 0** – Questionamento profissional da prática;
- **Etapla 1** – Colocar questões clinicamente relevantes (modelo PICOT);
- **Etapla 2** – Procurar a melhor evidência disponível;
- **Etapla 3** – Avaliar criticamente as evidências selecionadas;
- **Etapla 4** – Integrar as evidências de acordo com a experiência clínica, os valores e preferências do cliente/família;

- **Etapa 5** – Avaliação os resultados das intervenções/mudanças de prática baseadas numa PBE;
- **Etapa 6** – Disseminar os resultados associados a uma PBE.

Abordando a etapa 0 do processo, que se refere ao questionamento profissional, sendo este crucial para o desenvolvimento das restantes etapas (Melnyk et al., 2009). Isto porque, um cultivar contínuo do questionamento reflexivo sobre a prática quotidiana poderá potenciar uma curiosidade na equipa em questionar a sua prática ou rotina quotidiana, mas também na procura e pesquisa da melhor evidência para sustentar o processo de tomada de decisão, juntamente com a *expertise* profissional do enfermeiro, os recursos disponíveis no contexto e as preferências do cliente/família.

Na ausência de uma cultura organizacional de suporte, os profissionais de saúde terão dificuldades na implementação de uma efetiva PBE (Melnyk et al., 2017; Ubbink et al., 2013). Como tal, torna-se importante a implementação de mecanismos de suporte formais na prática clínica dos enfermeiros que promovam o questionamento reflexivo. Sem este mecanismo de suporte formal, alguns autores, referem mesmo que os esforços individuais e organizacionais poderão não ser bem-sucedidos e sustentados no tempo (Apóstolo et al., 2016; Saunders et al., 2019).

A promoção de um questionamento profissional reflexivo promove uma crença e atitude favoráveis ao desenvolvimento desta competência profissional. Alguns autores vão mais longe afirmando que quando os profissionais de saúde se envolvem com a PBE, experienciam uma grande autonomia na sua prática clínica bem como uma melhoria na satisfação profissional (Gorsuch et al., 2020; Melnyk et al., 2014). Por isso, os ganhos produzidos pela adoção de uma cultura organizacional promotora de uma PBE vão além da melhoria contínua da qualidade de cuidados ao cliente/família, pois também produzem ganhos nas equipas de saúde e, consequentemente, na organização (Melnyk et al., 2020).

Para Melnyk et al. (2020), uma das autoras de referência nesta área de investigação, num estudo comparativo entre os hospitais *Magnet*® com outros hospitais sem esta acreditação, atribuída pela *American Nurses Credentialing Center*, através de um programa, o *Magnet Recognition Program*®, acreditando as organizações pela excelência da qualidade dos cuidados prestados sustentados na implementação de uma PBE, concluiu que em termos do desenvolvimento destas competências profissionais, os enfermeiros que trabalham nos hospitais acreditados têm um *score* superior na dimensão de conhecimentos teóricos, perceção de uma

forte cultura organizacional promotora da PBE e maior suporte por parte dos mentores. Apesar do nível superior de conhecimento reportam dificuldades na translação para a prática, sendo o *score* global de avaliação desta competência idêntico ao dos enfermeiros que trabalham em hospitais sem esta acreditação. Contudo, percebem menos barreiras para a sua implementação.

Estes resultados, colocam um enorme desafio futuro aos contextos da prática, mas também às Instituições de Ensino Superior no sentido de se promover o desenvolvimento de intervenções que sejam facilitadoras desta competência profissional e da sua incorporação sustentada nos contextos da prática clínica.

Acreditamos, por isso, que a SC poderá constituir-se como um suporte formal importante para a capacitação dos profissionais nos seus contextos.

A Competência Emocional é definida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenómenos emocionais, bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia (Bisquerra, 2008). O conceito de Inteligência Emocional (IE), remete-nos para Goleman (1995), atribuindo um papel importante ao conhecimento que cada indivíduo tem de si e sobre a sensibilidade que manifesta perante os outros. Goleman definiu IE como *"...a capacidade de identificar os nossos próprios sentimentos e os dos outros, de nos motivarmos e de gerir bem as emoções dentro de nós e nos nossos relacionamentos."* (Goleman, 2010, p. 337).

Veiga-Branco (2004), dedicou-se ao estudo desta temática, sendo autora do instrumento de avaliação que utilizamos para este estudo de investigação, e partindo do conceito de IE de Goleman, refere-se à Competência Emocional como sendo a *"capacidade de a pessoa se motivar a si mesma e persistir a despeito das frustrações; de controlar os impulsos e adiar a recompensa; e regular o seu próprio estado de espírito e impedir que o desânimo subjugu a faculdade de pensar; de sentir empatia e de ter esperança"* (Veiga-Branco, 2004, p. 54).

Segundo Goleman (2012), a IE começou a ser estudada por Mayer & Salovey, que editaram vários artigos em 1991. Com os estudos de Mayer & Salovey (1995), a emoção e a razão foram consideradas imprescindíveis para o desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, considerando a IE, como sendo um intercâmbio entre as emoções e as cognições. Para os autores, as emoções tornam a pessoa mais inteligente e a cognição auxilia o indivíduo a pensar nas suas emoções e na forma como as pode usar e aprender. Podemos considerar que a IE é o modo que cada indivíduo possui para gerir as suas emoções e as emoções dos outros. É ainda a

capacidade de identificar, interpretar e aceitar as suas emoções e das outras pessoas, para em seguida as utilizar numa forma de gestão dessas mesmas emoções. Assim, a pessoa emocionalmente inteligente sabe aceitar as emoções dos outros e também as suas, usa-as de forma positiva relacionando-as com as vivências diárias, retirando mais-valias de todos os momentos de interação (Mayer & Salovey, 1995). Para estes autores, é impossível a separação entre a razão e emoção, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade, tornando-se assim, elemento de extrema importância na otimização dos níveis de desempenho profissional.

Goleman (2010), tendo por base autores como Salovey, dividiu a IE num constructo constituído por cinco domínios/capacidades 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)

Estas capacidades podem ser aprendidas, desenvolvidas e treinadas nos profissionais (Cruz, 2012; Goleman, 2010; Vilela, 2006; Kozlowski et al., 2018). Na prática quotidiana, a Competência Emocional permite ao profissional compreender, expressar e regular de forma adequada os seus fenómenos emocionais, facilitando os processos de aprendizagem, resolução de problemas, relacionamento interpessoal e adaptação a diferentes contextos (Konstantinou et al., 2017; Encarnação et al., 2018). O treino desta competência é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho, facto que pode otimizar a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros (Cruz et al., 2015; Cruz, 2012; Konstantinou et al., 2017; Nightingale et al., 2018; Vilela, 2006). Podemos dizer que a Competência Emocional deve ser central para a prática de enfermagem, devido à sua pertinência e relevância para com a qualidade dos cuidados. Por outro lado, suporta a tomada de decisão, o pensamento crítico, a flexibilidade para a mudança e promove a saúde mental dos enfermeiros (Raghubir, 2018). Esta competência é igualmente central para a relação interpessoal e terapêutica que se estabelece com a pessoa, cerne do exercício profissional dos enfermeiros, em ambientes de cuidados complexos, tendo o enfermeiro interação e envolvimento com pessoas/famílias ou comunidades em situações de grande vulnerabilidade emocional e física (Foster et al., 2015; Nightingale et al., 2018). Esta natureza complexa do cuidar, pode acarretar desgaste emocional e riscos para a saúde mental dos enfermeiros, uma vez que é expectável que os enfermeiros demonstrem preocupação empática pelos clientes, ao mesmo tempo que tenham que regular os seus próprios sentimentos e emoções como parte das suas funções (Afsar et al., 2017). Por outro lado, é também uma competência importante para o estabelecimento de um bom ambiente de trabalho, permitindo a cooperação no seio da equipa multidisciplinar (Hurley & Stansfield, 2012; Konstantinou et al., 2017; Phillips & Harris, 2017; Powell et al., 2015; Vilela, 2006).

A implementação da SC, tal como referido anteriormente, demonstrou benefícios para os enfermeiros e benefícios relacionados com o próprio trabalho (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017). A evidência destaca uma maior satisfação no trabalho, mobilização de estratégias de *coping* mais eficazes e menor nível de *stress*, exaustão emocional e despersonalização (Cutcliffe et al., 2018; Kozlowski et al., 2018; Pollock et al., 2017; Powell et al., 2015). A saúde mental dos enfermeiros é fundamental para a manutenção do seu bem-estar, bem como para a sua *performance*, redução de fenómenos de *turnover* e absentismo, pelo que o desenvolvimento da Competência Emocional ao longo da vida, no contexto da formação contínua, é crucial (Konstantinou et al., 2017).

No estudo publicado por Augusto et al. (2021), sobre a avaliação da implementação do Modelo SafeCare nestas competências num grupo de enfermeiros de um contexto de cuidados, estes identificaram alterações globalmente ao nível das cinco dimensões que compõem a Competência Emocional. Cruz et al. (2015), no estudo onde avaliou igualmente estas variáveis, concluiu que existia uma correlação entre a melhoria dos níveis de Automotivação e a subescala Assuntos Pessoais que avalia a função restaurativa da SC, levando também a uma melhoria na gestão dos relacionamentos em grupo e do ambiente no contexto de trabalho. Contudo, existe ainda um corpo limitado de estudos sobre os efeitos da SC no desenvolvimento das Competências Emocionais dos enfermeiros (Augusto et al., 2021).

Motivação

A SCE foi desde sempre uma temática que me despoletou bastante interesse, tendo já realizado formação pós-graduada na área. Desde há cerca de dez anos, exerço funções como enfermeira na prática clínica conjuntamente com atividade docente como assistente convidada na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Esta atividade proporcionou uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento profissional na área da SCE, nomeadamente a nível do acompanhamento de estudantes em Ensino Clínico. A SC de pares é uma realidade ainda escassa nos contextos da prática nacionais, estando muitas vezes associada a estudos de investigação. Contudo, os enfermeiros reconhecem a sua importância e relevância.

Ao longo dos últimos anos, a disciplina de Enfermagem tem evoluído de forma ímpar na produção de novo conhecimento sustentado em evidência. Esse novo conhecimento encontra inúmeras barreiras para a sua incorporação na prática quotidiana dos enfermeiros. Podemos dizer que é crescente o *gap* entre a teoria e

prática, com necessidade dos enfermeiros promoverem a incorporação de evidência nos seus contextos da prática clínica, como forma de melhorarem a sua prática e consequente qualidade e segurança dos cuidados, numa perspetiva de melhoria contínua. Tendo em conta que esta importância se encontra patente no REPE, considerámos importante o desenvolvimento profissional desta competência e o investimento na área da PBE.

A necessidade de incorporação de conhecimento novo na prática, como forma de dar resposta a uma evolução das necessidades de cuidados de crescente complexidade centradas no cliente/família e comunidade, e de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, leva a que os enfermeiros tenham necessidade de adotarem novos comportamentos, implementarem mudanças e serem flexíveis. Por outro lado, necessitam de um ambiente de trabalho e relacionamento com os pares, favorecedor dessa mudança e readaptação, bem como de adotarem estratégias para manterem a sua saúde mental. Assim, outra área que consideramos de extrema importância relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional que o enfermeiro deve procurar, por forma a manter a sua *performance*, saúde mental e um bom relacionamento com os pares e equipa multidisciplinar, é a Competência Emocional. Acreditámos que deverá ser trabalhada e desenvolvida de forma contínua e não apenas na formação pré-graduada, sendo crucial para a relação interpessoal e terapêutica que o enfermeiro estabelece. Esta competência é também basilar, no sentido de favorecer a flexibilidade e adaptabilidade dos enfermeiros a novas situações.

Finalidade do Estudo

Partindo da contextualização e motivações expressas, procurámos com este estudo analisar a melhoria da qualidade dos cuidados num contexto organizacional, através da avaliação nos enfermeiros de algumas competências, PBE e Competência Emocional, que lhes permitam ter um exercício profissional de excelência, contribuindo assim, para melhorar os processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Como tal, elaborámos a seguinte questão de investigação:

Quais os contributos da implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para o desenvolvimento de Competências de Prática Baseada na Evidência e o desenvolvimento de Competências Emocionais nos enfermeiros?

De forma a dar resposta a questão de investigação formularam-se os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Avaliar os IS-SCE- Competência Emocional e Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar;
- ✓ Identificar as necessidades em SC sentidas pelos enfermeiros do contexto onde irá ser implementado o Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar a perceção dos enfermeiros do contexto sobre a SC, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Implementar o Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

A partir destes objetivos, desenvolveram-se um conjunto de objetivos específicos para os quais foram desenvolvidos estudos, no sentido de lhes dar resposta e que se encontram descritos no Capítulo II - Percurso Metodológico.

Para responder à questão de investigação e objetivos delineados, desenvolveu-se este estudo de investigação-ação, que consistiu na implementação de um modelo de SCE, o Modelo SafeCare, seguindo um conjunto de etapas para a sua implementação: 1) Diagnóstico de Situação; 2) Identificação das Necessidades em SC; 3) Implementação do Modelo SafeCare; 4) Avaliação dos Resultados. Consequentemente, as etapas do desenho do estudo são coincidentes com as etapas de implementação do Modelo SafeCare.

Para a implementação da SCE, o modelo incorpora o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE). Este pode ser definido como o indicador, que por via dos processos associados à SCE tem potencial de promover a segurança e qualidade dos cuidados (Carvalho e Barroso, 2019). Para este trabalho, operacionalizámos dois IS-SCE: As Competências de PBE e as Competências Emocionais.

Estrutura

A tese apresentada é desenvolvida sob forma de artigos científicos (apresentados de acordo com as regras de submissão nas respetivas revistas), ou seja, estudos que foram desenvolvidos ao longo do percurso de investigação e que se encontram integrados nas etapas onde foram realizados. O trabalho engloba igualmente um capítulo de livro, sobre a Etapa 3- Implementação do Modelo SafeCare, escrito pelos investigadores. Considerámos relevante apresentar um capítulo escrito

do percurso metodológico, para melhor clareza e explicitação dos pressupostos metodológicos e desenho de estudo. Assim, a tese está estruturada em quatro capítulos.

Este capítulo (Capítulo I - Introdução) apresenta a contextualização teórica do nosso trabalho bem como a finalidade, questão de investigação, os objetivos, a motivação da investigadora e a explicitação da estrutura do trabalho.

No Capítulo II - Percurso Metodológico, são apresentados os pressupostos metodológicos que guiaram este trabalho e é constituído pelos seguintes subcapítulos: 1) Ponto de Partida e Formulação do problema; 2) Finalidade e Objetivos; 3) Desenho da Investigação; 4) População e Amostra; 5) Recolha de Dados; 6) Procedimentos Formais e Éticos; 7) Análise dos Dados.

O Capítulo III - Contributo da Supervisão Clínica para a Prática Baseada na Evidência e Competência Emocional em Enfermeiros: resultados e discussão, apresenta o desenvolvimento e resultados obtidos em cada etapa do Modelo SafeCare. Os subcapítulos, encontram-se organizados segundo as etapas do Modelo. Em cada um deles, para além da apresentação dos estudos, considerámos importante apresentar de forma sucinta os objetivos de cada etapa e as ações que foram realizadas em cada uma delas, seguindo os pressupostos da implementação deste modelo de SCE. Assim, no Diagnóstico de Situação, são apresentados os estudos iniciais que foram desenvolvidos para caracterizar os IS-SCE na Instituição Hospitalar: **Estudo 1** – *Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence*; **Estudo 2** – *Nurses' evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors*; **Estudo 3** – *Perceção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar*. Para além dos estudos desenvolvidos, realizamos a caracterização dos IS-SCE, no contexto dentro da Instituição Hospitalar, onde foi posteriormente realizado a implementação da SC: Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de Psiquiatria e Saúde Mental. Na etapa seguinte, Identificação das Necessidades em SC, foram realizadas reuniões no contexto da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, e ainda um grupo de discussão focal. Na Etapa - Implementação do Modelo SafeCare, apresentámos o capítulo de livro escrito pelos investigadores, que se encontra inserido no Manual Prático sobre o Modelo SafeCare. Posteriormente, são apresentadas as ações que foram realizadas para a implementação do Modelo SafeCare na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental. Por último, na Etapa- Avaliação dos Resultados, foi realizada a avaliação do processo de implementação e reavaliação dos

IS-SCE, onde são apresentados os dois últimos estudos: **Estudo 4** – *Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica*; **Estudo 5** – *Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica*.

No Capítulo IV- Síntese Final e Conclusão, são apresentados e discutidos os contributos de cada uma das etapas e seus estudos para o atingimento dos objetivos gerais e específicos do trabalho. São referidas as limitações, contributos para a Enfermagem, investigação e prática profissional dos enfermeiros, bem como necessidades de investigação futura.

CAPÍTULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico realizado ao longo das várias etapas e estudos que compõem a investigação. Neste sentido, neste capítulo realizamos a descrição de todo o percurso metodológico explicando as opções tomadas: ponto de partida e formulação do problema; finalidade e objetivos, desenho da investigação, população e amostra, instrumentos de recolha de dados, procedimentos formais e éticos, e análise dos dados.

1. Ponto de Partida e Formulação do Problema

O problema de investigação formula-se por via dedutiva, tendo em consideração a sucessão lógica de elementos e das relações entre estes. Este leva à apresentação do tema em estudo, à explicitação da sua importância e relevância, resumindo-se nos dados dos factos apresentados e teorias expostas, e para a qual se sugerem soluções. Sendo assim, na formulação do problema o investigador procura demonstrar a utilidade do estudo e do problema de investigação para o avanço da disciplina, neste caso, da Enfermagem (Fortin, 2009).

Atualmente, ainda existem lacunas na investigação acerca da efetividade da implementação de modelos de SC (Olds & Hawkins, 2014; Pollock et al., 2017) evidenciados pela escassez de estudos na área. Por outro lado, a translação da evidência para a prática clínica fica ainda abaixo do que seria desejável. Apesar dos enfermeiros manifestarem uma atitude favorável, reportam necessidades de melhoria dos conhecimentos/habilidades e competências (Cardoso et al., 2019; Gorsuch et al., 2020; Melnyk et al., 2020; Ruzafa-Martínez et al., 2020). São igualmente necessários mais estudos sobre a SC e o desenvolvimento de Competências Emocionais nos enfermeiros a exercer funções nos contextos da prática. O treino desta competência é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho, facto que pode promover a qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros (Cruz et al., 2015; Cruz, 2012; Vilela, 2006; Konstantinou et al., 2017).

No sentido de compreender o processo de SCE como promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, com consequentes ganhos em saúde decorrentes do exercício profissional, do aumento do conhecimento, melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados, foram estabelecidas parcerias entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e algumas Instituições Hospitalares. Decorrente deste processo, nasceu o projeto *“Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados – C-S2AFECARE-Q”*. Atualmente, mantendo a sua génese e finalidade, o projeto denomina-se SafeCare. É um projeto inovador em Portugal com início em 2011, no âmbito de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (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). Este apresentou resultados positivos, que se refletiram em cuidados de melhor qualidade e mais seguros (Augusto et al., 2021; Barroso et al., 2020; Cruz et al., 2015).

Cruz (2012), desenvolveu e testou uma primeira versão desse Modelo na sua tese de doutoramento. Após a conclusão desse projeto, assinaram-se novas parcerias, com várias unidades hospitalares da região do Porto e introduziram-se algumas modificações ao MSCEC, concretamente, nos eixos estruturantes. Na versão proposta por Cruz (2012) o modelo envolvia três eixos estruturantes: **conceção de cuidados, exercício profissional e supervisão**. Na versão atual, o Modelo, agora denominado SafeCare, assenta em quatro eixos estruturantes: **contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão** (Figura 1). A introdução do contexto como eixo estruturante justifica-se pela influência nos restantes eixos (cuidados de enfermagem, exercício profissional e supervisão), sendo que a sua interação medeia os restantes eixos. O **contexto** é considerado o ambiente onde os cuidados de enfermagem se desenvolvem. É nos diferentes contextos que os enfermeiros vivenciam experiências pessoais e profissionais que, podem ou não, potenciar o desenvolvimento das suas competências. Por sua vez, 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 e Barroso, 2019). Atualmente e de forma crescente, os contextos da prática têm vindo a ser alvo de constantes mudanças aumentando a sua complexidade e crescente necessidade de flexibilidade e adaptação por parte dos enfermeiros. O contexto é considerado um eixo fundamental, razão pela qual, o Modelo tem vindo a ser testado e implementado em diversos contextos (Augusto et al., 2021; Barroso et al., 2020; Cruz et al., 2015), colocando à prova a sua flexibilidade e adaptabilidade ao contexto específico e às necessidades dos enfermeiros.

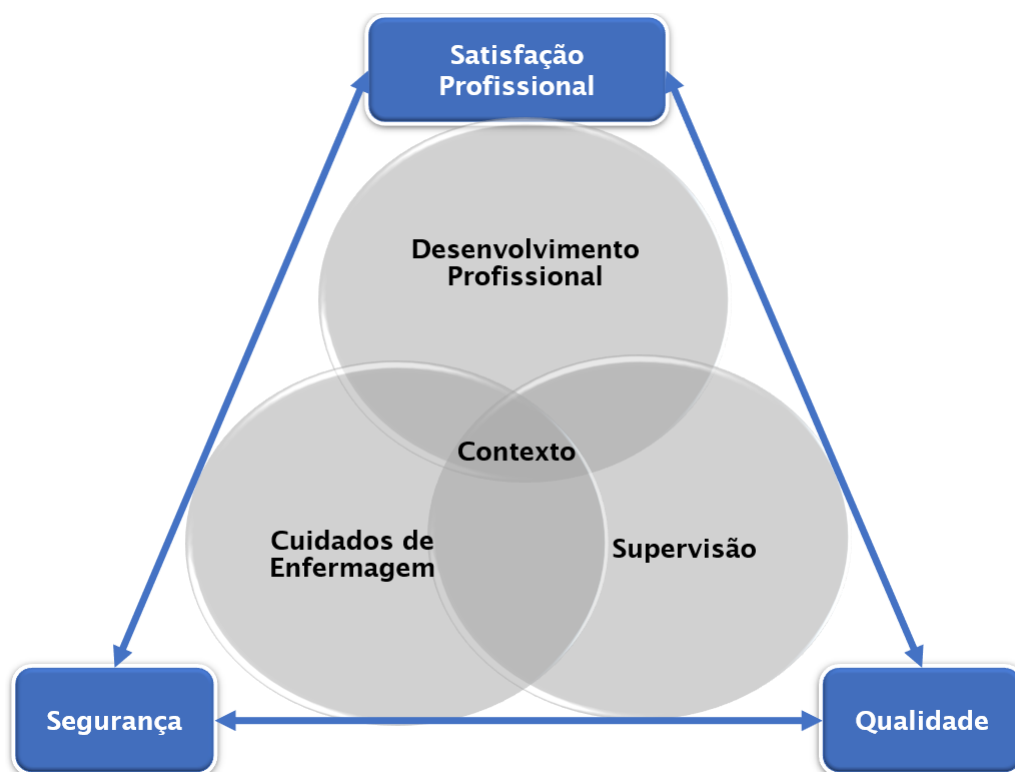


Figura 1 – Eixos do Modelo SafeCare
(adaptado de Carvalho e Barroso, 2019)

Em relação ao **desenvolvimento profissional**, este eixo assume especial relevo pela necessidade de formação e atualização profissional ao longo da vida manifestada pelos enfermeiros, por forma a aprofundarem os seus conhecimentos ao longo da sua carreira profissional. A participação ativa dos enfermeiros no processo de crescimento pessoal e profissional, é conseguida através da atualização contínua de novos conhecimentos baseados na evidência científica, experiência pessoal e profissional adquirida no contexto bem como a formação complementar que vai realizando. Pode dizer-se que o desenvolvimento profissional deverá ter em conta quatro elementos: 1) objetivos pessoais; 2) pessoa; 3) contexto de cuidados; 4) cultura de cuidados (Carvalho e Barroso, 2019). Este desenvolvimento implica um envolvimento ativo do profissional num processo reflexivo, contínuo e complexo, sendo que para tal, o enfermeiro deve ter algumas características pessoais facilitadores, nomeadamente, ter vontade em ser melhor, deve conseguir traçar objetivos pessoais e profissionais, e ter um contexto favorável que dê suporte, para que ele se possa desenvolver em todo o seu potencial. Este conceito engloba processos de autorreflexão, de interação com o meio envolvente e de colaboração, com vista a percursos formativos pertinentes e à permanente renovação pessoal e profissional (Pinheiro, 2012), abordado no capítulo introdutório.

Em relação aos **cuidados de enfermagem**, adota-se a definição proposta pelo Conselho de Enfermagem da OE (2001), no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, onde se refere que os cuidados de enfermagem se centram na relação interpessoal entre um enfermeiro e um cliente de cuidados ou entre um enfermeiro e um grupo de clientes (família ou comunidade). Assim, eles baseiam-se na relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente, num processo dinâmico, promovendo a autonomia e proatividade do cliente na tomada de decisão para a gestão do seu processo saúde/doença. Estes cuidados, englobam a conceção, execução e avaliação dos mesmos, sustentados na tomada de decisão por parte do enfermeiro. No contexto de atuação multiprofissional, os cuidados de enfermagem englobam intervenções autónomas e interdependentes, tendo como objetivo o cliente/família/comunidade, focadas nas respostas humanas face à condição de saúde/doença.

No que se refere ao eixo **supervisão**, tal como anteriormente descrito, o modelo adota a definição proposta pela OE (2010) no MDP, e mais recentemente, a definição pela OE (2018), no Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, onde esta é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica.

Estes eixos apresentados são dinâmicos na sua interação e relação, e trazem benefícios, nomeadamente a nível da qualidade e segurança dos cuidados, e também a nível da satisfação profissional dos enfermeiros (Figura 1) (Carvalho e Barroso, 2019).

O Modelo SafeCare apresenta como vantagem: a sua flexibilidade e aplicabilidade em diferentes contextos da prática, uma vez que tem como foco central as necessidades e interesses sentidos pelos enfermeiros do contexto em estudo.

A implementação de um Modelo de SCE, que vise contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados, procurando adequar a SCE às necessidades sentidas pelos enfermeiros nos contextos, mas também dar resposta às necessidades impostas pelos sistemas de qualidade, visando a melhoria contínua, como indicado formalmente por organizações como a OMS, o CIE e a OE, justifica a pertinência da reflexão e discussão sobre as opções tomadas para o método a adotar nas etapas que o constituem. Concomitantemente, visa a criação de uma cultura de SC, sustentada

numa metodologia que fomenta a criação de ambientes favoráveis à prática e desenvolvimento da profissão (Barroso et al., 2020).

Para a implementação da SCE, o modelo incorpora o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE), tal como referido no capítulo anterior. Este pode ser definido como o indicador, que por via dos processos associados à SCE tem potencial de promover a segurança e qualidade dos cuidados. Este indicador deve ser operacionalizado, de forma a acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação da SCE (Barroso et al., 2020; Carvalho e Barroso, 2019). Neste caso, para o estudo, considerámos como IS-SCE as Competências de PBE e as Competências Emocionais.

2. Finalidade e Objetivos

O Modelo SafeCare tem como finalidade contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, através da implementação de um modelo de SCE. Como tal, a intenção da implementação do Modelo é desenvolver, nos enfermeiros, um conjunto de competências que lhes permitam ter um exercício profissional de excelência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados num contexto organizacional facilitador do desenvolvimento profissional.

Do percurso efetuado até aqui, face ao exposto, surge a formulação da seguinte questão de investigação:

Quais os contributos da implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para o desenvolvimento de Competências de Prática Baseada na Evidência e o desenvolvimento de Competências Emocionais nos enfermeiros?

De forma a dar resposta a questão de investigação formularam-se os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Avaliar os IS-SCE- Competência Emocional e Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar;
- ✓ Identificar as necessidades em SC sentidas pelos enfermeiros do contexto onde irá ser implementado o Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar a perceção dos enfermeiros do contexto sobre a SC, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Implementar o Modelo SafeCare;

- ✓ Avaliar o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Partindo dos objetivos gerais definiram-se ainda os seguintes objetivos específicos (presentes nos estudos):

- ✓ Avaliar o perfil de Competência Emocional dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência Emocional dos enfermeiros na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar as barreiras percebidas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar o perfil de Competências de PBE, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar as percepções dos enfermeiros relativas à SC e ao Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Comparar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Comparar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar a percepção dos participantes do contexto sobre o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

3. Desenho da Investigação

O desenho de um estudo pretende caracterizar o plano e estrutura do trabalho de investigação com identificação do tipo de abordagem metodológica que se irá utilizar para dar resposta à questão de investigação (Oliveira, 2009). Quando a questão de investigação estiver formulada, existir uma compreensão do problema e do impacto que a investigação produzirá na disciplina de conhecimento, importa decidir o paradigma da investigação que melhor responderá à pergunta (Streubert & Carpenter, 2011).

Tendo em conta a natureza do problema, questão de investigação e objetivos, procurámos conhecer as realidades sociais subjetivas, que resultam de experiências individuais face a determinados fenómenos, como é o caso da SC em profissionais de enfermagem. Este estudo, pretende ser um contributo para a evolução do conhecimento sobre a implementação da SCE nos contextos da prática, nomeadamente, no desenvolvimento profissional dos enfermeiros, na sua prestação de cuidados e nos contextos/organizações/instituições onde exercem as suas funções. Assim, assume-se que, para compreender a questão de investigação anteriormente formulada, adota-se, tal como Cruz (2012) e Augusto et al. (2021), uma postura e um envolvimento ativo com os enfermeiros, nos seus contextos de prática clínica, tendo por base uma forte ligação às ciências sociais e humanas. Assume-se, também, uma posição ontológica tendo por base a perspetiva de teóricos críticos e construtivistas que entendem a realidade como sendo dinâmica (Polit & Beck, 2014). Esta perspetiva, é que a realidade *“é moldada por valores sociais, políticos, culturais, económicos, étnicos e de género”* (Denzin & Lincoln, 1994, p.109). Acrescenta-se ainda que, segundo esta perspetiva, o conhecimento é cocriado pelo investigador e participantes. A realidade é vista com “relativismo-local específico”, suportado pela noção de realidade dinâmica (Denzin & Lincoln, 1994; Streubert & Carpenter, 2011).

Para tal, o investigador na condução de uma investigação qualitativa, valoriza características importantes a ter em conta (Streubert & Carpenter, 2011): 1) uma crença em múltiplas realidades; 2) um compromisso com uma abordagem para compreender o fenómeno em estudo; 3) um compromisso do ponto de vista do participante; 4) condução da investigação de modo a limitar a corrupção do contexto natural dos fenómenos de interesse; 5) reconhecimento da participação ativa do investigador; 6) apresentação dos dados num estilo literário rico com apresentação do discurso dos participantes.

Este é um estudo de investigação-ação. A teoria da investigação-ação tendo sido desenvolvida a partir da prática da resolução de problemas em grupos e organizações (Streubert & Carpenter, 2011), proporciona ao investigador um enquadramento para expor conhecimento de grupo e planeamento com todos os envolvidos, em vez de impor esse conhecimento ao contexto e planeamento recorrendo a peritos. Estas características da investigação-ação exigem que o investigador trabalhe dentro do grupo para compreender a situação, utilizando para tal técnicas sistemáticas, analíticas e reflexivas de resolução de problemas de acordo com a informação obtida e em colaboração com as pessoas do grupo/contexto (Hinchey, 2008; Streubert & Carpenter, 2011). Pretende-se dar poder a quem faz parte do processo no sentido de agir a seu favor e resolver os problemas reais existentes, sendo um processo colaborativo, mas também emancipatório e de empoderamento. Investiga-se para agir, e porque se age investiga-se, entrando num processo cíclico e dinâmico, de produção de conhecimento aliado à resolução de problemas.

A investigação-ação teve origem nas ciências sociais após as mudanças que ocorreram na II Guerra Mundial com Kurt Lewin (1947) (Baskerville & Myers, 2004). Esta abordagem é considerada particularmente adequada na resolução de problemas de Enfermagem tendo em consideração que interliga a teoria e a prática através de um processo cíclico e frequentemente iterativo (Baskerville & Myers, 2004; Chiasson et al., 2008; Sousa, 2006). Acresce a este facto que, tem um conjunto de características adequadas ao desenvolvimento do estudo, designadamente, uma ação e uma orientação para a mudança, a identificação de um problema, a colaboração entre os participantes (Cruz, 2012). Existem um conjunto de etapas para a sua concretização, podendo em cada etapa desenvolver um ou mais ciclos. Segundo Chiasson et al. (2008), partindo da abordagem da investigação-ação canónica, refere que esta inclui um ou mais ciclos de:

- *“(1) diagnosing (identifying or defining a problem);*
- *(2) action planning (considering alternative courses of action for problem solving);*
- *(3) action taking (selecting and executing a course of action);*
- *(4) evaluating (studying the consequences of the action);*
- *(5) specifying learning (identifying general learning).”*

(Chiasson et al., 2008, p.34)

Estes autores sistematizaram o modelo geral da investigação-ação (Figura 2), evidenciando a dualidade cíclica (investigação e resolução de problemas no contexto) que existe, onde o ciclo da investigação se centra nos *outcomes* da investigação e o ciclo da resolução de problemas nos *outcomes* práticos. Estes ciclos são conceitualmente independentes entre si, podendo o investigador envolver-se numa ou mais atividades destes ciclos. A Figura 2 evidencia também o carácter colaborativo da investigação-ação, permitindo a conexão entre a teoria e a prática, facilitando a interação entre os investigadores e os enfermeiros do contexto neste processo de natureza cíclica.

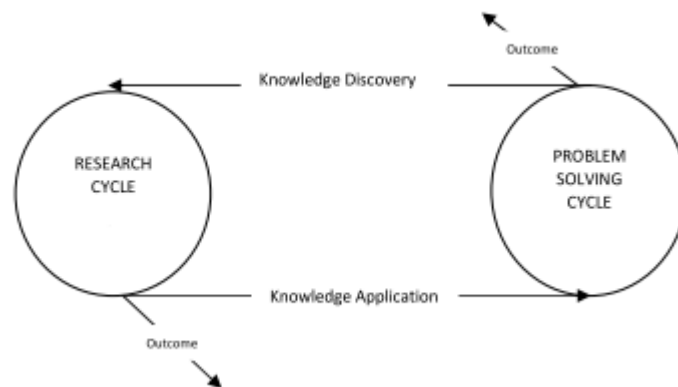


Figura 2 – Ciclo de investigação e resolução de problemas na IA

(Fonte: Chiasson et al., 2008, p.35)

No método de investigação-ação há 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).

Um aspeto relevante e que se adequa à questão e objetivos, é que a investigação-ação é *“metodologicamente flexível, ao ponto de encorajar abordagens de triangulação/pluralismo metodológico”* (Whitehead et al., 2003, p.8).

O rigor associado a este tipo de investigação não é exceção e deve responder a determinados critérios (Coutinho, 2008; Stringer, 2007; Streubert & Carpenter, 2011): 1) Credibilidade; 2) Transferibilidade; 3) Confiabilidade; 4) Confirmabilidade. A credibilidade é estabelecida através de um compromisso prolongado com os participantes no sentido de permitir a estes verificar a fidelidade da informação e esclarecimento com os pares. A transferibilidade, é estabelecida quando se realizam descrições, que permitam serem lidas e compreendidas por outros investigadores de forma a poderem ser aplicadas noutros contextos, embora estes resultados não sejam

generalizáveis. A informação pode, contudo, ser utilizada noutros contextos. A confiabilidade e confirmabilidade, responsabiliza o investigador pelo fornecimento de informação suficiente que permita que outros investigadores ao lerem o estudo possam chegar a conclusões semelhantes. Norteados por todos estes pressupostos, a implementação do Modelo SafeCare compreende quatro etapas: 1) Diagnóstico de Situação; 2) Identificação das Necessidades em SC; 3) Implementação do Modelo SafeCare; 4) Avaliação dos Resultados. Consequentemente as etapas do desenho do estudo são coincidentes com as etapas de implementação do Modelo SafeCare, onde em cada etapa se desenvolvem um conjunto de estratégias de recolha de dados, que se encontram descritas no subcapítulo 5 e que permitem dar resposta aos objetivos definidos (Figura 3).

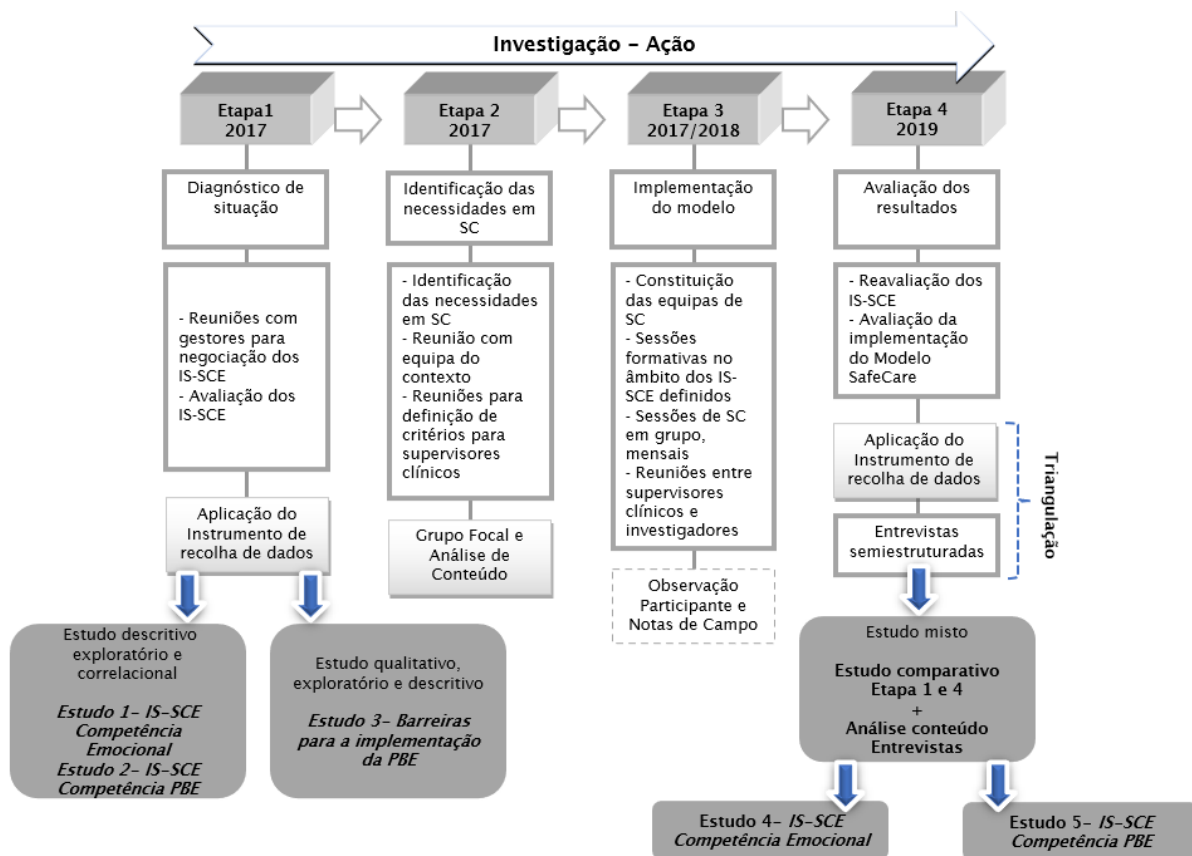


Figura 3 – Desenho do estudo

4. População e Amostra

A população pode ser definida como um conjunto de elementos que apresentam características comuns entre si, sendo que a população-alvo, é a população que é objeto de estudo, satisfazendo um conjunto de critérios de inclusão. A amostra é

considerada um conjunto de indivíduos de uma mesma população, sobre a qual se realiza o estudo (Fortin, 2009). Importa de seguida definir como vão ser selecionados os participantes que constituem a amostra, ou seja, o tipo de amostragem (Marôco, 2018). Neste estudo, recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, não seguindo os princípios básicos da teoria das probabilidades, sendo os participantes selecionados de acordo com a sua conveniência.

Assim, ao longo das etapas e estudos:

- **Etapas 1:** Na etapa Diagnóstico de Situação, os Estudos 1,2 e 3 tiveram como população os enfermeiros a exercerem funções na Instituição Hospitalar, a amostra foi constituída por 259 enfermeiros recorrendo a uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência.
- **Etapas 2:** Para a identificação das necessidades em SC, considerou-se como população os enfermeiros a exercerem funções no contexto onde iria decorrer a implementação do Modelo SafeCare: UAG de Psiquiatria e Saúde Mental. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que participaram na Etapa 1 e aceitaram participar nas etapas seguintes (N=25). No grupo de discussão focal, foram considerados apenas os participantes (nove enfermeiros) que viessem a desempenhar funções como enfermeiros supervisionados.
- **Etapas 3:** Na etapa de implementação participaram os enfermeiros da etapa anterior, ou seja, todos os enfermeiros do contexto onde iria decorrer a implementação do Modelo SafeCare.
- **Etapas 4:** Na avaliação de resultados (Estudos 4 e 5), a amostra do estudo quantitativo foi semelhante à da Etapa 2, tendo sido selecionados os enfermeiros que tinham participado da implementação do Modelo em todas as etapas, tratando-se igualmente de uma amostra por conveniência. Na fase qualitativa, para as entrevistas, foram selecionados enfermeiros que tinham participado da implementação do Modelo em todas as etapas, seja como enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros supervisionados ou enfermeiros gestores. Participaram ao todo 11 enfermeiros.

5. Recolha de Dados

Tendo por base uma postura metodológica com uma lógica indutiva no processo da investigação, os dados são recolhidos não em função de uma hipótese predefinida que há que pôr à prova, mas com o objetivo de, partindo dos dados, encontrar neles regularidades que fundamentem generalizações que serão cada vez mais amplas (Coutinho, 2008). Por outro lado, de acordo com as opções metodológicas expostas anteriormente, e tendo por base o pluralismo metodológico que a investigação-ação permite, foram utilizadas várias estratégias para a recolha dos dados. Estas estratégias permitiram assim a recolha de dados de natureza quantitativa e qualitativa, procurando a complementaridade dos mesmos e proporcionando uma maior compreensão sobre o fenómeno em estudo. As estratégias para a recolha de dados encontram-se apresentadas e explicitadas por etapa. Na investigação-ação, a recolha de dados deve procurar iniciar-se logo na fase inicial, perante a evidência do problema, sendo que a discussão inicial sobre o problema será uma componente importante da análise de dados, assim, como toda a informação recolhida ao longo das etapas que compõem o estudo (Streubert & Carpenter, 2011).

5.1. Etapa 1 – Diagnóstico de Situação

Nesta etapa foi contruído um instrumento de recolha de dados, considerando os IS-SCE selecionados, e, de acordo com a pesquisa sobre instrumentos validados para a população do estudo, constituído pelas seguintes partes (Anexo II):

Questionário sociodemográfico e profissional

Tendo por base a caracterização da amostra foram consideradas as seguintes variáveis: Idade, Sexo, Tempo de Exercício Profissional, Situação Jurídica de Emprego, Habilitações Académicas e Profissionais, Formação em Supervisão Clínica.

Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros (EVB-CIE)

Esta escala foi adaptada e validada para esta população por Vilela (2006), a partir da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional (EVB-CIE) (Veiga-Branco, 2005). A escala é constituída, na sua versão validada para os enfermeiros, por um total de 84 itens, organizados em cinco subescalas: Autoconsciência (20 itens), Gestão das emoções (18 itens), Automotivação (21 itens), Empatia (12 itens) e Gestão de Relacionamentos em Grupos (13 itens). Estes itens são avaliados numa escala tipo

Likert, sendo 1- Nunca, 2-Raramente, 3- Pouco frequente, 4- por norma, 5- Frequente, 6- Muito frequente, 7- sempre. Atualmente a escala é designada por Escala Veiga de Competências Emocionais (EVCE).

No estudo realizado por nós (Teixeira et al., 2019), apresentou um valor de alfa de *Cronbach* para a escala total de 0.92, resultando numa muito boa consistência interna. Em relação às suas subescalas: Autoconsciência ($\alpha=0.82$); Gestão de Emoções ($\alpha=0.63$); Automotivação ($\alpha=0.78$); Empatia ($\alpha=0.88$); Gestão de Relacionamentos em Grupos ($\alpha=0.85$). No estudo de Vilela (2006), revelou muito boas propriedades psicométricas e apresentou valores em relação às suas subescalas: Autoconsciência ($\alpha=0.71$); Gestão de Emoções ($\alpha=0.69$); Automotivação ($\alpha=0.75$); Empatia ($\alpha=0.83$); Gestão de Relacionamentos em Grupos ($\alpha=0.85$). Todas as subescalas foram positiva e significativamente correlacionadas entre si e com a escala total ($p<0.001$ para todas as correlações calculadas). Mais recentemente, no estudo de Augusto et al. (2021), a escala apresentou igualmente muito boas propriedades psicométricas, com um valor alfa de *Cronbach* para a escala total de 0.95 e em relação às suas subescalas: Autoconsciência ($\alpha=0.91$); Gestão de Emoções ($\alpha=0.78$); Automotivação ($\alpha=0.82$); Empatia ($\alpha=0.85$); Gestão de Relacionamentos em Grupos ($\alpha=0.88$).

As subescalas que apresentaram uma correlação superior com a escala total foram as subescalas Autoconsciência ($R=0.79$) e Gestão de Emoções ($R=0.78$). O par de subescalas Autoconsciência e Automotivação ($R=0.66$) e o par Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($R=0.66$) foram os que apresentaram correlação superior entre si. O par de subescalas Autoconsciência e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($R=0.25$) e o par Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($R=0.28$) foram os que apresentaram uma correlação inferior entre si.

Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20)

O QECPE-20, desenvolvido por Upton & Upton (2006), foi traduzido e validado para a população portuguesa por Pereira et al. (2015). É constituído por 20 itens e 3 subescalas: Práticas, Atitudes e Conhecimentos/habilidades e competências. A primeira subescala avalia as Práticas e recorre a uma escala tipo Likert de seis itens que varia do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente). A segunda subescala avalia as Atitudes, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de três itens. A terceira subescala avalia Conhecimentos/habilidades e competências, através de uma escala tipo Likert de 11 itens, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor). Na sua versão original (Upton & Upton, 2006), o QECPE-20 apresentou um alfa de *Cronbach* para as subescalas: Práticas ($\alpha=0.85$); Atitudes ($\alpha=0.79$);

Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha=0.91$) e uma consistência interna global de $\alpha=0.87$. No estudo de validação (Pereira et al., 2015), apresentou um valor de alfa de *Cronbach* para a escala total de 0.74 e para as subescalas: Práticas ($\alpha = 0.74$); Atitudes ($\alpha=0.75$); Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha=0.95$). No nosso estudo (Estudo 2) apresentou muito boas propriedades psicométricas. Apresentou um valor de alfa de *Cronbach* para a escala total de 0.93 e para as subescalas: Práticas ($\alpha = 0.94$); Atitudes ($\alpha=0.73$); Conhecimentos/Habilidades e Competências ($\alpha=0.94$). Todas as subescalas foram positiva e significativamente correlacionadas entre si e com a escala total ($p<0.001$ para todas as correlações calculadas). A subescala Conhecimentos/Habilidades e Competências, foi a que apresentou uma correlação superior com a escala total ($R=0.88$), sendo que a subescala Atitudes apresentou uma correlação inferior ($R=0.54$). O par Práticas/Conhecimentos/Habilidades e Competências foi o par que apresentou correlação mais elevada ($R=0.52$).

Questão Aberta sobre as barreiras para a implementação da PBE no contexto

Tendo por base o objetivo de identificar as barreiras percebidas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar foi adicionado ao instrumento de recolha de dados (Anexo II) a seguinte questão: *Na sua opinião, quais as principais barreiras/obstáculos para uma Prática Baseada na Evidência?*

5.2. Etapa 2 – Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica

Grupo de discussão focal ou Focus Group

Esta é considerada uma valiosa estratégia de recolha de dados, uma vez que, é uma forma específica de entrevista de grupo com intenção de explorar a dinâmica do mesmo, potenciando as discussões no grupo como forma de promover a autorrevelação entre os participantes (Freeman, 2006; Streubert & Carpenter, 2011).

A sessão de grupo focal permite conhecer tanto o foco como o grupo. Esta focalização da discussão num dado assunto, o seu contributo para a compreensão do tópico de interesse e o facto dos participantes que o compõem terem alguma característica em comum e relevante face ao tema em discussão, são características importantes desta estratégia de recolha de dados e que fazem com que seja comum na investigação qualitativa (Silva et al., 2014). Segundo estes mesmos autores, o

grupo focal, quando combinado com outros métodos, pode ocorrer em diferentes fases do percurso de investigação: inicial, intermédia ou final.

Com o objetivo de identificar e aprofundar as necessidades sentidas pelos enfermeiros relativas à SC e ao Modelo SafeCare foi realizada esta discussão estruturada. Para que a sua concretização fosse bem-sucedida, procurámos uma sólida compreensão e envolvimento do grupo na colheita de dados, de preferência, acompanhada por um outro investigador. Neste caso concreto, nesta recolha de informação participou também uma estudante de mestrado integrada no projeto, que assumiu o papel de relatora.

Existem inúmeras vantagens na adoção desta estratégia de recolha de dados, mas existem alguns aspetos a ter em atenção, nomeadamente, o efeito do “pensamento do grupo”. Para minimizar esta ocorrência, o moderador principal deve estar atento e efetuar a gestão do curso da discussão, centrando-se nos objetivos do estudo para a recolha de dados, pelo que é uma estratégia que requer alguma experiência por parte do moderador principal.

Existem várias fases para a implementação de um processo de grupo focal, e que foram tidas em consideração por nós. Silva et al. (2014), falam em cinco fases: 1) Planeamento; 2) Preparação; 3) Moderação; 4) Análise dos dados; 5) Divulgação dos resultados. Para esta discussão estruturada, na fase de preparação, para além da definição dos objetivos, participantes e critérios de inclusão, foram elaboradas questões, que se encontram reunidas num guião (Anexo VII). Este é considerado um instrumento fundamental para a recolha de informação.

5.3. Etapa 3 – Implementação do Modelo SafeCare

Observação participante

Este é um método de recolha de dados que tem origens na antropologia, sendo muito utilizado na etnografia. A intenção da investigadora foi *“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). A observação participante permite efetivamente conhecer e fazer parte do grupo. Nesse sentido, inicialmente a investigadora apesar de ser conhecida no contexto, era vista como um elemento externo ao grupo, com o passar do tempo, houve uma maior aproximação passando a fazer parte do mesmo, aspeto que contou

com a sua participação e envolvimento em diversas atividades do contexto. Tal como defendem alguns autores, *“para se encaixar no conjunto, o investigador pode envolver-se em algumas atividades com os participantes”* (Streubert & Carpenter, 2011, p.43). Como forma de compreender as ações e interações dos indivíduos, a observação participante teve por base uma observação não estruturada, ou seja, não havia um guião previamente definido. Segundo Bell (2008), neste tipo de técnica embora os investigadores possam ter uma ideia clara do propósito da observação assume-se que podem não ter tanta clareza sobre os detalhes.

Notas de Campo

As notas de campo, comuns nos estudos etnográficos, são consideradas anotações que permitem esclarecer as observações e fazem parte da análise de dados. Estas, podem também ser utilizadas noutros estudos de natureza qualitativa. Nestes registos os investigadores documentam e descrevem as observações, e considerações sobre o que está a ser ouvido e observado. As notas de campo também podem conter uma narrativa pessoal, do que o investigador experienciou num determinado encontro (Streubert & Carpenter, 2011). As anotações são de extrema importância, podendo validar temas importantes relacionados com os participantes e facilitar o ênfase adequado nos temas emergentes, pelo que possibilita importantes contributos para a análise e interpretação de dados. Para as notas de campo, foi construído um documento para registo das sessões de SC (Anexo IX). Este documento, facilitou as anotações da investigadora, relativas às atividades realizadas, resumos das sessões e descrição das estratégias de supervisão utilizadas. Desta forma, o documento permitiu registar as seguintes informações: Número da sessão; Supervisor/equipa e elementos presentes; Data/hora e Duração; Objetivos: Estratégias de Supervisão e um espaço para anotações do resumo da sessão.

5.4. Etapa 4 – Avaliação dos Resultados

Nesta etapa voltou-se a aplicar o mesmo instrumento da Etapa 1, de forma a reavaliar os IS-SCE. Complementarmente, realizaram-se entrevistas aos intervenientes na implementação do Modelo, nomeadamente, enfermeiros gestores, enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros supervisionados.

Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada é um tipo de entrevista que apresenta alguma flexibilidade, mas ao mesmo tempo desenvolve-se tendo por base um conjunto de questões orientadoras, que permitem aprofundar conhecimentos sobre o fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Este tipo de entrevista salvaguarda, contudo, que o entrevistado conte a história, apresente o seu ponto de vista e exprima a sua opinião relativamente ao tema (Streubert & Carpenter, 2011). Tendo por objetivo avaliar a implementação do Modelo SafeCare, relativamente aos IS-SCE, e aos seus intervenientes (contexto, profissional, cliente de cuidados), nomeadamente, identificar as perceções dos enfermeiros sobre essas mesmas alterações, foi elaborado um guião orientador para a realização da entrevista composto por duas partes: a primeira composta pela caracterização sociodemográfica e profissional do participante; a segunda pelo conjunto de questões orientadoras (Anexo X).

A fidelidade e validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida (Fortin, 2009). A fidelidade é uma condição que mostra se o instrumento de medida dá valores constantes de uma vez para a outra, pelo que foi efetuado um pré-teste da mesma a quatro enfermeiros, não havendo necessidade de reformulação. A verificação da validade foi efetuada através da avaliação da entrevista por um perito externo ao estudo que deu parecer favorável acerca da mesma.

6. Procedimentos Formais e Éticos

No planeamento e desenvolvimento de uma pesquisa é importante que o investigador tenha presente que qualquer investigação “(...) *junto de seres humanos levanta questões morais e éticas*” (Fortin, 2009, p. 180). Assim, na concretização desta investigação foram desenvolvidas estratégias no sentido de respeitar os princípios éticos inerentes a qualquer trabalho desta natureza.

O rigor metodológico e o respeito mútuo assumem um papel preponderante ao longo desta investigação. Face aos pressupostos descritos na Declaração de Helsínquia, Princípios Éticos na Investigação Médica envolvendo seres humanos da Associação Médica Mundial, concretamente da sua versão atualizada em Fortaleza, Brasil, outubro de 2013 (World Medical Association [WMA], 2013), todos os participantes ao longo das etapas de investigação leram e assinaram os termos dos consentimentos informados fornecidos (Anexo I e Anexo VII). O consentimento

informado significa “*que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar*” (Polit & Beck, 2014, p.151). O consentimento informado é considerado um pré-requisito para toda a investigação que envolva seres humanos.

Por outro lado, no que diz respeito aos dados recolhidos dos participantes ao longo das etapas e estudos desenvolvidos, quer de natureza qualitativa como quantitativa, procurámos, cumprir os princípios de confidencialidade dos dados pessoais, anonimato, bem como sigilo e a participação voluntária no decurso da investigação, considerando e conservando o direito dos participantes em aceitarem ou revogarem a sua participação, sem prejuízo para o profissional. Simultaneamente, foram assegurados alguns princípios associados aos estudos de natureza qualitativa: Beneficência (defendendo a ausência de prejuízo para o participante, já referido anteriormente); Autonomia (consentimento informado e participação voluntária); Justiça. Assim, estes três princípios éticos proporcionam um enquadramento organizador para os assuntos éticos inerentes à investigação qualitativa (Streubert & Carpenter, 2011).

Seguindo os princípios expostos inicialmente, o protocolo de investigação foi submetido à Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Instituição Hospital tendo obtido o parecer favorável (CE 335/2016).

Para a utilização de instrumentos de avaliação, que compuseram o instrumento de recolha de dados da Etapa 1 e Etapa 4, foram pedidas as respetivas autorizações aos autores.

Para a obtenção do emparelhamento da amostra, os instrumentos para a recolha de dados da Etapa 1 e Etapa 4, foram entregues na primeira, em duplicado, num envelope fechado, com um código aleatório. Foi pedido aos participantes para guardarem o outro documento num local seguro, fechado onde só o próprio tivesse acesso, para depois ser preenchido na Etapa 4 e devolvido à investigadora.

A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória nos vários estudos onde existiu análise de repostas/discurso de participantes, garantindo o anonimato e confidencialidade. Assim:

- Análise das respostas da questão aberta Etapa 1: As respostas foram representadas de forma aleatória pela letra R que representa resposta, seguidas de representação numérica, R1 até R98;

- Análise do Grupo de Discussão Focal: A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória pela letra E que representa o enfermeiro, seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E9);
- Análise das Entrevistas: A representação foi feita de forma aleatória, pela letra E que representa o enfermeiro supervisionado; por ESC que representa o enfermeiro supervisor clínico e por EG que representa o enfermeiro gestor e todas seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E4, ESC 1 a ESC 4 e EG 1 a EG3).

Por outro lado, para a gravação de áudio das entrevistas e grupo focal, foi pedido consentimento para a gravação e exposto esta seria interrompida a qualquer momento, caso algum dos participantes assim o requeresse. Foram ainda informados que a gravação seria utilizada para efeitos de transcrição e análise do conteúdo, e que decorridos 6 meses após a defesa do trabalho será destruída. Até lá, seria guardada em local seguro. Foram assegurados igualmente todos os princípios expostos anteriormente.

7. Análise dos Dados

Para a análise dos dados utilizados neste percurso de investigação, realizou-se a análise estatística de dados quantitativos (descritiva e inferencial) e a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), para os dados qualitativos.

Assim, em relação aos dados quantitativos o tratamento estatístico dos dados foi realizado através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0.

Assim, depois da recolha de dados torna-se importante caracterizar a amostra. Existem várias formas de caracterizar a amostra, de entre as mais importantes e utilizadas: as medidas de tendência central (que procuram caracterizar o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência); as medidas de dispersão (dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra; medidas de associação (caracterizam a intensidade e a direção da variação comum entre variáveis) (Marôco, 2018).

Para a análise do QCEPBE-20, a análise descritiva foi efetuada com recurso à média e desvio padrão (variáveis quantitativas) e frequência absoluta e relativa (variáveis qualitativas). A consistência interna de cada subescala e dos fatores foi

obtida através do alfa de *Cronbach*. Segundo a literatura, considera-se que valores para alfa de *Cronbach* superiores a 0.70 são reveladores de uma boa consistência interna (Marôco, 2018), o que foi obtido pelos instrumentos utilizados (QECPE-20, EVB-CIE). O *score* total da escala bem como das subescalas foi obtido através da seguinte expressão: (soma dos itens que constitui a dimensão ou escala/número de itens constitui a dimensão ou escala). A análise descritiva das mesmas foi obtida através do cálculo da média e respetivo desvio padrão. A associação linear entre as subescalas e a escala total foi obtida com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*. A identificação de potenciais fatores preditivos (Sexo, Idade, Tempo de exercício profissional, Habilitações académicas e Profissionais, Situação jurídica de emprego, Local onde exerce funções, Tempo de trabalho no serviço e Formação em supervisão clínica) da escala total bem como de cada uma das subescalas foi efetuada com recurso à regressão linear simples. Por fim, modelos de regressão linear ajustados foram realizados de modo a identificar fatores independentes de cada uma das subescalas e da escala total. Em todas as análises foi considerado um nível de significância de 0.05 ($p < 0.05$). Valores estatísticos com p igual ou superior a 0.05 foram considerados como diferença estatisticamente não significativa.

Em relação à EVB-CIE, para a análise descritiva seguiu-se os mesmos pressupostos. Igualmente, a consistência interna de cada subescala e escala total foi obtida através do alfa de *Cronbach* e a associação linear entre as subescalas e a escala total foi obtida com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson*. O *score* total da escala bem como das subescalas foi obtido através da soma dos itens que as constituem. A análise descritiva das mesmas foi obtida através do cálculo da média e respetivo desvio padrão. Foi igualmente realizada a identificação de potenciais fatores preditivos com recurso à regressão linear simples. Foi também considerado um nível de significância de 0.05 ($p < 0.05$).

Na comparação das etapas, foram calculados os valores de mediana (medida de tendência central) e amplitude interquartis (AIQ) (medida de dispersão) para as duas fases de avaliação e para cada uma das subescalas e *score* total das duas escalas avaliadas (QECPE-20, EVB-CIE). Os valores de prova foram obtidos através da aplicação do teste de Wilcoxon (teste não paramétrico devido ao tamanho da amostra). Este teste, utiliza-se quando se pretende comparar a medida de tendência central (mediana neste caso) da população sob estudo partindo de amostras emparelhadas (Marôco, 2018). O objetivo da utilização das amostras emparelhadas, foi reduzir as fontes de variabilidade externa à intervenção, sendo os mesmos participantes no antes e no depois da implementação do Modelo SafeCare.

Em relação aos dados qualitativos, obtidos através da questão aberta inserida no instrumento de colheita de dados na Etapa 1, grupo focal e entrevista semiestruturada, estes foram analisados tendo por base a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistematizados e objetivos para descrever o conteúdo das mensagens, sendo que a intenção da análise de conteúdo *“é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produções (ou, eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)”* (Bardin, 2016, p.40). A análise de conteúdo não apresenta um alcance meramente descritivo, mas também pretende realizar inferências (deduções lógicas) respondendo as questões como *“o que levou a determinado enunciado?”* ou *“quais as consequências que determinado enunciado vai provocar?”*. A análise de conteúdo toma em consideração as significações (conteúdo), a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas. Procura, de certa forma, conhecer o que está por detrás das palavras sobre as quais se debruça. Realizamos uma análise de conteúdo temático-categorial. Para se reduzir a subjetividade inerente ao processo, limitamos a análise ao conteúdo manifesto, ou seja, aquilo que foi dito explicitamente pelos participantes e deixou-se de parte o conteúdo latente, ou seja, o que esteve implícito nas entrevistas, mas não foi dito (Landry, 2003).

A descrição é importante, e a primeira etapa necessária, de forma a realizar a enumeração das características do texto após tratamento, e a interpretação, ou seja, a significação atribuída a estas características, a última. A inferência permite a passagem explícita e controlada de uma etapa à outra, sendo considerada intermédia. O fundamento para a especificidade da análise de conteúdo, reside na articulação entre a análise e descrição de textos, e a dedução lógica dos fatores que determinam essas características. Ou seja, podemos dizer que existe uma leitura em dois planos: vertical e horizontal. Assim, podemos falar de um plano sincrónico (horizontal), para designar o texto e a sua análise descritiva, e um plano diacrónico (vertical), que remete para as variáveis inferidas (Bardin, 2016). A análise de conteúdo permite assim, conhecer, compreender e explorar realidades subjetivas, que resultam de interpretações da vida social. Neste caso em concreto, permitiu-nos conhecer e explorar a realidade dos participantes do contexto ao longo dos diferentes momentos das etapas, colhendo informações relevantes para as etapas seguintes. Na avaliação final, permitiu explorar e aprofundar o conhecimento sobre a influência da implementação do Modelo no contexto e nos IS-SCE.

O material empírico obtido através da realização de entrevistas, grupo focal e colocação da questão aberta, foi alvo de pré-análise e exploração, tendo em consideração os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto (Bardin, 2016). Tivemos em conta as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

A organização da análise, tal como o nome indica, é a fase de organização propriamente dita. Na codificação, trata-se o material, transformando os dados em bruto do texto, através de recorte, agregação e enumeração, para atingimento de uma representação do conteúdo. Esta pode compreender o recorte (escolha das unidades), a enumeração (escolha das regras de contagem) e a classificação/agregação (escolha das categorias). Na matriz com Unidade de Enumeração (UE), foi utilizada a frequência, pelo que consideramos que a importância de uma Unidade de Registo (UR) aumenta com a frequência com que aparece. Por sua vez, a UR, corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e contagem de frequências (Bardin, 2016).

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). A categorização é um processo do tipo estruturalista, uma vez que compreende o isolamento dos elementos (inventário), e o repartir dos mesmos (classificação), procurando impor uma certa organização às mensagens. Tentamos, igualmente, garantir a qualidade aquando da criação das categorias, cumprindo os pressupostos do mesmo autor: exclusão mútua entre as categorias, homogeneidade no sentido de cumprir o requisito anterior, pertinência face à investigação, objetividade, fidelidade e produtividade.

A análise de conteúdo foi efetuada pela autora principal e, posteriormente revista por dois investigadores, com experiência na análise de conteúdo. Cada investigador efetuou a sua análise em separado. No final o grupo de investigadores reuniu, chegando ao consenso final acerca das categorias da análise.

CAPÍTULO III – CONTRIBUTO DA SUPERVISÃO CLÍNICA PARA A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA E COMPETÊNCIA EMOCIONAL EM ENFERMEIROS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta-se dividido em subcapítulos, sendo que estes, representam cada uma das etapas do Modelo SafeCare, sendo coincidente com o desenho do estudo. Em cada etapa apresentamos os estudos que emergiram da mesma com análise, bem como a explanação e fundamentação das atividades realizadas, discussão dos dados e resultados. Os estudos e o capítulo de livro, apresentam-se sob a forma como foram publicados ou submetidos.

1. Diagnóstico de Situação

Esta fase do percurso de investigação decorreu de abril a julho de 2017. Norteados pelos princípios e pressupostos para esta Etapa 1 - Diagnóstico de Situação do Modelo SafeCare, delineámos os seguintes objetivos:

- Apresentar o projeto ao enfermeiro gestor institucional e enfermeiros gestores;
- Formalizar a parceria institucional, com a elaboração e assinatura da carta de parceria;
- Apresentar e negociar os IS-SCE, com os enfermeiros gestor institucional e gestores do contexto;
- Avaliar os IS-SCE na Instituição Hospitalar, nomeadamente, aplicar o instrumento de recolha de dados constituído pela caracterização sociodemográfica e profissional, a Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros (EVB-CIE) e o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20), a uma amostra de enfermeiros da Instituição Hospitalar;
- Identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar.

Esta etapa, constituiu-se como a etapa inicial que compõe o Modelo SafeCare e consiste na identificação dos problemas e/ou áreas a trabalhar de acordo com as necessidades sentidas pelos intervenientes do contexto. São negociados com a instituição os IS-SCE, que serão alvo de avaliação e intervenção. É ainda essencial conhecer a realidade do contexto, a dinâmica, os riscos da equipa, a forma como estão organizadas as unidades de cuidados e as rotinas do contexto. Pode dizer-se que a implementação do Modelo SafeCare é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo, que pretende identificar o grau de desenvolvimento da equipa face às necessidades do contexto no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e melhoria contínua da qualidade, alvo de atenção nas fases subsequentes. Assim, o Diagnóstico de Situação deve englobar determinados aspetos que são considerados cruciais para o sucesso da sua implementação: o contexto (área geográfica de influência da instituição); o envolvimento das partes interessadas, nomeadamente, a estrutura orgânica da instituição (Conselho de Administração, Enfermeiros Gestores, Enfermeiros do Contexto); e, os valores, de forma a estabelecer uma política de qualidade (Teixeira, Carvalho e Barroso, 2019).

De acordo com estes pressupostos, o Diagnóstico de Situação deve ainda ter em conta determinadas condições e responsabilidades:

- Orientação voltada para o cliente de cuidados: Promover uma orientação da gestão e das práticas que garantam a centralidade da pessoa/cidadão;
- Responsabilidade de administração e gestão da instituição: Orientar a equipa multiprofissional para uma cultura de participação e construção da melhoria contínua da qualidade;
- Envolvimento dos responsáveis das equipas e dos profissionais: Promover a autonomia e responsabilização das equipas e dos profissionais na gestão das estruturas de prestação de cuidados;
- Abordagem segundo uma prática baseada na evidência: Mapear os cuidados de enfermagem segundo uma metodologia baseada na melhor e mais atual evidência;
- Melhoria Contínua: Garantir a avaliação e a formação contínua visando a qualidade do atendimento, do desempenho, do compromisso nos cuidados traduzido numa política de eficiência e ganhos em saúde;
- Tomada de decisão sustentada em factos concretos e reais: Monitorizar continuamente os resultados de forma a implementar medidas corretivas atempadas que garantam a eficácia do desempenho;
- Investigação e desenvolvimento em enfermagem: Promover a segurança e a qualidade dos cuidados no contexto e articular com outros contextos ou instituições numa perspetiva integrada e orientada para a investigação e desenvolvimento da instituição.

Sendo que cada interveniente tem um papel importante para o sucesso da implementação do Modelo, deu-se início à formalização organizacional. Ao Conselho de Administração cabe aprovar todas as decisões, aceitar alterações sugeridas e decorrentes da implementação do Modelo. Os enfermeiros gestores institucionais e do contexto têm um papel fundamental no que consiste ao apoio e motivação da equipa, sendo facilitadores para a implementação do Modelo. São também eles os responsáveis pela gestão da equipa, fornecimento de condições favoráveis (por exemplo, gestão dos horários, espaço físico para realização das reuniões de supervisão). O enfermeiro supervisor clínico major, é o gestor e responsável de todo o processo, fazendo a ponte entre os enfermeiros supervisores clínicos e supervisados, com os enfermeiros gestores (da instituição e do contexto). Ao

enfermeiro supervisor clínico cabe orientar a equipa de enfermeiros supervisionados, dando-lhes o apoio e suporte necessário. Ao enfermeiro supervisionado, cabe a função de participar nas sessões, identificando áreas de intervenção e propondo soluções, no sentido da obtenção de uma melhoria contínua e de ganhos em saúde (Figura 4).

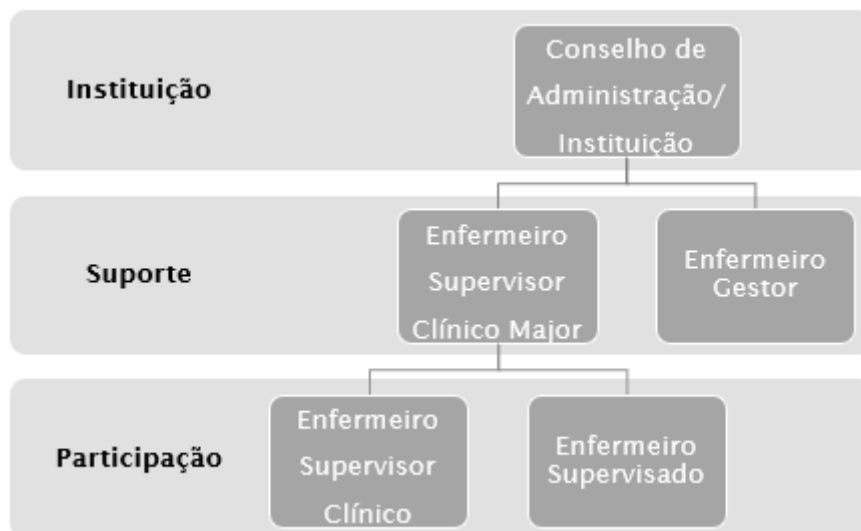


Figura 4 – Intervenientes na implementação do Modelo SafeCare

Este início de formalização organizacional pressupõe ainda a assinatura de uma carte de parceria, tendo em vista a clarificação de papéis e responsabilidades de cada um dos intervenientes: objeto; serviços ou unidades funcionais envolvidas; articulação e coordenação de atividades; metodologia; objetivos; resultados esperados; equipa; organização das atividades assistenciais; compromissos/contrapartidas; vigências; e alterações à carta de parceria (Teixeira, Carvalho e Barroso, 2019).

Foram realizadas reuniões com o enfermeiro gestor institucional, o enfermeiro gestor do contexto, o enfermeiro supervisor clínico major e os investigadores do Projeto SafeCare. Nestas primeiras reuniões foi apresentado o Modelo SafeCare, salientando os seus aspetos centrais, objetivos e vantagens identificadas na sua utilização. Nesta fase é importante que a instituição identifique as suas necessidades, aspetos que serão centrais para a implementação da SC.

Foram apresentados os IS-SCE propostos pelos investigadores e negociados com os enfermeiros gestores. Face à importância dos dois IS-SCE, considerados relevantes para a qualidade e segurança dos cuidados, de interesse para a inovação, flexibilidade e mudança na instituição, foram acolhidos com agrado e interesse pelos mesmos.

Na reunião seguinte, foram analisados os aspetos referentes à implementação do Modelo, nomeadamente, o *timing* em que decorreria e horas para a realização das

sessões de supervisão em grupo, a serem geridas no horário mensal pelo enfermeiro gestor do contexto. Foram negociadas duas horas mensais por equipa durante 12 meses, com acréscimo de horas necessárias para a formação contínua, de acordo com as necessidades da equipa.

Foi então elaborada uma carta de parceria entre a ESEP e a Instituição Hospitalar, no sentido de ser formalizado o processo, de acordo com os pressupostos anteriormente referidos.

Posteriormente, foram avaliados os IS-SCE (Competência Emocional e Competência de PBE) na instituição e identificadas as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE, inseridos no instrumento de recolha de dados contruído para esta etapa da qual resultam os Estudos 1, 2 e 3, apresentados de seguida.

1.1. Estudo 1 – “Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence”

Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Clinical supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, LX (1), 481-488.

<https://dx.doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61>

Abstract

Nursing is a complex and highly demanding profession. Capabilities on Emotional Competence are crucial to overcome many constraints and achieve excellence in the care provided. Thus, the awareness of nurses regarding their place in the organization and in the continuous improvement politics, is essential. Clinical supervision plays an important role in professional development through the reflective practice. The aim of the study is to describe nurses' emotional intelligence capabilities in a hospital setting. To answer our research question, a convenience sampling strategy was employed. A total of 500 questionnaires were delivered using Veiga Branco Emotional Intelligence Capabilities Scale (VBEICS©) adapted version for nurses. From the questionnaires delivered, 259 questionnaires were returned. The data were collected between April and July 2017 and processed using the SPSS© version 24.0. The results showed that nurses perceived themselves emotionally intelligent. Self-Awareness and Emotions Management had a higher correlation with the total *score* of Emotional Competence. Social skills were less developed in our sample. Academic degree and workplace context can be potential predictive factors of Empathy and Managing Relationships in Groups. According to these findings, the implementation of a nursing clinical supervision model adapted to a specific context can be crucial to the development of strategies ensuring the continuous improvement of these capabilities.

Keywords: Clinical supervision; Emotional competence; Nursing.

1. Introduction

The concept of emotional intelligence is relatively young. Three trends can be distinguished in literature; the Ability Model by Salovey and Mayer, the Trait Model by Goleman and the Mixed Model by Bar-On (Van Dusseldorp, Van Meijel, & Derksen, 2011).

The term "Emotional Intelligence" was first formally defined in the early 1990s by Salovey and Mayer (1990) as "the ability to control feelings and emotions in oneself and in others, to discriminate between them and to use information to guide actions and thoughts" (p. 189). They divided emotional intelligence into four areas of abilities/skills: (1) perceiving emotions, (2) using emotions to facilitate thoughts, (3) understanding emotions and (4) managing emotions in a way that enhances personal growth and social relations. According to Goleman's model (1995, 2010), Emotional Intelligence is based on five great capabilities (table 01): Self-awareness, Self-Regulation, Internal Motivation, Empathy and Social Skills.

Table 01. Skills of Emotional Competence (Goleman 2010) – adapted

Personal Skills These skills determine how we manage ourselves	Social Skills These skills determine how we deal with interpersonal relationships
Self-awareness - Emotional self-awareness, self-assessment, and self-confidence. Self-Regulation - Self-mastery, inspire confidence, be conscientious, adaptability and innovation. Internal Motivation - Will to succeed, commitment, initiative and optimism.	Empathy - Understanding others, developing others, service orientation, enhancing diversity and understanding the emotional currents. Social Skills - Influence, communication, conflict management, leadership, catalyst for change, building bonds, collaboration and team capabilities.

In a progressive and multi-authorial way, the concept of Emotional Competence was thus constructed from the initial concept of Emotional Intelligence. According to Bisquerra (2008), Emotional Competence is "the set of knowledge, skills, abilities and attitudes necessary to properly understand, express, and regulate emotional phenomena". Therefore, in the daily practice, the set of Emotional Competencies allow to understand, express and regulate in an appropriate way the emotional phenomena, facilitating the learning processes, problem-solving, interpersonal relationships and adaptation to different contexts including cross-cultural ones. Veiga-Branco (2005), who also studied the concept of Emotional Competence based on the initial concept of Emotional Intelligence, developed by Goleman (1995, 2003), distinguishes the

concept of EC from EI. The author considers that it refers to be more grounded on the concept of intelligence, more "virtual", in the domain of the broad axes of structuring a knowledge.

The Emotional Competence is relevant in the context of health care, since it can highly influence the quality performance among health professionals. Modern demands of nursing draw on the skills of emotional intelligence to meet the needs of direct patient care and multidisciplinary team. The significance of this needs to be recognized in nurse education. The link between emotional intelligence and emotional labour is considered to be an important area for future research (McQueen, 2004), as emotional labour is important in establishing therapeutic nurse-patient relationships but carries the risk of 'burnout'. To prevent this, nurses need to adopt strategies. To achieve a good professional performance, it is necessary that the nurse integrates the specific competencies inherent to the profession, alongside with other transversal competencies, which include flexibility, creativity, autonomy, a sense of responsibility, teamwork, adapting to change, critical thinking and decision-making. Emotionally competent nurses give an important contribution to their workplace by expressing concerns such as quality, improvement in patient care outcomes, staff recruitment and management (Cadman & Brewer, 2001).

Health organizations are ever-changing, and nursing turnover is globally high. Leaders who provide inspiration and maintain motivation within their workforces are important for staff retention and changing practices. EI has been linked to relational models of leadership, such as transformational leadership, which in turn are related to improved outcomes for patients (Cummings et al., 2010; Spano-Szekely, Griffin, Clavelle, & Fitzpatrick, 2016). They are thus able to promote knowledge and innovation as well as create therapeutic work relationships, which are critical for facilitating knowledge utilization that leads to more evidence-based nursing practice (Edgar et al., 2006).

In Portugal, clinical supervision in nursing is now a daily practice, but there are still few national studies conducted in this area. Nurses in clinical practice need to show flexibility and be prepared to complex and demanding situations. According to the literature review, clinical supervision is essential for the quality of nursing care and it is an important mechanism to support nurses in their clinical practice. Health benefits can be achieved through clinical supervision since nurses are able to develop their expertise, improve and develop the quality of the care they provide to their clients, reduce stress, optimize their coping resources and emotional intelligence capabilities. According to Nightingale, Spiby, Sheena, & Slade (2018) in their integrative literature

review, they provide evidence that developing emotional intelligence may positively impact on certain caring behaviours. But there are still few studies that correlate the impact of a clinical supervision model and the development of emotional competence. Cruz, Carvalho, & Sousa (2015) implemented a clinical supervision model in nursing (six months) but even though, their study pointed out that when the supervisees were more ‘self-motivated’ they discussed less ‘personal issues’.

Therefore, we decided to conduct this research which is a part of a larger study, the “Clinical Supervision for Safety and Care Quality” (C-S2AFECARE-Q). In the first phase, we identified and assessed nursing capabilities of emotional competence. In the second phase, clinical supervision teams will be organized and we will implement the clinical supervision model. In the last phase, we will assess the same indicators with the same instruments of the first phase and compare the results.

2. Problem Statement

When faced with change, nurses will have to deal with many demands and the need to reflect on the complex and often difficult reality, compelling them to develop intrinsic competences in the sense of maintaining a good biopsychosocial structure. Massey, Chaboyer, & Anderson (2017) reported negative emotional responses hampered by the escalation of care. Moreover, it is possible that assisting nurses to develop EC capabilities and the application of these capabilities in clinical reasoning may be a strategy to enhance clinician’s capacity for considered clinical reasoning and decision-making in challenging and complex environments.

Taking into account this approach, it was considered pertinent to study and deepen this theme in the sense that Emotional Competence is relevant in the healthcare context since it has a major importance for quality performance among professionals, reflected in the quality and safety of care they provide. Considering that clinical supervision plays an important role in professional development, it is crucial the assessment of Emotional Competence capabilities in this context, so that a clinical supervision model tailored to the needs of nurses can be implemented.

3. Research Questions

This research intended to respond to two main questions:

- What is the Emotional Competence profile of the study sample?

- Which variables influence nurses' Emotional Competence?

4. Purpose of the Study

This study set out to describe the nurse's emotional competencies in a clinical context, specifically:

- To study the variables that characterize the nursing population;
- To study the profile of Emotional Competence in the nursing population;
- To identify variables that influence the nurses' Emotional Competence.

5. Research Methods

We conducted a quantitative, descriptive-correlational study. In order to answer our research questions, a convenience sampling strategy was employed to deliver 500 questionnaires in several units of the context under study.

The data collection instrument used was a questionnaire mostly composed of closed questions and divided in two parts, the first one intended to characterize the participant in the study, the second one was constituted by Veiga Branco Emotional Intelligence Capabilities Scale (VBEICS©) adapted version for nurses. This version includes 84 – items with a Likert – type scale (1-7) ranging between “never” to “always”. The items are divided into five subscales, namely: ‘self-awareness’ (20 items), ‘emotions management’ (18 items), ‘self-motivation’ (21 items), ‘empathy’ (12 items) and ‘managing relationships in groups’ (13 items). The data were collected between April and July 2017 and processed using software SPSS 24 version, with a 0.05 significance level.

6. Findings

A total of 259 questionnaires were obtained with a VBEICS© Cronbach's alpha value for the total score of 0,919. The response rate was 51.8%, indicating the positive nurses' receptiveness to this study. In our sample, 79.2% of the respondents were female, with an average age of 37.1 years and mean of years of practice of 13.9 years. In addition, it also showed that 32.6% had a specialization course in this area and 32.4% had a postgraduate course. Socio demographic data are shown in table 02.

Table 02. Socio demographic data

	n=259	%
Gender		
Female	205	79.2
Male	54	20.8
Professional Category		
Nurse	173	67.1
Specialized Nurse	84	32.6
Other	1	0.4
Academic degree		
Other	4	1.5
Bachelor	105	40.5
Postgraduate	30	11.6
Specialization	84	32.4
Master	35	13.5
Ph.D	1	0.4

Nurses self-perceive themselves by norm emotionally intelligent, with a 4,82 weighted average *score*. Descriptive analysis of total *score* and each dimension are presented below.

Table 03. Descriptive analysis

	n	Min	Max	X	SD
Total	227	275	504	405.1	37.5
Self-Awareness	252	70	138	102.6	12.0
Emotions Management	250	56	108	81.3	9.4
Self Motivation	250	67	140	106.0	11.1
Empathy	254	25	84	59.8	9.1
Managing relationships in Groups	254	13	91	57.3	9.4

The Pearson correlation coefficient was used to assess the significant relations between the variables. The total dimensions are positively and significantly correlated with each other and with the full scale ($p < 0.001$ for all calculated correlations). The dimensions that present a higher correlation with the total scale are dimensions Self-Awareness ($R = 0.790$) and Emotions Management ($R = 0.782$). The dimensions Self-Awareness and Self-Motivation ($R = 0.657$) and the dimensions Empathy and Managing Relationships in Groups ($R = 0.658$) are those that present a higher correlation between each other. In the study conducted by Vilela (2006), Empathy was also correlated to Managing Relationships in Groups, showing the highest *score* ($R = 0.653$). Empathy and

Managing Relationships in Groups were also the dimensions with lowest correlation with the total *score*. These findings are important for further interventions in context, showing that Empathy and Managing Relationships in Groups are dimensions with lowest correlation with total EC *score*. The dimensions Self-Awareness and Managing Relationships in Groups ($R=0.253$) and dimensions Self-Motivation and Managing Relationships in Groups ($R= 0.282$) show lower correlation between each other.

The identification of potential predictive factors (gender, age, professional practice time, legal status, academic degree and workplace) of the total scale, as well as of each of the dimensions was performed using simple linear regression. Finally, adjusted linear regression models were used in order to identify factors independent from each of the dimensions and the total scale. Considering these results, for total EC *score* and dimensions: Self-Awareness, Emotions Management and Self-Motivation, none of the predictive factors remain statistically significant in the adjusted models. In the dimension Empathy, 8,6% of variability can be considered from academic degree and workplace. Nurses with a higher academic degree showed higher *scores* of Empathy. In addition, nurses from surgical unit showed lower *scores* comparing with those from psychiatric and mental health (table 04). Predictive factors (academic degree and workplace) also remain statistically significant in the adjusted model for Managing Relationships in Groups, showing that nurses with higher academic degree also performed higher *scores* of this dimension. Managing relationships in groups, in emergency and intensive care, midwifery and medical unit, showed higher *scores* than for those nurses working in the psychiatry and mental health unit (table 04). Only, 5,9% of variability can be considered from the variables of this model.

Table 04. Adjusted Models for Empathy and Managing Relationships in Groups

	Empathy			Managing Relationships in Groups		
	Adjusted Model			Adjusted Model		
	B	IC 95%	<i>p</i>	B	IC 95%	<i>p</i>
Gender						
Female	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Male	-0.05 (1.4)	-2.9 – 2.8	0.972	1.9 (1.5)	-1.0 – 4.9	0.199
Age	0.001 (0.3)	-0.5 – 0.5	0.996	0.01 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.961
Professional practice time	0.04 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.890	0.06 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.824
Academic degree						
Bachelor's degree	(ref)	-	-	(ref)	-	-

Postgraduate studies	1.9 (2.0)	-1.9 – 5.8	0.321	2.0 (2.0)	-1.9 – 5.9	0.31 2
Specialty	1.0 (1.4)	-1.8 – 3.9	0.484	1.3 (1.5)	-1.6 – 4.1	0.39 4
Masters or PhD	4.2 (1.9)	0.5 – 7.8	0.027	3.2 (1.9)	-0.5 – 7.0	0.08 9
Legal status of employment						
Public functions contract	1.6 (1.8)	-1.9 – 5.1	0.356	-0.4 (1.8)	-3.9 – 3.2	0.83 4
Individual contract for an indefinite period	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Individual contract for a fixed period or other	-1.8 (2.9)	-7.5 – 3.8	0.526	-4.4 (3.1)	-10.6 – 1.8	0.16 2
Workplace context						
Paediatrics	-0.7 (2.4)	-5.4 – 4.0	0.784	4.5 (2.4)	-0.3 – 9.3	0.06 6
Emergency and intensive care units	-4.1 (2.4)	-8.8 – 0.5	0.082	5.2 (2.4)	0.5 – 9.9	0.03 1
Surgery unit	-5.6 (2.8)	-11.1 – -0.1	0.047	3.1 (2.8)	-2.4 – 8.7	0.26 9
Medical unit	-3.7 (2.2)	-8.1 – 0.7	0.097	4.5 (2.3)	0.04 – 9.0	0.04 8
Midwifery	-1.8 (2.6)	-6.9 – 3.3	0.488	6.1 (2.7)	0.8 – 11.3	0.02 5
Psychiatry and mental health unit	(ref)	-	-	(ref)	-	-

7. Conclusion

Attention should be given to developing nurses' EC as an important factor in escalating care for the deteriorating patient and voicing concerns regarding patient safety. Our study pointed that nurses self- perceived themselves *by norm* emotionally intelligent. Social skills had the lowest *scores*, which is relevant for team performance regarding patient safety and quality of care provided. Workplace and academic degree can be considered predictive factors for empathy and managing relationships in groups. For these leaders and managers have a pivotal role in the development of an organizational culture that values strategies for the development of these capabilities and emotional literacy. Emotional Competence should be recognized as a relevant construct underlying the nursing practice and in continuous education policies. In clinical practice, the emotional competence can be trained and developed over time. The implementation of a clinical supervision model adapted to nurses' EC needs and workplace context can make an important contribution for its development towards quality of care and patient safety.

Acknowledgments

We gratefully acknowledge Augusta Veiga Branco (Ph.D), author of the VBEICS© for her permission and also António Carlos Vilela for his permission to use the adapted version for nurses.

We also gratefully acknowledge Centro Hospitalar São João E.P.E. by allowing the research and particularly for its valuable collaboration. We thank all intervenient for all the commitment and support, that have largely contributed to the accomplishment of this study.

This article was supported by FEDER through the operation NORTE-01-0145-FEDER-023654 funded by the Programa Operacional Regional Norte – NORTE2020.

References

- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona: Wolters kluwer educacion.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>.
- Cruz, S., Carvalho, A., & Sousa, P. (2015). Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: e Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, 171(1), 153-157. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/82831879.pdf>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), 363-385.
- Edgar L., Herbert R., Lambert S., MacDonald J.A., Dubois S., & Latimer M. (2006). The joint venture model of knowledge utilization: a guide for change in nursing. *Nursing Leadership* 19(2), 41-55. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16761801>.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.

- Goleman, D. (2003). *Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e os outros*. Rio de Janeiro: Campus.
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Massey, D., Chaboyer, W., & Anderson, V. (2017). What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing open*, 4(1), 6-23.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheena, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80(1), 106-117. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.
- Spano-Szekely, L., Griffin, M. T. Q., Clavelle, J., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101-108.
- Van Dusseldorp, L. R., van Meijel, B. K., & Derksen, J. J. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562.
- Veiga-Branco, A. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo* (Doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/5311>.
- Vilela, A. C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida* (Master thesis). Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/4946>.

1.2. Estudo 2 – “Nurses’ evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors”

(Artigo submetido na revista *Nurse Education in Practice*, em revisão)

Title: *Nurses' evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors*

Abstract:

Background: Generally, nurses have a positive attitude towards evidence-based practice even though there is a poor intake of the application and implementation of the process. The uptake and use of the evidence-based practice core competencies in daily practice have been slow. Therefore, the lack of knowledge, attitudes, and nurses' practical skills remains a challenge to overcome. Given their complexity, these skills' development and their promoting factors in nurses, and other health professionals, continue to be investigated. *Objectives:* To describe the variables characterising our nursing population, namely, their profile, knowledge, attitudes, and skills for evidence-based practice, and assess the variables influencing nurses' evidence-based practice competency. *Design:* Quantitative, descriptive and correlational study. *Settings:* 1,105-bed Portuguese acute care academic medical centre. *Participants:* Nurses working in clinical practice. *Methods:* A questionnaire based on sociodemographic, professional, academic data and the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Results:* 259 nurses answered our questionnaire. The results indicate that nurses' favour evidence-based practice, but practice implementation remains low. Compared with other nurses, participants with clinical supervision training obtained higher scores on the Knowledge/Skills and Competencies dimension and those with a specialisation degree on the Attitude dimension. *Conclusions:* This study enhances education's importance as a key facilitator of evidence-based practice competency development and supports that clinical supervision can be a facilitator as formal organizational support for nurses. Nurses have a positive attitude towards evidence-based practice. However, there is a poor intake in their practice. Future research is needed to explore the relationship between implementing a clinical supervision model and developing evidence-based practice competency in practising nurses.

Keywords: Evidence-Based Practice; Evidence-Based Nursing; Professional Competence; Education; Organizational Culture; Nurses.

Background

Evidence-based practice (EBP) is a methodological approach that promotes healthcare delivery supported by clinical decision-making, based on the best evidence available, clinical expertise, and patients' preferences and values (DiCenso et al., 1998; Melnyk et al., 2014). This integration has positive outcomes (Melnyk et al., 2017; Spiva et al., 2017) that lead to improved quality of care and patient outcomes, lower hospital costs, and a safe practice environment (Jylhä et al., 2017; Milner and Cosme, 2017). As such, it is assumed that this incorporation in practice and consequent implementation is crucial for the development of a safe and excellent clinical practice, as recommended by institutions such as the International Council of Nurses (ICN) (ICN, 2012) e World Health Organization (WHO) (Jylhä et al., 2017).

As known from different studies, nurses usually show a favourable attitude toward EBP. However, they manifest difficulties in incorporating and implementing EBP in their work (Melnyk et al., 2018; Mohsen et al., 2016; Phillips and Neumeier, 2018). Meanwhile, barriers and facilitators to EBP adoption occur at the individual and organisational levels. At the nurse-level, barriers include the lack of EBP knowledge and skills, negative attitudes towards research, perceived or a real lack of support, and beliefs about organisational readiness for EBP (Jun et al., 2016; Warren et al., 2016). Solutions to the barriers must be directed to the dimension in which the barrier occurs while recognising the importance of multidimensional approaches, which involve nurses, managers, and the organisation, to the success of overcoming these barriers (Solomons and Spross, 2011; Young et al., 2014). Despite knowledge about the barriers, the uptake and use of the EBP core competencies in daily practice have been slow (Saunders et al., 2019). This topic has been the subject of research over the past few years, given its complexity. Many authors recognize that the translation of evidence into clinical practice is still below what would be desirable today (Cardoso et al., 2019; Gorsuch et al., 2020; Melnyk et al., 2020; Ruzafa-Martínez et al., 2020). Thus, in what concerns health professional, the lack of knowledge, attitudes and practical skills remains a challenge to overcome (B. M. Melnyk et al., 2018). Competency can be defined as a complex combination of attributes such as theoretical knowledge, practical skills and attitudes, mobilized in a specific situation. It may not be observed through the professionals' behaviour but rather inferred from their clinical performance (Leung et al., 2016). The development of PBE competencies must be in line with the PBE process stages (B. M. Melnyk et al., 2014). Thus, the study

of these competencies' development and their promoting factors in nurses and other health professionals remains an enormous challenge. This challenge involves healthcare systems and educational institutions to promote the development of interventions that enhance this professional competency and its sustainable incorporation in clinical practice contexts.

As such, this study aimed: a) to describe the variables characterising our nursing population, namely, their profile, knowledge, attitudes, and skills for EBP; and b) to assess the variables influencing nurses' EBP competency.

Methods

2.1 Design

We conducted a quantitative, descriptive and correlational study at a 1,105-bed Portuguese acute care academic medical centre.

2.2 Instrument

The data collection instrument used was a questionnaire divided into two parts and consisting mostly of closed questions. The first part contained sociodemographic, professional, and academic data of respondents, whereas the second one was the main Portuguese version of the self-reported Evidence-Based Practice Questionnaire (EBPQ). The original version of the self-reported EBPQ includes 24 items evaluated on a three-dimensional scale (Upton & Upton, 2006). Pereira et al. (2015) translated the original version and validated it for the Portuguese language; it was named "Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências" (QECPBE). The QECPBE-20 consists of 20 items and three subscales: Practice, Attitude, and Knowledge/Skills and Competencies. The first component evaluates Practice using six items on a 7-point Likert scale, ranging from 1 (never) to 7 (often). The second component evaluates Attitude through the proximity positioning adopted for each pair of questions or using three items. Finally, the third component evaluates Knowledge/Skills and Competencies using 11 items on a 7-point Likert scale, ranging from 1 (bad) to 7 (best).

2.3 Procedure

A convenience sampling strategy was applied to deliver 500 questionnaires to nurses working in several units at a 1,105-bed Portuguese acute care academic medical centre. The survey was conducted between April and July 2017. The number of returned was 259; the response rate was 51.8%.

2.4 Data analysis

All data were processed using the IBM SPSS software (version 24.0; SPSS Inc., Chicago, IL, USA). The total score of the QECPE-20 scale and the dimensions were obtained by the following expression: the sum of the items of the dimension or scale/number of items of the dimension or scale. The descriptive analysis was performed using the mean and standard deviation (quantitative variables) and absolute and relative frequency (qualitative variables). The internal consistency of each dimension and the factors was calculated by Cronbach's alpha. The analysis of the linear association between the dimensions and total scale and between scales was performed using the Pearson correlation coefficient. The analysis of potential predictive factors (gender, age, professional practice, academic qualifications, the legal status of employment, place of work, time of service, professional experience, and training in clinical supervision) of the full scale, as well as of each of the dimensions was performed using simple linear regression. Finally, adjusted linear regression models were built to identify factors independent of each dimension and the total scale.

2.5 Ethical issues

This study is part of broader research that has been granted authorisation by the Ethics Committee of the academic medical centre (CE 335/2016) and all of the participants. Participants' consent was considered valid upon submission of a filled questionnaire. The remaining ethical considerations, namely, anonymity and confidentiality of data, were guaranteed and ensured.

Results

Cronbach's alpha for the total scale (20 items) was 0.932, and each of the three subscales: Practices ($\alpha=0.935$), Attitudes ($\alpha=0.729$), and Knowledge/Skills and Competencies ($\alpha=0.942$). In our study, 79.2% of the respondents were female, with an average age of 37.1 years and years of practice of 13.9 years. In addition, the data indicated that 32.6% had a specialisation degree in this area, and 32.4% had a postgraduate degree (Table 1).

Table 1. Sociodemographic data

	N=259	n (%) or mean (SD)
Gender		
Female	205	79.2
Male	54	20.8
Professional category		
Staff Nurse	173	67.1
Clinical Nurse Specialist	84	32.6
Other	1	0.4
Academic degree		
Other	4	1.5
Undergraduate	105	40.5
Postgraduate	30	11.6
Specialisation	84	32.4
Master's	35	13.5
Doctorate	1	0.4
Workplace context		
Paediatrics	46	18.2
Emergency and Intensive Care	57	22.5
Surgery	23	9.1
Medical	74	29.2
Midwifery	28	11.1
Psychiatry and Mental Health	25	9.9
Professional practice time (in years)	258	13.9 (7.9)
Professional title		
Nurse	173	67.1
Specialist Nurse	84	32.6
Other	1	0.4
Professional practice time in the specific service (in years)	259	8.7 (6.5)
Training in clinical supervision		
No	227	88.0
Yes	31	12.0

Table 2 descriptive analysis of the data showing that the nurses in this study gave the highest *score* and were favourable to EBP subscale Attitude (M=5.69, SD=1.10), followed by Knowledge/Skills and Competencies (M=4.79, SD=0.91) and Practice (M=4.64, SD=1.41).

Concerning the Attitude dimension, there is an expressive mean value favourable to the idea that 'Evidence-based practice is fundamental to professional practice' (M=6.03, SD=1.36). In the dimension Practices, we found that the item with the highest *score* was 'Shared that information with colleagues' (M = 4.87, SD = 1.65), followed by 'Integrated the evidence you found in your practice' (M= 4,83, SD= 1,62). In the opposite position, and with a *score* below 4.5, is the item 'Found the relevant evidence after asking the question' (M= 4.44, SD= 1.61), followed by 'Formulated a

clearly defined initial question as the start of a process to fill the gap' ($M= 4.51$, $SD= 1.66$). In the dimension Knowledge/Skills and Competencies, the item 'Converting your information needs into a research question' obtained a lower score ($M=4.07$, $SD=1.24$). In the opposite position, the item 'Ability to identify gaps in your professional practice' appears with the highest value ($M=5.29$, $SD=1.01$).

Table 2. Descriptive analysis of QECPE-20

QECPE-20		
	<i>M</i>	<i>SD</i>
Practice		
Formulate a clearly answerable question as to the beginning of the process towards filling this gap	4.51	1.66
Track down the relevant evidence once you have formulated the question	4.44	1.61
Appraise critically any literature you have discovered against set criteria	4.53	1.60
Integrate the evidence you have found with your expertise	4.83	1.62
Evaluate the outcomes of your practice	4.68	1.61
Share this information with colleagues	4.87	1.65
Average Practice Score	4.64	1.41
Attitude		
I resent having my clinical practice questioned/ I welcome questions on my practice	5.50	1.36
Evidence-based practice is a waste of time/Evidence-based practice is fundamental to professional practice	6.03	1.36
I stick to tried-and-tested methods rather than changing to anything new/My practice has changed because of the evidence I have found	5.53	1.37
Average Attitude Score	5.69	1.10
Knowledge/Skills and Competencies		
Research skills	4.90	1.07
IT skills	4.76	1.23
Monitoring and reviewing of practice skills	4.64	1.08
Converting your information needs into a research question	4.07	1.24
Awareness of major information types and sources	4.63	1.18
Ability to identify gaps in your professional practice	5.29	1.01
Knowledge of retrieving evidence	4.78	1.13
Ability to analyse evidence critically against set standards	4.81	1.14
Ability to determine how valid (close to the truth) a material is	4.78	1.25
Ability to determine how useful (clinically applicable) a material is	4.99	1.18
Ability to apply information to individual cases	5.06	1.12
Average Knowledge/Skills and Competencies Scores	4.79	0.91
Average Total Score	4.88	0.89

The assessment of the linear association between the dimensions and the scale was also performed. The dimensions were positively and significantly correlated with each other and the total scale ($p<0.001$ for all calculated correlations). The Knowledge/Skills and Competencies dimension showed the highest correlation with the total scale ($r=0.878$), whereas the Attitude dimension had the lowest correlation ($r=0.537$). The Practice and Knowledge/Skills and Competencies pair obtained the highest correlation ($r=0.523$).

The linear regression models (fit and unfit) were calculated to identify potential predictors for the full scale and dimensions. The study results showed that participant nurses with a specialisation degree presented higher scores on the Attitude dimension than those with only an undergraduate or licentiate degree (Table 3).

Table 3. Fit models for Attitude and Knowledge/Skills and Competencies dimensions

	Attitude			Knowledge/Skills and Competencies		
	Fit Model			Fit Model		
	B	IC 95%	p*	B	IC 95%	p*
Gender						
Female	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Male	0.03 (0.2)	-0.3–0.4	0.843	0.2 (0.1)	-0.04–0.5	0.087
Age	-0.03 (0.03)	-0.1–0.03	0.306	0.01 (0.03)	-0.05–0.06	0.767
Professional practice time	0.02 (0.03)	-0.04–0.1	0.573	-0.02 (0.2)	-0.07–0.04	0.561
Academic degree						
Undergraduate	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Postgraduate	0.2 (0.2)	-0.2–0.7	0.282	-0.2 (0.2)	-0.6–0.2	0.256
Specialisation	0.5 (0.2)	0.2–0.8	0.004*	-0.04 (0.2)	-0.3–0.3	0.806
Master's or Higher	0.4 (0.2)	-0.01–0.9	0.057	0.3 (0.2)	-0.06–0.7	0.103
Legal status of employment						
Public functions contract	0.03 (0.2)	-0.4–0.4	0.900	0.3 (0.2)	-0.1–0.6	0.140
Individual contract for an indefinite period	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Individual contract for a fixed period or other	0.2 (0.3)	-0.4–0.9	0.465	0.2 (0.3)	-0.3–0.8	0.441
Workplace context						
Paediatrics	-0.01 (0.3)	-0.6–0.5	0.979	0.3 (0.2)	-0.2–0.7	0.235
Emergency and intensive care units	-0.3 (0.3)	-0.8–0.3	0.330	0.1 (0.2)	-0.4–0.6	0.664
Surgery unit	-0.03 (0.3)	-0.7–0.6	0.934	-0.3 (0.3)	-0.8–0.3	0.293
Medical unit	-0.2 (0.3)	-0.8–0.3	0.395	0.04 (0.2)	-0.4–0.5	0.861
Midwifery	0.004 (0.3)	-0.6–0.6	0.990	0.3 (0.3)	-0.3–0.8	0.319
Psychiatry and mental health unit	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Professional practice time in the specific service (in years)	0.01 (0.02)	-0.02–0.04	0.471	0.01 (0.01)	-0.02–0.03	0.552

Training in clinical supervision						
No	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Yes	0.1 (0.2)	-0.3-0.6	0.608	0.4 (0.2)	0.01-0.7	0.049*

* $p \leq 0.050$

Meanwhile, participants with clinical supervision training presented higher values on the Knowledge/Skills and Competencies dimension than those without training (Table 3).

Discussion

The EBPQ, Portuguese version QECPBE-20, continues to be a valid instrument for assessing organisational culture and workforce training needs before developing tailored interventions. For some authors, this instrument has the highest validity and is the most practical tool for evaluating nurses' EBP competencies (Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018). However, it is a self-reported assessment tool, which could underestimate or overestimate EBP competency (Melnik et al., 2018). Participants in our study reported a positive attitude towards EBP, recognising it as a key element to support practice. Similar results were also found in a study by Saunders et al. (2019), who carried out an overview of systematic reviews. Internationally, nurses' EBP competencies are low to moderate, particularly in terms of their EBP knowledge and skills. Thus, nurses' EBP attitudes and beliefs concerning the importance and value of EBP for improving care quality and patient outcomes were mainly positive and generally higher than their self-reported EBP knowledge and skills. However, these EBP competencies did not translate into EBP behaviours, as EBP implementation in daily practice was generally at a low level. Our study obtained similar results with nurses presenting a high score in Attitudes, followed by the Knowledge/Skills and Competencies dimension, and finally, by Practices.

Our findings support that the nursing education level, specifically specialisation degree, is associated with a positive attitude towards EBP. Higher education and certification levels are associated with positive intentions to use research in practice (Warren et al., 2016). Other studies have referred to education as a key predictor of the self-reported EBP competencies (Melnik et al., 2018; Wu et al., 2018). Meanwhile, participants with training in clinical supervision presented higher values on the Knowledge/Skills and Competencies dimension than those without training, demonstrating that clinical supervision can play an important role in developing EBP competency. Clinical supervision is considered to facilitate support

and learning for healthcare practitioners enabling safe, competent practice. It is also regarded as a resource that can develop skills competence (Cutcliffe et al., 2018; Pollock et al., 2017). Health benefits can be achieved through clinical supervision as nurses can develop their expertise, improve and upgrade the quality of the care they provide to their clients, reduce stress, and optimise their coping resources and emotional intelligence skills (Cutcliffe et al., 2018). Therefore, nurses' awareness of their place in the organisation and continuous improvement politics is essential. Fisher et al. (2016) say that mentorship programs can play an important role by claiming that participants in the EBP mentorship program had a more substantial increase in perceived organizational culture and readiness for EBP and in EBP belief *scores* than those who did not participate in the EBP program.

Additionally, clinical supervision plays an important role in professional development through reflective practice, clinical excellence, and patient safety. Hence, exploring the relationship between clinical supervision and EBP competency is important. Step 0 of the EBP process is crucial, and a foundation for the remaining process. As such, it becomes fundamental to implement mechanisms that support nurses in clinical practice to promote reflective questioning. Without it, efforts to change individual and organisational EBP are not likely to succeed and be sustained. Cultivating the spirit of inquiry (step 0) also promotes positive attitudes and beliefs for EBP competency development (Saunders and Vehviläinen-Julkunen, 2018; Stanley and Anderson, 2017).

Limitations

This study was conducted in a Portuguese academic medical centre. However, our sample did not have national representativeness and was not randomised.

Conclusions

Nurses have a positive attitude related to EBP and believe that EBP is important to professional development and to improve care. Nevertheless, several barriers constrain an effective EBP implementation process. Such barriers are associated with practices that obtained a lower *score*. Therefore, it is paramount to assess nurses' attitudes towards EBP, and the barriers to and practices in EBP, to outline tailored and specific interventions regarding its promotion and dissemination. Among these, academic qualification/long-life learning and organisational commitment are basic.

This study's results have implications for continuing education and training, professional's accountability and awareness, and the need for greater organisational support. Although behavioural changes are likely to occur, it requires a systemic vision at various levels, including professionals, teams, leadership, organisations, and even the working environment from a comprehensive perspective. This study enhances the importance of clinical supervision in daily practice as a key facilitator for developing EBP competency. This study brings us closer to developing and testing tailored interventions using clinical supervision as an important support for individual/behavioural and organisational change among practising nurses.

Future research is needed to explore the relationship between implementing a clinical supervision model and developing EBP competency in practising nurses by promoting reflective practice and supporting individual and organisational changes.

References

- Cardoso, D.F.B., Coelho, A.R.N., Louçano, C. da C., Parola, V.S. de O., Rodrigues, M.A., Fineout-Overholt, E., Apóstolo, J.L.A., 2019. Translation and cross-cultural adaptation of evidence-based practice instruments for portuguese nursing students. *Rev. Enferm. Ref.* 2019, 141–152. <https://doi.org/10.12707/RIV19058>
- Cutcliffe, J.R., Sloan, G., Bashaw, M., 2018. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 27, 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- DiCenso, A.I., Cullum, N., Ciliska, D., 1998. Implementing evidence-based nursing : some misconceptions 1, 38–40.
- Fisher, C., Cusack, G., Cox, K., Feigenbaum, K., Wallen, G.R., 2016. Developing Competency to Sustain Evidence-Based Practice. *J. Nurs. Adm.* 46, 581–585. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000408>
- Gorsuch, C. (ret) P.F., Gallagher Ford, L., Koshy Thomas, B., Melnyk, B.M., Connor, L., 2020. Impact of a Formal Educational Skill-Building Program Based on the ARCC Model to Enhance Evidence-Based Practice Competency in Nurse Teams. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 17, 258–268. <https://doi.org/10.1111/wvn.12463>
- International Council of Nurses, 2012. CLOSING THE GAP: FROM EVIDENCE TO ACTION. Geneva.
- Jun, J., Kovner, C.T., Stimpfel, A.W., 2016. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int. J. Nurs. Stud.* 60, 54–68.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>
- Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., Holopainen, A., 2017. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Heal. Organ.* 1–34.
- Leung, K., Trevena, L., Waters, D., 2016. Development of a competency framework for evidence-based practice in nursing. *Nurse Educ. Today* 39, 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.026>
- Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M., Choy, K., 2017. A Test of the ARCC© Model Improves Implementation of Evidence-Based Practice, Healthcare Culture, and Patient Outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 14, 5–9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12188>
- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Long, L.E., Fineout-Overholt, E., 2014. The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 11, 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L.T., Tan, A., 2018. The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 15, 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Melnyk, B.M., Zellefrow, C., Tan, A., Hsieh, A.P., 2020. Differences Between Magnet and Non-Magnet-Designated Hospitals in Nurses' Evidence-Based Practice Knowledge, Competencies, Mentoring, and Culture. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 17, 337–347. <https://doi.org/10.1111/wvn.12467>
- Milner, K.A., Cosme, S., 2017. The PICO Game: An Innovative Strategy for Teaching Step 1 in Evidence-Based Practice. *Worldviews Evidence-Based Nurs.* 14, 514–516. <https://doi.org/10.1111/wvn.12255>
- Mohsen, M., Safaan, N., Okby, O., 2016. Nurses' Perceptions and Barriers for Adoption of Evidence Based Practice in Primary Care: Bridging the Gap. *Am. J. Nurs. Res.* Vol. 4, 2016, Pages 25-33 4, 25–33. <https://doi.org/10.12691/ajnr-4-2-1>
- Pereira, R.P.G., Guerra, A.C.P., Cardoso, M.J. da S.P. de O., Santos, A.T.V.M.F. dos, Figueiredo, M. do C.A.B. de, Carneiro, A.C.V., 2015. Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Rev. Lat. Am. Enfermagem* 23, 345–351. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>
- Phillips, L., Neumeier, M., 2018. Building Capacity for Evidence-Based Practice:

- Understanding How Licensed Practical Nurses (LPNs) Source Knowledge.
Worldviews Evidence-Based Nurs. 15, 290-295.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12284>
- 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, 1825-1837.
<https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Ruzafa-Martínez, M., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., Ramos-Morcillo, A.J., 2020. Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof©): Development and Psychometric Validation.
Worldviews Evidence-Based Nurs. 17, 366-375.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12464>
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K., 2019. Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. Worldviews Evidence-Based Nurs. 16, 176-185.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12363>
- Saunders, H., Vehviläinen-Julkunen, K., 2018. Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. J. Adv. Nurs. 74, 2301-2311.
<https://doi.org/10.1111/jan.13802>
- Solomons, N.M., Spross, J.A., 2011. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: An integrative review. J. Nurs. Manag. 19, 109-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x>
- Spiva, L.A., Hart, P.L., Patrick, S., Waggoner, J., Jackson, C., Threath, J.L., 2017. Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program.
Worldviews Evidence-Based Nurs. 14, 183-191.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12219>
- Upton, D., Upton, P., 2006. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. J. Adv. Nurs. 53, 454-458. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>
- Warren, J.I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C.A., Kropkowski, L., Risch, S., 2016. The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems.
Worldviews Evidence-Based Nurs. 13, 15-24.
<https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- Wu, Y., Brett, A., Zhou, C., Ou, J., Wang, Y., Wang, S., 2018. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based

- practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse Educ. Today* 70, 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.026>
- Young, T., Rohwer, A., Volmink, J., Clarke, M., 2014. What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS One* 9, 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>

1.3. Estudo 3 – “Perceção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar”

Teixeira, A., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2018). Nurses' Perceptions of Barriers to Implement EBP in a central hospital in the north of Portugal. *Proceedings of the 4th IPLeiria's International Health Congress*. BMC Health Services Research, 18(Suppl 2): O146. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3444-8>

Title: *Nurses' Perceptions of Barriers to Implement EBP in a central hospital in the north of Portugal*

Background

Evidence based practice (EBP) is defined as an integration of best research evidence with clinical expertise and patient values in clinical decision making [1, 2]. Research confirms positive outcomes when implementing EBP: patient safety; improved clinical outcomes; reduced healthcare costs and decreased variation in patient outcomes [3]. Considered as a standard of care, EBP has benefits for nurses, patients, general population, health care systems, as well as for research and education. Authors describe several types of obstacles to the use of research in practice: characteristics of the adopter, organization, innovation and communication [1]. Individual barriers include lack of knowledge and how to critique research studies; lack of awareness; colleagues not supportive of practice change and nurses feeling a lack of authority to change practice. Organizational barriers include insufficient time to implement new ideas; lack of access to research; and lack of awareness of available educational tools related to research [3]. The most important factor related to nurses' EBP is support from their employing organizations to use and conduct research. Programmed implementation is most likely to be successful when it matches the values, needs and concerns of practitioners. Concerning the development and implementation of competence for EBP, firstly, is important to identify the barriers.

Objective

Our objective is to explore and describe nurse's perceptions of these barriers in our context.

Methods

This study is part of a larger one, namely: "Clinical Supervision for Safety and Care Quality" (C-S2AFECARE-Q). To answer our research question a convenience sampling strategy was employed to distribute 500 questionnaires to nurses working in a central hospital in the north of Portugal. Data was collected between April and July 2017. They returned 259 questionnaires, 98 of these with the answer to the following question: "In your opinion, which are the barriers for the implementation of EBP in your context?". Data analyses were based on content analysis proposed by Bardin (1977).

Results

Barriers were allocated into categories: Organization; Leaders and Management; Professionals and evidence [4]. Nurses reported perceived barriers in all these levels. In the organization' barrier, they identified lack of organizational culture; lack of support from management and outdated and unquestioned routines. They also reported insufficient support from the leaders. In individual terms, they identified negative attitudes, such as lack of motivation, resistance to change, lack of time and inadequate knowledge and skills.

Conclusions

Our results are consistent with other authors' findings [5]. Nurses are clearly aware of the barriers in their context.

Keywords: Nursing, Evidence-Based Practice, Barriers, Hospital health care

References

- Munten G, Bogaard J, Cox K, et al. Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *World Views on Evidence Based Nursing*. 2010. Sep;7(3):135-57.
- Ubbink D, Guyatt GH, Vermeulen H. Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open Journal*. 2013;3:e001881.
- Black A, Balneaves LG, Garossino C, et al. Promoting Evidence-Based Practice Through a Research Training Program for Point-of-Care Clinicians. *The Journal of Nursing Administration* [serial on the Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 18]; 45(1):14-20. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25390076>.
- Jylhä V, Oikarainen A, Perälä M, Holopainen A. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Health Organization*; 2017 [cited 2018 Jan 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2017/facilitating-evidence-based-practice-in-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2017>.
- Pereira RPG, Cardoso MJ, Martins MA. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem

baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência* [serial on the Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 18]; 3(7):55-62.

Available from:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/24209>.

Solomons N, Spross JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2018 Jan 18]; 19(1):109-120. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21223411>

Esta parte do estudo de investigação foi publicada sob a forma de resumo, apresentado anteriormente. Os dados a que se refere esta publicação, encontram-se explanados de seguida.

O instrumento de recolha de dados da Etapa 1 - Diagnóstico de Situação, continha uma questão aberta, tendo por objetivo identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar:

Na sua opinião, quais as principais barreiras/obstáculos para uma Prática Baseada na Evidência?

Obtiveram-se um total de 98 respostas a esta questão. A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória por R1 até R98, sendo o R correspondente a Resposta. Às respostas obtidas foi efetuada análise de conteúdo temática, tal como propõe Bardin (2016), tendo em consideração as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; e, d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados.

O material empírico obtido foi alvo de exploração e análise, tendo em consideração os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto. Da análise emergiram quatro categorias temáticas: 1) Organização; 2) Liderança; 3) Profissional; 4) Evidência (Tabela 1 e Anexo V).

Tabela 1 – Matriz de Categorização da análise das barreiras identificadas no contexto para a implementação da PBE

Categoria	Subcategoria	UE
Organização	Suporte da Organização	10
	Colaboração Equipa e Multidisciplinar	3
	Recursos	34
	Cultura Organizacional e Práticas	15
	Total Categoria	62
Liderança	Suporte	7
	Envolvimento com a PBE	2
	Total Categoria	9
Profissional	Tempo	26
	Atitudes	36
	Conhecimentos/habilidades e competências	25

Evidência	Preconceito associado à PBE	2
	Total Categoria	89
	Acessibilidade	5
	Organização da informação	2
	Total Categoria	7

As barreiras para a implementação de PBE e translação do conhecimento para a prática clínica, encontram-se amplamente descritas na literatura, e, contemplam várias dimensões: pessoa/profissional; organizacional; cultural e evidência. Para Pereira et al. (2012), a avaliação das barreiras e atitudes dos enfermeiros face à PBE, é considerada crucial e um alicerce, fundamentado na evidência empírica. Esta avaliação permitirá que sejam dinamizados esforços de planeamento e estratégia organizacional, bem como de desenvolvimento de iniciativas de suporte à PBE, como por exemplo, em termos de educação e formação. Assim, esta avaliação prévia torna-se pertinente e fundamental.

Relativamente às barreiras identificadas pelos enfermeiros, estas estão de acordo com as descritas na literatura (Tabela 2).

Tabela 2 – Barreiras descritas na literatura para a implementação da PBE

Dimensão	Descrição	Autores
Suporte da Organização	Fatores externos, nomeadamente, a falta de cultura de suporte à PBE, falta de uma política de incentivos e lacunas no fornecimento de recursos e ferramentas	Duncombe, 2018; Gerrish et al., 2011; Jun et al., 2016; Jylhä et al., 2017; Mccloskey, 2008; Pereira, 2016; Pereira et al., 2012; Solomons & Spross, 2011; Warren et al., 2016.
Suporte da Liderança	Fatores externos, nomeadamente, a falta de suporte à equipa e de envolvimento com a PBE	Gerrish et al., 2011; Jylhä et al., 2017; Jun et al., 2016; Pereira, 2016; Pereira et al., 2012; Solomons & Spross, 2011; Warren et al., 2016.
Profissional	Fatores internos, nomeadamente: a falta de tempo a disponibilizar para realização da pesquisa;	Camargo et al., 2018; Chien, 2010; Dalheim et al., 2012; Foo et al., 2011; Jylhä et al., 2017; Kocaman et al., 2010;

	Lacunas ao nível dos conhecimentos/habilidades e competências; Atitudes individuais negativas, como resistência à mudança e desmotivação	Koehn & Lehman, 2008; Majid et al., 2011; Mehrdad et al., 2008; Mills et al., 2009; Pereira, 2016; Pereira et al., 2012; Warren et al., 2016.
--	--	---

Em relação a estas, os enfermeiros identificam como mais frequentes, na Instituição Hospitalar, as associadas à organização (fatores externos) e ao profissional (fatores internos). Dentro da organização, os recursos são referidos como sendo uma barreira. Em relação a estes, os enfermeiros verbalizam a falta de espaços físicos, material informático, disponibilização de tempo, escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, como algumas dessas limitações:

Condições de trabalho (tempo, nº de utentes atribuído) (...) (R11); (...) disponibilizar o tempo para essa pesquisa (R14); (...) carga excessiva de trabalho (...) (R15); Limitações estruturais dos serviços clínicos e falta de recursos humanos (R18); (...) computadores atualizados e com acesso a páginas de referência (...) (R23).

Outro aspeto percecionado, prende-se com a cultura organizacional e práticas, onde os enfermeiros identificam as rotinas desatualizadas, falta de uniformização e inovação das práticas como algumas dessas situações:

(...) dificuldade em alterar procedimentos que fazem parte da cultura organizacional (...) (R15); Repetição da prática instituída no serviço, através de normas/protocolos (R37); Deveriam existir mais protocolos de atuação para uniformizar as práticas (R44); (...) falta de protocolos (R55); Dificuldades em alterar (...) formas de trabalhar (R58); (...) pouco investimento na supervisão de pares (R82).

Ainda relacionado com a organização um aspeto verbalizado como podendo ser facilitador ou limitador diz respeito ao suporte da organização que os enfermeiros percecionam:

Não há incentivos para desenvolver competências de investigação para utilização na prática clínica (R2); Ausência de políticas de incentivo à PBE pela organização (R34); Ausência de grupos de trabalho com momentos de partilha de informação (...) (R52); Pouco investimento na formação dos profissionais e pouco estímulo à investigação (...) (R89); (...) não reconhecimento das competências adquiridas (R89).

Em relação à liderança, consideram o apoio, envolvimento e suporte da chefia como algo fundamental e essencial. Contudo, reconhecem também que muitas das

barreiras percecionadas são relativas ao profissional, nomeadamente, a falta de conhecimentos/habilidades e competências, a falta de tempo e as atitudes, sendo que nestas últimas, verbalizam a desmotivação e resistência à mudança como atitudes que afetam negativamente a implementação da PBE no contexto:

Falta de tempo (...) (R80); Disponibilidade de tempo (...) (R92); Falta de tempo (R96); Disponibilidade de tempo (...) (R97); (...) falta de tempo (...) (R98); (...) falta de formação (R8); Melhorar a capacitação de competências de pesquisa e análise crítica segundo as normas (R9); Dificuldade em perceber o que necessita de ser pesquisado (R12); (...) falta de conhecimento (R17); Resistência à mudança de práticas (R4); Falta de motivação e o cansaço (R6); Falta de interesse por parte dos profissionais (R7);

Outra barreira identificada, ainda que menos frequente, mas que se encontra descrita na literatura prende-se com a evidência, o excesso de informação, a forma como esta se encontra organizada e a falta de acessibilidade a essa informação:

(...) o facto da evidência científica não estar facilmente acessível/disponível para consulta (...) (R43); Panóplia de artigos publicados, sem grande uniformização do seu conteúdo e que dificulta quem os consulta e procura respostas às suas dúvidas (R75).

De facto, os enfermeiros identificaram barreiras nas várias dimensões descritas na literatura. Foi ainda possível, perceber quais as mais frequentes no contexto da Instituição. Assim, a análise de conteúdo temática a estas respostas constituiu-se como um importante passo na identificação das barreiras para a implementação da PBE no contexto, sendo um crucial contributo para a Etapa 3 - Implementação do Modelo, nomeadamente, no planeamento e definição de estratégias de SC. Como tal, a avaliação sistémica das barreiras existentes no contexto torna-se essencial e deve ser considerada numa fase prévia ou inicial de uma intervenção.

1.4. Caracterização dos IS-SCE no Contexto de Implementação

Posteriormente, de forma a detalhar a amostra em estudo daquele que foi o nosso contexto de intervenção, apresentamos a descrição da amostra de enfermeiros (Tabela 3). Desta forma, a amostra de enfermeiros que integram a UAG de Psiquiatria e Saúde Mental e, que aceitaram preencher o questionário no primeiro momento, era constituída por 25 enfermeiros. A amostra foi maioritariamente do sexo feminino (76,0%), a média de idade foi de 37,1 anos ($DP = 9,6$ anos). O tempo médio de exercício na profissão era de 20,7 anos ($DP = 9,6$). 16 (64,0%) participantes eram enfermeiros e 9 (36,0%) eram enfermeiros especialistas. 11 (44%) participantes tinham

como habilitação académica a especialidade. Relativamente à situação jurídica, mais de metade tinha CT em Funções Públicas ($n=13$, 54,2%). O tempo médio de exercício de funções no serviço era de 8,7 anos ($DP = 5,4$) e apenas 2 (8,0%) tinham formação Pós-graduada em SC (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição da amostra da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental

	N	n (%) ou média (dp)
Sexo	25	
Feminino		19 (76,0)
Masculino		6 (24,0)
Idade (anos)	25	37,1 (7,6)
Tempo de exercício na profissão (anos)	25	20,7 (9,6)
Título profissional	25	
Enfermeiro		16 (64,0)
Enfermeiro especialista		9 (36,0)
Habilitações académicas	25	
Bacharelato		2 (8,0)
Licenciatura		6 (24,0)
Pós-graduação		3 (12,0)
Especialidade		11 (44,0)
Mestrado		3 (12,0)
Situação jurídica de emprego	24	
CT Funções Públicas		13 (54,2)
CIT por Tempo Indeterminado		11 (45,8)
Tempo de exercício de funções no serviço (anos)	25	8,7 (5,4)
Formação em Supervisão Clínica	25	
Não		23 (92,0)
Sim		2 (8,0)

A Tabela 4, apresenta a análise descritiva dos resultados obtidos nos diversos serviços da instituição e, especificamente, no contexto de implementação. Assim, analisando e comparando os resultados obtidos no contexto de implementação, destacam-se com valores mais elevados e favoráveis à PBE, a subescala Atitudes (Média = 5,72, $DP = 1,02$), seguido da subescala Conhecimentos/habilidades e competências (Média = 4,61, $DP = 0,97$). Por último, encontra-se a subescala Práticas (Média = 4,19, $DP = 1,28$). Verificámos a mesma tendência que foi encontrada nos restantes serviços, com a subescala Atitudes a apresentar o *score* médio mais elevado (Média = 5,69, $DP = 1,10$), seguido de Conhecimentos/habilidades e competências (Média = 4,79, $DP = 0,91$). Por último, encontra-se a subescala Práticas (Média = 4,64, $DP = 1,41$).

Tabela 4 - Análise descritiva (Média e Desvio Padrão) do QECPE-20, comparação da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com restantes serviços

	Outros Serviços		UAG de Psiquiatria e Saúde Mental	
	$\bar{X}$	DP	$\bar{X}$	DP
Práticas				
Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher a lacuna	4,51	1,66	3,76	1,76
Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta	4,44	1,61	3,68	1,65
Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado	4,53	1,60	4,00	1,63
Integrou as evidências que encontrou na sua prática	4,83	1,62	4,68	1,57
Avaliou os resultados da sua prática	4,68	1,61	4,40	1,61
Partilhou essa informação com colegas	4,87	1,65	4,60	1,92
Total Práticas	4,64	1,41	4,19	1,28
Atitudes				
Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada/Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática	5,50	1,36	5,52	1,26
A prática com base em evidências é uma perda de tempo/ A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional	6,03	1,36	6,08	0,95
Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados em vez de mudar para algo novo/ A minha prática mudou devido às evidências que encontrei	5,53	1,37	5,56	1,19
Total Atitudes	5,69	1,10	5,72	1,02
Conhecimentos/habilidades e competências				
Competências de pesquisa	4,90	1,07	4,88	1,01
Competências em TI	4,76	1,23	4,44	1,12
Monitorização e revisão de competências práticas	4,64	1,08	4,20	0,87
Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	4,07	1,24	3,68	1,03
Perceção dos principais tipos e fontes de informação	4,63	1,18	4,52	1,09
Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	5,29	1,01	5,04	1,24
Saber como obter as evidências	4,78	1,13	4,64	1,25
Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	4,81	1,14	4,68	1,41
Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	4,78	1,25	4,64	1,44
Capacidade de determinar a utilidade	4,99	1,18	5,00	1,41
Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	5,06	1,12	5,04	1,31
Total Conhecimentos/habilidades e competências	4,79	0,91	4,61	0,97
Total	4,88	0,89	4,65	0,84

Importa também analisar alguns resultados por subescala. Na que avalia as Práticas, verificámos que o item que apresentou um valor mais elevado foi “Partilhou essa informação com colegas” (Média = 4,87, DP = 1,65), seguido de “Integrou as evidências que encontrou na sua prática (Média = 4,83, DP = 1,62). Com valor inferior a 4,5, aparece o item “Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta” (Média = 4,44, DP = 1,61). Na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental verifica-

se a mesma tendência, com os itens “Integrou as evidências que encontrou na sua prática” (Média = 4,68, $DP = 1,57$), seguido de “Partilhou essa informação com colegas” (Média = 4,60, $DP = 1,92$) a apresentarem os *scores* médios mais elevados. Em posição oposta, e com valor inferior a 4,5, aparece o item “Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta” (Média = 3,68, $DP = 1,65$), seguido de “Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher a lacuna” (Média = 3,76, $DP = 1,76$). De referir que existe uma diferença significativa neste item comparativamente aos enfermeiros dos restantes serviços (Média = 4,51, $DP = 1,66$), apresentando os enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental um *score* médio inferior.

No *score* total da subescala Práticas existe uma diferença significativa entre os enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental (Média= 4,19, $DP= 1,28$) e os dos restantes serviços (Média= 4,64, $DP= 1,41$). Na subescala Atitudes, tanto na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental como nos restantes serviços, os enfermeiros reconhecem que a “A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional” (UAG de Psiquiatria e Saúde Mental Média= 6,08, $DP= 0,95$; outros serviços Média= 6,03, $DP= 1,36$). Na subescala Conhecimentos/habilidades e competências, verificámos que o item que apresentou o valor mais elevado foi igual: “Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional” (UAG de Psiquiatria e Saúde Mental Média= 5,04, $DP= 1,24$; outros serviços Média= 5,29, $DP= 1,01$). Na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com valores idênticos ficou ainda o item “Capacidade de aplicar a informação a casos individuais” (Média= 5,04, $DP= 1,31$). Em posição oposta aparece, tanto na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental como nos restantes serviços, o item “Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação” (UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, Média= 3,68, $DP= 1,03$; outros serviços, Média= 4,07, $DP= 1,24$).

No *score* total do QECPE-20, os enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental apresentam um *score* inferior aos restantes serviços (UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, Média= 4,65, $DP= 0,84$; outros serviços, Média= 4,88, $DP=0,89$).

Em relação ao outro IS-SCE, Competência Emocional, foi realizada uma análise comparativa semelhante. Assim, na Tabela 5 são apresentados os dados da análise descritiva da EVB-CIE comparando os enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com os restantes serviços.

Tabela 5 - Análise descritiva (valores mínimos, valores máximos, Média e Desvio Padrão) da EVB-CIE, comparação da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental com restantes serviços

	Nº de itens	Restantes Serviços					UAG de Psiquiatria e Saúde Mental				
		n	Min	Max	$\bar{X}$	DP	n	Min	Max	$\bar{X}$	DP
Autoconsciência	20	252	70	138	102,6	12,0	23	86	132	107,6	11,4
Gestão de Emoções	18	250	56	108	81,3	9,4	23	71	100	82,5	8,0
Automotivação	21	250	67	140	106,0	11,1	25	87	140	109,8	12,1
Empatia	12	254	25	84	59,8	9,1	25	48	79	63,2	7,7
Gestão de Relacionamentos em grupos	13	254	13	91	57,3	9,4	25	32	70	53,0	8,0
Total	84	227	275	504	405,1	37,5	22	358	476	411,6	31,7

Os enfermeiros nos restantes serviços e na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, autopercecionam-se com capacidades elevadas de Inteligência Emocional (IE), sendo a linha de corte de 340 (Cruz, 2018). Nos enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, o *score* total (Média= 411,6, DP= 31,7) foi superior ao grupo de enfermeiros dos restantes serviços (Média= 405,1, DP= 37,5). Nos enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, a subescala com *score* médio mais elevado foi a Automotivação (Média= 109,8, DP= 12,1). Na posição oposta, encontra-se a subescala Gestão de Relacionamentos em Grupos (Média= 109,8, DP= 12,1). Esta análise é sobreponível com a encontrada nos restantes serviços com a subescala Automotivação (Média= 106,0, DP= 11,1) a apresentar o *score* médio mais elevado e a subescala Gestão de Relacionamentos em Grupos a apresentar o *score* médio mais baixo (Média= 57,3, DP= 9,4).

2. Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica

Esta segunda etapa para a implementação do Modelo, decorreu de uma forma consecutiva com a Etapa 1 - Diagnóstico de Situação, tendo iniciado com a primeira reunião no contexto em abril de 2017. Assim, depois de formalizada a SC na Instituição Hospitalar, iniciada a Etapa 1 - Diagnóstico de Situação, onde foram definidos e avaliados os IS-SCE na Instituição e, especificamente, no contexto de implementação, iniciou-se a abordagem aos enfermeiros do contexto onde iria ocorrer a implementação. Assim, esta etapa teve como objetivos:

- Apresentar o projeto aos enfermeiros da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental;
- Sensibilizar a equipa para a identificação e seleção dos enfermeiros supervisores clínicos e constituição das equipas de supervisão;

- Planear e calendarizar a implementação do Modelo SafeCare;
- Avaliar as necessidades em SC sentidas por parte dos enfermeiros do contexto;
- Identificar a perceção dos enfermeiros sobre a SC e o Modelo SafeCare.

Segundo, Rocha et al. (2019), para a identificação das necessidades em SC, o enfermeiro supervisor clínico major poderá recorrer a três estratégias, de acordo com as características e preferências da equipa e contexto:

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

Assim, foi realizada uma primeira reunião onde participaram os enfermeiros gestores (contexto e institucional), enfermeiro supervisor clínico major, equipa de investigadores e equipa de enfermagem. Nesta reunião, foi apresentado o Modelo SafeCare, os objetivos, conceitos centrais e analisado com a equipa as necessidades sentidas para a sua implementação. Nesta reunião, os enfermeiros verbalizaram desconhecimento acerca da SC e os seus objetivos, pelo que referiram ser importante a realização de formação sobre SC. A segunda reunião, realizou-se em junho, tendo por objetivo esclarecer as dúvidas da equipa, planear e calendarizar a Etapa 3 - Implementação do Modelo, e a realização das sessões de supervisão. Para tal, a equipa de enfermagem e enfermeira gestora foram sensibilizadas para a necessidade da criação das equipas de supervisão, para a etapa seguinte, com enfermeiros supervisores clínicos escolhidos pelo contexto. Nesta reunião, foram abordadas as características do enfermeiro supervisor clínico. Essas características foram abordadas e negociadas com a equipa tendo por base a literatura (Freeman, 2005; Health Education and Training Institute, 2012; Haines & Dring, 2014; Olds & Hawkins, 2014; Fitzpatrick et al., 2015), bem como as 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”. De acordo com (Carvalho e 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”*. Assim sendo, de seguida apresentámos as características e perfil do supervisor clínico, expostos na Tabela 6.

Tabela 6 - Características e perfil do enfermeiro supervisor clínico

Características do enfermeiro supervisor clínico
✓ Ser considerado um perito pelo grupo de pares; ✓ Preferencialmente, ter formação pós-graduada em Supervisão Clínica; ✓ Pertencer à Instituição e ter um horário completo; ✓ Ter tempo de exercício profissional de, pelo menos, 4 anos; ✓ Pertencer ao serviço há pelo menos 2 anos; ✓ Ter experiência em processos formativos (orientação de estudantes de diferentes ciclos de formação e/ou integração de novos profissionais); ✓ Ter espírito de autoformação e desenvolvimento; ✓ Ser assertivo e ponderado; ✓ Possuir capacidade de resolução de problemas e tomada de decisão; ✓ Ter capacidade de experimentar e inovar a prática, incorporando evidência na sua prática; ✓ Capacidade de realizar críticas e autocríticas, de modo construtivo; ✓ Ter consciência de responsabilidade no processo de desenvolvimento contínuo da qualidade; ✓ Ter capacidade de trabalho e atender à diversidade e características dos diversos elementos; ✓ Ser capaz de estabelecer relações de confiança; ✓ Ter disponibilidade.

Estas características são também referidas pela OE (2018):

Enfermeiro Supervisor Clínico: o Enfermeiro responsável pelo processo de supervisão que detém um conhecimento concreto e pensamento sistematizado, no domínio da disciplina e da profissão de Enfermagem e da Supervisão Clínica, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área, que num contexto de atuação e relação supervisivos promove o desenvolvimento pessoal e profissional. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios Éticos e a Deontologia Profissional, assegurando um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte com o supervisionado, promotor do desenvolvimento de competência, garantindo a transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados (p. 16657).

A terceira reunião, realizou-se no início de setembro, previamente ao início da Etapa 3 - Implementação do Modelo, onde foram apresentadas as equipas e enfermeiros supervisores clínicos selecionados. Foi igualmente abordada a importância da formalização da supervisão clínica através do Contrato de Supervisão (Anexo VI). Para além da formalização, o contrato permite que o enfermeiro identifique necessidades de SC que gostaria de ver trabalhadas na Etapa 3. Assim, foram discutidas as necessidades de supervisão que deveriam constar no contrato,

tendo posteriormente, cada enfermeiro de forma individual, selecionado as que para si seriam mais relevantes. Os contratos preenchidos individualmente foram entregues nas respetivas primeiras reuniões de supervisão com o enfermeiro supervisor clínico. A Tabela 7 apresenta as necessidades a identificar que constavam no Contrato de Supervisão.

Tabela 7 - Áreas/tópicos a abordar nas sessões de SC

Áreas/tópicos a serem abordados nas sessões de Supervisão Clínica	
☐ Prática reflexiva	☐ Gestão de casos/Conceção dos cuidados
☐ Padrões de qualidade	☐ Desenvolvimento pessoal e profissional
☐ Prática baseada na evidência	☐ Formação ao longo da vida
☐ Qualidade dos cuidados de enfermagem	☐ Segurança dos clientes
☐ Inteligência Emocional	☐ Capacitação de cuidadores (in)formais
☐ Processo de tomada de decisão em Enfermagem	
☐ Outros assuntos _____	

Da análise de conteúdo efetuada a estas respostas, os enfermeiros supervisionados identificaram como necessidades e tópicos a serem abordados nas sessões de SC (por ordem decrescente): Formação sobre os IS-SCE; Qualidade dos Cuidados em Enfermagem; Desenvolvimento Pessoal e Profissional; Formação ao longo da vida; Segurança dos Clientes; Prática Reflexiva; Processo de Tomada de Decisão; Gestão de Casos/Conceção de cuidados; Padrões de qualidade e Capacitação dos Cuidadores. Em relação a outras necessidades, referiram necessitar abordar as Intervenções Psicoterapêuticas. Contudo, nas reuniões iniciais da Etapa 3 foram ainda aprofundadas estas necessidades e outras que emergiram da discussão dos grupos, que serão abordadas na etapa seguinte de forma mais detalhada. Assim, pretendeu-se que fossem identificadas áreas de intervenção sobre as quais os enfermeiros gostariam de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a sustentação em evidência na sua tomada de decisão, tendo por base uma efetiva implementação da PBE.

Posteriormente, com o objetivo de identificar e aprofundar as necessidades sentidas por parte dos enfermeiros do contexto, bem como as perceções relativas à SC e ao Modelo SafeCare, foi realizado um grupo de discussão focal. Este, comporta três componentes essenciais (Silva et al., 2014): 1) método de investigação dirigido à recolha de dados; 2) localiza a interação na discussão do grupo como a fonte dos dados; 3) reconhece o papel ativo do investigador na dinamização da discussão do grupo para efeitos de recolha dos dados. Como critério de inclusão dos participantes,

estes teriam de ser enfermeiros supervisionados e participarem na implementação do Modelo SafeCare. Assim, o grupo foi constituído por nove enfermeiros supervisionados.

Foi pedido consentimento para a realização do grupo de discussão focal. A reunião decorreu na sala de reuniões do contexto tendo a duração de 90 minutos. A moderadora principal foi a investigadora juntamente com outra investigadora do projeto que assumiu o papel de relatora. Para a realização da reunião foi elaborado um guião. Foi efetuada a gravação em áudio e posteriormente transcrita para análise e exploração do material de forma a realizar a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016). A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória pela letra E que representa o enfermeiro, seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E9).

Nos nove enfermeiros, a média de idades foi de 40,3 anos. Em relação ao sexo, quatro enfermeiros eram do sexo masculino (44,4%) e cinco do sexo feminino (55,6%). No que diz respeito às habilitações académicas: todos possuíam o Curso de Licenciatura em Enfermagem; um participante tinha pós-graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem, um participante era pós-graduado em Administração e Gestão, um era pós-graduado em Bioética e Ética em Enfermagem, um participante era pós-graduado em Administração e Marketing nos Cuidados de Saúde e um participante era pós-graduado em Investigação Criminal e Ciências Forenses. Dos nove participantes, cinco possuíam (56%) o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. No que concerne ao vínculo contratual, quatro apresentavam Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado (44,4%) e cinco possuíam Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado (55,6%). No que concerne ao horário de trabalho, os enfermeiros dividiam-se em horário de *roulement* (cinco enfermeiros) e fixo (quatro enfermeiros). O tempo de experiência profissional oscilou entre os 11 e 28 anos, sendo a média de 16,9 anos. Quanto ao tempo de exercício profissional no serviço, o tempo médio foi de 9,8 anos. Relativamente à experiência prévia enquanto supervisionados, todos os participantes tiveram experiência enquanto estudantes nos vários ciclos de formação. No que diz respeito ao exercício do papel de supervisor clínico, três (33,3%) dos participantes referiram já ter previamente desempenhado funções de supervisão de estudantes em ensino clínico. Nenhum tinha experiência prévia em SC de pares.

Em relação à análise e exploração do material emergiram cinco categorias e subcategorias que estão representadas nas tabelas seguintes: Fatores Facilitadores; Fatores Dificultadores; Vantagens; Contributos e Estratégias de Supervisão.

Como fatores facilitadores para a implementação da SC (Tabela 8), reconheceram que a motivação da equipa é fundamental, contudo na discussão em grupo a opinião dividiu-se entre aqueles que consideraram a equipa motivada e aqueles que apresentavam uma opinião contrária:

O nível de motivação, por todos os motivos e mais alguns, essencialmente relacionados com o contexto de trabalho, da própria carreira de enfermagem na administração pública, não permite encarar apenas positivamente este tipo de atividades (E2); Nós aqui, como somos um grupo pequenino, acho que sim (E3); Sim, eu penso que sim. Pelo menos aqui, na equipa onde eu trabalho. Contudo, há várias questões que colidem com a dinâmica de motivação interna, nomeadamente questões de carreira (E4); Inicialmente não, mas agora parece-me que começa a ficar (E5).

Reconheceram como uma mais-valia haver a ligação e apoio do enfermeiro supervisor clínico major como sendo alguém que irá ajudar e dar suporte à equipa (enfermeiros supervisores e enfermeiros supervisionados) e mesmo na articulação necessária com os enfermeiros gestores e com a instituição para garantir que serão criadas as condições para a implementação da SC. Consideraram uma mais-valia a comunicação e relação que a equipa tem entre si como sendo facilitadora da implementação de um projeto desta dimensão. Referiram, contudo, que existiam aspetos que podiam melhorar na comunicação e relação dos elementos entre si, principalmente ao nível de alguns conflitos existentes. O facto de terem um espaço e tempo para refletirem sobre a prática, incluído no horário de trabalho, também foi visto como sendo algo positivo e que poderia ajudar na implementação:

A funcionar só poderia ser num espaço do serviço e incluído no horário de trabalho (E1); Acho justo que contem essas horas no horário e como horas de formação (E8); Acho que a equipa que temos nos permite fazer algo (...) a relação entre pares (E6).

Apesar de muitos elementos verbalizarem desconhecerem o que é a SC, e já terem referido nas reuniões anteriores necessitarem de formação, reconheceram, contudo, que poderá trazer benefícios, e que esse reconhecimento poderá facilitar a sua implementação:

Toda a equipa é capaz de reconhecer que momentos de debate, de troca de ideias e partilha de preocupações é importante e é positivo (E1); Agora acho que sim, que é uma coisa positiva (E5); Tudo o que tenha a ver com a melhoria, tudo o seja um acréscimo para benefícios em termos de obtenção máxima dos cuidados, quer para o doente em si, quer para nós, para melhoria das nossas práticas (E3); (...)sinto falta de alguma formação, para

perceber também o que é que vai ser pedido, o que é que é previsto, e aí sim, perceber qual é o objetivo e o que é que se pretende fazer em concreto (E6).

Tabela 8 - Categoria Fatores Facilitadores para a implementação da SC e do Modelo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fatores Facilitadores	Motivação Apoio Supervisor Clínico Major Comunicação Espaço de reflexão sobre a prática Relação de pares Benefícios da SC

Ao mesmo tempo, consideraram esse desconhecimento da SC, como algo que poderia ser dificultador da implementação (Tabela 9), caso não seja primeiramente dada formação a todos os participantes. Em relação a outros fatores admitiram que a falta de tempo, associada à sobrecarga de trabalho poderá ser um fator dificultador. Referiram ainda que as condições estruturais e físicas do serviço poderão não ser as melhores e que para fazerem algo, deveriam ser dadas as condições para tal:

A nível se supervisão clínica, eu acho que é fundamental as pessoas terem um bocadinho mais de esclarecimento sobre a supervisão clínica, porque associam sempre a supervisão clínica à avaliação (...) também é entendido que vai trazer uma sobrecarga de trabalho (E8); (...) o tempo se calhar, a organização do serviço no sentido de nos proporcionar tempo para isto (...) ter condições em termos de serviço, isso facilitaria, nós não temos espaço físico, por exemplo, para as vezes ler, investigar, o próprio serviço em si não dá muito tempo para podermos fazer esse trabalho. Se queremos fazer alguma coisa temos que fazer no nosso tempo, e isso não está correto (E7); No contexto atual de carência de recursos humanos, todo o crescimento de trabalho sente-se muito para quem cá está (E2); (...) efetivamente, este é um serviço que funciona dia a dia, é um serviço reativo, age por forma reativa, e não ativa, não pensada, não organizada, não com uma política institucional, com orientações estratégicas, não temos uma cultura organizacional nesse sentido (E4); Uma das barreiras que temos, é as vezes a falta de motivação da equipa (...) e às vezes um ou dois quererem avançar, não é fácil, porque estão sempre a puxar-nos um bocado para trás, para não avançarmos (E8).

Tabela 9 - Categoria Fatores Dificultadores para a implementação da SC e do Modelo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Fatores Dificultadores	Desconhecimento da SC Falta de tempo Sobrecarga de Trabalho Escassez de recursos humanos Recursos físicos e materiais Competência dos supervisores Falta de cultura de SC Falta de Motivação

Em relação às vantagens, que poderia trazer a implementação da SC e do Modelo (Tabela 10), o grupo concordou e reconheceu que poderia trazer mudanças e atualizações na prática clínica, com uma uniformização dos cuidados e também poderia motivar mais a equipa:

Pode ser muito importante para identificar problemas na prática do dia a dia (E1); Acho que temos que evoluir, temos que aprender, de forma que, a esse nível temos que obter novas experiências (E3); Acho que, a nível de supervisão, a pessoa fazendo uma reflexão, fazendo mudanças a nível de protocolos, de organização, procurando uma maior uniformização das práticas (...) (E5); (...) maior motivação na prestação dos cuidados, e uma comunicação maior entre equipa, provavelmente (E9).

Tabela 10 - Categoria Vantagens para a implementação da SC e do Modelo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Vantagens	Mudança de práticas Uniformização dos cuidados Motivação da equipa

Em relação aos contributos (Tabela 11), o grupo concordou que na sua maioria permitirá uma melhoria da qualidade de cuidados e segurança para o cliente/família, pelo contributo que trará no desenvolvimento profissional:

Em termos teóricos, se o objetivo é melhoria da prestação de cuidados e tudo o que isso implica, toda a envolvente, o meio, o próprio prestador (...) deverá ocorrer uma melhoria da qualidade dos cuidados (E2); (...) irá acontecer uma melhoria em termos de prestação de cuidados. Os cuidados, eventualmente, acredito que possam vir a tornar-se mais seguros (E4); Ao identificar estas situações, vai fazer com que os enfermeiros procurem, melhores respostas, que se aperfeiçoem mais do ponto de vista técnico, do ponto de vista da legislação, dos procedimentos, e tudo isso pode trazer o

crescimento profissional do enfermeiro (E1); Se me levar a refletir sobre a minha prática e como agir sobre ela, melhorando os cuidados que presto, por inerência, em termos profissionais, serei um enfermeiro melhor (E3).

Tabela 11 - Categoria Contributos da SC e do Modelo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Contributos	Desenvolvimento Profissional Qualidade dos Cuidados Segurança dos cuidados

Quanto às estratégias de supervisão (Tabela 12), o grupo verbalizou dificuldade em definir, nesta fase, quais serão as mais indicadas, referindo ser melhor adequar a cada grupo e às áreas que forem sendo abordadas na Etapa 3. Contudo, reconheceram que a reflexão sobre a prática, as reuniões em grupo, com análise e discussão de casos, bem como de protocolos, poderiam ser benéficas. Foi ainda consensual que as necessidades de formação, principalmente sobre os IS-SCE previamente definidos, bem como sobre outras temáticas que vierem a ser definidas nos grupos, seria fundamental para a equipa e para o seu crescimento e desenvolvimento profissional:

A metodologia que nós iremos adotar, fazer as reuniões, dividir em grupos, falar sobre as várias questões do serviço, transversais, umas mais ao próprio serviço, outras mais ao próprio hospital (E1); Refletirmos na nossa prática diária, porque muitas vezes fazemos as coisas já de forma automática e acabamos por não pensar porque é que fizemos assim, e porque não fizemos diferente (...) automaticamente estamos a caminhar para questionar se estamos a fazer bem, se não estamos a fazer bem, se é possível melhorar (...) (E2); Se pretendemos mudar as abordagens teremos que falar sobre elas (...) O objetivo aqui não é ofender, é debruçarmo-nos sobre a pratica (...) (E4); (...) dinâmicas que nos permitam pensar, mas também que nos permitam atravessar a barreira (E5); O ter que estruturar, o ter que parar para pensar, o ter que trabalhar procedimentos, fluxogramas, o ter que estruturar toda a intervenção, é desafiador, e irá obrigar a utilizar algumas ferramentas um bocadinho diferentes, porque estruturar passo a passo dá muito trabalho, e só aí é que nós percebemos a complexidade das funções que temos, e que, realmente, não estando estruturadas, capazes de serem registadas e serem mostradas, que eu acho que é uma das nossas falhas (E6); Acho que a inteligência emocional está em

tudo o que a gente faz, quanto maior for a abordagem e conhecimento nessa área melhor (E9).

Tabela 12 - Categoria Estratégias de Supervisão para a implementação da SC e do Modelo

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Estratégias Supervisão	Reuniões em grupo Discussão de casos Reflexão sobre a prática Formação

Esta etapa permitiu conhecer as necessidades em SC, mas também identificar a perceção dos enfermeiros sobre a mesma, os fatores facilitadores e dificultadores, bem como vantagens e contributos que a equipa reconhecia para a implementação da SC e do Modelo SafeCare. De facto, os fatores facilitadores e dificultadores vão ao encontro ao que a literatura refere. Existem barreiras de ordem pessoal e institucional que devem ser conhecidas e previamente identificadas por todos os intervenientes, de forma a promover uma implementação com sucesso da SC (Koivu et al., 2011; Mohamed & Ahmed, 2019; Snowdon et al., 2019): Institucional (conflitos profissionais, falta de tempo/recursos, turnos rotativos, desgaste e sobrecarga de trabalho, cultura de suporte); Pessoal (medo da mudança, desconhecimento da SC, falta de confiança e de conhecimentos, habilidades e competências, e crenças erróneas). Desta forma, e, tal como tem vindo a ser descrito, é importante envolver todos os intervenientes (pessoas e instituição) numa participação ativa, com papéis definidos, dinâmica e de mitigação precoce das barreiras existentes no contexto tendo em vista o sucesso da implementação (Cruz, 2012; Buus et al., 2016; Snowdon et al., 2019).

Assim, esta identificação de necessidades, do conhecimento do contexto e dos participantes, constitui-se como fundamental para o delineamento de estratégias e tópicos a abordar aquando da implementação da Etapa 3.

3. Implementação do Modelo SafeCare

A terceira etapa para a implementação do Modelo, decorreu seguidamente à Etapa 2, tendo iniciado em setembro de 2017 até novembro de 2018. Este momento, tal como referido anteriormente, teve como objetivos:

- Realizar formação em SC;

- Realizar sessões de SC com as equipas constituídas e de acordo com a calendarização planeada;
- Realizar formação sobre os IS-SCE.
- Implementar estratégias de supervisão de acordo com as necessidades apresentadas pelo contexto e participantes;
- Realizar reuniões trimestrais de acompanhamento aos enfermeiros supervisores clínicos.

Assim, após serem identificadas as necessidades dos enfermeiros, relativamente aos IS-SCE e a outros aspetos relevantes para o contexto, ocorreu a implementação do Modelo. Esta iniciou-se com a formação em SC. Constituíram-se as equipas de supervisão, e deu-se início às reuniões de supervisão com os enfermeiros supervisores clínicos, de acordo com a calendarização e planeamento negociados. Foi realizada formação sobre os IS-SCE. De seguida, foram implementadas estratégias de supervisão adequadas às necessidades de cada elemento/equipa, de acordo com as funções de supervisão e foi realizado o acompanhamento pelo enfermeiro supervisor clínico major quer nas sessões de supervisão, como na formação. Foi também dado acompanhamento aos enfermeiros supervisores clínicos e enfermeira gestora do contexto.

Nesta etapa recorreu-se às notas de campo e observação participante que permitiram a recolha de informação importante para a análise do conteúdo das sessões e das estratégias utilizadas. Para isso foi elaborada uma folha para registo para as sessões de SC, utilizada que serviu de suporte aos registos e posterior análise (Anexo IX).

Esta etapa, Etapa 3, deu origem a um capítulo de livro que de seguida se apresenta. Posteriormente, são apresentados os pormenores da implementação do Modelo SafeCare neste contexto em específico.

3.1. Capítulo de Livro– Implementação do Modelo SafeCare

Teixeira, A., Barandas, V., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Implementação do Modelo Safecare. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 36-43). Uniarte Gráfica, S.A.

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

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

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

- Desenvolver competências em Supervisão Clínica;
- Desenvolver competências de comunicação, orientação e negociação;
- Estimular o pensamento crítico/ reflexivo e ético;
- Desenvolver capacidades de reflexão para, na e sobre a prática clínica;
- Desenvolver capacidade de participação proactiva nos processos de mudança na prática de cuidados.

Nesse sentido, as temáticas abordadas tiveram em consideração: conceitos e história da Supervisão Clínica; modelos de Supervisão Clínica, com enfoque no Modelo SafeCare; relação superviso; aprendizagem e desenvolvimento pessoal e

profissional; processos de inovação, gestão de cuidados e liderança; e, qualidade de cuidados e segurança do cliente.

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

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

- Ser considerado um perito pelo grupo de pares;
- Possuir formação em supervisão clínica, preferencialmente um curso pós-graduado;
- Pertencer à instituição;
- Ter horário completo;
- Ter tempo de exercício profissional de, pelo menos, 4 anos;
- Pertencer ao serviço há, pelo menos, 2 anos;
- Ter experiência em processos formativos (orientação de estudantes nos diferentes ciclos de formação ou integração de novos profissionais);
- Ter espírito de autoformação e desenvolvimento;
- Ser ponderado e assertivo;
- Ter capacidade de resolução de problemas e tomar decisões esclarecidas e acertadas;
- Ter capacidade de experimentar e inovar numa dialética entre a teoria e a prática;
- Ter capacidade de fazer críticas e autocríticas, de modo construtivo;
- Ter consciência de responsabilidade no processo de desenvolvimento contínuo da qualidade;

- Ter capacidade de trabalho e atender á diversidade e características dos diversos elementos;
- Ser capaz de estabelecer relações de confiança;
- Ter disponibilidade.

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

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

Como forma de minimizar estes problemas, a maioria das vezes as instituições elegem como enfermeiro supervisor o responsável da equipa, decisão esta que acarreta várias discordâncias. Uma vez que o enfermeiro supervisor clínico deve auxiliar na confiança de quem requer apoio nas práticas, não deve ser designado pela instituição, mas sim eleito pelos pares.

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

Simões, Alarcão e Costa (2008) destacam algumas das qualidades essenciais do enfermeiro supervisor como agente facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de competências. A experiência, a formação na área, os conhecimentos e competências, a motivação para a implementação do processo supervisivo e o desenvolvimento profissional, a facilidade de relação interpessoal e a disponibilidade,

constituem fatores determinantes no processo de desenvolvimento profissional. Abreu, Barroso, Segadães e Teixeira (2015) referem como lacuna a falta de um quadro conceptual de competências para o exercício de supervisor clínico. Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018), consideram importante a padronização deste conceito. Para os autores, esta é a base para o desenvolvimento da competência de enfermeiro supervisor clínico, que permite a evolução da investigação sobre o impacto da SC na prática clínica dos enfermeiros e nos ganhos em saúde para os clientes.

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

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

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

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

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

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

- Ser capaz de se autocriticar;
- Fazer a apresentação ao seu grupo de supervisão;
- Ser capaz de explorar áreas de intervenção e as expetativas dos supervisionados;
- Deixar espaço para a individualidade de cada um, permitindo/encorajando a expressão de sentimentos ou de receios por parte dos supervisionados, solicitando-lhes que exponham questões pertinentes para serem discutidas nas sessões formais;
- Proporcionar um ambiente de trabalho agradável, de abertura e favorável à partilha e expressão de sentimentos e experiências;
- Dar feedback das suas observações;
- Enfatizar as boas práticas;
- Promover a reflexão crítica sobre a prática clínica;
- Apoiar/aconselhar o supervisionado em momentos de dificuldade técnica, relacional ou emocional;
- Incentivar uma prática baseada na evidência;
- Estabelecer/Identificar os conteúdos formais de cada sessão;
- Ser capaz de refletir e de analisar a evolução dos supervisionados;

- Preparar as reuniões de supervisão;
- Ser capaz de refletir e de analisar a sua própria evolução como supervisor clínico.

Complementarmente, as responsabilidades do enfermeiro supervisionado são:

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

De forma a iniciar a implementação com sucesso, torna-se crucial que, de acordo com as necessidades em SC identificadas previamente, as reuniões devam ser planeadas e calendarizadas. A calendarização deverá ser efetuada com a periodicidade de uma reunião mensal por equipa de supervisão, pelo enfermeiro gestor do contexto. O tempo dispensado para a reunião de supervisão clínica, que em média dura cerca de 1.30h deve ser contabilizado dentro do número de horas de trabalho do enfermeiro. De igual forma a reunião deve ainda ser planeada pelo enfermeiro supervisor em conjunto com o enfermeiro supervisor clínico major. Assim, poderemos ter como objetivo trabalhar um indicador de qualidade de cuidados em enfermagem (por ex. Risco de Queda, Autocuidado) ou outro assunto que a equipa considere relevante para a sua prática, como por exemplo, a gestão de conflitos ou aspetos institucionais que interfiram na qualidade e segurança dos cuidados.

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

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

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

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

Nas reuniões de supervisão iniciais é notório o desconforto e a inexperiência por parte dos enfermeiros supervisionados em refletirem sobre a sua prática e partilharem experiências pessoais e profissionais perante o restante grupo, principalmente se o contexto não tiver um modelo de supervisão instituído. Nesta fase podem ser usadas estratégias que servem de “quebra-gelo” e dinâmicas de grupo que promovam a aproximação dos elementos entre si. Uma das estratégias usadas foi a realização de uma análise SWOT da equipa e de como esta caracterizava cada um dos seus elementos (aspectos positivos, contributos para a equipa, aspectos a melhorar), numa perspetiva construtiva. Esta dinâmica ajudou a promover o autoconhecimento, fortalecer as relações e o clima de partilha.

A realização de reuniões de supervisão mensais é apenas uma forma de implementação do modelo que pode ser complementado com intervenção individual entre enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado, bem como por via não presencial (por ex. via online). Importa referir que a implementação deve ser sempre ajustada às necessidades do contexto e dos seus intervenientes.

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

Nas reuniões de supervisão são analisadas estas situações e encontradas estratégias para a melhoria dos cuidados, nomeadamente na avaliação do Risco de Queda, permitindo elaborar e implementar estratégias que tanto podem passar pela formação como pela elaboração de protocolos, potenciando a normalização da prática clínica e tomada de decisão sustentada em evidência. A equipa de supervisão pode dividir-se em subgrupos de trabalho, tendo o enfermeiro supervisor clínico um papel crucial em orientar e acompanhar a realização e apresentação destes trabalhos em reunião de supervisão, divulgação pela restante equipa do serviço e enfermeiro gestor do contexto.

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

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

A implementação da SCE pode ser vista como um elemento crítico no estabelecimento de uma prática segura e responsável, pelo que a sustentabilidade da supervisão exige um envolvimento contínuo da instituição. A falta de uma política clara e de liderança no que diz respeito as orientações para a formação, treino, modelos e instrumentos de avaliação, revelam-se barreiras ao sucesso da sua implementação (Lynch, Happell, Sharrock e Cross, 2008).

Para finalizar, importa refletir sobre as barreiras existentes à implementação do Modelo SafeCare. De forma a garantir o sucesso na sua implementação, estas barreiras devem ser primeiramente avaliadas no contexto e ao longo do processo de implementação. As estratégias referidas anteriormente, aquando do início das reuniões de supervisão, pretenderam dar resposta a algumas dessas barreiras. Assim, Bush (2005), admite existirem fatores pessoais e institucionais como barreiras para a implementação da SC, onde as dificuldades pessoais se referem aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, nomeadamente o medo

de mudança, a falta de confiança, de conhecimentos, habilidades e competências. Por outro lado, as barreiras institucionais dizem respeito à necessidade de negociação e não imposição da SC pela instituição, bem como a presença de um contrato, tranquilizando a dúvida por parte dos enfermeiros supervisionados no que diz respeito à confidencialidade e à segurança, o apoio e envolvimento da instituição e a escolha dos enfermeiros supervisores. Da mesma forma, os autores Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011) sustentam esta divisão nas barreiras, expondo os conflitos profissionais e políticos, as questões da falta de tempo/recursos, os turnos rotativos/desgastantes como barreira institucional, e o medo de mudança, a falta de confiança e de conhecimentos baseados na evidência e competências, que irrefletidamente se integram na prática, bem como, o desconhecimento em relação à SC e crenças erróneas, como barreiras pessoais. Por outro lado, muitas vezes a dificuldade sentida pelos enfermeiros durante a implementação de um processo supervisivo resulta da resistência à mudança. O processo de mudança pode desencadear respostas como *stress*, dúvidas, impulsividade e desconforto. Assim, a forma como a SC é sugerida, apresentada, implementada e até mesmo avaliada, é basilar para a sua verdadeira eficiência. Entende-se assim, a sensibilidade reclamada ao envolvimento de todos os participantes, enfermeiro supervisor, enfermeiro supervisionado e instituição, em relação tripartida, por forma ao melhor desempenho de todos (Cruz, 2008).

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

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

Referências

- Abreu, W., Barrosos, C., Segadães, M.F., & Teixeira, S. (2015). Promotion on self-care in clinical practice: implications of clinical supervision in nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1), 6-9, doi:10.7763/IJiet. 2015.V5.466.
- Berg, A., & Hansson, W. (2000). Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care. *Journal of Nursing Management*. 8(1), 357-368. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2834.2000.00191.x>.
- Bush, T. (2005) Overcoming the barriers to effective clinical supervision. *Nursing Times*. 101(2), 38-41.
- Buus, N., Lynch, L., & Gonge, H. (2016). Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: Opportunities and challenges. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 9, e22, doi: 10.1017/S1754470X15000434.
- Cruz, S. (2008). A Supervisão Clínica em Enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*, 56(5), 112-188.
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344-1363. doi: 10.1111/inm.12443.
- Gifford, W., Davies, B., Edwards, N., & Griffin, P. (2004). Sustaining knowledge transfer through leadership. Abstract. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1(4), 226.
- Koivu, A., Saarinen P. I., & Hyrkas, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 2567-2578. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04041.x.
- Lynch, L., Happell, B., Sharrock, J. & Cross, W.M. (2008) Implementing Clinical supervision for psychiatric nurses: The importance of education. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*. 14 (1) 1-12.
- McKenna, B., Thom, K., Howard, F., & Williams, V. (2010). In search of a national approach to professional supervision for mental health and addiction nurses: The New Zealand experience. *Contemporary Nurse*, 34(2), 267-276.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º 366/2018 - Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica,

- disponível em: <http://www.aenfermagemasleis.pt/2017/10/17/regulamento-de-certificacao-individual-de-competencias-ordem-dos-enfermeiros/>.
- Simões, J.F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, II (6), 91-108.
- Walsh, K., Nicholson, J., Keough, C., Pridham, R., Kramer, M., & Jeffrey, J. (2003). Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team. *International Journal of Nursing Practice*, 9(1), 33-39. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-172X.2003.00400.x>.
- Winstanley, J., & White, E. (2003). Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*, 10(4), 7-38. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271281111_Clinical_Supervision_Models_Measures_and_Best_Practice

3.2. Implementação no Contexto

Relativamente à implementação no contexto da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, as sessões de SC decorreram com a periodicidade mensal de setembro de 2017 a novembro de 2018. Em relação ao tempo de duração média das sessões de supervisão em grupo estas foram de 90-120 minutos, de acordo com as necessidades do contexto. Na revisão de literatura sobre a frequência e duração das sessões de SC (Pollock et al., 2017), a duração das sessões pode variar de 45 a 120 minutos e a frequência das sessões em grupo entre uma vez por semana até cada 8 semanas (Tabela 13).

Tabela 13 - Frequência e duração das sessões de SC (Adaptado de Pollock et al., 2017)

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 intervalo 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

Foram realizadas um total de 61 sessões de SC (Tabela 14). Nem sempre foi possível cumprir a calendarização mensal, devido a inúmeros fatores, nomeadamente, carência de recursos humanos, agravada com ausências por licenças, gozo de férias e *turnover* de elementos, que dificultaram a gestão mensal das horas. Foram adicionalmente realizadas ações de formação (Tabela 16 e Tabela 17) inseridas

no Departamento de Formação da Instituição, num total de 22 horas. Foram ainda, realizadas reuniões trimestrais em grupo e, sempre que necessário individualmente, com os enfermeiros supervisores clínicos, enfermeira gestora do contexto e enfermeira supervisora clínica major. Esta última esteve presente em todas as reuniões e ações de formação realizadas.

Tabela 14 - Cronograma de realização das sessões de SC por grupo

Ano 2017/2018															
Grupo	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov
1	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓
2	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓
3	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
4	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
5	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓

Nas primeiras reuniões de cada grupo, houve necessidade de voltar a apresentar o Modelo SafeCare, os objetivos e esclarecer dúvidas que os participantes apresentavam. Foram ainda analisadas as necessidades que cada elemento tinha colocado no seu contrato de supervisão, tendo estes sido entregues à enfermeira supervisora clínica major. Foi reforçado a garantia de anonimato e confidencialidade destes contratos, e dos temas e tópicos abordados por cada elemento nas sessões. Constatámos que nestas primeiras reuniões as equipas focaram-se nas necessidades de melhoria ao nível de recursos materiais, estruturais e humanos, como sendo fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, foi elaborada, com o consentimento de todos os elementos, uma carta de recomendações com estas sugestões e necessidades enumeradas redigida pela equipa de investigadores ao Conselho de Administração. Este envolvimento com o contexto foi fundamental para estabelecer um clima de confiança, motivação e ligação de todos os participantes com a enfermeira supervisora clínica major e restantes investigadores. Partindo das necessidades identificadas previamente, cada grupo de supervisão, em conjunto com os respetivos supervisores clínicos, definiu necessidades específicas e planearam as estratégias de trabalho para dar resposta a essas necessidades. Os temas e tópicos abordados por cada grupo encontram-se descritos na Tabela 15.

Tabela 15 - Temas abordados por grupo de SC

G1	G2	G3	G4	G5
Escalada de Violência	Enfermeiro especialista de referência no contexto de internamento	Papel do enfermeiro especialista na intervenção comunitária em saúde mental	Orientação e tutoria de estudantes do 2º ciclo de estudos (especialidade)	Plano assistencial da equipa comunitária do idoso
Gestão do comportamento agressivo em saúde mental	Motivação e <i>Burnout</i> da equipa (papel do enfermeiro gestor)	Consulta de enfermagem em saúde mental em ambulatório	Conceção de cuidados e tomada de decisão em saúde mental do idoso- Registos de enfermagem	Instrumentos de avaliação inicial no idoso e familiar cuidador
Contenção em saúde mental	Comunicação e relação terapêutica (discussão de casos)	Comunicação e relação terapêutica (discussão de casos)	Acolhimento do utente e família	Programa de capacitação do familiar cuidador da pessoa com demência a residir no domicílio- “(Es) Tar com a Demência”
Análise SWOT da equipa	Análise SWOT da equipa	Análise SWOT da equipa	Análise SWOT da equipa	Análise SWOT da equipa
Comunicação e resolução de conflitos na equipa	Comunicação e resolução de conflitos na equipa	Comunicação e resolução de conflitos na equipa	Comunicação e resolução de conflitos na equipa	Comunicação e resolução de conflitos na equipa
Inteligência Emocional	Inteligência Emocional	Inteligência Emocional	Inteligência Emocional	Inteligência Emocional
Qualidade e segurança na preparação e administração de terapêutica	Reunião comunitária no contexto de internamento	Reestruturação e reorganização dos cuidados por valência: Hospital de Dia; consulta de ambulatório e equipa comunitária	Atividades terapêuticas: papel do enfermeiro perito e do enfermeiro especialista	Estimulação sensorial em contexto de sala de snoezelen
Transmissão da informação (passagem de turno)	Transmissão da informação (passagem de turno)	Psicoeducação no doente mental grave e família	Avaliação e implementação de um programa de estimulação cognitiva	Consulta de enfermagem do familiar cuidador

Estes temas/tópicos foram abordados e trabalhados pelas equipas de diversas formas/estratégias: divisão em pequenos grupos para elaboração de pesquisa e apresentação do trabalho sobre o tema em contexto de reunião; análise e melhoria de protocolos existentes no serviço; elaboração de novos protocolos de acordo com a evidência; formação em contexto de reunião com a presença de um elemento externo considerado perito na temática; reflexão, discussão em grupo e elaboração de propostas de melhoria; discussão de casos; autoavaliação do grupo.

Relativamente à formação organizada no Departamento de Formação da Instituição, esta procurou dar resposta especificamente a duas necessidades: 1)

formação sobre os IS-SCE (Tabela 16); 2) Intervenção psicoterapêutica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (Tabela 17).

Tabela 16 – Formação IS-SCE no Departamento de Formação da Instituição

Sessão	PBE em Saúde Mental	Mentores na PBE	IE em Gestores de Enfermagem
Objetivos Gerais	Dotar os enfermeiros de conhecimentos e estratégias para o desenvolvimento de competências de PBE	Dotar os enfermeiros de conhecimentos e estratégias para o papel de mentores da PBE	Dotar os enfermeiros gestores de conhecimentos e estratégias para o desenvolvimento de competências emocionais nos próprios e na equipa
Objetivos específicos	- Reconhecer e identificar as barreiras existentes no contexto para a implementação; - Reconhecer e compreender as etapas da PBE; - Conhecer o processo de tomada da decisão na prática clínica e os tipos de decisão clínica; - Conhecer estratégias promotoras da translação do conhecimento para a prática; - Reconhecer as oportunidades e desafios para o contexto da saúde mental.	- Compreender e realizar de forma autónoma as primeiras etapas da PBE; - Reconhecer o papel do mentor e da sua importância; - Compreender a relação entre o papel do mentor, a supervisão clínica e a PBE; - Conceber estratégias de translação do conhecimento no seu contexto, bem como articular estratégias para a minimização de algumas das barreiras identificadas.	- Transmitir aos enfermeiros gestores a importância das emoções nas organizações e na gestão de equipas; - Capacitar os enfermeiros gestores de competências para identificar as principais características da Inteligência Emocional; - Proporcionar aos Enfermeiros Gestores um processo de desenvolvimento da sua inteligência emocional, conhecendo os seus pontos fortes e maximizando-os no seu dia-a-dia profissional; - Planear com os enfermeiros gestores processos de melhoria da inteligência emocional e social nas Equipas de Enfermagem.
Conteúdo	- Definição do Conceito - Barreiras - Tomada de decisão na prática clínica - Etapas da PBE - Translação do conhecimento - Importância da PBE no contexto da saúde mental	- Identificação de um problema da prática - Construção da pergunta de partida e estratégia de pesquisa - Bases de dados - Análise crítica de artigos - Translação do conhecimento - Supervisão clínica e mentoria - Implementação da PBE no contexto da saúde mental	- Inteligência e Inteligência Emocional - A importância da IE no contexto organizacional - Capacidades de IE e social de uma equipa - Gerir a equipa emocionalmente inteligente
Duração	5 horas	5 horas	7 horas
Formador	Externo e enfermeira supervisora clínica major	Externo e enfermeira supervisora clínica major	Externo

A SC na área da saúde mental, assume especial relevância, pela complexidade, natureza dos cuidados e importância da relação terapêutica, como elemento central para a intervenção psicoterapêutica. Autores como Peplau, Orlando e Travelbee enfatizaram a importância do uso do *self* ou *expertise* interpessoal na relação

terapêutica estabelecida com o cliente de cuidados, no exercício de funções no contexto da saúde mental (Teixeira, 2020). A relação terapêutica é central para o exercício profissional do enfermeiro. Para tal, é crucial desenvolver competências para uma prática de enfermagem avançada no sentido de promover a autonomia na tomada de decisão face a situações complexas, sustentadas em evidência, com consequente melhoria na qualidade de cuidados. Neste sentido, é importante o *feedback* contínuo que auxilie no crescimento profissional e pessoal do enfermeiro na relação terapêutica que estabelece com o cliente e família, mas também na implementação de intervenções psicoterapêuticas, sendo que este suporte pode e deve ser fornecido através de SC estruturada e adaptada ao contexto (Teixeira, 2020; Howard & Eddy-Imishue, 2020; Hines-Martin & Robinson, 2006). Tais necessidades foram expressas pela equipa, e foram implementadas, nas diversas funções da SC, estratégias para reforçar e promover o exercício de funções do enfermeiro especialista no contexto. De referir que na função formativa foi organizada uma formação, também no Departamento de Formação da Instituição, sobre o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (Tabela 17).

Tabela 17 - Formação Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem no Departamento de Formação da Instituição

Sessão	Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem
Objetivos Gerais	Dotar os enfermeiros de conhecimentos (adicionais) para a operacionalização da intervenção psicoterapêutica nos contextos da prática clínica
Objetivos Específicos	No final do curso o formando deverá ser capaz de: - Verbalizar a diferença entre psicoterapia e intervenção psicoterapêutica em Enfermagem; - Descrever, de forma sumária, o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem e potenciais estratégias de operacionalização do mesmo; - Identificar intervenções psicoterapêuticas NIC e atividades que permitem a sua concretização; - Debater, de forma fundamentada, acerca da aplicação do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem a casos clínicos concretos.
Conteúdos	- Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (MIPE): Pressupostos, Características e Estratégias de Operacionalização; - Intervenções Psicoterapêuticas de Enfermagem e sua Utilização no Contexto do MIPE; - Apresentação e Discussão da Aplicação do MIPE a um Caso Clínico.
Duração	5 horas
Formador	Externo

Para os autores Sharrock et al. (2013), a implementação da SC na área da saúde mental, explora áreas temáticas que emergem da interação enfermeiro-cliente-instituição presentes no quotidiano da prestação de cuidados neste contexto e que

vão ao encontro aos temas/tópicos abordados nas sessões (Figura 5): **exercício profissional; relação terapêutica e contexto.**



Figura 5 - Quadro conceitual de SC

(Adaptado de Sharrock et al., 2013)

Relativamente às estratégias de SC, estas são definidas como “*um plano de ação pelo qual se escolhe, organiza e gere as atividades, com vista a atingir um objetivo*” (Simões et al., 2008, p.100). As estratégias utilizadas na implementação do Modelo, foram ao encontro das necessidades expressas pelos participantes nos vários temas/tópicos abordados. De forma a promover a eficácia do processo de supervisão, foi necessário que todos os intervenientes estabelecessem um clima de aprendizagem, favorecendo o bem-estar, autoestima e motivação. Para tal, foi necessária a utilização de estratégias centradas no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, bem como no suporte necessário e adequado ao enfermeiro supervisionado (Pinto et al., 2017). Assim, ao longo da implementação, foram utilizadas as seguintes estratégias (Pinto et al., 2017; Pires et al., 2016):

- ✓ Formação Contínua;
- ✓ *Feedback*;
- ✓ Análise de Documentação;
- ✓ Apoio;
- ✓ Análise crítico-reflexiva das práticas;
- ✓ Análise de Casos em Grupo;
- ✓ Sessões de supervisão em Grupo;
- ✓ Autosupervisão;
- ✓ Supervisão à distância (Contacto telefónico e email).

Estas foram enquadradas nas funções da SC que foram adotadas na implementação do Modelo SafeCare, partindo do Modelo de Proctor (Proctor, 2008):

- ✓ Função Restaurativa: desenvolvimento de uma relação de suporte e acompanhamento entre o enfermeiro supervisor clínico major, enfermeiro supervisor clínico e enfermeiro supervisionado, promovendo a comunicação e relação entre os elementos, a expressão de sentimentos e emoções, a redução de níveis de ansiedade e *stress*, a melhoria da satisfação profissional e consequentemente a qualidade de cuidados, sendo uma função muito frequentemente abordada pelos enfermeiros (Howard & Eddy-Imishue, 2020; Brunero & Stein-Parbury, 2008);
- ✓ Função Formativa: ênfase na formação continuada (IS-SCE, temas específicos), promovendo o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessárias à tomada de decisão, aumentando a consciencialização do enfermeiro supervisionado sobre a sua prática e, sobre outras formas de inovar na prestação de cuidados, melhorando a perceção e conhecimento sobre o cliente e suas necessidades (Brunero & Stein-Parbury, 2008);
- ✓ Função Normativa: ênfase na responsabilização profissional dos enfermeiros sobre as suas práticas, baseando-se na reflexão sobre as mesmas, protocolos e normas presentes na instituição, em que o enfermeiro supervisor clínico potencia a discussão e análise das práticas, no sentido de promover a melhoria da qualidade na prestação de cuidados (Brunero & Stein-Parbury, 2008);

Em relação ao IS-SCE, Competência Emocional, foi realizada formação teórica em contexto da sessão de supervisão, sobre IE, análise e discussão de casos, reflexão sobre situações do quotidiano da equipa, com utilização de estratégias de autoavaliação do grupo. Na função de suporte, foi promovido a escuta ativa, *feedback*, partilha de emoções em contexto de grupo e individual bem como estratégias para promover a comunicação e resolução de conflitos na equipa. Considerando a liderança um elemento-chave para o suporte da equipa, para a promoção e manutenção destas competências, foi também realizada formação aos enfermeiros gestores sobre IE e Liderança (Tabela 16), como forma de sedimentar a manutenção de um ambiente de trabalho favorável à mudança de comportamentos, bem como à melhoria da comunicação na equipa.

Relativamente ao IS-SCE, Competência de PBE, foi realizada uma formação teórica inicial sobre PBE e uma avançada destinada aos mentores de PBE (Tabela 16).

Existem fatores facilitadores para a adoção e implementação da PBE (Melnik et al., 2014): Conhecimentos e habilidades; Atitude favorável à PBE e à sua implementação; Cultura de suporte que providencie recursos e ferramentas; Existência de mentores.

Tendo por base estes pressupostos, os enfermeiros que realizaram a formação teórica apresentaram os seguintes critérios de seleção: enfermeiros supervisores clínicos e enfermeiros especialistas com interesse e motivação na temática da PBE. De acordo com a literatura (Melnik et al., 2017; Middlebrooks et al., 2016; Smith & Donze, 2010) os mentores deverão ter as seguintes características:

- ✓ Alguém aceite pelos pares, capaz de desenvolver uma relação sustentada na “confiança”;
- ✓ Exerce funções na prática clínica;
- ✓ Apresenta uma atitude e crença favorável à PBE;
- ✓ Consegue identificar as barreiras no contexto e organização, conseguindo mobilizar estratégias para a mudança organizacional;
- ✓ Competências de PBE desenvolvidas;
- ✓ Competências ao nível do planeamento estratégico, implementação e avaliação de resultados;
- ✓ Fomenta o questionamento reflexivo da prática;

O processo de várias etapas associado à PBE requer o desenvolvimento de um core de competências profissionais complexas, de forma a permitir com sucesso integrar a evidência no processo de tomada de decisão levando uma melhoria da qualidade e segurança nos cuidados, mas também com ganhos em saúde para o cliente/família. De facto, o conhecimento dos princípios inerentes à PBE, do processo de implementação e as habilidades práticas para implementar as etapas do processo são fundamentais para os profissionais de saúde. Tendo em conta as barreiras existentes para a implementação da PBE, abordadas anteriormente, os enfermeiros gestores dos contextos foram envolvidos, na adoção e promoção de estratégias de comunicação e liderança favorecedoras de um clima organizacional de suporte para com a equipa (suporte dos elementos, facilitação de tempo para elaboração dos trabalhos). Os mentores desenvolveram, em conjunto com a restante equipa, os trabalhos de acordo com as necessidades previamente identificadas (por exemplo, elaboração de protocolos para a implementação de um programa de estimulação cognitiva no idoso). Para uma efetiva implementação da PBE, são vários os intervenientes envolvidos e fatores promotores, tendo ao longo da implementação do Modelo procurado contribuir para os que se encontram destacados a negrito (Figura

6). É importante que os intervenientes compreendam a sua função e as estratégias a mobilizar para a minimização das barreiras existentes. Para tal, consideramos que a formação contínua proporcionada foi fundamental para essa consciencialização de papéis, desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também de reflexão sobre as barreiras existentes e estratégias de mitigação das mesmas. A parceria estabelecida entre o contexto, Instituição Hospitalar e Instituição de Ensino, para a implementação do Modelo SafeCare, propiciou um clima favorecedor e promotor de mudança e de melhoria, bem como o suporte da liderança ao longo deste processo de implementação da SC.



Figura 6 - Fatores promotores da implementação da PBE num contexto organizacional
(Gawlinski & Rutledge, 2008; Jylhä et al., 2017; Newhouse, 2007; Pereira et al, 2012)

Procurámos com a implementação do Modelo SafeCare, ser um suporte formal importante no desenvolvimento de competências profissionais, nomeadamente ao nível dos IS-SCE, mas também no desenvolvimento de estratégias que permitam à liderança e à instituição promover uma cultura organizacional de suporte, inserido num contexto de melhoria contínua.

4. Avaliação dos Resultados

A Etapa 4 - Avaliação dos resultados, é a última etapa e onde são avaliados os resultados alcançados com a implementação do Modelo. Decorreu de janeiro a setembro de 2019. Assim, teve por objetivos:

- Identificar a evolução dos IS-SCE após a implementação do modelo;
- Avaliar o impacto da implementação do modelo nos profissionais, contexto, e cliente de cuidados.

Após a implementação do Modelo SafeCare (Etapa 3), ocorreu a avaliação do processo de implementação no contexto, tendo em conta diversos vetores como: profissionais, contexto institucional e clientes de cuidados (Augusto et al., 2019).

Para a identificação da evolução dos IS-SCE, foi realizada a reavaliação dos mesmos, seguindo os procedimentos da Etapa 1, de forma a comparar esses dados. Complementarmente, com o objetivo de identificar e avaliar o impacto percebido pelos participantes neles próprios, no contexto e nos clientes de cuidados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos vários intervenientes que direta ou indiretamente, estiveram envolvidos no processo: enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros supervisionados e gestores.

De seguida, são apresentados os Estudos (4 e 5) resultantes da avaliação dos IS-SCE, bem como da percepção dos participantes sobre o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos profissionais, contexto e cliente de cuidados, encontrando-se a matriz de categorização em anexo (Anexo XI).

4.1. Estudo 4 – “Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica”

Teixeira, A., Augusto, C., Barroso, C., & Carvalho, A.L. (2021). Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (Aceite para publicação)

Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica

Emotional Competences in Mental Health Nurses: Contributions of a clinical supervision model implementation

Competencias Emocionales en Enfermeras de Salud Mental: Contribuciones a la implementación de un modelo de supervisión clínica

RESUMO

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

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

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

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

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

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

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

RESUMEN

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

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

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

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

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

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

Palabras Clave: Inteligencia Emocional; Competencia Profesional; Enfermería; Supervisión de Enfermería.

Introdução

A Competência Emocional (CE) é definida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, habilidades e atitudes necessárias para compreender, expressar e regular de forma apropriada os fenômenos emocionais, bem como realizar diversas atividades com elevado nível de qualidade e eficácia (Bisquerra, 2008). Assim, a CE deve ser central para a prática de enfermagem, devido à sua pertinência e relevância para com a qualidade dos cuidados. Por outro lado, suporta a tomada de decisão, o pensamento crítico, a flexibilidade para a mudança e promove a saúde mental dos enfermeiros (Raghubir, 2018). A Supervisão Clínica (SC), é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional. Tendo por base o conceito proposto pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos

cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Atualmente, é considerada uma Competência Acrescida. Em contextos profissionais de Saúde Mental, a implementação de um modelo de SC, demonstrou benefícios para os participantes e benefícios relacionados com o próprio trabalho (Cutcliffe, Sloaw & Bashaw, 2018; Pollock et al., 2017). A evidência destaca uma maior satisfação no trabalho, mobilização de estratégias de *coping* mais eficazes e menor nível de *stress*, exaustão emocional e despersonalização (Cutcliffe et al., 2018; Kozlowski, Hutchinson, Hurley & Browne, 2018; Pollock et al., 2017; Powell, Hutchinson, Hurley & Browne, 2015).

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

O Modelo SafeCare assenta em 4 eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão. O contexto diz respeito ao ambiente onde os cuidados se desenvolvem, sendo constituído por elementos humanos, físicos, culturais e organizacionais, entre outros. É um elemento central neste modelo, pois influencia e é influenciado pelos restantes eixos do modelo. Nos cuidados de enfermagem é adotada a definição da OE no documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, referindo que estes se centram na relação interpessoal entre um enfermeiro e um cliente de cuidados/família ou comunidade e englobam a conceção, a execução e a avaliação dos mesmos,

baseando-se na relação terapêutica estabelecida em parceria com o cliente de cuidado, num processo dinâmico, cujo objetivo é ajudar o cliente a ser proativo na tomada de decisão e gestão do seu processo de saúde/doença, acompanhando o ciclo vital. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro é reconhecido pela sua formação e experiência. O conceito de desenvolvimento profissional resulta do reconhecimento da necessidade de formação ao longo da vida, pressupondo uma evolução e continuidade que leva o enfermeiro a aprofundar os seus conhecimentos ao longo da sua carreira. Por último, existe o eixo supervisão onde foi adotado o conceito definido pela OE anteriormente apresentado. Considerámos a supervisão um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre um supervisor e um ou mais supervisados, cujo objetivo é desenvolver a aprendizagem, a construção de conhecimento e o desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas.

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

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

Métodos

Desenho do estudo

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

O desenho do estudo apresentado na Figura 1, contempla 4 etapas. A etapa 1 que corresponde ao diagnóstico de situação, a etapa 2 à identificação das necessidades em supervisão clínica, a etapa 3 à implementação do modelo e a etapa 4 à avaliação dos resultados (Carvalho et al., 2019). Este estudo retrata os dados quantitativos colhidos nas etapas 1 e 4 do modelo relativamente à CE e o cruzamento da informação com as entrevistas efetuadas na etapa 4.

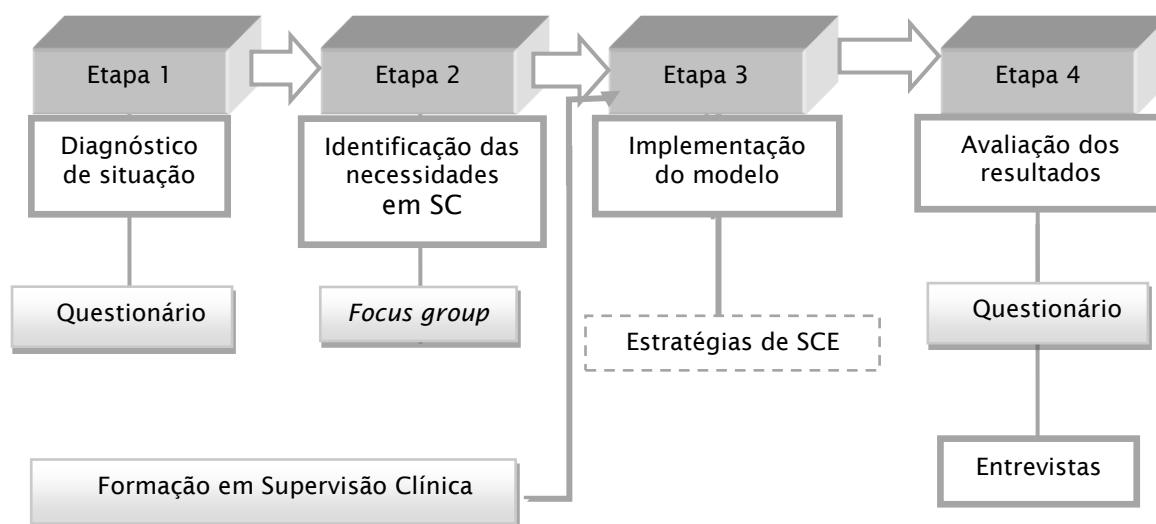


Figura 1 - Apresentação do desenho do estudo

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

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

Participantes e Contexto

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

Na fase qualitativa, foram selecionados enfermeiros que tinham participado na implementação do modelo em todas as etapas quer como enfermeiros supervisores, quer como enfermeiros supervisionados ou mesmo enfermeiros gestores. Obtivemos um total de 11 participantes, altura em que já se verificava a saturação dos dados, sendo enfermeiros supervisores clínicos (N=4), enfermeiros supervisionados (N=4) e enfermeiros gestores do contexto (N=3).

Instrumentos de colheita de dados

Para a colheita de dados foram utilizados dois instrumentos: o questionário e a entrevista semiestruturada. O questionário foi composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional (Idade, Sexo, Tempo de Exercício Profissional, Situação Jurídica de Emprego, Habilitações Académicas e Profissionais, Formação em Supervisão Clínica); 2) Escala Capacidade de Inteligência Emocional em enfermeiros (EVB-CIE). Esta escala foi adaptada e validada para esta população por Vilela (2006). A escala é constituída, na sua versão, por um total de 84 itens, organizados em cinco subescalas: Autoconsciência (20 itens), Gestão das emoções (18 itens), Automotivação (21 itens), Empatia (12 itens) e Gestão de Relacionamentos em Grupos (13 itens). Estes itens são avaliados numa escala tipo Likert, em que as opções de resposta são: 1- Nunca, 2-Raramente, 3- Pouco frequente, 4- por norma, 5- Frequente, 6- Muito frequente, 7- sempre. Atualmente é designada por Escala Veiga Competências Emocionais (EVCE). Num estudo previamente realizado pelos investigadores (Teixeira et al., 2019) apresentou um valor de alfa de *Cronbach* para a escala total de 0,919, resultando numa muito boa consistência interna. Em relação às suas dimensões: Autoconsciência ($\alpha= 0,822$); Gestão de Emoções ($\alpha= 0,630$); Automotivação ($\alpha=0,781$); Empatia ($\alpha= 0,880$); Gestão de Relacionamentos em Grupos ($\alpha= 0,854$). No estudo de Vilela (2006), revelou muito boas propriedades psicométricas e apresentou valores em relação às suas dimensões: Autoconsciência ($\alpha= 0,71$); Gestão de Emoções ($\alpha= 0,69$); Automotivação ($\alpha=0,75$); Empatia ($\alpha= 0,83$); Gestão de Relacionamentos em Grupos ($\alpha= 0,85$). Todas as dimensões foram positiva e significativamente correlacionadas entre si e com a escala total ($p<0.001$ para todas as correlações calculadas). As dimensões que apresentaram uma correlação superior com a escala total foram as dimensões Autoconsciência ($r=0,790$) e Gestão de Emoções ($r=0,782$). O par de dimensões Autoconsciência e Automotivação ($r=0,657$) e o par Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($r=0,658$) foram os que apresentaram correlação superior entre si. O par de dimensões Autoconsciência e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($r=0,253$) e o par Automotivação e Gestão de Relacionamentos em Grupos ($r=0,282$) foram os que apresentaram uma correlação inferior entre si.

Para a entrevista semiestruturada foi elaborado um guião que serviu de guia e que tinha como objetivos: Identificar as perceções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo SafeCare, nomeadamente a nível das CE na equipa. O guião da entrevista era composto por duas partes, a primeira era composta por a caracterização sociodemográfica e profissional do participante e a segunda pelo conjunto de questões. A fidelidade e

validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. A fidelidade é uma condição que mostra se o instrumento de medida dá valores constantes de uma vez para a outra, pelo que foi efetuado um pré-teste da mesma a quatro enfermeiros, não havendo necessidade de reformulação. A verificação da validade foi efetuada através da avaliação da entrevista por um perito externo ao estudo que deu parecer favorável acerca da mesma.

Procedimentos

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

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

Análise dos Dados

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS, versão 24.0, recorrendo-se à estatística descritiva e não paramétrica devido ao tamanho da amostra (N=13). Assim, foram calculados os valores de mediana e amplitude interquartis (AIQ) para as duas fases de avaliação e para cada uma das dimensões e *score* total da escala EVB-CIE. Os valores de prova foram obtidos através da aplicação do teste de Wilcoxon. Na análise qualitativa dos dados foi realizada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin (Bardin, 2016) com recurso ao software NVivo 12, tendo em consideração as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação dos resultados. A análise de conteúdo foi efetuada pela autora principal e, posteriormente revista por dois investigadores, coautores do artigo com experiência na análise de conteúdo. Cada investigador efetuou a sua análise em separado. No final o grupo de investigadores reuniu, chegando ao consenso final acerca das categorias da análise. Sendo assim, o material empírico obtido nas entrevistas foi alvo de exploração e análise e, tendo em consideração os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto, foram elaboradas quatro categorias temáticas e respetivas subcategorias, apresentadas nos resultados.

Considerações Éticas

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

Das 11 entrevistas semiestruturadas, 4 foram realizadas com enfermeiros supervisionados, 4 com enfermeiros supervisores clínicos e 3 com enfermeiros gestores, cujos dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1. Pela análise do material empírico obtido nas entrevistas, foram construídas categorias temáticas e

subcategorias, conforme é apresentado na Tabela 3, com os respetivos exemplos de unidades de registo.

Tabela 3 - Descrição das categorias temáticas sobre a influência da implementação do Modelo SafeCare no contexto e no desenvolvimento das CE

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

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

Discussão

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

quantitativos e qualitativos são divergentes, pelo que esta complementaridade enriquece a análise deste estudo, assumindo que a dimensão da amostra poderá estar relacionada com os resultados dos valores de prova.

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

Conclusão

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

Implicações para a Prática Clínica

Este é o primeiro estudo, no contexto nacional, que aborda a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem, na área da Saúde Mental e no desenvolvimento de competências profissionais relevantes para a qualidade e excelência dos cuidados no exercício profissional do enfermeiro, mas também do enfermeiro especialista, na implementação de intervenções psicoterapêuticas, sendo aqui a Supervisão Clínica uma ferramenta fundamental nas organizações. O desenvolvimento destas competências é crucial não só para os enfermeiros e enfermeiros especialistas, mas também para os enfermeiros gestores, no sentido de ser relevante por forma a promover uma liderança transformacional e de suporte à mudança e inovação, tendo em consideração a melhoria contínua da qualidade. Importa salientar que os enfermeiros gestores são os elementos de excelência que servem de suporte e motivam as equipas, otimizando a comunicação, resolução de conflitos e promoção da saúde mental dos profissionais.

Referências Bibliográficas

- Augusto, M. C., Oliveira, K., Carvalho, A. L., Pinto, C., Teixeira, A., & Teixeira, L. (2021). Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Revista Rene*, 22, Article e60279. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>
- Bardin.L. (2016). *Análise de conteúdo* (6ª ed). Lisboa: Edições 70.
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona: Wolters Kluwer educacion.
- Carvalho, A. L., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem- Manual Prático Modelo SafeCare*. Porto: Uniarte Gráfica, S.A.
- Creswell, J., & Clark, V. (2013). *Pesquisa de métodos mistos* (2ª ed). São Paulo: Penso Editora.
- Cruz, S., Carvalho, A. L., & Sousa, P. (2015). Clinical Supervision and Emotional Intelligence Capabilities: E Excellence in Clinical Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171(2005), 153–157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>
- Cruz, S. (2012). *Do AD HOC a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal). Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical

- supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344–1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41(1), 59–61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7ª ed). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento n.º 366/2018 – Diário da República n.º 113/2018, Série II de 2018-06-14. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115504842>
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Powell, K. R., Mabry, J. L., & Mixer, S. J. (2015). Emotional intelligence: A critical evaluation of the literature with implications for mental health nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 346–356. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.994079>
- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 126–130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
- Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, A. L., & Barroso, C. (2019). Clinical Supervision For The Development Of Emotional Competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, LX (1), 481–488. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2019.04.02.61>
- Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida. (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4946>

4.2. Estudo 5 – “Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica”

(Artigo submetido na Revista *Rev Rene*, em revisão)

Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica

Objetivo: avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros. **Métodos:** método misto, caracterizado pela triangulação concomitante. Os dados quantitativos foram coletados antes e após a implementação do Modelo, através do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências e analisados através de estatística descritiva. Os valores de prova foram obtidos com recurso ao teste de Wilcoxon. Participaram 13 enfermeiros. Os dados qualitativos foram obtidos de entrevistas com 11 enfermeiros de um hospital português e analisados pela técnica de análise de conteúdo temática. **Resultados:** não existem diferenças estatisticamente significativas com a implementação do Modelo. Contudo, os enfermeiros identificaram aumento de competências em prática baseada em evidência com reconhecimento de vantagens no seu desenvolvimento profissional, na organização e na assistência ao paciente. **Conclusões:** a implementação do Modelo mostrou ter contribuído para o desenvolvimento das competências em prática baseada em evidência.

Descritores: Prática Clínica Baseada em Evidências; Enfermagem Baseada em Evidências; Competência Profissional; Supervisão de Enfermagem.

Descriptors: Evidence-Based Practice; Evidence-Based Nursing; Professional Competence; Nursing, Supervisory.

Introdução

A Prática Baseada na Evidência (PBE) em Enfermagem é considerada um processo através do qual os enfermeiros sustentam e integram a tomada de decisão com base na melhor evidência científica disponível, na experiência clínica, nas preferências do paciente/família e nos recursos disponíveis no contexto assistencial⁽¹⁻²⁾ sendo esses os seus elementos-chave. A PBE quando implementada em um contexto organizacional dá suporte ao cuidado, podendo atingir elevados níveis de qualidade e de ganhos em saúde para os pacientes⁽²⁻³⁾. O desenvolvimento de competências profissionais nos enfermeiros envolve a articulação de conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes. Alguns autores têm referido a existência de algumas dificuldades (barreiras) no exercício de competências pautadas em evidências científicas na prática assistencial^(1,4). Apesar dos enfermeiros demonstrarem atitude favorável, conhecimentos teóricos e habilidades para a PBE, ainda mantêm

dificuldades para a sua incorporação na prática^(1-2,4-5), sendo esta uma realidade identificada internacionalmente^(1-2,4-5). As barreiras descritas na literatura são agrupadas em quatro níveis: Organizacional (apoio insuficiente por parte da gestão; falta de cultura organizacional que valorize a PBE; falta de recursos materiais); Liderança e Gestão (falta de envolvimento e apoio à equipe); Profissional (falta de conhecimentos e habilidades; atitudes negativas; falta de tempo); Evidência (elevada quantidade de informação disponível; pesquisas de elevada qualidade de difícil acesso)⁽⁶⁾. Contudo, também existem fatores facilitadores à adoção e implementação da PBE, nomeadamente, os conhecimentos e habilidades; uma atitude favorável à PBE e à sua implementação; uma cultura de suporte que providencie recursos e ferramentas e a existência de supervisores ou líderes clínicos^(1-2,6).

Tendo por base o conceito proposto pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica^(7,8). A investigação produzida ao longo dos últimos anos tem demonstrado os ganhos que a Supervisão Clínica (SC) apresenta ao nível de todos os intervenientes (supervisores, supervisados, contexto e pacientes)⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Das revisões sistemáticas da literatura encontradas sobressaem como recomendações para a SCE: que deve ser desenvolvida e adotada uma definição clara de SC, que a SC pode ser implementada em ambientes de prática de enfermagem e que o treino dos supervisores em SC é fundamental⁽⁹⁻¹⁰⁾. A SCE constitui uma mais valia na translação do conhecimento, devendo ser implementada nos contextos de assistência à saúde e ser considerada nos processos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros ao longo do seu exercício profissional⁽¹¹⁾. Apesar de países como o Reino Unido ou a Austrália, a SC já estar bem implementada, em Portugal e no Brasil, ainda é incipiente no cotidiano dos enfermeiros. No Brasil, apesar de estar previsto o ensino da SC no Estágio Curricular Supervisionado, a sua efetivação na prática encontra dificuldades pela falta de clareza do papel do enfermeiro supervisor e por dificuldades de regulação dos campos de prática clínica⁽⁸⁾.

O Modelo *SafeCare* tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem através da implementação de um Modelo de SCE. Esse Modelo, desenvolveu-se a partir de uma pesquisa em 2012, tendo por base as necessidades dos enfermeiros e a importância de adequar a SCE ao contexto de cuidados. De igual forma, este Modelo contribui para responder às

necessidades impostas pelos sistemas de qualidade e é indicado formalmente por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o *International Council of Nurses* (ICN) e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (OE).

O Modelo *SafeCare* apresenta como vantagens flexibilidade e aplicabilidade em diversos contextos assistenciais, uma vez que tem como foco central as necessidades e os interesses sentidos pelos enfermeiros do contexto específico. Atualmente, assenta em quatro eixos estruturantes: contexto (referente ao conjunto de elementos e circunstâncias em que o cuidado é desenvolvido e prestado), cuidados de enfermagem (enfoca no relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, ou entre o enfermeiro e um grupo de pacientes), desenvolvimento profissional (refere-se à necessidade do enfermeiro desenvolver formação permanente ao longo de sua atividade profissional) e supervisão (baseia-se no conceito defendido pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, supra mencionado). Este Modelo, compreende quatro etapas, explicitadas nos métodos. A eficácia da implementação do modelo é tanto maior quanto a qualidade da relação que se estabelece entre os seus eixos⁽¹²⁾.

Dado que existe ainda um corpo limitado de pesquisas sobre a avaliação dos efeitos da SC de enfermeiros, nomeadamente no desenvolvimento de competências profissionais, acrescida do fato de que a PBE se apresenta como uma mais valia a nível do suporte fornecido aos profissionais elevando o nível de cuidados dos pacientes, os resultados da pesquisa ora apresentada tornam-se pertinente.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de PBE dos enfermeiros.

Métodos

Esta pesquisa, exploratória e descritiva, faz parte de um projeto guarda-chuva do tipo investigação-ação (Projeto *SafeCare*), e centra-se nos dados quantitativos e qualitativos relativos à variável competências de PBE dos enfermeiros. Adotou-se o método misto, caracterizado pela triangulação concomitante dos dados (QUANT+QUAL)⁽¹³⁾.

A opção por esta estratégia metodológica teve como objetivo a maior integração e complementaridade de dados em análise, permitindo uma interpretação (divergência e convergência) e integração de resultados, que permitisse a análise da influência do Modelo *SafeCare* no contexto e no desenvolvimento das competências em PBE dos enfermeiros envolvidos. A complementaridade que a triangulação de dados permite é relevante, no sentido de compensar possíveis fragilidades dos dados em análise⁽¹³⁾.

A pesquisa foi realizada no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um centro hospitalar do norte de Portugal, no Porto, no período de abril de 2017 a setembro de 2019.

Na fase quantitativa fizeram parte da amostra, todos os enfermeiros ($n=13$) que exerciam funções no serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do centro hospitalar e que participaram da implementação do Modelo em todas as suas etapas tratando-se, portanto, de uma amostra por conveniência.

O instrumento de coleta de dados foi constituído: 1) pela caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (Idade, Género, Tempo de Exercício Profissional, Situação Jurídica de Emprego, Habilitações Acadêmicas e Profissionais, Formação em Supervisão Clínica) e 2) pelo Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE-20).

O QECPE-20, desenvolvido por Upton e Upton, foi traduzido e validado para a população portuguesa em 2015 por Pereira et al.⁽¹⁴⁾. É constituído por 20 itens e 3 subescalas: Práticas, Atitudes e Conhecimentos/habilidades e competências. O primeiro componente avalia as *Práticas* e recorre a uma escala tipo Likert de seis itens que varia do 1 (nunca) ao 7 (frequentemente). O segundo componente avalia as *Atitudes*, através do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, num total de três itens. O terceiro componente avalia *Conhecimentos/habilidades e competências*, através de uma escala tipo Likert de 11 itens, que oscila entre 1 (pior) e 7 (melhor). Na sua versão original, o QECPE-20 apresenta um alfa de Cronbach para as dimensões: *Práticas* ($\alpha = 0,85$); *Atitudes* ($\alpha=0,79$); *Conhecimentos/Habilidades e Competências* ($\alpha=0,91$) e tem consistência interna global de $\alpha=0,87$.

Na fase qualitativa, foram selecionados enfermeiros que tinham participado da implementação do Modelo em todas as etapas, seja como enfermeiros supervisores, enfermeiros supervisionados ou enfermeiros gestores. Participaram 11 enfermeiros, número que já permitiu a repetição (saturação) dos dados, sendo quatro enfermeiros supervisores clínicos, quatro enfermeiros supervisionados e três enfermeiros gestores do contexto.

Para a entrevista semiestruturada foi elaborado um guia composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e 2) conjunto de questões que tinha como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo *SafeCare* e o nível das competências de PBE na equipe.

Foi feito pré-teste do guia com quatro enfermeiros, não havendo necessidade de reformulação. Além de sua avaliação por um perito externo que deu parecer favorável ao guia.

O Modelo *SafeCare* assenta em 4 Etapas, que correspondem ao desenho da pesquisa (Figura 1), que foi implementado e avaliado de abril de 2017 a setembro de 2019.

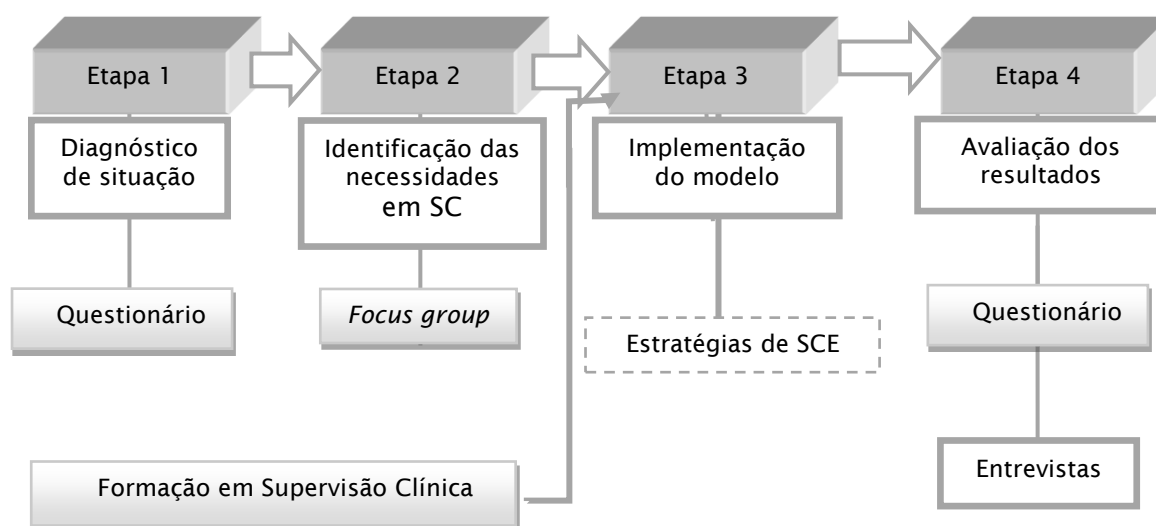


Figura 1- Desenho das Etapas da Pesquisa. Porto, Portugal, 2017.

Na Etapa 1 da pesquisa, que decorreu de abril a julho de 2017, foram entregues dois exemplares do QECPE-20 aos participantes, para preenchimento nesta e na última etapa. Cada questionário continha um código aleatório.

Na Etapa 2, identificaram-se as necessidades em SC, através da realização de reuniões com enfermeiros, enfermeiros gestores e investigadores.

A Etapa 3 contemplou a implementação do Modelo *SafeCare*. Foram selecionados os supervisores clínicos e constituídas cinco equipas de supervisão. As reuniões, com duração de 2 horas, realizaram-se de setembro de 2017 a novembro de 2018. Foi dada formação sobre SC e PBE (básica e avançada para mentores) a toda a equipa.

A Etapa 4, que ocorreu de janeiro a março de 2019, consistiu na avaliação da implementação do Modelo, com preenchimento do mesmo questionário aplicado na Etapa 1.

As entrevistas semiestruturadas com enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros supervisionados e enfermeiros gestores (N=11), foram realizadas de abril a setembro de 2019, após consentimento, de forma presencial em local próprio, de acordo com a disponibilidade e horário escolhido por cada um dos participantes,

sendo gravadas e posteriormente transcritas. A duração média das entrevistas foi de 30 a 45 minutos.

O tratamento estatístico dos dados coletados foi realizado com recurso do SPSS, versão 24.0, recorrendo-se à estatística descritiva e não paramétrica devido ao tamanho da amostra (N=13). Foram calculados os valores de mediana e amplitude interquartis (AIQ) para as duas etapas do Modelo (1 e 4) e para cada uma das dimensões e *score* total da escala QECPE-20. Os valores de prova foram obtidos através da aplicação do teste de Wilcoxon.

Na análise qualitativa dos dados foi realizada a análise de conteúdo temática proposta por Bardin ⁽¹⁵⁾, com recurso ao software NVivo 12, composta pelas seguintes fases: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados. A análise de conteúdo foi efetuada pela autora principal e revista por dois pesquisadores, coautores do artigo, com experiência nesse tipo de análise, e efetuada de forma separada por cada pesquisador. As categorias de análise foram construídas pelos pesquisadores em consenso.

O material empírico obtido nas entrevistas foi alvo de exploração e análise, considerando os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto, foram elaboradas quatro categorias temáticas e respectivas subcategorias, apresentadas nos resultados.

A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória pela letra E que representa o enfermeiro supervisionado; por ESC que representa o enfermeiro supervisor clínico e por EG que representa o enfermeiro gestor e todas seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E4, ESC 1 a ESC 4 e EG 1 a EG3)

Foram asseguradas todas as autorizações necessárias, nomeadamente da Comissão de Ética do centro hospitalar (CE 335/2016), o consentimento informado e a participação voluntária dos participantes.

Resultados

Treze enfermeiros responderam o questionário na Etapa 1 e repetiram na Etapa 4. A maioria dos participantes era do género feminino (n=8; 61,5%); com média de idade de 39,8 anos; tempo médio de exercício profissional de 16,6 anos. Dois enfermeiros (15,4%) tinham feito só a graduação em enfermagem; oito tinham uma pós-graduação em enfermagem (61,5%); três enfermeiros (23,1%) possuíam mestrado e a grande maioria não possuía formação em SC (n=10; 84,6%). A Tabela 1 apresenta os dados da caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que preencheram os

questionários da fase quantitativa do estudo e dos enfermeiros que participaram das entrevistas.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros que participaram na fase quantitativa (N=13) e dos enfermeiros que participaram na qualitativa (N=11), Porto, Portugal, 2017-2019

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

Dado o carácter longitudinal da pesquisa, o número reduzido de participantes deveu-se ao fato de ter ocorrido *turnover* de enfermeiros no decorrer da pesquisa, bem como ausências prolongadas (atestados e licenças de parentalidade) e desistências. Na Tabela 2 são apresentados os valores obtidos para cada uma das dimensões e *score* total do QECPBE-20 na Etapa 1 e Etapa 4 de implementação do Modelo *SafeCare*.

Tabela 2 - Valores de mediana e amplitude interquartis relativamente às competências de PBE nos enfermeiros nas Etapas 1 e 4 do Modelo SafeCare, Porto, Portugal, 2017-2019

	Etapa 1	Etapa 4	*p
	Mediana (AIQ)	Mediana (AIQ)	
Práticas	4,67 (3,83)	4,42 (1,75)	0,894
Atitudes	5,83 (1,83)	5,83 (1,12)	0,788
Conhecimentos	5,00 (1,43)	5,09 (1,91)	0,433
Total QECPBE-20	4,92 (0,83)	4,80 (1,38)	1,000

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

Ao comparar os escores da mediana e de amplitude interquartis não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) quer para o total da escala quer para cada uma das subescalas - *Práticas*, *Atitudes* e *Conhecimentos/Habilidades e Competências*. Assim, não podemos excluir que a amostra é pequena, o que pode estar associado a esses resultados. O escore mediano total da QECPBE-20 diminuiu da Etapa 1 para a Etapa 4. O mesmo acontece com o escore da subescala *Práticas*. Para a subescala *Atitudes*, o score mediano não sofreu alterações entre as duas etapas. Para a subescala de *Conhecimentos/habilidades e competências*, o score mediano aumentou da Etapa 1 para a Etapa 4. Posto isto, torna-se importante analisar estes dados em conjunto com os das entrevistas.

Da análise efetuada no material empírico obtido nas entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas: 1) Avaliação Global da Experiência; 2) Influência do Modelo no Contexto; 3) Influência do Modelo nas competências de PBE; 4) Sugestões para a Continuidade.

Na avaliação global da experiência, a maioria dos participantes a considerou positiva e importante para o contexto assistencial. Identificaram como fatores facilitadores: o apoio por parte do enfermeiro supervisor clínico, a motivação individual de alguns membros da equipe, o apoio do grupo de pares e da chefia.

Os enfermeiros supervisores clínicos descreveram estratégias facilitadoras importantes para a implementação do Modelo: explicar à equipe a importância da supervisão clínica e mobilizar e motivar a equipe, conforme explicitado nas falas (...) *mostrar à equipe que era importante para nós isto (...) que as coisas seriam também importantes para os pacientes, mostrar-lhes que isto os ajudaria a melhorar a nossa prática*. (ESC 1). *Ninguém se vai motivar pela renda ou pela carreira, isto tem que ser o grupo por dentro, temos que ser nós, com os supervisores ou a chefia, a arranjar aqui uma forma de conseguir (...)* (ESC4). *O que eu acho que contribuiu mais para a evolução do processo em si foi a chefia (E3). (...) foi muito positivo para os profissionais que se sentiram acompanhados (...)* (EG1).

Como fatores limitadores, foram identificados fatores de ordem pessoal (desmotivação, resistência à mudança e desconhecimento da SC), como explicitado nas falas: *Eu já fiz aqui formações para vinte e tal pessoas, e já vi pessoas fazerem formação em que apareceram os do turno. Essa desmotivação nota-se, também fruto da fase da enfermagem que estamos a viver. (...) é só pela motivação individual (ESC3). Eu acho que há sempre colegas alérgicos à mudança, e que é sempre difícil de fazer mudar, de fazer com que vejam as coisas de outra forma (...) (ESC1).*

A nível organizacional os participantes salientaram o tempo, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e o ambiente como fatores que limitaram a disponibilidade para as sessões de supervisão, exemplificado na fala: *(...) as dificuldades, eu acho que é mais conseguires tempo, ter pessoal para conseguir fazer as coisas bem feitas, e depois todo o ambiente em si às vezes não é tão favorável assim (E1). As dificuldades aconteceram, ocorreram, nomeadamente, no que diz respeito a recursos humanos, com pontuais ausências não programadas (EG2).*

Na perceção do processo de implementação, os entrevistados destacaram a evolução progressiva da implementação, a realização das sessões de grupo, das formações no contexto e a reflexão sobre a prática: *A forma como ele decorreu, eu acho que foi primeiro as reuniões que nós fomos tendo ao longo deste tempo, depois também a formação em algumas áreas, e acho que decorreu de uma forma positiva, uma vez que nessa fase em que foi implementado também nós tivemos a oportunidade de ter algumas experiências em coisas que nós nunca tínhamos refletido muito sobre isso (E2).*

Sobre a influência do modelo no contexto, os enfermeiros identificaram influência neles mesmos, nos pacientes e no serviço. Para os profissionais de saúde, destacaram uma maior responsabilização e desenvolvimento profissional, como também desenvolvimento pessoal: *(...) por exemplo, comigo despertou-me mais o interesse em querer saber, inscrevi-me no mestrado, agora penso no doutoramento, e isso traz novos conhecimentos para o serviço, não é? Porque aquilo que aprendemos, trazemos cá para o serviço (E3). Consegui focar-me mais naquilo que realmente pretendo, consegui ficar ou tornar-me um pouco mais disciplinado e cultivei um pouco mais a perseverança. (E4). Alguns descreveram ainda que sentiram os elementos da equipe mais motivados, com mudanças ao nível do relacionamento da equipe, nomeadamente, ao nível da comunicação, coesão e resolução de conflitos: *Houve mais mudança, notou-se as pessoas um bocadinho mais motivadas (E1). Comunicamos mais e vemos mais a opinião do outro (ESC1)**

Para o paciente, destacaram melhoria na segurança e na qualidade de cuidados prestados na assistência: *Ao termos noção do que existe na evidência, do que existe em termos de conhecimentos mais atuais, mais apropriados a cada intervenção, vamos prestar melhores cuidados inevitavelmente, quer para o doente quer para a família (ESC2).*

No serviço, os entrevistados destacaram a reestruturação e melhoria na organização: *A maior mudança no serviço é aquilo que se vê agora, porque nós antes não tínhamos a estrutura de trabalho que temos agora. Fruto da supervisão que fizemos, houve alterações óbvias na forma de trabalhar. Essa parte da separação de áreas foi útil e demos os primeiros passos aqui no contexto de supervisão (ESC4). Também para o serviço em si, para a orientação, para o acompanhamento, para a melhoria de normas e procedimentos e para uma consciencialização dos cuidados (EG1).*

Relativamente à influência do Modelo no desenvolvimento de competências de PBE, os enfermeiros entrevistados revelaram que reconheceram a importância da PBE e da sua incorporação na prática clínica, exemplificado na fala: *Isso acho que me chamou um bocadinho mais a atenção, ou seja, da importância desse tipo de pesquisa, de saber, da pessoa tentar sempre saber mais e que isso é importante para a pessoa conseguir também prestar melhores cuidados. Acho que a equipa ficou mais rica nesse aspecto (E1).*

Por outro lado, permitiu-lhes a consciencialização das barreiras existentes no contexto e de estratégias para superá-las: *O facto de termos tido formação não só na área da prática baseada na evidência, mas também noutras, enriquece-nos imenso e ajuda-nos depois a adquirir estratégias em vários sítios para ultrapassar as barreiras (E2).*

Outro aspecto destacado, consistiu na reflexão sobre a prática, dada à importância do questionar a prática de forma a não permanecerem na rotina do dia a dia e sustentarem as intervenções pautadas na busca de evidências. Reforçaram o facto de terem um espaço e um “tempo” para pararem e refletirem sobre as necessidades e demandas assistenciais também permitiu o despertar de uma maior curiosidade em saber mais para melhorar a prestação de cuidados. Reconheceram ainda que a implementação das melhores evidências na prática profissional deverá ser algo sustentado no tempo e que exige a adoção de estratégias adequadas ao contexto e às características da equipe: *(...) houve vantagens e foi positivo, porque levou as pessoas a reflectir (EG2). Acho que também despertou muito nos profissionais um bocado do “querer saber mais” e procurar (E3). Uma coisa que eu gostaria de fazer no futuro, eu posso trabalhar nisso, havendo tempo, era manter as tais reuniões e então vermos sobre este tema o que é que diz a evidência. (ESC4).*

As sugestões para a continuidade das atividades de SC baseadas nas melhores evidências foram agrupadas em estruturais, ou seja, do próprio modelo, e organizacionais, isto é, da organização e serviço. Relativamente às estruturais, os participantes referiram a necessidade de continuidade da realização das sessões de supervisão: *Nós podemos continuar, ou se calhar, seria benéfico continuarmos a ter um local e uma hora onde nós pudéssemos juntar todos e realmente parar, pensar naquilo que está mal, naquilo que está bem e então continuar. Não ter só aquelas reuniões de cariz obrigatório*

(E4). Para além desta continuidade referiram que a duração da implementação deveria ser mais prolongada. Em termos de condições organizacionais para a continuidade, sugeriram que o tempo é essencial: *A melhorar seria a gestão do tempo, para que as pessoas não achem que estão a usar o seu tempo em serviço, essa era a parte que eu gostava de fazer (...)* (ESC4).

Para além do tempo, sugeriram como sendo importante o serviço ter uma cultura de formação e de supervisão: *As pessoas acho que chegaram a uma altura em que realmente aderiram, acho que seria bom se continuássemos a ter esta “cultura” (...)* (E4).

Os entrevistados referiram ainda que seria importante terem o apoio da chefia, mas também de uma pessoa com formação especializada em SCE, pois referiram que seria útil para continuar a dar o impulso que a equipe precisa: *(...) precisamos inevitavelmente de ter alguém que nos dê aquele impulso, apesar de já termos adquirido estratégias e a curiosidade aumentou* (E2).

Discussão

Sendo que o Modelo teve por base as necessidades dos enfermeiros e a importância de adequar a SCE ao contexto assistencial, a amostra, o tipo de amostragem, e o fato da implementação ter sido realizada num contexto assistencial específico poderão ser consideradas limitações. Futuras pesquisas deverão ser desenvolvidas sobre esta temática em outros contextos de intervenção e com uma amostra maior de participantes que permita análises estatísticas mais robustas.

Apesar de não se verificar diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas da PBE, entre a Etapa 1 e a Etapa 4 do Modelo *SafeCare*, não se pode afirmar que a implementação do modelo não teve impacto positivo no desenvolvimento de competências de PBE.

Globalmente, os enfermeiros entrevistados avaliam a experiência como positiva e com ganhos para todos os intervenientes: enfermeiros, pacientes e organização. Verifica-se que o *score* mediano da subescala *Atitudes* na Etapa 1 é o mais elevado, seguido por *Conhecimentos/habilidades e competências* e, por último, pelas *Práticas*. Esta tendência mantém-se na Etapa 4. Este achado sugere que os enfermeiros apresentam dificuldade na incorporação na prática da competência de PBE. Por outro lado, este instrumento é de autopreenchimento pelo que, após a implementação do Modelo *SafeCare*, os enfermeiros têm uma perceção diferente do desenvolvimento desta competência e da implementação da PBE no contexto, nomeadamente, das barreiras existentes, tal como descrito nas entrevistas⁽⁵⁾.

Um outro aspecto verbalizado pelos entrevistados, é a importância atribuída às sessões de supervisão que lhes permite “parar” e refletir sobre a própria prática. Este aspecto é crucial tendo em conta que o questionamento reflexivo é denominado de Etapa 0 (zero) do processo de PBE^(4,16). Sem o “questionar” da prática não é possível a identificação de lacunas a serem superadas. Da análise efetuada verifica-se que os enfermeiros melhoraram determinados padrões de resposta que se traduzem no questionamento reflexivo induzido pelas sessões de supervisão. Existem outras estratégias que são também promotoras do pensamento crítico e questionamento da equipe, ou seja, o suporte e a motivação/desafio da equipe ^(10,17).

A educação e formação continuada parece ser um fator facilitador do desenvolvimento desta competência no enfermeiro e da implementação da PBE dentro da estrutura hospitalar, para a translação do conhecimento para a prática, mas também no acompanhamento e avaliação da sua implementação^(2,4,18). A colaboração entre docentes, pesquisadores e enfermeiros assistenciais também é verbalizada como sendo um suporte importante^(3-4,6). Numa perspetiva de melhoria contínua, a implementação do Modelo *SafeCare* permite consciencializar os intervenientes do contexto sobre as barreiras existentes na organização em que atuam. As barreiras mencionadas pela equipe e relacionadas à dimensão estratégica, consistem na falta de recursos, limitações com o tempo disponível para a realização das sessões de supervisão, no *turnover* da equipe e na sobrecarga de trabalho⁽¹⁷⁾.

A cultura organizacional é também mencionada como barreira à implementação de intervenções que promovam a translação do conhecimento para a prática. De fato, a cultura organizacional pode ser um elemento facilitador ou uma barreira para a mudança e inovação. Por isso, é crucial a promoção de um clima organizacional potenciador da prontidão para a mudança, tanto dos profissionais, quanto do ambiente e do contexto^(17,19). As ações de mudança e de suporte deverão ser sustentadas e continuadas no tempo, tal como os enfermeiros assistenciais do contexto referem. A formação de supervisores clínicos, considerados enfermeiros experientes com competências de PBE e que implementam estratégias visando à superação de barreiras e à mudança de comportamentos ao nível da organização e dos profissionais⁽²⁾, permitiu que o contexto valorizasse as sugestões para a continuidade, a manutenção das sessões de SC, a colaboração entre equipe, docentes e pesquisadores, bem como a realização de encontros para promover partilha de conhecimento novo baseado em evidência. Esta pesquisa, constitui o primeiro passo na investigação da relação entre a SCE e o desenvolvimento de competências profissionais de PBE e da sua implementação no contexto assistencial.

Conclusões

A pesquisa permitiu avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de PBE dos enfermeiros. Apesar de não se ter identificado diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos pela aplicação do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, não se pode desconsiderar que o Modelo *SafeCare* adaptado às necessidades do contexto, aos seus intervenientes e às características da organização, foi percebido pelos enfermeiros como facilitador da supervisão clínica e deu suporte para o desenvolvimento de competências de PBE pelos enfermeiros.

Referências

1. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Zellefrow C, Tucker S, Thomas B, Sinnott LT, et al. The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2018; 15, 1-10. doi: 10.1111/wvn.12269
2. Gorsuch P, Gallagher-Ford L, Thomas B, Melnyk BM, Connor L. Impact of a Formal Educational Skill-Building Program Based on the ARCC Model to Enhance Evidence-Based Practice Competency in Nurse Teams. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2020; 17(4):258-68. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12463>
3. Püchel VAA, Lockwood C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise [editorial]. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03344. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018ed0103344>
4. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2030-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
5. Saudners H, Vehviläinen-Julkunen K. Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. *J Adv Nurs*. 2018; 74(10):2301-11. doi: 10.1111/jan.13802

6. World Health Organization. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. [Internet]; 2017 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2017/facilitating-evidence-based-practice-in-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2017>.
7. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento n.º 366/2018 – Diário da República n.º 113/2018, Série II de 2018-06-14[Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 25]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/115504842>
8. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. Rev Bras Enferm. 2019;72(6):1730-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
9. Cutcliffe JR, Sloaw G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. Int J Ment Health Nurs. 2018;27(5):1344-63. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
10. Pollock A, Campbell P, Deery R, Fleming M, Rankin J, Sloan G, et al. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. J Adv Nurs. 2017; 73(8): 1825-37. doi: 10.1111/jan.13253
11. Carvalho AL. Clinical supervision in nursing – strategy for knowledge and quality of care [Editorial]. Rev Rene [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 20]; 18(3):291. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2982/pdf>
12. Carvalho AL, Barroso C, Pereira M, Teixeira A, Pinho F, Osório M. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático Modelo Safecare. Porto: Uniarte gráfica, S. A; 2019.

13. Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Penso; 2013.
14. Pereira RP, Guerra AC, Cardoso MJ, Santos AT, Figueiredo MC, Carneiro AV. Validation of the portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015;23(2):345-51. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>
15. Bardin, L. Análise de Conteúdo. São Paulo (SP): Edições 70; 2016.
16. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, Stillwell S, Williamson K. Evidence-Based Practice Step by Step: Igniting a Spirit of Inquiry. *Am J Nurs*. 2009;109(11):49-52. doi: 10.1097/01.naj.0000363354.53883.5
17. Buus N, Lynch L, Gonge H. Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: Opportunities and challenges. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2016;9, E22. doi:10.1017/S1754470X15000434.
18. Yanni W, Alison B, Chunlan Z, Jiexia O, Yanfang W, Siqi W. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurs Educ Today*. 2018; 70:109-14. doi: 10.1016/j.nedt.2018.08.026
19. Attieh R, Gagnon MP, Estabrooks C, Légaré F, Ouimet M, Roch G, et al. Organizational readiness for knowledge translation in chronic care: a review of theoretical components. *Implementation science*. 2013;8(138):2-9. doi: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-138>

CAPÍTULO IV – SÍNTESE FINAL E CONCLUSÃO

Procurámos com a implementação de um modelo de SCE, o Modelo SafeCare, contribuir para o desenvolvimento de competências profissionais num conjunto de enfermeiros, com relevância para a qualidade e segurança de cuidados, envolvendo para tal, os enfermeiros do contexto, a instituição e os enfermeiros gestores. O envolvimento da instituição e dos enfermeiros gestores foi importante para a adoção de estratégias de suporte organizacional favorecedoras da implementação do Modelo SafeCare mas também para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Foi igualmente crucial o envolvimento e participação ativa de todos os enfermeiros no processo de SC. Tal como descrito na literatura e nos pressupostos para a implementação do Modelo SafeCare, considerámos como mais-valia a flexibilidade, abrangência, capacidade de adaptação e replicação num novo contexto, centrado nas necessidades específicas dos enfermeiros. Procurámos trazer novos contributos para o conhecimento da influência do Modelo SafeCare, procurando com a implementação da SCE desenvolver, nos enfermeiros, um conjunto de competências que lhes permitissem ter um exercício profissional de excelência, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento profissional. O conhecimento obtido é específico do contexto onde foi implementado o modelo, não sendo nossa pretensão a generalização dos resultados. Procurámos detalhar e explicitar o nosso percurso ao longo das etapas, bem como refletir sobre os resultados obtidos, de forma a partilhar o conhecimento para que este possa ser replicável por outros investigadores.

Tivemos como ponto de partida a seguinte questão de investigação:

Quais os contributos da implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem para o desenvolvimento de Competências de Prática Baseada na Evidência e o desenvolvimento de Competências Emocionais nos enfermeiros?

De forma a dar resposta a questão de investigação formularam-se os seguintes objetivos gerais:

- ✓ Avaliar os IS-SCE- Competência Emocional e Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar;
- ✓ Identificar as necessidades em SC sentidas pelos enfermeiros do contexto onde irá ser implementado o Modelo SafeCare;

- ✓ Avaliar a percepção dos enfermeiros do contexto sobre a SC, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Implementar o Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Partindo dos objetivos gerais definiram-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Avaliar o perfil de Competência Emocional dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência Emocional dos enfermeiros na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar as barreiras percebidas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar o perfil de Competências de PBE, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Identificar as percepções dos enfermeiros relativas à SC e ao Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Comparar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Comparar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare;
- ✓ Avaliar a percepção dos participantes do contexto sobre o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Este percurso desenvolveu-se ao longo de várias etapas, num estudo de investigação-ação: 1) Diagnóstico de Situação; 2) Identificação das Necessidades em SC; 3) Implementação do Modelo SafeCare; 4) Avaliação dos Resultados.

Na **Etapa 1 – Diagnóstico de Situação**, procurámos dar resposta ao objetivo geral: Avaliar os IS-SCE- Competência Emocional e Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar.

Para tal realizamos dois estudos exploratórios, quantitativos, descritivos e correlacionais. O **Estudo 1 – *Clinical Supervision for the Development of Emotional Competence***, teve como objetivos específicos: Avaliar o perfil de Competência Emocional dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare e identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência Emocional dos enfermeiros na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare.

A amostra foi constituída por enfermeiros da instituição ($n=259$). Os enfermeiros apresentaram um *score* médio global elevado para o total da escala EVB-CIE (Média= 405,1, $DP= 37,5$). Em relação às suas subescalas apresentaram os seguintes resultados: Automotivação (Média= 106,0, $DP= 11,1$); Autoconsciência (Média= 102,6, $DP= 12$); Gestão das Emoções (Média= 81,3, $DP= 9,4$); Empatia (Média= 59,8, $DP= 9,1$); Gestão de Relacionamentos em Grupos (Média= 57,3, $DP= 9,4$). Assim, os enfermeiros revelaram *scores* médios mais elevados na subescala Automotivação e, na posição oposta, *scores* médios mais baixos na subescala Gestão de Relacionamentos em Grupos.

A identificação de potenciais fatores preditivos (Sexo, Idade, Tempo de exercício profissional, Habilitações Académicas e Profissionais, Situação jurídica de emprego, Local onde exerce funções, Tempo de trabalho no serviço e Formação em supervisão clínica) da escala total bem como de cada uma das subescalas foi efetuada com recurso à regressão linear simples. Dos modelos ajustados e que permaneceram estatisticamente significativos ($p<0.05$), apenas as subescalas Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos, apresentaram variabilidade.

Em relação à subescala Empatia, apenas as variáveis “Local onde exerce funções” e “Habilitações Académicas e Profissionais” permaneceram estatisticamente significativas, sendo que os enfermeiros com habilitação académica superior (mestrado ou doutoramento) apresentaram um *score* mais elevado nesta subescala, comparativamente com os enfermeiros com licenciatura. Em relação aos enfermeiros

da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental apresentaram *scores* mais elevados comparando com os enfermeiros da UAG de Cirurgia.

Em relação à subescala Gestão de Relacionamentos em Grupos, as variáveis que permaneceram estatisticamente significativas foram “Local onde exerce funções” e “Habilitações Académicas e Profissionais”. Assim, os enfermeiros com habilitações académicas superiores apresentaram *scores* mais elevados na Gestão de Relacionamentos em Grupos. Em relação à variável “Local onde exerce funções”, locais como a UAG da Urgência e Medicina Intensiva, UAG da Mulher, UAG de Medicina, apresentaram *scores* mais elevados que os enfermeiros que exerciam funções na UAG de Psiquiatria e Saúde Mental.

Podemos considerar que o local onde o enfermeiro exerce funções é importante para o desenvolvimento de Competências Emocionais. Para tal, o papel do líder poderá ser relevante, na motivação, suporte, comunicação e gestão de conflitos, promovendo um ambiente de trabalho facilitador para o empoderamento da equipa, trabalho colaborativo multidisciplinar e retenção dos profissionais (Konstantinou et al., 2017; Phillips & Harris, 2017; Powell et al., 2015; Vilela, 2006).

Em relação às habilitações, os estudos relacionam o grau de IE com a *performance* individual e não tanto com o grau académico, sendo que indivíduos com perfil mais elevado de IE, poderão ter melhor desempenho académico (Foster et al., 2017; Perera & DiGiacomo, 2013; Wijekoon et al., 2017).

Relativamente aos *scores* médios da escala total e das subescalas, também outros estudos, onde utilizaram a mesma escala, obtiveram *scores* médios mais elevados na subescala Automotivação e Autoconsciência, e mais baixos na Empatia e Gestão de Relacionamentos em Grupos (Augusto et al., 2021; Cruz, 2018; Cruz et al., 2015; Vilela, 2006).

O Estudo 2 – Nurses’ evidence-based practice competency development: Descriptive and correlational study of individual promoting factors, teve como objetivos específicos: Avaliar o perfil de Competências de PBE, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, dos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare, e identificar variáveis pessoais e profissionais que influenciem a Competência de PBE nos enfermeiros da Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare.

Considerando a mesma amostra do estudo anterior, os enfermeiros da instituição destacaram-se com valores mais elevados e favoráveis à PBE, na subescala Atitudes (Média = 5,69, DP = 1,10), seguido da subescala Conhecimentos/habilidades

e competências (Média = 4,79, $DP = 0,91$). Por último, encontra-se a subescala Práticas (Média = 4,64, $DP = 1,41$). Assim, tal como reportado na literatura, apesar dos enfermeiros demonstrarem uma atitude favorável manifestam necessidades de melhoria nos conhecimentos teóricos e habilidades para a sua implementação, com consequente dificuldade na sua incorporação na prática (Mohsen et al., 2016; Melnyk et al., 2018; Phillips & Neumeier, 2018; Yoder et al., 2014). Tal como no estudo anterior, a identificação de potenciais fatores preditivos (Sexo, Idade, Tempo de exercício profissional, Habilitações Académicas e Profissionais, Situação jurídica de emprego, Local onde exerce funções, Tempo de trabalho no serviço e Formação em supervisão clínica) da escala total bem como de cada uma das subescalas foi efetuada com recurso à regressão linear simples. Dos modelos ajustados e que permaneceram estatisticamente significativos ($p < 0.05$), apenas as subescalas Atitudes e Conhecimentos/habilidades e competências, apresentaram variabilidade. Os enfermeiros com Especialidade, apresentaram um *score* médio mais elevado na subescala Atitudes, comparando com os enfermeiros com Licenciatura. Outro achado importante foi que os enfermeiros com formação em SC apresentaram um *score* médio mais elevado na subescala Conhecimentos/habilidades e competências. Estudos referem que as habilitações académicas, especialmente, a especialização, está associada a uma atitude positiva e favorável face à PBE, sendo que a educação é também considerada um fator chave para as competências de PBE reportadas pelos enfermeiros (Melnyk et al., 2018; Warren et al., 2016; Wu et al., 2018). A relação entre a SC e o desenvolvimento de competências de PBE carece ainda de estudos, pelo que este trabalho poderá ser o início. Contudo, a Etapa 0 do processo inerente à PBE, diz respeito ao questionamento profissional, sendo este crucial para o desenvolvimento das restantes etapas (Melnyk et al., 2009). Este cultivar do questionamento profissional face à prática quotidiana dos enfermeiros também está associado a atitude e crenças favoráveis ao desenvolvimento de competências de PBE (Melnyk et al., 2009; Middlebrooks et al., 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018).

Em relação ao **Estudo 3 – Perceção dos enfermeiros sobre as barreiras para a implementação da Prática Baseada na Evidência na Instituição Hospitalar**, tivemos como objetivo específico identificar as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a implementação da PBE na Instituição Hospitalar, antes da implementação do Modelo SafeCare. Para tal, no instrumento de recolha de dados foi colocada a seguinte questão aberta: “Na sua opinião, quais as principais barreiras/obstáculos para uma Prática Baseada na Evidência?”. Obtivemos 98 respostas e foi realizada análise de

conteúdo a essas respostas. Os enfermeiros reportaram barreiras identificadas na literatura (Jun et al., 2016; Jylhä et al., 2017; Pereira, 2016; Solomons & Spross, 2011; Warren et al., 2016), tendo sido as mais reportadas: 1) Profissional (tempo; atitudes; conhecimentos/habilidades e competências); 2) Organização (recursos; suporte da organização; cultura organizacional e práticas); 3) Liderança (suporte e envolvimento com a PBE); 4) Evidência (acessibilidade e organização da informação). Esta avaliação foi importante para o conhecimento das barreiras percebidas pelos enfermeiros e para um planeamento de estratégias a adotar na Etapa 3 que fossem ajustadas às necessidades expressas pelos enfermeiros.

Na **Etapa 2 – Identificação das necessidades em SC**, procurámos dar resposta ao objetivo geral: Identificar as necessidades em SC sentidas pelos enfermeiros do contexto onde irá ser implementado o Modelo SafeCare.

Foram realizadas reuniões com os enfermeiros gestores e enfermeiros do contexto da UAG de Psiquiatria e Saúde Mental, analisados os contratos de supervisão e realizado um grupo de discussão focal com nove enfermeiros supervisionados, procurando dar resposta ao objetivo específico: Identificar as perceções dos enfermeiros relativas à SC e ao Modelo SafeCare. Foi efetuada a análise de conteúdo, tendo emergido cinco categorias e respetivas subcategorias: 1) Fatores Facilitadores (motivação; apoio do enfermeiro supervisor clínico major; comunicação; espaço de reflexão sobre a prática; relação de pares e benefícios da SC); 2) Fatores Dificultadores (desconhecimento da SC, falta de tempo, sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos, recursos físicos e materiais, competência dos supervisores, falta de cultura de SC, falta de motivação); 3) Vantagens (mudança das práticas; uniformização dos cuidados e motivação da equipa); 4) Contributos (desenvolvimento profissional, qualidade dos cuidados, segurança dos cuidados); 5) Estratégias de Supervisão (reuniões em grupo, discussão de casos, reflexão sobre a prática, formação).

Os fatores facilitadores e dificultadores vão ao encontro do que a literatura refere, nomeadamente, sobre a existência de barreiras de ordem pessoal e institucional que devem ser conhecidas e previamente identificadas por todos os intervenientes, de forma a promover a implementação com sucesso da SC (Bush, 2005; Koivu et al., 2011; Mohamed & Ahmed, 2019; Snowdon et al., 2019): Institucional (conflitos profissionais, falta de tempo/recursos, turnos rotativos, desgaste e sobrecarga de trabalho, cultura de suporte); Pessoal (medo da mudança,

desconhecimento da SC, falta de confiança e de conhecimentos, habilidades e competências, e crenças errôneas). Nesta fase, os enfermeiros identificaram globalmente necessidades ao nível da formação sobre os IS-SCE, SCE, mas também, em outras áreas temáticas centradas na qualidade e segurança dos cuidados, conceção de cuidados e tomada de decisão em saúde mental, intervenções psicoterapêuticas, capacitação dos cuidadores, formação ao longo da vida e prática reflexiva. Na etapa seguinte, em cada grupo, foram abordadas especificamente essas necessidades sob a forma de áreas/tópicos nas sessões de supervisão, de acordo com a vontade expressa de cada grupo de supervisão.

A Etapa 3 – Implementação do Modelo SafeCare, teve por base o seguinte objetivo geral: Implementar o Modelo SafeCare.

Esta implementação foi de acordo com as necessidades sentidas pelos enfermeiros, juntamente com os pressupostos para a implementação do Modelo SafeCare, sustentado em evidência, no que diz respeito à frequência e tempo de duração das sessões de SC (Pollock et al., 2017). Assim, foram constituídas equipas de SC, realizadas 61 sessões de SC com uma calendarização maioritariamente mensal e uma duração média de 90-120 minutos. Para além das sessões de SC, foram ainda realizadas ações de formação no Departamento de Formação da Instituição Hospitalar, num total de 22 horas sobre os seguintes temas: PBE em Saúde Mental (5 horas); Mentores na PBE (5 horas); Inteligência Emocional em Gestores de Enfermagem (7 horas); Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem (5 horas).

Nas sessões de SC os temas/tópicos foram trabalhados pelas equipas de diversas formas: divisão em pequenos grupos para elaboração de pesquisa e apresentação do trabalho sobre o tema em contexto de reunião; análise e melhoria de protocolos existentes no serviço; elaboração de novos protocolos de acordo com a evidência; formação em contexto de reunião com a presença de um elemento externo considerado perito na temática; reflexão, discussão em grupo e elaboração de propostas de melhoria; discussão de casos; autoavaliação do grupo.

As estratégias de SC utilizadas foram várias, de acordo com as descritas na literatura (Pinto et al., 2017; Pires et al., 2016): Formação Contínua; *Feedback*; Análise de Documentação; Apoio; Análise crítico-reflexiva das práticas; Análise de Casos em Grupo; Sessões de supervisão em Grupo; Autosupervisão; Supervisão à distância (Contacto telefónico e email).

A Etapa 4 – Avaliação dos Resultados, teve por base o seguinte objetivo geral: Avaliar o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Nesse sentido, foram realizados os Estudos 4 e 5, que são estudos mistos caracterizados pela triangulação concomitante (Creswell & Clark, 2013), contemplando um estudo quantitativo descritivo e longitudinal, comparando os dados da Etapa 1 e Etapa 4 em relação a cada IS-SCE, seguido da realização de entrevistas semiestruturadas, sendo também exploratório e descritivo. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas a 11 enfermeiros que participaram da implementação do Modelo SafeCare em todas as etapas: enfermeiros supervisores clínicos (n=4); enfermeiros supervisionados (n=4) e enfermeiros gestores (n=3).

Após a análise de conteúdo dos dados das entrevistas emergiram globalmente cinco categorias: 1) Influência do modelo no contexto; 2) Influência do modelo nas Competências Emocionais; 3) Influência do modelo nas Competências de PBE; 4) Avaliação global da experiência; 5) Sugestões para a continuidade.

Em relação à influência do modelo no contexto surgiram como subcategorias: o Cliente, o Profissional de saúde e Serviço. Assim, os enfermeiros perceberam ganhos em todos os intervenientes. Para o cliente, verbalizaram melhoria da qualidade na prestação de cuidados. No profissional de saúde, ou seja, neles mesmos, verbalizaram aspetos relacionados com o desenvolvimento profissional (conhecimento, aprendizagem, “parar para pensar”, melhoria do exercício profissional) e pessoal (motivação, redução da percepção de exaustão emocional, foco, paciência). Para o serviço, ou seja, o contexto, relataram uma melhoria na organização dos cuidados, reestruturação de processos, melhoria na sistematização dos cuidados, através de normas de procedimentos, fundamentados em evidência.

Relativamente à influência do modelo nas Competências Emocionais, emergiram as seguintes subcategorias: Conhecimento; Reconhecimento da importância; Comunicação na equipa; Empatia; Gestão dos relacionamentos. Globalmente reconheceram o conhecimento e aprendizagem, a importância que a IE, poderá ter neles e no seu quotidiano pessoal e profissional. Verbalizaram melhoria na comunicação na equipa, partilha de mais informação e “melhor” comunicação. Alguns referiram que sentiram melhoria na empatia, ou seja, na valorização e na percepção do que o cliente sente e vivencia. Ao nível da gestão dos relacionamentos, verbalizaram melhoria nos conflitos, proximidade entre os elementos e respeito pelo outro.

Em relação à influência do modelo nas Competências de PBE, emergiram as seguintes subcategorias: Reconhecimento da importância; Conhecimento;

Consciencialização das barreiras. Os enfermeiros reconheceram a necessidade de atenção e reconhecimento da importância da PBE para o seu quotidiano de exercício profissional, com verbalização de melhoria nos conhecimentos teóricos. Outra subcategoria importante, foi a consciencialização das barreiras, com os enfermeiros a perceberem a importância da formação, partilha de informação entre eles, o questionamento profissional da prática quotidiana, a diminuição da resistência à mudança, a motivação para saber mais e procurar, e a importância dos comportamentos individuais, bem como o que o contexto em específico deve continuar a trabalhar para futuro.

Na avaliação global da experiência, surgiram igualmente subcategorias: Fatores facilitadores; Fatores limitadores; Perceção do processo de implementação; Satisfação e Estratégias utilizadas. Como fatores facilitadores os enfermeiros identificaram o suporte dos enfermeiros gestores, do enfermeiro supervisor clínico major e dos enfermeiros supervisores clínicos, bem como a motivação da equipa. Em posição oposta como fatores limitadores, identificaram a falta de recursos humanos (ausências), a desmotivação, a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho, desconhecimento da SC com alguma renitência e resistência à mudança, insatisfação relativa às questões de carreira profissional e características pessoais dos enfermeiros supervisores clínicos. De recordar que durante o período de implementação da Etapa 3, decorreram várias greves e a passagem das 40h/semanais para as 35h/semanais. Da perceção do processo de implementação, os enfermeiros verbalizaram as formações, as reuniões, a integração gradual desde ao conhecimento das necessidades, reflexão sobre a prática e o debruçarem-se sobre aspetos específicos para melhoria. Em relação às estratégias utilizadas valorizadas pelos enfermeiros, a reflexão sobre a prática foi a mais valorizada pelos enfermeiros; a formação contínua, a análise e discussão de casos, as sessões de supervisão em grupo, apoio e o *feedback*, foram outras das estratégias usadas.

Em relação, às sugestões para a continuidade estas foram divididas em Estruturais, ou seja, relacionadas com o próprio Modelo Safecare, e as Organizacionais, isto é, relacionadas com o próprio contexto e instituição. Relativamente às Estruturais, sugeriram uma duração mais prolongada da implementação (Etapa 3). A nível Organizacional, verbalizaram a importância do “cultivar” de uma cultura de supervisão, a continuidade da realização das sessões de supervisão em grupo, a formação contínua, suporte, apoio de alguém externo e a melhoria da gestão do tempo para esse efeito. De seguida, são apresentados os principais resultados de cada estudo.

O Estudo 4 – Competências Emocionais nos Enfermeiros de Saúde Mental: *Contributos da implementação de um modelo de supervisão clínica*, procurou dar resposta aos seguintes objetivos específicos: Avaliar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, após a implementação do Modelo SafeCare; Comparar as Competências Emocionais dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare e avaliar a perceção dos participantes do contexto sobre o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Entre o momento antes e após a implementação do Modelo SafeCare não existiram diferenças estatisticamente significativas (todos os valores de prova são superiores a 0,05). O valor-p possui algumas características, entre elas, depende do tamanho da amostra, assim como a sua interpretação depende da verossimilhança assumida. A análise da dimensão da amostra pode ajudar a justificar a ausência de significância estatística (Marôco, 2018). Assim, não podemos excluir que a dimensão amostral é pequena, o que poderá estar associado a estes resultados. Ainda assim, verificámos a tendência de que para o *score* total da EVB-CIE, o *score* mediano aumentou da Etapa 1 para a Etapa 4. O mesmo se verificou para as subescalas Gestão das emoções e Gestão de relacionamentos em grupos. Para as restantes subescalas: Autoconsciência, Automotivação e Empatia, os *scores* medianos diminuíram. Analisando os dados obtidos através do estudo qualitativo, verificámos que os enfermeiros identificaram aspetos positivos na implementação do Modelo SafeCare para o desenvolvimento das Competências Emocionais, nomeadamente: Conhecimento teórico; Reconhecimento da importância; Comunicação na equipa; Empatia; Gestão dos relacionamentos no grupo. Os dados quantitativos e qualitativos são divergentes, pelo que esta complementaridade enriqueceu a análise deste estudo, dando contributos importantes para futuros estudos. A questão da empatia, da comunicação e da melhoria do relacionamento do grupo, é um efeito reportado na literatura das sessões de supervisão em grupo (Francke & Graaff, 2012). Foster et al. (2015), refere que as estratégias recomendadas para a educação em IE são as que promovem a consciencialização e o crescimento pessoal, através da utilização de mecanismos de supervisão e suporte por parte de outros, de que pode ser exemplo a SC.

O desenvolvimento da Competência Emocional, principalmente, nas dimensões relacionadas com a forma como se lida com os outros, de que é exemplo a gestão de relacionamentos em grupos, é relevante para o desenvolvimento de um

relacionamento interpessoal promotor de um bom ambiente de trabalho, permitindo a cooperação no seio da equipa multidisciplinar (Hurley & Stansfield, 2012; Konstantinou et al., 2017; Phillips & Harris, 2017; Powell et al., 2015; Vilela, 2006), mas também de uma relação terapêutica com a pessoa cuidada, facto relacionado com a qualidade e segurança dos cuidados (Foster et al., 2015; Nightingale et al., 2018).

Estudo 5 – Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica, teve por base os seguintes objetivos específicos: Avaliar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, nomeadamente, as Práticas, Atitudes, Conhecimentos/habilidades e competências, após a implementação do Modelo SafeCare; Comparar as Competências de PBE dos enfermeiros do contexto, antes e após a implementação do Modelo SafeCare e avaliar a perceção dos participantes do contexto sobre o impacto da implementação do Modelo SafeCare nos IS-SCE, nos enfermeiros, no contexto e no cliente de cuidados.

Entre o momento antes e após a implementação do Modelo SafeCare, não existiram diferenças estatisticamente significativas (todos os valores de prova são superiores a 0,05) quer para o total da escala como para cada uma das subescalas – Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências. Assim, não podemos excluir que a amostra é pequena, o que pode estar associado a esses resultados, pelos mesmos motivos expostos na discussão de resultados do Estudo 4. Verificámos que a tendência do *score* mediano total da QECPE-20 diminuiu da Etapa 1 para a Etapa 4. O mesmo aconteceu com o *score* da subescala Práticas. Para a subescala Atitudes, o *score* mediano não sofreu alterações entre as duas etapas. Para a subescala de Conhecimentos/habilidades e competências, o *score* mediano aumentou da Etapa 1 para a Etapa 4. Em relação aos resultados reportados pelos enfermeiros sobre as competências de PBE após a intervenção, estes são interessantes de analisar. Alguns autores afirmam que pelo facto de ser um instrumento de autopreenchimento, os enfermeiros podem sobrevalorizar ou subvalorizar a sua perceção acerca das competências. Após participarem num programa educacional ou intervenção no contexto, adquirem mais conhecimentos/habilidades e competências, bem como atitudes e crenças favoráveis à PBE, e percecionam o desenvolvimento de competências de PBE de uma forma mais ajustada à realidade, pelo que reportam muitas vezes *scores* diferentes a nível das atitudes e práticas, principalmente se tiverem sobrevalorizado esses *scores* previamente à intervenção, mantendo-se o *score* da subescala práticas como o inferior, valorizando a complexidade para ultrapassar

as barreiras existentes (Chien, 2010; Dalheim et al., 2012; Gorsuch et al., 2020; Middlebrooks et al., 2016; Pereira, 2016; Saunders & Vehviläinen-Julkunen, 2018).

Importa analisar estes dados em conjunto com os das entrevistas. Assim, verificámos que os enfermeiros identificaram aspetos positivos na implementação do Modelo SafeCare para o desenvolvimento das Competências de PBE, nomeadamente: Reconhecimento da importância; Conhecimento e a Consciencialização das barreiras. Tendo em conta os fatores citados como facilitadores para o desenvolvimento de competências e implementação da PBE, que alguns autores descrevem como sendo maioritariamente o oposto às barreiras, percebemos a influência do modelo nos conhecimentos/habilidades e competências, atitude e crença favorável à importância da PBE e percepção das barreiras existentes para uma melhoria da sua incorporação na prática (Melnik et al., 2020; Melnik et al. 2014; Melnik et al., 2009; Warren et al., 2016). Por outro lado, autores referem que a participação em programas de desenvolvimento profissional e formação contínua bem como o suporte da organização são facilitadores muito importantes da adoção da PBE (Duncombe, 2018). Importa referir a importância que os enfermeiros atribuíram à reflexão sobre a prática, induzida pela SC. Como tal, esta favoreceu o questionamento profissional, considerada a Etapa 0 do processo inerente à PBE, como forma de questionar a prática quotidiana para identificar lacunas (Melnik et al., 2009).

Tendo em consideração a síntese e discussão dos principais resultados de cada uma das etapas e estudos realizados, considerámos que estes deram resposta aos objetivos gerais e específicos definidos. Em relação à questão de investigação, considerámos que este trabalho contribuiu para o desenvolvimento de competências profissionais nos enfermeiros, nomeadamente, Competências Emocionais e de PBE. A implementação do Modelo Safecare, mostrou influência positiva nos principais eixos: desenvolvimento profissional, contexto e cuidados de enfermagem.

Estes resultados devem ser analisados com cautela pois a implementação ocorreu num contexto específico, num estudo de investigação-ação, não sendo considerada a generalização de resultados. Procurámos sim, trazer novos contributos sobre a influência da implementação do Modelo Safecare, nomeadamente, no desenvolvimento de um conjunto de competências nos enfermeiros, que lhes permitam ter um exercício profissional de excelência, contribuindo assim, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados num contexto organizacional que seja facilitador do desenvolvimento profissional.

Limitações

Pelo facto da implementação do estudo ter sido realizada num contexto específico, a amostra e o tipo de amostragem, são consideradas por nós limitações. Dado o carácter longitudinal do estudo, existiram situações, como ausências prolongadas (licenças de parentalidade, atestados), *turnover*, desistências, que constituíram desafios para a continuidade do mesmo, interferindo também no tamanho amostral.

De futuro, considerámos importante repensar o desenho de estudo, contemplando a existência de um grupo de controlo e um grupo de intervenção.

Contributos

Acreditámos com este estudo ter contribuído para o conhecimento sobre a influência da implementação de um modelo de SCE, o Modelo SafeCare, sustentado nas necessidades dos enfermeiros de um novo contexto, o da saúde mental, tendo sido um contexto onde inicialmente muitos dos modelos de SC foram implementados. Por outro lado, a implementação do Modelo SafeCare, levou para os contextos da prática (instituição e profissionais) a supervisão clínica de pares, algo ainda escasso na realidade nacional. Isto, fez a instituição e profissionais envolvidos, valorizarem a importância da SCE, da formação contínua e desenvolvimento profissional, sustentado numa cultura de melhoria contínua e com suporte organizacional formal.

Nesta investigação, relacionámos o desenvolvimento de Competências de PBE com a SCE, enquanto IS-SCE, algo ainda pouco estudado, pelo que será uma área de investigação futura a ser desenvolvida.

Importa referir que a formalização da parceria entre a Instituição de Ensino e Hospitalar, foi um aspeto também valorizado pelos enfermeiros como facilitador para a formação contínua e atualização de conhecimento, fundamental para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS

- Abreu, W., (2007). *Formação e Aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau.
- Abreu, W., & Marrow, C. E. (2012). Clinical supervision in nursing practice: a comparative study in Portugal and the United Kingdom. *SANARE*, 11(2), 16–24. <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/285/255>
- 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*, 9(2), 87–105. <https://doi.org/10.1504/IJISCM.2017.087952>
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e Colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto Editora.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspetiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2ª ed.). Almedina.
- Alleyne, J., & Jumaa, M. (2007). Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: The role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*, 15(2), 230–243. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2007.00750.x>
- Apóstolo, J., Cardoso, D., & Rodrigues, M. A. (2016). It takes three to Tango: Embracing EBP. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(4), 1–2. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-2889>
- Augusto, M. C. B., Oliveira, K. S. de, Carvalho, A. L. R. F. de, Pinto, C. M. C. B., Teixeira, A. I. C., & Teixeira, L. O. L. S. M. (2021). Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Rev Rene*, 22, e60279. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>
- Augusto, C., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Avaliação dos Resultados. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 48-54). Uniarte Gráfica, S.A.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Barroso, C., Carvalho, A., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – modelo SAFECARE. *Suplemento Digital Rev ROL Enferm*, 43(1), 50–58.
- Baskerville, R., & Myers, M. (2004). Special Issue on Action Research in Information Systems: Making IS Research Relevant to Practice: Foreword. *MIS Quarterly*, 28(3),

-
329. <https://doi.org/10.2307/25148642>
- Bell, J. (2008). *Projeto de Pesquisa: Guia para pesquisadores em educação, saúde e ciências sociais* (4ª ed.). Artmed.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Botti, M., Endacott, R., Lewis, K., Watts, R., Cairns, J., & Kenny, A. (2006). Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer. *Cancer Nursing*, 29(4), 309–316. <https://doi.org/10.1097/00002820-200607000-00010>
- Bowles, N., & Young, C. (1999). An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 958–964. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01179.x>
- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Wolters kluwer educacion.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. (2ª ed.). Artmed.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (1998). *The ecology of developmental processes*. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). John Wiley & Sons Inc.
- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(1), 186–193. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00913.x>
- Brunero, S., & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. *AUSTRALIAN JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 25(3), 86–94.
- Butterworth, T., Bell, L., Jackson, C., & Pajnkihar, M. (2008). Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*, 28(3), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.05.004>
- Buus, N., & Gonge, H. (2009). Empirical studies of clinical supervision in psychiatric nursing: A systematic literature review and methodological critique. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(4), 250–264. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00612.x>
- Buus, N., Lynch, L., & Gonge, H. (2016). Developing and implementing “meta-supervision” for mental health nursing staff supervisees: Opportunities and challenges. *Cognitive Behaviour Therapist*, 9, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000434>
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Monteiro, D., Goulart, M., & Garcia, L. (2017).
-

-
- Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: Revisão narrativa. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(4), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017>
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., & Masso, G. (2018). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermag. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(4), 2148-2156. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
- Cardoso, A. (2014). *Inovar com a Investigação-Ação: desafios para a formação de professores*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Cardoso, D. F. B., Coelho, A. R. N., Louçano, C. da C., Parola, V. S. de O., Rodrigues, M. A., Fineout-Overholt, E., & Apóstolo, J. L. A. (2019). Translation and cross-cultural adaptation of evidence-based practice instruments for portuguese nursing students. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(23), 141-152. <https://doi.org/10.12707/RIV19058>
- Carvalho, A. (2017). Supervisão clínica em enfermagem - estratégia para o conhecimento e qualidade dos cuidados. *Rev Rene*, 18(3), 15253. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300001>
- Carvalho, A. L. R. F. de, Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem* (1º). Uniarte Gráfica, S.A.
- Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Modelo SafeCare: Modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 10-19). Uniarte Gráfica, S.A.
- Chiasson, M., Germonprez, M., & Mathiassen, L. (2008). Pluralist action research: A review of the information systems literature. *Information Systems Journal*, 19(1), 31-54. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2575.2008.00297.x>
- Chien, W. T. (2010). A survey of nurses' perceived barriers to research utilisation in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3584-3586. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03461.x>
- Coutinho, C. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12(1), 5-15. <https://doi.org/10.4013/5291>
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. (2013). *Pesquisa de Métodos Mistos*. São Paulo: Penso Editora.
- Cruz, M. (2018). *Fatores Que Influenciam a Satisfação Profissional E a Inteligência*
-

-
- Emocional: Contributos Para a Implementação De Um Modelo De Supervisão Clínica Factors*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cruz, S., Carvalho, A. L., & Sousa, P. (2015). Clinical Supervision and Emotional Intelligence Capabilities: E Excellence in Clinical Practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171(2005), 153-157. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>
- Cruz, S. S. M. S. (2012). *Do AD HOC a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso* [Doctoral Thesis, Universidade Católica]. <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12619>
- Cummings, G., Estabrooks, C., Midodzi, W., Wallin, L., & Hayduk, L. (2007). Influence of organizational characteristics and context on research utilization. *Nursing Research*, 56(4), 24-39. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280629.63654.95>
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1344-1363. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R. M., & Nortvedt, M. W. (2012). Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), 367. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-367>
- Day, C. (2001). *Desenvolvimento Profissional de Professores: Os Desafios da Aprendizagem Permanente*. Porto Editora.
- Denzin, N., & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Department of Health. (1993). *A vision for the future: The nursing, midwifery and health visiting contribution to health and health care*. NHS Management Executive: Stationery Office, London.
- DiCenso, Al., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). *Implementing evidence-based nursing : some misconceptions*. 1(2), 38-40.
- Dilworth, S., Higgins, I., Parker, V., Kelly, B., & Turner, J. (2013). Finding a way forward: A literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*, 45(1), 22-32. <https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.22>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 - 2020*. DGS - DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/estrategia-nacional-para-a-qualidade-na-saude.aspx>
-

-
- Duncombe, D. C. (2018). A multi-institutional study of the perceived barriers and facilitators to implementing evidence-based practice. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1216-1226. <https://doi.org/10.1111/jocn.14168>
- Encarnação, R., Soares, E., & Carvalho, A. (2018). Emotional intelligence: influencing factors and impact on nurses in intensive care. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 19, e33229. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181933229>
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., & Wallin, L. (2007). Predicting Research Use in Nursing Organizations: A Multilevel Analysis. *Nursing Research*, 56(4), 7-23. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280647.18806.98>
- Fisher, C., Cusack, G., Cox, K., Feigenbaum, K., & Wallen, G. R. (2016). Developing Competency to Sustain Evidence-Based Practice. *Journal of Nursing Administration*, 46(11), 581-585. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000408>
- 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. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 13(4), 1-12. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=111917970&site=ehost-live>
- Foo, S., Majid, S., Mokhtar, I. A., Zhang, X., Luyt, B., Yun-Ke, C., & Yin-Leng, T. (2011). Nurses' perception of evidence-based practice at the National University Hospital of Singapore. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 42(11), 522-528. <https://doi.org/10.3928/00220124-20110516-04>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- 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*, 55(October 2016), 65-70. <https://doi.org/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*, 35(3), 510-517. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.009>
- Francke, A. L., & de Graaff, F. M. (2012). The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(9), 1165-1179. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.012>
- Freeman, C. (2005). *Clinical Supervision Guidelines for Registered Nurses*. Birkenhead and Wallasey PCT - NHS.
-

-
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem: Perspetivas Práticas*. Universidade de Aveiro.
- Gawlinski, A., & Rutledge, D. (2008). Selecting a model for evidence-based practice changes: A practical approach. *AACN Advanced Critical Care*, 19(3), 291–300. <https://doi.org/10.1097/01.AACN.0000330380.41766.63>
- Gerhardt, T., & Silveira, D. (2009). *Métodos de Pesquisa*. UFRGS Editora.
- Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., & Nolan, M. (2011). Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: Findings from a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1079–1090. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05560.x>
- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
- Goleman D. (2012). *O cérebro e a inteligência emocional: novas perspectivas*. Objetiva.
- Gonge, H., & Buus, N. (2011). Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(2), 102–111. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x>
- Gonge, H., & Buus, N. (2015). Is it possible to strengthen psychiatric nursing staff 's clinical supervision? RCT of a meta-supervision intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 909–921. <https://doi.org/10.1111/jan.12569>
- Gorsuch, C. (ret) P. F., Gallagher Ford, L., Koshy Thomas, B., Melnyk, B. M., & Connor, L. (2020). Impact of a Formal Educational Skill-Building Program Based on the ARCC Model to Enhance Evidence-Based Practice Competency in Nurse Teams. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 258–268. <https://doi.org/10.1111/wvn.12463>
- Haines, S., & Dring, E. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision for Registered Nurses, Non-registered Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*. Nottingham University Hospitals: NHS Trust.
- Health Education and Training Institute. (2012). *The superguide: a handbook for supervision allied health professionals*. Sidney: HETI.
- Heaven, C., Clegg, J., & Maguire, P. (2006). Transfer of communication skills training from workshop to workplace: The impact of clinical supervision. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 313–325. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.08.008>
- Hines-Martin, V., & Robinson, K. (2006). Supervision as professional development for psychiatric mental health nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 293–297.

<https://doi.org/10.1097/00002800-200611000-00010>

- Hinchey, P. (2008). *Action Research Primer*. Peter Lang.
- Howard, V., & Eddy-Imishue, G. (2020). Factors influencing adequate and effective clinical supervision for inpatient mental health nurses' personal and professional development: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 640–656. <https://doi.org/10.1111/jpm.12604>
- Hurley, J., & Stansfield, C. (2012). Why emotional intelligence matters in health and social care. In J. Hurley, & P. Linsley, *Emotional intelligence in health and social care: a guide for improving human relationships* (pp. 17-28). Radcliffe Publishing.
- Hyrkäs, K. (2005). Clinical Supervision, Burnout and Job Satisfaction among Mental Health and Psychiatric Nurses in Finland. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(5), 531–556. <https://doi.org/10.1080/01612840590931975>
- Hyrkäs, K., & Lehti, K. (2003). Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*, 11(3), 177–188. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2003.00369.x>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Haataja, R. (2006). Efficacy of clinical supervision: Influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 521–535. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03936.x>
- International Council of Nurses. (2012). *CLOSING THE GAP: FROM EVIDENCE TO ACTION*. <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation-evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>
- Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 54–68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>
- Jylhä, V., Oikarainen, A., Perälä, M.-L., & Holopainen, A. (2017). Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Health Organization*, 1–34. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf?ua=1
- Kenny, A., Endacott, R., Botti, M., & Watts, R. (2007). Emotional toil: Psychosocial care in rural settings for patients with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 663–672. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04453.x>

-
- Kilcullen, N. (2007). An analysis of the experiences of clinical supervision on Registered Nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1029–1038. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01661.x>
- Kocaman, G., Seren, S., Lash, A. A., Kurt, S., Bengu, N., & Yurumezoglu, H. A. (2010). Barriers to research utilisation by staff nurses in a university hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13–14), 1908–1918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03032.x>
- Koehn, M. L., & Lehman, K. (2008). Nurses' perceptions of evidence-based nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 209–215. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04589.x>
- Koivu, A., Hyrkäs, K., & Saarinen, P. (2011). Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 69–79. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01185.x>
- Konstantinou, M. S., Efstathiou, A., Charalambous, G., Kaitelidou, D., & Jelastopulu, E. (2017). Emotional Intelligence and Its Impact on the Emotional Factors among Nurses. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 23(3), 1–13. <https://doi.org/10.9734/JESBS/2017/37818>
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41(December 2017), 59–61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>
- Landry, R. (2003). A análise do conteúdo. In B. Gauthier, *Investigação Social. Da problemática à colheita de dados* (3ª ed.). Lusociência.
- Laibhen-Parkes, N. (2014). Evidence-Based Practice Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 173–182. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12035>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais* (3ª ed.). Artmed.
- Leung, K., Trevena, L., & Waters, D. (2016). Development of a competency framework for evidence-based practice in nursing. *Nurse Education Today*, 39, 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.026>
- Majid, S., Foo, S., Luyt, B., Zhang, X., Theng, Y. L., Chang, Y. K., & Mokhtar, I. A. (2011). Adopting evidence-based practice in clinical decision making: Nurses' perceptions, knowledge, and barriers. *Journal of the Medical Library Association*, 99(3), 229–236. <https://doi.org/10.3163/1536-5050.99.3.010>
- Malin, N. (2000). Evaluating clinical supervision in community homes and teams
-

-
- serving adults with learning disabilities. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 548–557. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01309.x>
- Mannix, K., Blackburn, I., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B., Standart, S., & Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, 20(6), 579–584. <https://doi.org/10.1177/0269216306071058>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (7^a ed.). Report Number.
- Marrow, C., Hollyoake, K., Hamer, D., & Kenrick, C. (2002). Clinical supervision using video-conferencing technology: A reflective account. *Journal of Nursing Management*, 10(5), 275–282. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2834.2002.00313.x>
- Martin, P., Lizarondo, L., Kumar, S., & Snowdon, D. (2020). Impact of clinical supervision of health professionals on organizational outcomes: a mixed methods systematic review protocol. *JBIS Evidence Synthesis*, 18(1), 115–120. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00017>
- Mayer, J., & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 197–208. [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)
- Mccloskey, D. J. (2008). Nurses' Perceptions of Research Utilization in a Corporate Health Care System. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 39–45.
- McGilton, K., Chu, C., Shaw, A., Wong, R., & Ploeg, J. (2016). Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1007–1026. <https://doi.org/10.1111/jonm.12419>
- Mehrdad, N., Salsali, M., & Kazemnejad, A. (2008). The spectrum of barriers to and facilitators of research utilization in Iranian nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2194–2202. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02040.x>
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S., & Williamson, K. (2009). Igniting a Spirit of Inquiry: An Essential Foundation for. *American Journal of Nursing*, 109(11), 49–52.
- Melnyk, B., Fineout-Overholt, E., Stillwell, S., & Williamson, K. (2010). The Seven Steps of Evidence-Based Practice. *American Journal of Nursing*, 110(1), 51–53. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000366056.06605.d2>
- Melnyk, B. M., Fineout-Overholt, E., Giggelman, M., & Choy, K. (2017). A Test of the ARCC© Model Improves Implementation of Evidence-Based Practice, Healthcare Culture, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(1), 5–
-

-
9. <https://doi.org/10.1111/wvn.12188>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Long, L. E., & Fineout-Overholt, E. (2014). The establishment of evidence-based practice competencies for practicing registered nurses and advanced practice nurses in real-world clinical settings: Proficiencies to improve healthcare quality, reliability, patient outcomes, and costs. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(1), 5–15. <https://doi.org/10.1111/wvn.12021>
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2018). The First U.S. Study on Nurses' Evidence-Based Practice Competencies Indicates Major Deficits That Threaten Healthcare Quality, Safety, and Patient Outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 16–25. <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Melnyk, B. M., Zellefrow, C., Tan, A., & Hsieh, A. P. (2020). Differences Between Magnet and Non-Magnet-Designated Hospitals in Nurses' Evidence-Based Practice Knowledge, Competencies, Mentoring, and Culture. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(5), 337–347. <https://doi.org/10.1111/wvn.12467>
- Middlebrooks, R., Carter-Templeton, H., & Mund, A. (2016). Effect of evidence-based practice programs on individual barriers of workforce nurses: An integrative review. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 47(9), 398–406. <https://doi.org/10.3928/00220124-20160817-06>
- Mills, J., Field, J., & Cant, R. (2009). The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 219–228. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2009.00163.x>
- Milne, D. (2009). *Evidence-based clinical supervision: Principles and practice*. Blackwell Publishing.
- Milner, K. A., & Cosme, S. (2017). The PICO Game: An Innovative Strategy for Teaching Step 1 in Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(6), 514–516. <https://doi.org/10.1111/wvn.12255>
- Mohamed, F., & Ahmed, H. (2019). Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(6), 67. <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
- Mohsen, M., Safaan, N., & Okby, O. (2016). Nurses' Perceptions and Barriers for Adoption of Evidence Based Practice in Primary Care: Bridging the Gap. *American Journal of Nursing Research*, Vol. 4, 2016, Pages 25-33, 4(2), 25–33. <https://doi.org/10.12691/ajnr-4-2-1>
- Narvaz, M., & Koller, S. (2005). O Modelo Bioecológico do desenvolvimento humano.
-

-
- In S. Koller (Ed.), *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil* (2ª ed., pp.55-69). Caso do Psicólogo.
- Newhouse, R. (2007). Creating Infrastructure Supportive of Evidence-Based Nursing Practice: Leadership Strategies. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(1), 21–29. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00075.x>
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80(January), 106–117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Olds, K., & Hawkins, R. (2014). Precursors to measuring outcomes in clinical supervision: A thematic analysis. *Training and Education in Professional Psychology*, 8(3), 158–164. <https://doi.org/10.1037/tep0000034>
- Oliveira, A. (2009). *Bioestatística, epidemiologia e investigação: Teoria e aplicações*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, Regulamento n.º 366/2018, 2ª Série, N. 113, 14 de junho de 2018 40918. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7936/1665616663.pdf>
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(nº 7), 55–62. <https://doi.org/10.12707/riii11146>
- Pereira, R. P. (2016). *Enfermagem Baseada na Evidência: Atitudes, Barreiras e Práticas* [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84324/2/137294.pdf>
- Pereira, R. P. G., Guerra, A. C. P., Cardoso, M. J. da S. P. de O., Santos, A. T. V. M. F. dos, Figueiredo, M. do C. A. B. de, & Carneiro, A. C. V. (2015). Validation of the Portuguese version of the Evidence-Based Practice Questionnaire. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 345–351. <https://doi.org/10.1590/0104->
-

- Perera, H., & DiGiacomo, M. (2013). The relationship of trait emotional intelligence with academic performance: A meta-analytic review. *Learning and Individual Differences*, 28, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.002>
- Phillips, J., & Harris, J. (2017). Emotional intelligence in nurse management and nurse job satisfaction and retention: a scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(11), 2651–2658. <https://doi.org/10.11124/JBIRSRIR-2016-003300>
- Phillips, L., & Neumeier, M. (2018). Building Capacity for Evidence-Based Practice: Understanding How Licensed Practical Nurses (LPNs) Source Knowledge. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(4), 290–295. <https://doi.org/10.1111/wvn.12284>
- Polit, D., & Beck, C. (2014). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Pinheiro, G. (2012). *Supervisão Colaborativa e Desenvolvimento Profissional em Enfermagem* [Master Thesis, Universidade de Aveiro].
- Pinto, D., Santos, M., & Pires, R. (2017). Relevance of indicators of clinical supervision strategies in nursing. *Rev Rene*, 18(1), 19. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100004>
- 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. Future Academy. doi:10.15405/epsbs.2016.07.02.34
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1825–1837. <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Powell, K. R., Mabry, J. L., & Mixer, S. J. (2015). Emotional intelligence: A critical evaluation of the literature with implications for mental health nursing leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(5), 346–356. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.994079>
- Proctor, B. (2008). *Group Supervision, A Guide to creative practice* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: A concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 126–130.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>

- Renolen, Å., Hjälmhult, E., Høye, S., Danbolt, L., & Kirkevold, M. (2019). Evidence-based practice integration in hospital wards—The complexities and challenges in achieving evidence-based practice in clinical nursing. *Nursing Open*, 6(3), 815–823. <https://doi.org/10.1002/nop2.259>
- Rocha, I., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Identificação das Necessidades em Supervisão Clínica. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 30-37). Uniarte Gráfica, S.A.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2008). Using an evidence-based methodology to identify the competences required to deliver effective cognitive and behavioural therapy for depression and anxiety disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 129–147. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004141>
- Ruzafa-Martínez, M., Fernández-Salazar, S., Leal-Costa, C., & Ramos-Morcillo, A. J. (2020). Questionnaire to Evaluate the Competency in Evidence-Based Practice of Registered Nurses (EBP-COQ Prof©): Development and Psychometric Validation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(5), 366–375. <https://doi.org/10.1111/wvn.12464>
- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de Outros Profissionais*. Universidade de Aveiro.
- Saunders, H., Gallagher-Ford, L., Kvist, T., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2019). Practicing Healthcare Professionals' Evidence-Based Practice Competencies: An Overview of Systematic Reviews. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 176–185. <https://doi.org/10.1111/wvn.12363>
- Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2018). Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 2301–2311. <https://doi.org/10.1111/jan.13802>
- Schön, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artmed Editora.
- Sharrock, J., Javen, L., & McDonald, S. (2013). Clinical Supervision for Transition to Advanced Practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 118–125. <https://doi.org/10.1111/ppc.12003>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175–190.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de Enfermagem em

-
- ensino clínico - Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(no 3), 113-122. <https://doi.org/10.12707/riii1036>
- Silva, R., & Sá-Chaves, I. (2008). Formação Reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Comunicação Saúde Educação*, 12(27), 721-734. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000400004>
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Referência - Revista de Enfermagem*, II(6), 91-108.
- Sloan, G., White, C. A., & Coit, F. (2000). Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: Using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 515-524. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01511.x>
- Smith, J. R., & Donze, A. (2010). Assessing Environmental Readiness: First Steps in Developing an Evidence-Based Practice Implementation Culture. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24(1), 61-71. <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e3181ce1357>
- Snowdon, D. A., Sargent, M., Williams, C. M., Maloney, S., Caspers, K., & Taylor, N. F. (2019). Effective clinical supervision of allied health professionals: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4873-8>
- Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
- Solomons, N. M., & Spross, J. A. (2011). Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 19(1), 109-120. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01144.x>
- Sousa, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Formasau.
- Spiva, L. A., Hart, P. L., Patrick, S., Waggoner, J., Jackson, C., & Threatt, J. L. (2017). Effectiveness of an Evidence-Based Practice Nurse Mentor Training Program. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(3), 183-191. <https://doi.org/10.1111/wvn.12219>
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*
-

Stringer, E. (2007). *Action Research* (3rd ed.). Sage.

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

Teixeira, A., Barandas, V., Carvalho, A.L., & Barroso, C. (2019). Implementação do Modelo Safecare. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 36-43). Uniarte Gráfica, S.A.

Teixeira, L., Carvalho, A., & Barroso, C. (2019). Diagnóstico de Situação. In A. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho & M. Osório (Eds.), *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático* (pp. 22-29). Uniarte Gráfica, S.A.

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

Turner, J., Claravino, A., Yates, P., Hargraves, M., & Connors, V. (2007). Oncology nurses' perceptions of their supportive care for parents with advanced cancer: challenges and educational needs. *Psycho-Oncology*, 16(9), 149-157. <https://doi.org/10.1002/pon.1106>

Turner, J., Kelly, B., Clarke, D., Yates, P., Aranda, S., Jolley, D., Chambers, S., Hargraves, M., & McFadyen, L. (2011). A randomised trial of a psychosocial intervention for cancer patients integrated into routine care: The PROMPT study (promoting optimal outcomes in mood through tailored psychosocial therapies). *BMC Cancer*, 11(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-48>

Ubbink, D. T., Guyatt, G. H., & Vermeulen, H. (2013). Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: A systematic scoping review. *BMJ Open*, 3(1), 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001881>

Upton, D., & Upton, P. (2006). Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 454-458. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03739.x>

Veiga-Branco, M. (2004). *Competência Emocional: Um estudo com professores*. Quarteto Editora.

Veiga-Branco, M. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em*

-
- discursos do campo educativo* [Doctoral Thesis, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10198/5311>.
- Vilela, A. (2006). Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida [Master Thesis, Universidade de Aveiro]. <http://hdl.handle.net/10773/4946>
- Wallbank, S., & Hatton, S. (2014). Reducing burnout and stress : the effectiveness of clinical supervision. *Community Practitioner*, 84(7), 21–25.
- Warren, J. I., McLaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- Watts, R., Botti, M., & Hunter, M. (2010). Nurses' perspectives on the care provided to cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(2), 1–8. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181b5575a>
- White, E., & Winstanley, J. (2010). A randomised controlled trial of clinical supervision: Selected findings from a novel Australian attempt to establish the evidence base for causal relationships with quality of care and patient outcomes, as an informed contribution to mental health nursing practice development. *Journal of Research in Nursing*, 15(2), 151–167. <https://doi.org/10.1177/1744987109357816>
- Whitehead, D., Taket, A., & Smith, P. (2003). Action research in health promotion. *Health Education Journal*, 62(1), 5–22. <https://doi.org/10.1177/001789690306200102>
- Wijekoon, C., Amaratunge, H., De 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(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-1018-9>
- Wood, J. (2004). Clinical supervision. *British Journal of Perioperative Nursing*, 14(4), 151–156. <https://doi.org/10.1177/175045890401400402>
- World Health Organization. (1989). *The principles of quality assurance*. WHO Working Group.
- World Health Organization. (2006). *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*.
- World Medical Association. (2013). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: princípios éticos para a pesquisa média envolvendo seres humanos. Fortaleza.
- Wu, Y., Brettle, A., Zhou, C., Ou, J., Wang, Y., & Wang, S. (2018). Do educational

-
- interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurse Education Today*, 70(July), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.026>
- Yoder, L. H., Kirkley, D., McFall, C., Kirksey, K., Stalbaum, A., & Sellers, D. (2014). Staff nurses' use of research to facilitate evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, 114(9), 26–37. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453753.00894.29>
- Young, T., Rohwer, A., Volmink, J., & Clarke, M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *PLoS ONE*, 9(1), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>

ANEXOS

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A
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 [REDACTED]

[REDACTED] Neste projeto estão envolvidas a estudante Ana Isabel Carvalho Teixeira, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e a estudante Sara Ribeiro, 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: Competência de Prática Baseada na Evidência e 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: Ana Teixeira [REDACTED]

Local e Data

Assinatura

¹ http://www.anisante.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaração_Helsinquia_2008.pdf

² <https://data.dns.pt/olheiro/leisnsp/1/2001/01/03/pl/dns/pl/html>

ANEXO II – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS



Draft



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 entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e o [redacted]. Neste projeto estão envolvidas a estudante Ana Isabel Carvalho Teixeira, [redacted] a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e a estudante Sara Renata Rolos Ribeiro, a frequentar o Mestrado em Direção e Chefia de Serviços em Enfermagem na ESEP, sob orientação do Prof. Doutor Luís Carvalho e da Prof.^a Doutora Sandra Cruz.

Este questionário é composto por três partes: na primeira, pretende-se efetuar uma caracterização sociodemográfica da população em estudo; na segunda, apresenta-se o Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPE); na terceira parte utiliza-se a escala "Escala Velga Branco das Capacidades de Inteligência Emocional" adaptada e validada para estes profissionais.

Os dados obtidos serão relevantes para a implementação de um Modelo de Supervisão Clínica.

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 o cumprimento de todos os princípios éticos associados a este tipo de estudos.

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.

Ana Teixeira [redacted]

Sara Ribeiro [redacted]

REGRAS DE PREENCHIMENTO

1. Por favor, preencha completamente os círculos com estereótipos azul ou preto.

2. Para retificar, coloque uma cruz na(s) opção(ões) errada(s) e preencha completamente o círculo da opção correta.

Preencha	assim	☐
	assim não	☐
Preencha assim		☐



Draft



PARTE I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

I - CARACTERIZAÇÃO

Género ☐ Feminino ☐ Masculino

Idade (anos completos)

Tempo de exercício profissional (anos completos)

II - TÍTULO PROFISSIONAL

Enfermeiro ☐

Enfermeiro Especialista ☐

Enfermeiro Chefe ☐

Outro ☐ Especifique, por favor _____

III – HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

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

Serviço: _____

Tempo de exercício de funções, no serviço que referiu

VI – FORMAÇÃO EM SUPERVISÃO CLÍNICA

NÃO ☐

SIM ☐ Especifique, por favor _____



Draft

PARTE II – QUESTIONÁRIO DE EFICÁCIA CLÍNICA E PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS (QECPBE)

Tendo em conta a sua prática em relação aos cuidados prestados aos doentes (clientes) no último ano, com que frequência fez o seguinte em consequência de uma lacuna no seu conhecimento (preencha o círculo)

1. Formulou uma pergunta de partida claramente definida, como início de um processo para preencher essa lacuna:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente
2. Localizou as evidências relevantes depois de ter formulado a pergunta:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente
3. Analisou criticamente e segundo critérios explícitos, qualquer literatura que tenha encontrado:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente
4. Integrou as evidências que encontrou na sua prática:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente
5. Avaliou os resultados da sua prática:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente
6. Partilhou essa informação com colegas:	Nunca	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Frequentemente

II. Por favor preencha o círculo no lugar da escala em que se situa em relação a cada um dos seguintes pares de afirmações:

7. Não me agrada que a minha prática clínica seja questionada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Acolho com agrado as perguntas sobre a minha prática
8. A prática com base em evidências é uma perda de tempo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A prática baseada em evidências é essencial à prática profissional
9. Mantenho-me fiel a métodos testados e aprovados em vez de mudar para algo novo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	A minha prática mudou devido às evidências que encontrei

III. Numa escala de 1 a 7 (em que 7 é a melhor pontuação), como classificaria a(s) sua(s):

Preencha o círculo com a resposta a cada questão								
	Pior							Meior
10. Competências de pesquisa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Competências em TI (Tecnologias de Informação)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Monitorização e revisão de competências práticas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Conversão das suas necessidades de informação numa pergunta de investigação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Perceção dos principais tipos e fontes de informação	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Capacidade de identificar lacunas na sua prática profissional	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Saber como obter as evidências	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Capacidade de analisar, de forma crítica, as evidências segundo normas definidas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Capacidade de determinar a validade (aproximação da verdade) do material	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Capacidade de determinar a utilidade (aplicabilidade clínica) do material	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Capacidade de aplicar a informação a casos individuais	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Na sua opinião, quais são as principais barreiras/obstáculos para uma prática baseada na evidência?





Draft



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 acabo 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 _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Draft

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 (aeróbico).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Angústia, 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 autopleidade.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 SENSAÇÃO 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, direcção do olhar, atitude comportamental, posição, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sintonizar-me com o que os outros estão a sentir, se usarem palavras esclarecedoras.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Outra _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



Draft

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 direcção do olhar (frontal; baixo; a olhar para cima, a buscar outras direcções).	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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 receptivo à instabilidade do outro e desencadeio uma atitude instável.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tendo a ficar receptivo 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 _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muito obrigado pela sua participação!



ANEXO III – PUBLICAÇÃO DO ESTUDO 1

EDUHEM 2018
VIII International conference on intercultural education and
International conference on transcultural health: THE
VALUE OF EDUCATION AND HEALTH FOR A GLOBAL,
TRANSCULTURAL WORLD

CLINICAL SUPERVISION FOR THE DEVELOPMENT OF
EMOTIONAL COMPETENCE

Ana Teixeira (a)*, Sara Rabeiro (b), António Luís Carvalho (b), Cristina Barroso (b)

*Corresponding author

(a) Centro Hospitalar S. João; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; NURSED: CINTESIS; Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal, enfatat@gmail.com

(b) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal

Abstract

Nursing is a complex and highly demanding profession. Capabilities on Emotional Competence are crucial to overcome many constraints and achieve excellence in the care provided. Thus, the awareness of nurses regarding their place in the organization and in the continuous improvement politics, is essential. Clinical supervision plays an important role in professional development through the reflective practice. The aim of the study is to describe nurses' emotional intelligence capabilities in a hospital setting. To answer our research question, a convenience sampling strategy was employed. A total of 500 questionnaires were delivered using Veiga Branco Emotional Intelligence Capabilities Scale (VBEICS©) adapted version for nurses. From the questionnaires delivered, 259 questionnaires were returned. The data were collected between April and July 2017 and processed using the SPSS© version 24.0. The results showed that nurses perceived themselves emotionally intelligent. Self-Awareness and Emotions Management had a higher correlation with the total score of Emotional Competence. Social skills were less developed in our sample. Academic degree and workplace context can be potential predictive factors of Empathy and Managing Relationships in Groups. According to these findings, the implementation of a nursing clinical supervision model adapted to a specific context can be crucial to the development of strategies ensuring the continuous improvement of these capabilities.

© 2019 Published by Future Academy www.FutureAcademy.org.UK

Keywords: Clinical supervision, emotional competence, nursing.



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 Unported License, permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

1. Introduction

The concept of emotional intelligence is relatively young. Three trends can be distinguished in literature; the Ability Model by Salovey and Mayer, the Trait Model by Goleman and the Mixed Model by Bar-On (Van Dusseldorp, Van Meijel, & Derksen, 2011).

The term "Emotional Intelligence" was first formally defined in the early 1990s by Salovey and Mayer (1990) as "the ability to control feelings and emotions in oneself and in others, to discriminate between them and to use information to guide actions and thoughts" (p. 189). They divided emotional intelligence into four areas of abilities/skills: (1) perceiving emotions, (2) using emotions to facilitate thoughts, (3) understanding emotions and (4) managing emotions in a way that enhances personal growth and social relations. According to Goleman's model (1995, 2010), Emotional Intelligence is based on five great capabilities (table 01): Self-awareness, Self-Regulation, Internal Motivation, Empathy and Social Skills.

Table 01. Skills of Emotional Competence (Goleman 2010) – adapted

Personal Skills These skills determine how we manage ourselves	Social Skills These skills determine how we deal with interpersonal relationships
Self-awareness - Emotional self-awareness, self-assessment, and self-confidence. Self-Regulation - Self-mastery, inspire confidence, be conscientious, adaptability and innovation. Internal Motivation - Will to succeed, commitment, initiative and optimism.	Empathy - Understanding others, developing others, service orientation, enhancing diversity and understanding the emotional currents. Social Skills - Influence, communication, conflict management, leadership, catalyst for change, building bonds, collaboration and team capabilities.

In a progressive and multi-authorial way, the concept of Emotional Competence was thus constructed from the initial concept of Emotional Intelligence. According to Bisquerra (2008), Emotional Competence is "the set of knowledge, skills, abilities and attitudes necessary to properly understand, express, and regulate emotional phenomena". Therefore, in the daily practice, the set of Emotional Competencies allow to understand, express and regulate in an appropriate way the emotional phenomena, facilitating the learning processes, problem-solving, interpersonal relationships and adaptation to different contexts including cross-cultural ones. Veiga-Branco (2005), who also studied the concept of Emotional Competence based on the initial concept of Emotional Intelligence, developed by Goleman (1995, 2003), distinguishes the concept of EC from EI. The author considers that it refers to be more grounded on the concept of intelligence, more "virtual", in the domain of the broad axes of structuring a knowledge.

The Emotional Competence is relevant in the context of health care, since it can highly influence the quality performance among health professionals. Modern demands of nursing draw on the skills of emotional intelligence to meet the needs of direct patient care and multidisciplinary team. The significance of this needs to be recognized in nurse education. The link between emotional intelligence and emotional labour is considered to be an important area for future research (McQueen, 2004), as emotional labour is important in establishing therapeutic nurse-patient relationships but carries the risk of "burnout". To prevent

this, nurses need to adopt strategies. To achieve a good professional performance, it is necessary that the nurse integrates the specific competencies inherent to the profession, alongside with other transversal competencies, which include flexibility, creativity, autonomy, a sense of responsibility, teamwork, adapting to change, critical thinking and decision-making. Emotionally competent nurses give an important contribution to their workplace by expressing concerns such as quality, improvement in patient care outcomes, staff recruitment and management (Cadman & Brewer, 2001).

Health organisations are ever-changing, and nursing turnover is globally high. Leaders who provide inspiration and maintain motivation within their workforces are important for staff retention and changing practices. EI has been linked to relational models of leadership, such as transformational leadership, which in turn are related to improved outcomes for patients (Cummings et al., 2010; Spano-Szekely, Griffin, Clavella, & Fitzpatrick, 2016). They are thus able to promote knowledge and innovation as well as create therapeutic work relationships, which are critical for facilitating knowledge utilization that leads to more evidence-based nursing practice (Edgar et al., 2006).

In Portugal, clinical supervision in nursing is now a daily practice, but there are still few national studies conducted in this area. Nurses in clinical practice need to show flexibility and be prepared to complex and demanding situations. According to the literature review, clinical supervision is essential for the quality of nursing care and it is an important mechanism to support nurses in their clinical practice. Health benefits can be achieved through clinical supervision since nurses are able to develop their expertise, improve and develop the quality of the care they provide to their clients, reduce stress, optimize their coping resources and emotional intelligence capabilities. According to Nighingale, Spiby, Sheena, & Slade (2018) in their integrative literature review, they provide evidence that developing emotional intelligence may positively impact on certain caring behaviours. But there are still few studies that correlate the impact of a clinical supervision model and the development of emotional competence. Cruz, Carvalho, & Sousa (2015) implemented a clinical supervision model in nursing (six months) but even though, their study pointed out that when the supervisees were more 'self-motivated' they discussed less 'personal issues'.

Therefore, we decided to conduct this research which is a part of a larger study, the "Clinical Supervision for Safety and Care Quality" (C-S2AFECARE-Q). In the first phase, we identified and assessed nursing capabilities of emotional competence. In the second phase, clinical supervision teams will be organized and we will implement the clinical supervision model. In the last phase, we will assess the same indicators with the same instruments of the first phase and compare the results.

2. Problem Statement

When faced with change, nurses will have to deal with many demands and the need to reflect on the complex and often difficult reality, compelling them to develop intrinsic competences in the sense of maintaining a good biopsychosocial structure. Massey, Chaboyer, & Anderson (2017) reported negative emotional responses hampered by the escalation of care. Moreover, it is possible that assisting nurses to develop EC capabilities and the application of these capabilities in clinical reasoning may be a strategy to enhance clinician's capacity for considered clinical reasoning and decision-making in challenging and complex environments.

Taking into account this approach, it was considered pertinent to study and deepen this theme in the sense that Emotional Competence is relevant in the healthcare context since it has a major importance for quality performance among professionals, reflected in the quality and safety of care they provide. Considering that clinical supervision plays an important role in professional development, it is crucial the assessment of Emotional Competence capabilities in this context, so that a clinical supervision model tailored to the needs of nurses can be implemented.

3. Research Questions

This research intended to respond to three main questions:

- What is the Emotional Competence profile of the study sample?

Which variables influence nurses' Emotional Competence

4. Purpose of the Study

This study set out to describe the nurse's emotional competencies in a clinical context, specifically:

- To study the variables that characterize the nursing population;
- To study the profile of Emotional Competence in the nursing population;
- To identify variables that influence the nurses' Emotional Competence.

5. Research Methods

We conducted a quantitative, descriptive-correlational study. In order to answer our research questions, a convenience sampling strategy was employed to deliver 500 questionnaires in several units of the context under study.

The data collection instrument used was a questionnaire mostly composed of closed questions and divided in two parts, the first one intended to characterize the participant in the study, the second one was constituted by Veiga Branco Emotional Intelligence Capabilities Scale (VBEICS©) adapted version for nurses. This version includes 85 – items with a Likert – type scale (1-7) ranging between “never” to “always”. The items are divided into five subscales, namely: ‘self-awareness’ (20 items), ‘emotions management’ (18 items), ‘self-motivation’ (21 items), ‘empathy’ (12 items) and ‘managing relationships in groups’ (14 items). The data were collected between April and July 2017 and processed using software SPSS 24 version, with a 0.05 significance level.

6. Findings

A total of 259 questionnaires were obtained with a VBEICS© Cronbach's alpha value for the total score of 0,919. The response rate was 51.8%, indicating the positive nurses' receptiveness to this study. In our sample, 79.2% of the respondents were female, with an average age of 37.1 years and mean of years of practice of 13.9 years. In addition, it also showed that 32.6% had a specialization course in this area and 32.4% had a postgraduate course. Socio demographic data are shown in table 02.

Table 02. Socio demographic data

	n=259	%
Gender		
Female	205	79.2
Male	54	20.8
Professional Category		
Nurse	173	67.1
Specialized Nurse	84	32.6
Other	1	0.4
Academic degree		
Other	4	1.5
Bachelor	105	40.5
Postgraduate	30	11.6
Specialization	84	32.4
Master	35	13.5
Ph.D	1	0.4

Nurses self-perceive themselves by norm emotionally intelligent, with a 4.82 weighted average score. Descriptive analysis of total score and each dimension are presented below.

Table 03. Descriptive analysis

	n	Min	Max	X	SD
Total	227	275	504	405.1	37.5
Self-Awareness	252	70	138	102.6	12.0
Emotions Management	250	56	108	81.3	9.4
Self-Motivation	250	67	140	106.0	11.1
Empathy	254	25	84	59.8	9.1
Managing relationships in Groups	254	13	91	57.3	9.4

The Pearson correlation coefficient was used to assess the significant relations between the variables. The total dimensions are positively and significantly correlated with each other and with the full scale ($p < 0.001$ for all calculated correlations). The dimensions that present a higher correlation with the total scale are dimensions Self-Awareness ($R=0.790$) and Emotions Management ($R=0.782$). The dimensions Self-Awareness and Self-Motivation ($R=0.657$) and the dimensions Empathy and Managing Relationships in Groups ($R=0.658$) are those that present a higher correlation between each other. In the study conducted by Vilela (2006), Empathy was also correlated to Managing Relationships in Groups, showing the highest score ($R=0.653$). Empathy and Managing Relationships in Groups were also the dimensions with lowest correlation with the total score. These findings are important for further interventions in context, showing that Empathy and Managing Relationships in Groups are dimensions with lowest correlation with total EC score. The dimensions Self-Awareness and Managing Relationships in Groups ($R=0.253$) and dimensions Self-Motivation and Managing Relationships in Groups ($R=0.282$) show lower correlation between each other.

The identification of potential predictive factors (gender, age, professional practice time, legal status, academic degree and workplace) of the total scale, as well as of each of the dimensions was performed using simple linear regression. Finally, adjusted linear regression models were used in order to identify factors independent from each of the dimensions and the total scale. Considering these results, for total EC score and dimensions: Self-Awareness, Emotions Management and Self-Motivation, none of the predictive factors remain statistically significant in the adjusted models. In the dimension Empathy, 8,6% of variability can be considered from academic degree and workplace. Nurses with a higher academic degree showed higher scores of Empathy. In addition, nurses from surgical unit showed lower scores comparing with those from psychiatric and mental health (table 04). Predictive factors (academic degree and workplace) also remain statistically significant in the adjusted model for Managing Relationships in Groups, showing that nurses with higher academic degree also performed higher scores of this dimension. Managing relationships in groups, in emergency and intensive care, midwifery and medical unit, showed higher scores than for those nurses working in the psychiatry and mental health unit (table 04). Only, 5,9% of variability can be considered from the variables of this model.

Table 04. Adjusted Models for Empathy and Managing Relationships in Groups

	Empathy			Managing Relationships in Groups		
	Adjusted Model			Adjusted Model		
	β	IC 95%	p	B	IC 95%	p
Gender						
Female	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Male	-0.05 (1.4)	-2.9 – 2.8	0.972	1.9 (1.5)	-1.0 – 4.9	0.199
Age	0.001 (0.3)	-0.5 – 0.5	0.996	0.01 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.961
Professional practice time	0.04 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.890	0.06 (0.3)	-0.5 – 0.6	0.824
Academic degree						
Bachelor's degree	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Postgraduate studies	1.9 (2.0)	-1.9 – 5.8	0.321	2.0 (2.0)	-1.9 – 5.9	0.312
Specialty	1.0 (1.4)	-1.8 – 3.9	0.484	1.3 (1.5)	-1.6 – 4.1	0.394
Masters or PhD	4.2 (1.9)	0.5 – 7.8	0.027	3.2 (1.9)	-0.5 – 7.0	0.089
Legal status of employment						
Public functions contract	1.6 (1.8)	-1.9 – 5.1	0.356	-0.4 (1.8)	-3.9 – 3.2	0.834
Individual contract for an indefinite period	(ref)	-	-	(ref)	-	-
Individual contract for a fixed period or other	-1.8 (2.9)	-7.5 – 3.8	0.526	-4.4 (3.1)	-10.6 – 1.8	0.162
Workplace context						
Paediatrics	-0.7 (2.4)	-5.4 – 4.0	0.784	4.5 (2.4)	-0.3 – 9.3	0.066
Emergency and intensive care units	-4.1 (2.4)	-8.8 – 0.5	0.082	5.2 (2.4)	0.5 – 9.9	0.031
Surgery unit	-5.6 (2.8)	-11.1 – -0.1	0.047	3.1 (2.8)	-2.4 – 8.7	0.269
Medical unit	-3.7 (2.2)	-8.1 – 0.7	0.097	4.5 (2.3)	0.04 – 9.0	0.048

Midwifery	-1.8 (2.6)	-6.9 – 3.3	0.488	6.1 (2.7)	0.8 – 11.3	0.025
Psychiatry and mental health unit	(red)	-	-	(red)	-	-

7. Conclusion

Attention should be given to developing nurses' EC as an important factor in escalating care for the deteriorating patient and voicing concerns regarding patient safety. Our study pointed that nurses self-perceived themselves by *norm* emotionally intelligent. Social skills had the lowest scores, which is relevant for team performance regarding patient safety and quality of care provided. Workplace and academic degree can be considered predictive factors for empathy and managing relationships in groups. For these leaders and managers have a pivotal role in the development of an organizational culture that values strategies for the development of these capabilities and emotional literacy. Emotional Competence should be recognized as a relevant construct underlying the nursing practice and in continuous education policies. In clinical practice, the emotional competence can be trained and developed over time. The implementation of a clinical supervision model adapted to nurses' EC needs and workplace context can make an important contribution for its development towards quality of care and patient safety.

Acknowledgments

We gratefully acknowledge Augusta Veiga Branco (Ph.D), author of the VBEICS© for her permission and also António Carlos Vilela for his permission to use the adapted version for nurses.

We also gratefully acknowledge Centro Hospitalar São João E.P.E. by allowing the research and particularly for its valuable collaboration. We thank all intervenient for all the commitment and support, that have largely contributed to the accomplishment of this study.

This article was supported by FEDER through the operation NORTE-01-0145-FEDER-023654 funded by the Programa Operacional Regional Norte – NORTE2020.

References

- Bisquerra, R. (2008). *Educación Emocional y Bienestar*. Barcelona: Wolters kluwer education.
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321-324. Retrieved from <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>.
- Cruz, S., Carvalho, A., & Sousa, P. (2015). Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: e Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioural Sciences*, 171(1), 153-157. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/82831879.pdf>
- Cummings, G. G., MacGregor, T., Davey, M., Lee, H., Wong, C. A., Lo, E., & Stafford, E. (2010). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 47(3), 363-385.
- Edgar L., Herbert R., Lambert S., MacDonald J.A., Dubois S., & Latimer M. (2006). The joint venture model of knowledge utilization: a guide for change in nursing. *Nursing Leadership* 19(2), 41-55. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16761801>.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goleman, D. (2003). *Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e os outros*. Rio de Janeiro: Campus.

- Goleman, D. (2010). *Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Massey, D., Chaboyer, W., & Anderson, V. (2017). What factors influence ward nurses' recognition of and response to patient deterioration? An integrative review of the literature. *Nursing open*, 4(1), 6-23.
- McQueen, A. C. H. (2004). Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 101-108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03069.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheena, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80(1), 106-117. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>.
- Salovey, P., & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.
- Spano-Szekely, L., Griffin, M. T. Q., Clavette, J., & Fitzpatrick, J. J. (2016). Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 46(2), 101-108.
- Van Dusseldorp, L. R., van Meijel, B. K., & Derksen, J. J. (2011). Emotional intelligence of mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 555-562.
- Veiga-Branco, A. (2005). *Competência emocional em professores - um estudo em discursos do campo educativo* (Doctoral dissertation). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10198/5311>.
- Vilela, A. C. L. (2006). *Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros: validação de um instrumento de medida* (Master thesis). Universidade de Aveiro. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10773/4946>.

ANEXO IV- PUBLICAÇÃO DO RESUMO DO ESTUDO 3

research. Programme implementation is most likely to be successful when it matches the values, needs and concerns of practitioners. Concerning the development and implementation of competence for EBP, firstly, is important to identify the barriers.

Objective

Our objective is to explore and describe nurse's perceptions of these barriers in our context.

Methods

This study is part of a larger one, namely: "Clinical Supervision for Safety and Care Quality" (C-S2AFECARE-Q). To answer our research question a convenience sampling strategy was employed to distribute 500 questionnaires to nurses working in a central hospital in the north of Portugal. Data was collected between April and July 2017. They returned 259 questionnaires, 98 of these with the answer to the following question: "In your opinion, which are the barriers for the implementation of EBP in your context?". Data analyses were based on content analysis proposed by Bardin (1977).

Results

Barriers were allocated into categories: Organization; Leaders and Management; Professionals and evidence [4]. Nurses reported perceived barriers in all these levels. In the organization' barrier, they identified lack of organizational culture; lack of support from management and outdated and unquestioned routines. They also reported insufficient support from the leaders. In individual terms, they identified negative attitudes, such as lack of motivation, resistance to change, lack of time and inadequate knowledge and skills.

Conclusions

Our results are consistent with other authors' findings [5]. Nurses are clearly aware of the barriers in their context.

References

- Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Gereben H, Bongers L. Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010;7(3):135-157.
- Ubbink D, Guyatt GH, Vervaeke H. Framework of policy recommendations for implementation of evidence-based practice: a systematic scoping review. *BMJ Open Journal*. 2013;3:e001881.
- Black AT, Salovey LG, Garozzo C, Puyet JH, Qian H. Promoting Evidence-Based Practice Through a Research Training Program for Point-of-Care Clinicians. *J Nurs Adm*. 2015;45(1):14-20.
- Jylhä V, Oikarinen A, Perälä M, Holopainen A. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region. *World Health Organization*; 2017 [cited 2018 Jan 18]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2017/facilitating-evidence-based-practice-in-nursing-and-midwifery-in-the-who-european-region-2017>.
- Pereira RPO, Cardoso MJ, Martins MA. Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012;3(7):55-62.
- Solomon N, Spross JA. Evidence-based practice barriers and facilitators from a continuous quality improvement perspective: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. 2011;19(1):109-120.

Keywords

Nursing, Evidence-Based Practice, Barriers, Hospital health care.

O146

Nurses' perceptions of barriers for implementing EBP in a central hospital in the north of Portugal

Ana IC Teixeira^{1,2,3,4}, António L. Carvalho^{1,4}, Cristina Barroso⁴ ¹Centro Hospitalar São João, 4200-319 Porto, Portugal; ²Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 4050-313 Porto, Portugal; ³Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, 4200-450 Porto, Portugal; ⁴Escola Superior de Enfermagem do Porto, 4200-072 Porto, Portugal

Correspondence: Ana IC Teixeira (enf.anet@gmail.com)

BMC Health Services Research 2018, 18(Suppl 2):O146

Background

Evidence based practice (EBP) is defined as an integration of best research evidence with clinical expertise and patient values in clinical decision making [1, 2]. Research confirms positive outcomes when implementing EBP: patient safety; improved clinical outcomes; reduced healthcare costs and decreased variation in patient outcomes [3]. Considered as a standard of care, EBP has benefits for nurses, patients, general population, health care systems, as well as for research and education. Authors describe several types of obstacles to the use of research in practice: characteristics of the adopter, organization, innovation and communication [1]. Individual barriers include lack of knowledge and how to critique research studies; lack of awareness; colleagues not supportive of practice change and nurses feeling a lack of authority to change practice. Organizational barriers include insufficient time to implement new ideas; lack of access to research; and lack of awareness of available educational tools related to research [3]. The most important factor related to nurses' EBP is support from their employing organizations to use and conduct

ANEXO V – MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO ANÁLISE
QUESTÃO ABERTA– ETAPA 1

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)	UE
Organização	Suporte da Organização	(...) para mim prendem-se com questões de ordem organizacional, falta de apoio (R1); Não há incentivos para desenvolver competências de investigação para utilização na prática clínica (R2); Falta de interesse do serviço (...) (R6); Ausência de políticas de incentivo à PBE pela organização (R34); Ausência de grupos de trabalho com momentos de partilha de informação (...) (R52); (...) ausência de incentivo da instituição (...) (R56); Poucos incentivos à realização da investigação (R78); (...) ausência de promoção na autoformação (R81); Pouco investimento na formação dos profissionais e pouco estímulo à investigação (...) (R89); (...) não reconhecimento das competências adquiridas (R89)	10
	Colaboração Equipa e Multidisciplinar	(...) falta de reconhecimento por parte da equipa multidisciplinar (R8); O facto de a equipa ter elementos que partilham pouco a sua experiência (...) (R10); (...) falta/dificuldade na transmissão de conhecimentos aos colegas (R70);	3
	Recursos	Falta de tempo de serviço para a sua realização (R7); Condições de trabalho (tempo, nº de utentes atribuído) (...) (R11); (...) disponibilizar o tempo para essa pesquisa (R14); (...) carga excessiva de trabalho (...) (R15); Limitações estruturais dos serviços clínicos e falta de recursos humanos (R18); Falta de espaço físico no serviço (...) (R19); Falta de tempo específico de serviço para esse efeito (...) (R22); (...) computadores atualizados e com acesso a páginas de referência (...) (R23); Condições físicas e equipamentos adequados (R25); (...) sobrecarga de trabalho (R28); Insuficiência de recursos (R29); (...) falta de recursos (R36); Rácio enfermeiro-doente (...) (R38); Excesso de carga de trabalho (...) (R40); Dificuldade de formação de todos os elementos em conjunto (R42); Falta de condições no serviço (...) (R47); (...) ausência de bases de dados no hospital (R52); Sobrecarga de trabalho (...) (R53); (...) condições de tempo e de espaço que não permite a procura de evidência (R54); O espaço físico (...)	34

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)	UE
		(R55); <i>Condições laborais (...)</i> (R59); <i>Rácio enfermeiro-doente (...)</i> (R60); (...) <i>deficiência de recursos materiais e humanos</i> (R64); <i>Escassez de recursos humanos</i> (R65); <i>Número insuficiente de profissionais (...)</i> <i>escassez de meios</i> (R56); <i>Impossibilidade/ incapacidade por parte do serviço/instituição para disponibilizar tempo e recursos</i> (R61); <i>Rácio enfermeiro-doente</i> (R62); <i>Excesso de carga de trabalho (...)</i> (R73); (...) <i>estrutura física e falta de material</i> (R81); <i>Falta de enfermeiros e pouco tempo para formação em serviço (...)</i> (R82); <i>Falta de tempo disponível em horário de serviço</i> (R87); (...) <i>escassez de recursos</i> (R88); <i>Não há formação em serviço (...)</i> (R90); <i>Falta de pessoal e sobrecarga (...)</i> (R93)	
	Cultura Organizacional e Práticas	(...) <i>desorganização do serviço</i> (R10); (...) <i>dificuldade em alterar procedimentos que fazem parte da cultura organizacional (...)</i> (R15); <i>Repetição da prática instituída no serviço, através de normas/protocolos</i> (R37); <i>Deveriam existir mais protocolos de atuação para uniformizar as práticas</i> (R44); (...) <i>falta de protocolos</i> (R55); <i>Dificuldades em alterar (...)</i> <i>formas de trabalhar</i> (R58); <i>Burocracia dos sistemas e desorganização</i> (R66); <i>Essas práticas não estão uniformizadas nem protocoladas nos serviços</i> (R76); (...) <i>espaço para reflexão crítica da prática (discussão de casos) e partilha da informação (...)</i> (R80); (...) <i>falta de implementação de novas práticas</i> (R81); (...) <i>pouco investimento na supervisão de pares</i> (R82); <i>Rotinas do serviço (...)</i> (R85); (...) <i>clima organizacional (...)</i> (R91); (...) <i>forma de pensar que sempre se fez assim e correu bem, não vale a pena alterar nada</i> (R94); (...) <i>barreira à inovação/transposição de práticas entre o atual e o futuro</i> (R97)	15
	Total Categoria		62
Liderança	Suporte	(...) <i>falta de reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos</i> (R8); (...) <i>incentivo dos superiores (...)</i> (R14); (...) <i>falta de apoio dos superiores</i> (R38); <i>Chefia (...)</i> (R71); (...) <i>chefias tradicionalmente autocráticas</i> (R81); (...)	7

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)	UE
		<i>liderança/chefias (R91); (...) impossibilidade do chefe em proporcionar tempo de serviço para pesquisa (R93)</i>	
	Envolvimento com a PBE	<i>Falta de reconhecimento, por parte das chefias da importância da Prática Baseada na Evidência (R7); Falta de empenho das chefias para avaliação das necessidades de formação (...) (R45);</i>	2
	Total Categoria		9
Profissional	Tempo	<i>Constato que as limitações de tempo impedem que a prática baseada na evidência seja usada (R2); Tempo para pesquisa (nenhum) (R5); Falta de tempo (...) (R8); Falta de tempo para a pesquisa (...) (R12); Falta de tempo (R21); Tempo disponível (...) (R23); Falta de tempo (R26); Falta de tempo útil (...) (R27); Falta de tempo (...) (R28); Falta de tempo (...) (R30); Tempo escasso (R32); Falta de tempo (...) (R36); (...) para além da falta de tempo (...) (R43); Falta de tempo para pesquisa (...) (R45); Ausência de tempo (R48); Tempo (R49); Falta de tempo para efetuar uma boa pesquisa (R63); Tempo (R67); Falta de tempo (...) (R69); Tempo (R77); Falta de tempo (...) (R80); (...) tempo (...) (R81); Disponibilidade de tempo (...) (R92); Falta de tempo (R96); Disponibilidade de tempo (...) (R97); (...) falta de tempo (...) (R98)</i>	26
	Atitudes	<i>Resistência à mudança de práticas (R4); Falta de motivação e o cansaço (R6); Falta de interesse por parte dos profissionais (R7); A necessidade de mudança (R13); A motivação dos profissionais (...) (R14); (...) resistência à mudança (R15); Mudar mentalidades enraizadas na forma de cuidar (R16); Falta de motivação dos profissionais em fazer pesquisas e atualizar conhecimento e renitência dos profissionais em mudarem práticas (R17); Questões motivacionais da classe (R20); (...) desmotivação dos profissionais (...) (R22); Resistência à mudança, não questionar e estagnar nos conhecimentos (R24); (...) desmotivação (R30); Desmotivação e desinteresse (...) (R38); Renitência à mudança (R39); Abertura/recetividade dos profissionais para novos conhecimentos/práticas (R41); (...) e/ou vontade para o fazer (R43); (...)</i>	36

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)	UE
		<i>resistência dos profissionais à mudança (R45); (...) disponibilidade dos profissionais (R46); Renitência dos profissionais em contrariar as práticas (R50); Dificuldade em aceitar a mudança (R50); (...) desmotivação (R52); (...) falta de motivação (...) (R53); Dificuldades em alterar mentalidades (...) (R58); Acomodação e desmotivação (R66); A não adesão por parte dos profissionais por desinteresse (R68); (...) falta de motivação (R69); Resistência à mudança por parte dos profissionais (...) (R70); (...) motivação (R71); Resistência à mudança por parte de alguns colegas (R74); (...) dificuldade em abandonar paradigmas (...) (R81); Renitência dos próprios profissionais (...) (R84); (...) resistência à mudança por parte de alguns colegas (R90); Motivação (...) (R91); (...) resistência da equipa de enfermagem (R92); (...) alguma desmotivação (R93); Falta de motivação por parte dos colegas (...) (R95)</i>	
	Conhecimentos/habilidades e competências	<i>(...) falta de formação (R8); Melhorar a capacitação de competências de pesquisa e análise crítica segundo as normas (R9); Dificuldade em perceber o que necessita de ser pesquisado (R12); (...) falta de conhecimento (R17); (...) desconhecimento da metodologia/etapas da prática baseada na evidência (...) (R30); Falta de conhecimento na área (R31); Falta de formação dos profissionais (R33); Falta de formação (R35); (...) falta de formação em serviço (R45); (...) formação dos profissionais (R46); (...) falta de recursos humanos informados e esclarecidos (R47); Falta de conhecimentos (R51); Pouca formação/preparação do profissional (...) (R54); (...) desmotivação dos profissionais em geral (...) (R56); Falta de conhecimentos dos enfermeiros em geral (...) como procurar informação e como transladar para a prática clínica (R57); Formação em serviço e no departamento de formação (R71); (...) falta de competências de pesquisa e na capacidade de determinar qual a informação</i>	25

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)	UE
		<i>indispensável e acessória (R72); (...) falta de formação contínua (R80); (...) falta de formação (...) (R81); Formação e falta de conhecimento da importância da PBE (R83); (...) falta de formação na área (R84); Formação (R86); Lacunas no conhecimento (...) (R88); (...) dificuldade na pesquisa (...) (R97); (...) dificuldade em realiza a pesquisa (R98)</i>	
	Preconceito associado à PBE	<i>Falta de cumplicidade entre práticas (R3); (...) descrença na informação obtida através de estudos científicos (...) (R17);</i>	2
	Total Categoria		89
Evidência	Acessibilidade	<i>(...) o facto da evidência científica não estar facilmente acessível/disponível para consulta (...) (R43); Falta de divulgação/acesso aos estudos (...) (R53); (...) o acesso mais rápido e disponível quando necessitamos de informação (...) (R55); Acesso às bases de dados (falta) (R81); (...) acessibilidade da informação (...) (R92)</i>	5
	Organização da informação	<i>(...) nem se encontrar descrita de forma sucinta e de rápido esclarecimento (...) (R43); Panóplia de artigos publicados, sem grande uniformização do seu conteúdo e que dificulta quem os consulta e procura respostas às suas dúvidas (R75);</i>	2
	Total Categoria		7

ANEXO VI – CONTRATO DE SUPERVISÃO

CONTRATO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

PROJETO SAFECARE

Enfermeiro Supervisor Clínico: _____

Enfermeiro Supervisado: _____

Duração do contrato: 12 Meses ☐ Pólo XXXXXX; ☐ Pólo XXXXXX; Serviço: _____

Local das sessões: _____ Duração das sessões: ☐ 1h ☐ 1,5h ☐ 2h ☐ >2h _____

Frequência das sessões: _____

Áreas/tópicos de reflexão a serem abordados/discutidos nas sessões de SCE:

- | | |
|--|---|
| ☐ Prática reflexiva | ☐ Gestão de casos/Conceção dos cuidados |
| ☐ Padrões de qualidade | ☐ Desenvolvimento pessoal e profissional |
| ☐ Prática baseada na evidência | ☐ Formação ao longo da vida |
| ☐ Qualidade dos cuidados de enfermagem | ☐ Segurança dos dientes |
| ☐ Inteligência Emocional | ☐ Capacitação de cuidadores (in)formais |
| ☐ Processo de tomada de decisão em Enfermagem | |
| ☐ Outros assuntos _____ | |

Objetivos: _____

Cláusula de confidencialidade: Todos os assuntos abordados são confidenciais, exceto se houver prejuízo do bem-estar do próprio supervisado, dos clientes, da equipa da prestação de cuidados ou da organização.

Local, Data: _____

Assinatura Enfermeiro Supervisor Clínico: _____

Assinatura Enfermeiro Supervisado: _____

Responsabilidades/Papel do Enfermeiro Supervisor Clínico:

- Ser capaz de se autocriticar;
- Fazer a apresentação ao seu grupo de supervisão;
- Ser capaz de explorar áreas de intervenção e as expectativas dos supervisados;
- Deixar espaço para a individualidade de cada um, permitindo/encorajando a expressão de sentimentos ou de receios por parte dos supervisados, solicitando-lhes que exponham questões pertinentes para serem discutidas nas sessões formais;
- Proporcionar um ambiente de trabalho agradável, de abertura e favorável à partilha e expressão de sentimentos e experiências;
- Dar feedback das suas observações;
- Enfatizar as boas práticas;
- Promover a reflexão crítica da prática clínica;
- Apoiar/aconselhar o supervisado em momentos de dificuldade técnica, relacional ou emocional;
- Incentivar uma prática baseada na evidência;
- Estabelecer/Identificar os conteúdos formais de cada sessão;
Ser capaz de refletir e de analisar a evolução dos supervisados;
- Ser capaz de refletir e de analisar a sua própria evolução como supervisor clínico.

Responsabilidades/Papel do Enfermeiro Supervisado:

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

ANEXO VII – CONSENTIMENTO INFORMADO E GUIÃO
DO GRUPO DE DISCUSSÃO FOCAL

**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 [REDACTED]

[REDACTED] Neste projeto estão envolvidas a estudante Ana Isabel Carvalho Teixeira, a frequentar o Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e a estudante Sara Ribeiro, 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 identificar e aprofundar as necessidades sentidas por parte dos participantes, bem como as perceções relativas à Supervisão Clínica em Enfermagem e ao Modelo SafeCare.

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: Ana Teixeira [REDACTED]

Local e Data

Assinatura

1 http://www.ansorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

2 <https://data.dre.pt/teli/resolclassrep/1/2501/01/03/jdre/pr/html>

Plano Orientador da Sessão de Grupo de Discussão Focal

Fonte: Rosa, Marta; Amendoieira, José J. P. 2015. "Do focus groups à construção de um questionário", Revista da UIIPS 3, 5: 270 - 281. ISSN: 2182-9608 URL: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS/issue/view/5>

ITENS	PLANO/ROTEIRO
INTRODUÇÃO	Agradecer a disponibilidade e participação no grupo de discussão;
	Propor a apresentação de todos os participantes;
LEGITIMAÇÃO DO GRUPO FOCAL	Apresentar o moderador e o relator;
	Solicitar autorização para citar na íntegra ou pequenos excertos do trabalho;
	Solicitar autorização para a gravação de áudio da sessão assegurando a confidencialidade das informações;
	Informar de forma global acerca da natureza do grupo focal e a sua importância para o estudo;
DESENVOLVIMENTO	Apresentar a finalidade e objetivos do estudo;
	Contextualizar brevemente as fases do estudo;
	Apresentar os objetivos:
	- Identificar as necessidades em Supervisão Clínica sentidas por parte dos enfermeiros;
	- Avaliar as perceções relativas à Supervisão Clínica em Enfermagem e ao Modelo SafeCare.
	Colocar as questões estímulo à discussão;
CONCLUSÃO	Discussão em Grupo;
	Agradecer a disponibilidade e colaboração de cada participante, garantindo o cumprimento dos princípios éticos relativamente à confidencialidade da informação;
	Disponibilizar para eventuais dúvidas ou questões;
	Garantir que os resultados podem ser consultados após a defesa e apresentação do trabalho.

Data _/_/___	Hora: Início: Fim : Focus Group:	Moderador:
Perguntas		
O que entendem por Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE)?		
Consideram que pode trazer benefícios? Se sim, quais?		
O que pode ser facilitador para a implementação da SCE no serviço? E do Modelo SafeCare?		
O que poderá ser dificultador para a implementação da SCE no serviço? E do Modelo SafeCare?		
Quais as vossas necessidades enquanto enfermeiros para a implementação da SCE?		
O que será importante termos em atenção antes da implementação do Modelo SafeCare?		
Que contributos poderá trazer o Modelo SafeCare para o serviço?		
Quais as estratégias de supervisão que consideram mais relevantes e adequadas para a implementação do Modelo SafeCare no serviço?		

ANEXO VIII – CAPÍTULO DE LIVRO – IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFECARE

CAPÍTULO IV / ETAPA 3

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO SAFE CARE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

novos profissionais);

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

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

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

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

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

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

Simões, Alarcão e Costa (2006) destacam algumas das qualidades essenciais do enfermeiro supervisor como agente facilitador da aprendizagem e desenvolvimento de competências. A experiência, a formação na área, os conhecimentos e competências, a motivação para a implementação do processo supervisorio e o desenvolvimento profissional, a facilidade de relação interpessoal e a disponibilidade, constituem fatores determinantes no processo de desenvolvimento profissional. Abreu, Barroso, Segadães e Teixeira (2015) referem como lacuna a falta de um quadro conceptual de competências para o exercício de supervisor clínico. Cutcliffe, Sloan e Bashaw (2018), consideram importante a padronização deste conceito. Para os autores, a base para o desenvolvimento da competência de enfermeiro supervisor clínico permite a evolução da investigação sobre o impacto da SC na prática clínica dos enfermeiros e nos ganhos em saúde para os clientes.

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

Para além da escolha do enfermeiro supervisor é importante o

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

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

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

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

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

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

de técnica, relacional ou emocional;

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

Complementarmente, as responsabilidades do enfermeiro supervisionado são:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

42-

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

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

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

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

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

**ANEXO IX – FOLHA DE REGISTO DAS SESSÕES DE
SUPERVISÃO CLÍNICA**

Registos das Sessões de Supervisão Clínica

Sessão nº:		Supervisor:	
Data/ Hora:		Duração:	
Elementos presentes:			
Objetivos:		Estratégias de supervisão:	
Resumo:			

ANEXO X – GUIÃO DE ENTREVISTAS – ETAPA 4

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Implementação do Modelo SafeCare
- Guião da Entrevista semiestruturada -

Ana isabel carvalho Teixeira
Porto, 2019

I – Objetivos Gerais:

- a) Identificar as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo SafeCare;
- b) Identificar as alterações a nível dos IS-SCE adotados na implementação do modelo;
- c) Avaliar a satisfação global dos enfermeiros supervisores/supervisados/gestores com a implementação do modelo.

II – Blocos temáticos:

Designação dos Blocos	Objetivos	Formulário de Perguntas
A. Legitimação da entrevista e motivação	A. Motivar o entrevistado a participar na entrevista;	A.1. Informar sobre o estudo desenvolvido e seus objetivos; A.2. Solicitar a colaboração do entrevistado salientando a importância do estudo; A.3. Assegurar confidencialidade de todas as informações fornecidas; A.4. Informar que no final do estudo, e caso o deseje, terá acesso aos dados e que, em qualquer altura, poderá parar a entrevista. A.5. Solicitar autorização para a gravação da entrevista, que após tratamento da informação e decorridos 6 meses da defesa do trabalho, será destruída.
B. Caracterização do entrevistado	B.1. Caracterizar os participantes da entrevista	B.1.1. Solicitar dados sobre: a) Idade, b) Sexo,

		c) Formação académica, d) Categoria profissional, e) Tempo de exercício profissional, f) Tipo de vínculo, g) Tipo de horário, h) Formação pós-graduada em Supervisão Clínica, i) Papel desempenhado (supervisor ou supervisionado), j) Experiência anterior como supervisor ou supervisionado.
C. Influência do modelo no contexto	C. Identificar as alterações introduzidas no contexto após a implementação de um modelo de SCE;	C.1. Como elemento que fez parte da implementação do Modelo SafeCare, queria que descrevesse como é que decorreu (como se iniciou, como foi acontecendo, etc.) C.2. Consegue identificar vantagens na implementação do modelo: C.2.1. Para os profissionais de saúde? C.2.2. Para o serviço? C.2.3. Para os clientes de cuidados? C.3. Consegue identificar desvantagens na implementação do modelo: C.3.1. Para os profissionais de saúde? C.3.2. Para o serviço?

		C.3.3. Para os clientes de cuidados? C.4. Fazendo a ponte com o que era o serviço antes da implementação do modelo e o que é atualmente, diga qual ou quais os aspetos que se encontram diferentes. C.4.1. Na equipa de trabalho? C.4.2. No serviço? C.5. Esses aspetos deveram-se à implementação do modelo? C.6. Que outros contributos futuros se poderão dever à implementação do modelo? C.7. Como relaciona esses contributos com a Qualidade e Segurança de Cuidados?
D. Influência do modelo nos indicadores sensíveis à SCE	D. Identificar as alterações a nível dos indicadores sensíveis à SCE adotados na implementação do modelo	D.1. A nível dos indicadores trabalhados quais foram as alterações verificadas: D.1.1. A nível da IE? D.1.2. A nível da PBE? D.2. Quais as estratégias de supervisão utilizadas que identifica terem potenciado o desenvolvimento desses indicadores?
G. Avaliação global da experiência	G. Avaliar a satisfação global dos enfermeiros supervisores/supervisados/gestores com a implementação do modelo	G.1. Integrar um projeto desta natureza fez parte do seu interesse pessoal/profissional? G.2. Durante a implementação do modelo que dificuldades sentiu?

		G.2.1. Teve o apoio de alguém para as ultrapassar? Quais os mecanismos (estratégias) que arranjou para as superar? G.3. Considera que a experiência de ter participado neste projeto foi importante para si enquanto pessoa e profissional? G.3.1. O que considera ter desenvolvido / aprendido e o que mudou na sua prática? G.4. Se tivesse que caracterizar a experiência, considerava-a positiva ou negativa? G.5. Consegue citar alguns aspetos a ter em conta que poderiam melhorar o sucesso da implementação do modelo no serviço? G.6 Consegue identificar algumas dificuldades presentes durante a implementação?
I. Finalização	I. Agradecer a colaboração prestada	I.1. Quer acrescentar alguma ideia ou opinião à entrevista? I.2. Agradecer a colaboração, disponibilidade e qualidade da informação dispensada.

ANEXO XI – MATRIZ DE CATEGORIZAÇÃO
ENTREVISTAS- ETAPA 4

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
Influência do Modelo no Contexto	Cliente	<i>Eu acho que a qualidade dos cuidados melhorou, passou a ser algo um bocadinho mais personalizado, mais estruturado (E2); Ao termos noção do que existe na evidência, do que existe em termos de conhecimentos mais atuais, mais apropriados a cada intervenção, vamos prestar melhores cuidados inevitavelmente, quer para o doente quer para a família (ESC2); (...) se tu trabalhares melhor também consegues fazer um melhor trabalho e prestar melhores cuidados (E1); (...) acho que para os doentes tem muita vantagem, se tu também consegues estruturar atividades e consegues ter mais tempo para estar com eles, também aí se vai refletir numa melhoria dos cuidados para os doentes (E4); (...) tu refletires sobre os cuidados, sobre a forma como é que os prestas, eu acho que isso ajuda também a melhorar os cuidados (...)por exemplo no tratamento dos doentes, nos cuidados aos doentes, e aí eu acho que sim de facto melhora muito (E3); (...) passamos a ter maior proximidade com ele, começámos a fazer um plano mais individualizado a cada um (doente) (E2); O utente beneficiou dos benefícios da estimulação, do exercício físico, do relaxamento, acho que está mais acompanhado do que estava (ESC2); (...) acho que a qualidade dos cuidados melhorou, passou a ser algo um bocadinho mais personalizado, mais estruturado (EG1; (...) nota-se que os doentes, aqueles que têm potencial de evolução, que beneficiaram disso, alguns doentes sim (E4); (...) acho que a pessoa se calhar tornou-se um pouquinho mais humana, não é olhar para o utente como “tu és o meu trabalho”, não, tu és uma pessoa que está aí (...) realmente eu tenho de ver o utente como um todo (...) (E2); Acho que aquilo que mudou realmente em mim e em alguns colegas (...) é a perceção do que o utente sente (...) (E4); (...) a segurança também com as atividades que fazemos ficaram mais solidificadas, ou seja, existe mais segurança, e mais à vontade (...) (E3); Se tu trabalhas mais com mais consciência, com mais atenção naquilo que estás a fazer, eu acho que isso em termos de cuidados também se vai refletir, porque tu poderás prestar melhores cuidados (ESC3); (...) tudo aquilo que possa melhorar a boa prática, se eu comunicar corretamente com a colega, porque estamos a melhorar a nossa comunicação, se eu comunicar melhor com o internamento, se eu comunicar melhor então com os cuidados de saúde primários, vamos evitar a descontinuidade de cuidados (ESC4); (...)tem havido colegas a trazer as tais cartas de alta cá para baixo, portanto a comunicação é algo que começou a melhorar um bocadinho, mas que deverá continuar a melhorar. Tudo isso promove a continuidade dos</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		cuidados e os doentes não ficam perdidos por aí (E1); (...) eu acho que tudo aquilo que promove a boa prática obviamente vai melhorar a segurança dos cuidados (ESC4); (...) para o utente acho que foi muito bom porque nós pudemos ver melhor as necessidades de cada um e pudemos implementar para cada um o processo de estimulação cognitiva (ESC3); (...) nós podemos apoiar o utente de uma forma mais particular, digamos assim, tratar do doente de uma forma mais dirigida a ele, consoante os défices que tem e aquilo que nós queremos trabalhar com aquele doente (E1); (...) com o nosso tipo de utentes, sentem-se mais acarinhados, fazem mais parte como se isto fosse quase uma família (E3); (...) isso tem que se refletir no doente e família porque iremos prestar melhores cuidados (ESC4); (...) se nós mudamos os comportamentos, se nós mudamos a forma de estar, se nós ajudamos o colega que sabe que não está tão preparado, tudo isso implica no fim o cuidado ao doente direto (EG1); Tudo o que está de retaguarda e que se possa melhorar, seja uma passagem de informação, seja uma prática não tão boa e que seja trabalhada e melhorada, de certeza que vai contribuir para a qualidade dos cuidados de excelência dentro do serviço (EG2); (...) nós vamos seguramente melhorar a oferta que temos para os nossos utentes e vamos seguramente poder fazê-los (prestar cuidados) com mais segurança (EG3).
	Profissional de Saúde	Acho que as pessoas conseguiram ter um espaço e tempo para pararem e pensarem naquilo que estavam realmente a fazer (E4); (...) por exemplo, comigo despertou-me mais o interesse em querer saber, inscrevi-me no mestrado, agora penso no doutoramento, e isso traz novos conhecimentos para o serviço, não é? Porque aquilo que aprendemos, trazemos cá para o serviço (E3); Consegui focar-me mais naquilo que realmente pretendo, consegui ficar ou tornar-me um pouco mais disciplinado e cultivei um pouco mais a perseverança (E4); Houve mais mudança, notou-se as pessoas um bocadinho mais motivadas (E1); Comunicamos mais e vemos mais a opinião do outro (ESC1); As pessoas motivaram-se mais, claro que há sempre algumas pessoas menos motivadas, mas elas vão de arrasto (ESC2); Os que estavam se calhar mais despertos para isto sentiram que podiam melhorar os seus cuidados (...) (E3); Foi importante para mim voltar a cultivar a paciência, porque cheguei a uma fase em que, em termos profissionais, já estava a chegar ao limite, e então isto veio no tempo certo (...) (E2); Isto veio no momento certo porque nesta vida em que é sempre stress, em que andamos sempre a correr de um lado para o outro, preocupados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		com os outros, muitas vezes não estamos preocupados connosco (...) (E1); (...) estou a falar de uma forma pessoal, acho que consegui também distanciar-me um bocadinho de algumas coisas do passado que era o estar ali muito agarrada em determinadas áreas, e não ter assim digamos a coragem de saltar e dar um passo em frente (E4); (...) ajudou-me enquanto pessoa e a ser melhor profissional (E1); (...) mudei alguns aspetos da minha vida por causa disso (E4); No foro ainda mais íntimo, mais pessoal, acho que tornei-me um pouco mais disciplinado (E2); Consegui focar-me mais naquilo que realmente pretendo, consegui ficar ou tornar-me um pouco mais disciplinado e cultivei um pouco mais a perseverança (E3); (...) ganho em termos de refletir sobre a sua prática e melhorá-la (ESC3); (...) nós conseguimos realmente pensar naquilo que poderíamos melhorar, e o que seria melhor realmente para os nossos utentes, acho que isso foi o melhor aspeto que eu consigo encontrar (E2); (...) houve mais mudança, notou-se as pessoas um bocadinho mais motivadas (...) (ESC4); Temos mais elementos a participar ativamente no processo (...) (EG1); (...) as pessoas começaram, pelo menos esta é a minha opinião, começaram a ter mais noção do que estavam a fazer(...) (E2); (...) o facto de ter sido supervisora e de ter tido à minha responsabilidade um grupo, isso para mim enquanto pessoa e enquanto profissional curiosamente foi novo e acabou por me enriquecer enquanto pessoa (ESC4); (...) e isso, de certa forma, também foi mexer com a minha autoestima (...) (ESC3); (...) o facto de ver que alguns colegas não aderiam e conseguir convencê-los e, tudo mais, não só teve impacto na melhoria da minha vida profissional, como também a nível pessoal, na minha autoestima (ESC2); (...)saio da experiência obviamente mais enriquecida como profissional (ESC4); (...)aprendi, temos de estar em constante aprendizagem, e é como te digo se há dias em que a gente ensina, há outros em que a gente aprende (E1); (...)as práticas acabam por sempre por melhorar (ESC1);(...) ter noção também do que é que nós podemos melhorar em cada um e que possa depois contribuir para a evolução da equipa e do serviço (ESC2); (...) nós melhorarmos o conhecimento diariamente, fruto deste contexto de supervisão(...) (ESC4); (...) comecei a fazer não só o suporte emocional mas também a dar algum apoio em termos de psicoeducação de uma forma mais objetiva e estruturada (ESC2); (...) houve vantagens e foi positivo, porque levou as pessoas a refletir, a pensar (...) interiormente cada um deles de certeza que saiu dali diferente de todo o processo, daquilo que eu acompanhei

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		(EG2); (...)foram motivados e que continuam a estar motivados para a mudança e para a melhoria, sim (EG1); (...)Portanto eu acho que isso faz parte do crescimento profissional e inerente ao profissional está o pessoal (...) para mim, a supervisão clinica é uma forma de ajudar as equipas a crescerem, a desenvolverem-se e a colmatar as lacunas que vão surgindo (EG3); (...)Nós somos sempre um bocadinho resistentes à mudança, portanto também o facto de nos obrigar a pensar e a pensar em mudar também foi um aspeto positivo (EG3).
	Serviço	Estamos um pouco mais organizados, sim, temos uma forma diferente e mais eficaz (E4); A maior mudança no serviço é aquilo que se vê agora, porque nós antes não tínhamos a estrutura de trabalho que temos agora. Fruto da supervisão que fizemos, houve alterações óbvias na forma de trabalhar. Essa parte da separação de áreas foi útil e demos os primeiros passos aqui no contexto de supervisão (ESC4). Também para o serviço em si, para a orientação, para o acompanhamento, para a melhoria de normas e procedimentos e para uma consciencialização dos cuidados (EG1); (...) a segurança também com as atividades que fazemos ficaram mais solidificadas, ou seja, existe mais segurança, e mais à vontade (E4); (...) nós colocámos em causa o funcionamento de algumas unidades, com as quais realmente não concordamos (...) seria um melhor funcionamento para o serviço (E2); (...)começamos a definir o programa da estimulação cognitiva, ou seja, agora começámos a fazer algo mais fundamentado com registos, algo que não havia (ESC1); (...) estamos a criar o manual, ou seja, estão a ser criadas novas coisas, mas tudo baseado na evidência, no que existe e não o saber só empírico (E1); (...) noto que é feito ou é agora mais fundamentado, mais estruturado (...) (EG3); Conseguimos agora (...) escolher horários específicos para aplicar a estimulação cognitiva, e como isso já está estruturado, é mais fácil a sua implementação, coisa que antes fugia um bocadinho (E4); (...) o grupo ter feito uma reflexão sobre as várias vertentes existentes na comunitária e em hospital de dia, que é o facto de haver a possibilidade de melhorar e tornar as coisas mais organizadas (E3); (...) efetivamente no dia a dia se nota uma organização (...) o separar algumas áreas (EG2); (...) as coisas começaram a ser mais estruturadas, até fixámos um placard com as folhas em que colocávamos lá a data e o registo. Parece que não, mas isso também incentivou a pessoa, “também vou fazer,” também quero (E1); O serviço ficou um bocadinho mais organizado, mais delineado o papel das pessoas, acho que só

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		trouxe vantagens (EG1); (...) ver o que é que estava mal para tentar melhorar e ajudar no sentido de uma organização do serviço de uma forma diferente, que proporcionasse alguns resultados melhores, para nós também conseguirmos orientar e organizar melhor (...) (E1); (...) posso dizer que houve melhoria nos registos(...) (ESC3); (...) na passagem da informação de uns para os outros(...) (E3); (...)deu para nós organizarmos e estruturarmos(...) as coisas no serviço estão mais estruturadas (ESC1); (...) foi nós conseguirmos estruturar de alguma forma o programa, porque sempre tivemos em mente conseguirmos estruturar, organizar e fazer um planeamento do que deveria ser realizado. Acho que foi a maior vantagem para o serviço (...) (ESC2); (...) ajudou a organizar melhor o nosso trabalho, acho que foi o essencial e que nos ajudou mais com este projeto da estimulação cognitiva (E2); (...) Para o serviço a mudança foi mais em termos dessa estruturação de intervenções e tarefas que houve (ESC2); (...) temos as coisas mais organizadas (ESC3); (...) fazíamos algumas coisas e não havia registos, agora todas as intervenções começaram a ser registadas (...) (E2); (...)que aconteceu foi o nós começarmos a fazer algumas atividades que se calhar não fazíamos tanto anteriormente e começarmos a fazer mais atividades (ESC4); (...)também para o serviço em si, para a orientação, para o acompanhamento, para a melhoria de normas e procedimentos e para uma consciencialização dos cuidados (EG1); (...)acho que houve uma reestruturação para melhor (EG2); (...) é uma equipa complexa, com vários problemas inerentes de partilha de informação dentro da equipa. Eu acho que com o projeto se conseguiu aqui um bocadinho melhorar este aspeto (EG3); (...) o que foi de muito positivo foi uma orientação, uma linha orientadora para que as coisas fossem uniformizadas, porque as coisas estavam começadas, estavam mais ou menos numa linha, mas serviu para uniformizar, falar a mesma linguagem, para as pessoas terem uma orientação e um caminho (EG3).
Influência do Modelo nas Competências Emocionais	Conhecimento	Depois em relação à inteligência emocional foi importante ter alguma noção sobre o que é, em termos pessoais ter noção do que é que podemos melhorar em cada um de nós (ESC2); (...) pelo menos a mim, a arranjar estratégias, mesmo a nível da inteligência emocional, ao saber lidar com certas situações um bocadinho mais complicadas (E3).
	Reconhecimento da importância	(...) em termos de inteligência emocional houve alguma evolução de alguns colegas, de compreender o que é a inteligência emocional e, mais do que compreendido, é pôr a inteligência emocional na

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>prática (E3); A parte da inteligência emocional gostei muito, porque abordámos questões que me fizeram pensar e, talvez, mudar a minha prática um bocadinho e aos colegas também (E1); (...) há aquelas coisas “bases” que tu devias ter sempre presente, se isso fosse, se estivesse mais presente, se calhar o teu dia a dia era mais fácil e também em relação aos outros, de forma que eu em termos de inteligência emocional eu acho que é muito importante ela existir (E2); (...)a pessoa tem de ter consciência do que está a falar para poder aplicar, ou seja, não ser só passar numa formação, se a pessoa depois também não tiver consciência não adianta nada (ESC4); Noto que algumas pessoas ficaram mais sensíveis para a inteligência emocional (...) (ESC2); (...) falo por mim, eu acho que o contributo da formação que fiz, do acompanhamento contínuo, do desenvolvimento pessoal contínuo, da motivação contínua, acho que foi facilitador para mim, e, consequentemente, para algumas pessoas. Que foi muito importante, foi. Para mim foi pessoalmente em termos de inteligência emocional, foi sim senhor (EG1).</i>
	Comunicação na Equipa	<i>A nível da inteligência emocional, acho que melhorou a parte da gestão dos conflitos, parte da comunicação (E2); Toda essa formação, todas essas reuniões que nós fomos tendo, acho que isso também ajudou, também mudou alguma coisa no próprio grupo ao nível da comunicação (...) (E1); (...) existe uma melhor comunicação, acho que se fala um bocadinho mais até nas passagens de turno (E3); (...) comunicamos um pouco melhor talvez (E4); Outro aspeto foi a comunicação da equipa (ESC1); Começou a haver um bocadinho mais partilha de informação (...) (EG1); Agora fala-se um bocadinho mais, também se tem feito aquele momento de brainstorming (...) (E2); Também se notou a diferença na nossa equipa, na nossa comunicação (...) vemos melhores formas de discutir uns com os outros (ESC1); (...) será o aspeto que comunicamos um pouco melhor talvez (ESC2); (...)se calhar falamos mais e pensamos mais (...) comunicamos mais e vemos mais a opinião do outro (ESC3); (...)acho que nos permitiu comunicar mais enquanto equipa (ESC4); (...) a maior diferença foi na parte da comunicação, eu acho que se começou a comunicar um bocadinho melhor e as pessoas começaram a ter, eu penso, um bocadinho mais de à vontade para falar (E1); (...) que as pessoas começaram a comunicar melhor (EG1).</i>
	Empatia	<i>(...) aumentamos a empatia com o utente, acho que isso foi muito bom (E4); Acho que realmente a inteligência emocional leva-nos para esse nível (...) tentamos perceber o que o utente sente, o que</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>o utente precisa, e realmente fazemos o nosso papel de enfermeiros (E2).</i>
	Gestão dos Relacionamentos	<i>(...) existem às vezes elementos que falam e se calhar não pensam um bocadinho, e, agora, nota-se que têm um bocadinho mais de cuidado para não ferirem suscetibilidades (E2); (...) consigo já mais facilmente ser mais assertiva, dizer mais aquilo que penso e acho que em relação ao grupo, á equipa em si que elas aceitam já melhor (E1); (...) ajudou nos conflitos existentes (E4); (...) melhorou a parte da gestão dos conflitos (ESC2); (...) existem às vezes elementos que falam e se calhar não pensam um bocadinho, e, agora, nota-se que têm um bocadinho mais de cuidado para não ferirem suscetibilidades (ESC4); senti uma maior proximidade com os colegas (...) (ESC3); Eu acho que a equipa está mais unida (...) (EG2); Agora (...) estamos todos a remar para o mesmo lado (E3); (...) nessa altura nos aproximamos mais um bocadinho (...) (ESC1); (...) as atividades até mesmo que eu desenvolvi, já houve uma maior aceitação dos programas, das sessões que fizemos, já houve mais aceitação das pessoas (ESC4); Começámos a ter muito mais atenção à opinião uns dos outros (...) (E4); (...) eu acho que se formos a ver onde eu notei mais essa alteração nesse indicador, acho que foi na nossa chefe. Foi a partir daí que eu acho que o relacionamento e tudo se tornou melhor, entendes? Notei muito aí (E3); (...) ouvir mais aquilo que os outros me dizem, se calhar valorizar mais a opinião do outro (...) (ESC1); (...) houve algumas diferenças nesse sentido, eu senti isso assim, porque acho que de alguma forma a minha opinião é considerada válida (...) (ESC4); (...) trabalhar menos individualmente e ver mais a opinião do outro (...) (E1); (...)acho que houve algumas mudanças pelo menos na equipa, na relação inter equipa, coisa que para trás não era exatamente igual (EG2).</i>
Influência do Modelo nas Competências Prática Baseada na Evidência	Reconhecimento da importância	<i>(...) acho que me chamou um bocadinho mais a atenção, ou seja, da importância desse tipo de pesquisa, de saber, da pessoa tentar sempre saber mais e que isso é (...). Acho que a equipa ficou mais rica nesse aspeto (E1); (...) eu acho que em termos de formação, podia haver aqui algum trabalho pela frente quer de enfermeiros quer de auxiliares, em termos da forma como se lidam com os doentes e outras práticas (...) (E2); (...) um processo mais sistematizado também de abordar a prática clínica (E3); (...) de facto o trabalhar mais, e estar mais consciente do que de facto devemos trabalhar mais nessa prática, que é baseada na evidência, que é o pensar sobre as questões e tentar depois fazer as coisas (E4); Pensarmos que é importante a pesquisa (...) (ESC1);</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		(...) trouxe essa necessidade de procura e de partilha, de querer trazer também cá para o serviço (ESC2); (...) em relação a uma utente que tivemos, foi uma coisa complicada, mas com a prática baseada na evidência, nós fomos muito mais eficazes e aprendemos muito uns com os outros (ESC3); (...) comigo despertou-me mais o interesse em querer saber(...) (E2); (...) Agora há aquela curiosidade em pesquisar, em saber (...) (E4); (...) despertou muito nos profissionais um bocado do “querer saber mais” e procurar (...) (EG1); (...) convém muito também estar sempre a evoluir, a estudar e a procurar novos conhecimentos, para depois conseguires aplicar na prática (...) (E1); (...) fez-nos pensar mais e pensar na importância de refletirmos sobre a nossa prática, não só sobre fazermos, mas em refletirmos sobre aquilo que fazemos, em pensarmos em mudar (ESC3); (...) acabamos por ter mais consciência da importância de refletir sobre o que fazemos no dia-a-dia (ESC2); (...) o facto de nós também procurámos a evidência de que existe, a melhor evidência que existe, mais atual, vamos evoluindo também na prestação de cuidados (E3); (...) as pessoas têm de estar atualizadas em contexto de serviço e é aí que eu acho que é uma mais-valia aprenderem a usar a prática baseada na evidência (...) (ESC4); (...) um aspeto que nós deveríamos trabalhar mais um bocadinho, acho que era importante nós usarmos(...) (ESC1); (...) termos mais noção da importância da prática baseada na evidência, de agir segundo o que de facto existe em evidência científica (ESC2); (...) da importância de irmos sempre procurando a melhor evidência para os cuidados (E2); É o estar mais atento à evidência que existe, à evidência mais atual, o que é que é melhor face a uma determinada intervenção ou a determinado doente ou patologia, estar mais atento a isso (ESC2); (...)temos alguma coisa iniciada e já com algum acompanhamento, também com alguma ajuda de alunos da especialidade que, parece que não, é uma lufada de ar fresco e ajuda um bocadinho a puxar e a mexer (EG1);
	Conhecimento	(...) acho que foi um abrir de um leque maior de conhecimento e de reflexão até sobre determinados assuntos, coisas que nós às vezes não pensamos muito nelas (E2); (...) foi muito importante, o facto de falarmos nas pesquisas, nas bases de dados, como é que conseguimos aceder até determinado conhecimento. Isso foi muito útil para mim, porque na fase em que eu estava daquele trabalho que estava a fazer, foi-me útil nesse aspeto de eu também saber como é que se vai pesquisar, como é que se vai saber, quais são as fontes (ESC2); A nível da prática baseada na evidência, noto que é

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		feito ou é agora mais fundamentado, mais estruturado (EG1); (...)<i>às vezes quando estamos aqui e ficamos em dúvida com alguma coisa, pegamos no telemóvel e vamos pesquisar (...)</i> (E3); (...)<i>eu vou falar da formação que recebi porque, como eu digo da minha formação base não era este tipo de linguagem, no meu tempo não de falava disso, para mim foi uma grande mais-valia</i> (ESC4); (...)<i>termos noção do que existe na evidência, do que existe em termos de conhecimentos mais atuais, mais apropriados a cada intervenção</i> (ESC1); <i>Eu gostei muito de ter aprendido sobre a pesquisa na prática baseada na evidência, porque quem usa aquilo, sabe que pode trabalhar qualquer tema, e isso, para mim, enriqueceu-me</i> (ESC4); (...)<i>acho que adquirimos conhecimentos nomeadamente os colegas que não tinham especialidade porque não conheciam o que era a prática baseada na evidência (...)</i> (ESC3); (...)<i>conhecimento atualizado, porque acho que falta conhecimento atualizado</i> (E1).
	Consciencialização das Barreiras	O facto de termos tido formação não só na área da prática baseada na evidência, mas também noutras, enriquece-nos imenso e ajuda-nos depois a adquirir estratégias em vários sítios para ultrapassar as barreiras (E2); <i>Aumentámos a partilha de informação, por exemplo, noutro dia eu vi isto ou estudei aquilo. Tem sido muito produtiva esta partilha</i> (ESC2); (...)<i>há certas coisas que estão muito enraizadas nas pessoas que já trabalham aqui há muito tempo (...)</i> o chegar e depois tentares romper essas barreiras é muito difícil, e acho que a supervisão ajudou nisso (...)<i>a romper com um aquilo que está sempre estipulado</i> (E1); (...)<i>e acho que isto veio ajudar um bocado as pessoas a perceberem que é preciso mesmo sair desse lugar de conforto e mudar</i> (E3); <i>Menos resistentes à mudança, eu acho que talvez por isso eu consegui também fazer um bocadinho diferente do que era antes</i> (E4); (...)<i>a pessoa estar mais desperta e saber onde é que estão os problemas, é mais fácil também tentar ir resolvendo esses problemas</i> (ESC2); (...)<i>perceberem que se fizerem as coisas de maneira diferente também vão conseguir resultados diferentes</i> (ESC3); (...)<i>agora temos muito que trabalhar ainda essas áreas, mas não é porque as pessoas não tenham consciência disso, porque eu acho que isso foi trabalhado durante o tempo em que se fez o projeto (...)</i> a semente está lançada e é preciso trabalhar mais nisso (ESC1); (...)<i>se calhar começarmos por coisas pequenas, e tentarmos através dessa reflexão dessa interrogação sobre determinadas práticas, às tantas nós ganhamos mais traquejo, e se calhar isso torna-se menos difícil de fazer o nosso trabalho, sendo o que se considera</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>prática baseada na evidência, é o praticar e ver se de facto isso faz ou não sentido (E1); (...) mas também a sua utilização na prática e de que forma podemos incorporar isso no nosso dia-a-dia (ESC1); (...) passámos do papel para a prática (ESC2); (...)a grande melhoria foi realmente a equipa ter noção de que precisava de ajuda, precisava de procurar e precisava de melhorar a prática (ESC3); (...)acho que já há mais essa consciência, e essa vontade de ter as coisas mais estruturadas (...) (ESC4); (...) estava um bocadinho parada no tempo e isto serviu para eu acordar e dizer a mim própria: é preciso fazer mais (...) (ESC3); (...)o projeto se calhar também foi um bocadinho o motor de arranque para os colegas começarem a perceber que temos que fazer outras coisas, não é? Que temos que implementar outras coisas (ESC1); Com este trabalho, com estas formações acho que é tentar que isto não fique de lado e que esteja sempre presente no dia-a-dia (ESC2); Sobretudo o estar mais alerta para não esquecer a importância da prática baseada na evidência (E1); (...) eu por acaso posso dizer que sim, que foi que fui “beber” um bocado para as minhas pesquisas, vou sempre tentar ver evidência sobre o tema que desenvolvo (ESC4); (...)se calhar trazer estudos e trabalhos que outros estejam a fazer para melhorarmos a nossa prática, e se calhar isso era importante fazermos isso (ESC1); A nível de prática baseada em evidência eu achei que houve uma procura de alguns colegas, uma busca por saber mais alguma coisa sobre aquilo que iam aplicar, algo que antes não existia (ESC3); (...)se calhar fazermos mais reuniões para refletirmos mais sobre a nossa prática (ESC1); Aquela ideia inicial que tínhamos falado (...) uma vez de três em três meses apresentarmos alguma coisa, alguém apresentar alguma coisa, não precisava de ser uma pessoa individual, podiam ser duas ou três pessoas, juntarem-se apresentavam alguma coisa ao resto do grupo, era importante para partilhar (ESC4); (...)Se nós tivéssemos tempo, e o ideal deveria ser em serviço para procurar cada vez mais os tais artigos, para trazermos isso para a prática (ESC1); (...)Uma coisa que eu gostaria de fazer no futuro, eu posso trabalhar nisso, havendo tempo, era manter as tais reuniões e então vermos sobre este tema o que é que diz a evidência (ESC3); Este contexto poderia facilitar isso, hoje trago um tema, para o mês que vem traz outra pessoa (...) (E1); (...)Para isso, é preciso haver tempo em serviço, sítio, local para se fazer as coisas aqui (...) (E3); (...)Muitas vezes ficámos muito na rotina, e vamos fazendo as coisas, e às vezes deixamos um bocadinho essa parte mais científica de lado (...) (E4); (...)</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>pedimos à chefe para vir uma colega de fora para fazer uma formação sobre tratamento de feridas (...) (ESC1); (...)a parte de nos podermos reunir para trazer então coisas novas, os tais temas baseados na evidência (ESC4); (...) a realidade são pequenos elementos que juntos e que uns com os outros, de acordo com as suas interações pessoais e profissionais, podem avançar com este e com aquele projeto, com esta ou aquela melhoria de normas ou procedimentos, o que queiras chamar (EG1).</i>
Avaliação Global da Experiência	Fatores Facilitadores	<i>O que eu acho que contribuiu mais para a evolução do processo em si foi a chefia (E3); (...) mostrar à equipa que era importante para nós isto (...) que as coisas seriam também importantes para os doentes, mostrar-lhes que isto os ajudaria a melhorar a nossa prática. (ESC 1). Ninguém se vai motivar pelo ordenado ou pela carreira, isto tem que ser o grupo por dentro, temos que ser nós, com os supervisores ou a chefia, a arranjar aqui uma forma de conseguir (...) (ESC4); (...) foi muito positivo para os profissionais que se sentiram acompanhados (...) (EG1); Sim dar tempo à equipa (...) (E3); Estar sempre a falar no assunto, para se fazerem as coisas e acho que isso foi o principal, em termos de evolução (...) (E2); (...) ter apoio de alguém, os conhecimentos que o enfermeiro supervisor clínico major trouxe para cá , acho que isso foi importante (...) (E1); (...) ter alguém que nos dê aquele impulso (...) (E2); (...) vejo o enfermeiro supervisor clínico major como o elo de ligação, o motor digamos que nos ajudou(...) (ESC2); (...) notei que estavam até um bocado contrariadas quando sabiam que ia haver reunião e depois deixaram de estar assim contrariadas. Agora aceitam o enfermeiro supervisor clínico major como elemento do serviço (ESC3); (...) também, assim entre colegas, íamo-nos apoiando mutuamente (E4); (...) desde que haja disponibilidade dos enfermeiros (E3); (...) facilitado por já conhecer a equipa há já algum tempo (...) (ESC2); (...) essencialmente foi motivar e ter a equipa motivada para avançarmos com as coisas, e planearmos coisas, fazermos planeamentos, e foi mais por aí (ESC1); (...)mostrar que não era aquilo que eles pensavam, que era uma outra coisa, e que ia ser bom para toda a equipa (...) (ESC3); (...)tentar trazer a equipa... tentar motivar a equipa (ESC4); (...)Tendo conversas informais com eles. Nos tempos mais parados no serviço, falávamos e mostrava-lhes a importância que tinha e que seria uma mais-valia para a equipa (...) (ESC2); Sendo supervisor também tinha a responsabilidade de contribuir para o serviço, e, portanto, se calhar essa responsabilidade sobrepôs-se um bocadinho ao meu receio inicial (...) (ESC3); (...) apoio do</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		enfermeiro supervisor clínico major (...) (ESC4); O apoio do enfermeiro supervisor clínico major, Porque também me ia dizendo algumas estratégias para motivar a equipa (...) (ESC3); (...) apoio de alguns elementos da equipa, dos mais motivados (ESC1); (...)foi importante o apoio que a equipa foi dando (...) (ESC4); (...)termos noção do que é que era o projeto também (...) (ESC2); (...)o facto de as pessoas se sentirem à vontade, pois eu acho que nem toda a gente dá para supervisor, ou seja, se for um supervisor muito conflituoso, daquilo que eu fui lendo sobre supervisão, não funciona (...) (ESC4); (...) é importante que o supervisor tenha alguma consciência da responsabilidade, não é só dizer “ai eu sou o supervisor”, é preciso ter em conta a responsabilidade que tem o papel(...) (ESC3); Eu acho que o facto do enfermeiro supervisor clínico major estar perto da equipa e ajudar também na área da gestão neste processo foi bom (EG2); (...) acompanhamento da minha equipa (EG1); (...) acho que o serviço em si, a direcção e a enfermeira supervisora, claro que sim, foi tudo muito facilitador (EG3); (...)o enfermeiro gestor, o supervisor mais perto e o diretor mais atrás, têm um papel preponderante como facilitador e até motivadores, porque muitas vezes as situações são detetadas e quando são reportadas ultrapassam um bocadinho a capacidade do próprio serviço, têm que ser analisadas mais a nível global a nível da instituição (EG3).
	Fatores Limitadores	Olha as barreiras foi desde logo nós nesta fase termos sempre muitas pessoas a faltarem (...) a falta de pessoal, não é? (E1); Eu já fiz aqui formações para vinte e tal pessoas, e já vi pessoas fazerem formação em que apareceram os do turno. Essa desmotivação nota-se, também fruto da fase da enfermagem que estamos a viver. (...) é só pela motivação individual (ESC3). Eu acho que há sempre colegas alérgicos à mudança, e que é sempre difícil de fazer mudar, de fazer com que vejam as coisas de outra forma (...) (ESC1); (...) as dificuldades, eu acho que é mais conseguires tempo, ter pessoal para conseguir fazer as coisas bem feitas, e depois todo o ambiente em si às vezes não é tão favorável assim (E1). As dificuldades aconteceram, ocorreram, nomeadamente, no que diz respeito a recursos humanos, com pontuais ausências não programadas (EG2); (...) em termos de supervisores, acho que nós devíamos ter tido mais apoio e não termos ficado sem o chão logo assim que terminou o programa, porque isso deixou-nos muito desmotivados (E4); (...) e depois todo o ambiente em si às vezes não é tão favorável assim (...) (E1); (...) houve algumas coisas menos organizadas e mais confusas (...) (E3); Se estamos recordados

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		passamos das 40h para as 35h, e havia muitos enfermeiros a fazer 40 horas (...) (EG3); (...) mas eu destaco mais isso, a falta de elementos, da parte de recursos humanos, e a parte das condições até do próprio serviço (...) (E2); (...) algumas condições físicas também não são as melhores (E3); Olha as barreiras foi desde logo nós nesta fase termos sempre muitas pessoas a faltarem, a falta de pessoal (EG1); Qualquer modelo é mais fácil de se implementar quando as necessidades estão satisfeitas em termos de pessoal (...) (E3); (...) a falta de pessoal também acarreta logo outros problemas, como uma maior sobrecarga do trabalho, levando a que uma pessoa fique um bocado mais cansada (E4); (...) as dificuldades, eu acho que é mais consegues tempo, ter pessoal para conseguir fazer as coisas bem feitas, e depois todo o ambiente em si às vezes não é tão favorável assim (ESC2); (...)se tivéssemos um bocadinho mais de tempo para dedicarmo-nos a isso, tipo horas de serviço, seria muito mais vantajoso para produzirmos ainda algo melhor (E2); As pessoas estavam renitentes, desconheciam o que era o modelo, não sabiam bem o que era a supervisão, então houve muita resistência (...) (EG2); Notei mais dificuldade foi nessa resistência à mudança, as pessoas não sabiam o que era, qual era o objetivo, não compreendiam tão bem e então demoravam algum tempo a aceitar (...) (ESC3); (...)em termos remuneratórios é mais que conhecida a baixa remuneração que existe para os enfermeiros, de uma forma geral, e para os enfermeiros especialistas também. São tudo entraves que consciente ou inconscientemente acabam por ser colocados na implementação de programas que vão além do seu trabalho (ESC1); (...) em termos de equipa, estávamos muito chateados (...) acho que isso de certo modo atrasou um bocado a implementação do programa (E4); (...) têm mais a ver com a própria inércia que, às vezes, se vai instalando, aquela entropia que se vai instalando em cada um de nós e que ainda, sabendo que as coisas estão no caminho correto, às vezes persiste (E3); É se há ou não vontade da pessoa em fazer (...) (ESC1); (...) mas sobretudo a predisposição dos enfermeiros (EG2); (...) chegamos a uma altura em que há aqui uma certa desmotivação (E2); (...)se estivesse logo de princípio com toda a vontade, se calhar tinha evoluído mais (E4); No início da implementação notei grande resistência (...) (ESC2); (...) dificuldade que mais senti, pessoalmente, foi a resistência das pessoas à mudança, porque no início era difícil eu querer avançar e outras pessoas a puxar que não queriam (ESC4); Inicialmente eu estava um pouquinho renitente, não é? (E4); (...) Não foi muito fácil ter

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		este papel de supervisor (...) pelas minhas características pessoais (...) ser mais reservado (...) (ESC2); (...) as pessoas trabalham com pressa, e nesta área, principalmente na área da saúde mental, não se trabalha com pressa (ESC1); (...) tivemos alguma dificuldade (...) fruto se calhar dos nossos próprios horários (ESC2); (...) Com tantas pessoas, ou com HT, ou sair a determinadas horas, às vezes há dificuldade em estarmos todos presentes (ESC4); (...)haver atenção à construção dos horários, por exemplo, sabermos que naquele dia daquele mês toda a gente tem o mesmo horário (E4); (...) as deslocações e o local onde foram realizadas as formações (...) (E1); (...)algumas falhas de pessoal com alguma regularidade (ESC4); (...)às vezes é mesmo conseguir ter uma reunião sossegada, é muito complicado neste contexto físico (ESC2); (...)pessoas de atestados por vários motivos, e sim isso também não ajuda (...) (EG2); (...)Inicialmente foi difícil que alguns colegas aceitassem a implementação do plano, entretanto aos bocadinhos foi-se conseguindo convencer alguns colegas que não estariam de acordo(...) (ESC3); (...)As reuniões não houve adesão de toda a equipa, mas penso que não foi por falta de vontade, mas por problemas particulares (...) (ESC1); (...)No início houve pouca adesão às formações e às reuniões, mas depois eu acho que até acabou por correr bem e houve adesão da equipa (ESC4); (...)era algo de novo para mim, o conceito de supervisão, porque eu sempre associei a supervisão aos nossos supervisores hospitalares (E4); (...) também não sabiam muito bem o que era a implementação da supervisão (ESC2); (...)Ceticismo de alguns colegas (...) (ESC1); (...) as dificuldades prendem-se com a fase da enfermagem que estamos a viver, o que faz com que as pessoas, por muito que gostem do que fazem, não andam muito motivadas (ESC4); (...) vivemos um contexto um bocadinho especial na enfermagem, e, se calhar, anda muita gente mais revoltada, resolve as coisas de formas menos adaptativas e é complicado (...) (EG1); (...) há sempre colegas alérgicos à mudança, e que é sempre difícil de fazer mudar, de fazer com que vejam as coisas de outra forma (...) (ESC1); (...)as dificuldades aconteceram, ocorreram, nomeadamente, no que diz respeito a recursos humanos com ausências não programadas (EG1); (...) nós passamos por um processo de mudança contínua e permanente, não sei se foi benéfico ou mau, mas no fundo foi um processo contínuo de mudança em cima de mudança (EG2); (...)sim, naquela altura do tempo, principalmente em tempo de férias, tornou-se difícil (EG1);

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>(...) eu também acho que a enfermagem há três ou quatro anos atrás estava muito acomodada (EG3); (...)às vezes, a mudança é um bocadinho difícil e às vezes essa resistência à mudança pode encobrir este lado benéfico (EG3).</i>
	Perceção do Processo de implementação	<i>Com o decorrer e com as formações, com as reuniões que tivemos, acho que as pessoas foram conhecendo melhor o modelo e percebendo a importância e foram aceitando e aderindo mais a este modelo (E2); A forma como ele decorreu, eu acho que foi primeiro as reuniões que nós fomos tendo ao longo deste tempo, depois também a formação em algumas áreas, e acho que decorreu de uma forma positiva, uma vez que nessa fase em que foi implementado também nós tivemos a oportunidade de ter algumas experiências em coisas que nós nunca tínhamos refletido muito sobre isso (E3); (...)iniciou-se com as formações que tivemos (...) (E1); (...)Após formações, foi dado ênfase a todos em termos de nos debruçarmos sobre a prática clínica, nomeadamente, em relação à implementação da estimulação cognitiva, e, debruçarmos-nos, sobre o porquê de fazermos determinadas intervenções (...) (E4); (...)Com as formações que existiram, acho que foi bem delineado, foi bem pensado, o facto de haver essas formações prévias(...) (ESC2); (...) no fundo correu da forma programada (EG1); Sim, foi importante, e a metodologia que foi seguida também foi boa (EG2); (...)um modelo que permitiu reconhecer algumas lacunas e algumas dificuldades do serviço, que se calhar nós até víamos mas não valorizávamos portanto permitiu valorizar essas lacunas e permitiu priorizar aquilo que era importante e ser ultrapassado, e permitiu também de uma forma, por os profissionais a refletirem sobre as suas praticas e sobre a forma de as poderem melhorar (EG3).</i>
	Satisfação	<i>Eu acho que me sinto mais enriquecida (...) desde que trouxeste o projeto. Eu acho que foi um abrir de um leque maior de conhecimento e de reflexão até sobre determinados assuntos, coisas que nós às vezes não pensamos muito nelas (E1); acho que a implementação do modelo só veio trazer coisas positivas (...) (ESC1); (...) considero que o projeto é importante. Acho que devemos fazer mais vezes este tipo de iniciativas (E3); (...) até acho que é bastante benéfico (E2); (...) toda a equipa achou que foi uma mais-valia este tipo de projeto (ESC3); (...) achei interessante (E4); (...) tudo que nos faz aprender e refletir é positivo (ESC2); (...) positiva, a experiência foi muito positiva (ESC4); (...) foi uma mais-valia fazer parte do projeto (...) (E1); Eu achei interessante, aprendi bastante sobre o tema da supervisão (ESC3). (...) naquilo que fui</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>acompanhando, acho que correu muito bem (EG2); (...) para mim pessoalmente, como responsável da equipa, foi muito bom (EG1).</i>
	Estratégias Utilizadas	<i>(...) levou as pessoas a refletir (EG2); Acho que também despertou muito nos profissionais um bocado do “querer saber mais” e procurar (E3); Uma coisa que eu gostaria de fazer no futuro, eu posso trabalhar nisso, havendo tempo, era manter as tais reuniões e então vermos sobre este tema o que é que diz a evidência (ESC4); para mim essencialmente as vantagens foi o facto de haver momentos de reflexão, momentos de formação, e de ao mesmo tempo haver o grupo em si a pensar todos nessas coisas (E1); (...)refletir em conjunto (ESC1); O facto de nos debruçarmos sobre as nossas práticas é sempre um fator positivo (...) (E2); (...) foi muito importante essa parte, tanto das formações como das discussões de caso (ESC2); (...) eu penso que estar ali o elemento que nos incentiva que seja o motor(...) (E4); (...) ajudou bastante também a parte da formação, ajudou a orientar o caminho correto (ESC3); (...)o estar em grupo também move um bocado todas essas competências e tudo isso. Eu acho que se utiliza muito na relação interpessoal, de maneira que eu destaco também isso (ESC4); (...) termos começado a fazer aquelas reuniões conjuntas, ter aquelas reuniões regulares, que nós de facto até aí não tínhamos esse hábito e essa cultura de discutir determinados assuntos (...) (ESC1); (...) o mais importante foi mesmo isto, nós refletirmos, nós termos tido a oportunidade de pensar e alguém que nos deixou(...) (ESC1); (...) o criar um momento de partilha seja de uma nova informação ou até de esclarecimento de coisas entre nós, o criar esse momento acho que é uma mais-valia (ESC4); (...)que foi importante nós pararmos para pensar, para refletir sobre as nossas práticas, nas coisas que nós fazíamos no dia-a-dia, refletirmos sobre o serviço (ESC3); (...)nós refletirmos sobre nossa prática, sobre as nossas coisas do nosso dia-a-dia no trabalho (E2); (...) ao ter esta formação, estas reuniões, a formação de supervisão (...) (ESC2); Ter este espaço para falarmos todos sobre o serviço, sobre o que é que o serviço precisa, o que é que os profissionais precisam, as dificuldades que estamos a ter no dia-a-dia, melhorar algumas questões quer entre a equipa de enfermagem como entre outros profissionais (ESC4); (...)a promoção de comunicação, às vezes a gestão das emoções quando as pessoas às vezes têm formas de lidar com os assuntos um bocadinho menos adequadas, o mediar, também acho que é importante senão de outra forma não vai lá (ESC4); (...)depois a parte do feedback obviamente (ESC2); (...) as formações (...) (E1); É assim todas essas formações em equipa acho</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		<i>que foram um ganho (...) (E3); (...) acho que as formações foram mais-valia para a equipa (ESC3); (...) mobilizar as pessoas a estarem motivadas (...) (EG3); Em relação às estratégias, reunir é fundamental (...) (ESC4); (...) as reuniões em grupo também foram vantajosas (ESC2); (...) gostei das formações que nos foram dadas ao longo do ano que durou o projeto (...) (ESC4); (...)o facto de haver essas formações prévias para nos dar a oportunidade de falar sobre o que é que poderia mudar no serviço, termos noção do que é que era o projeto também (ESC2); (...) do supervisor um bocadinho como aquela pessoa a quem alguém possa recorrer para esclarecer alguma coisa ou orientar (ESC4); (...) acho que foi importante nós pararmos para pensar, para refletir sobre as nossas práticas, nas coisas que nós fazíamos no dia-a-dia, refletirmos sobre o serviço (E1); (...) acompanhamento contínuo (EG1); (...) da minha parte foi toda a disponibilidade e tudo o que me foram pedindo (EG2); (...)penso que as dinâmicas de equipa foram uma boa estratégia para a implementação do projeto, pareceu-me que geraram bastantes discussões e reflexões e pareceu-me uma boa estratégia (EG3).</i>
Sugestões para a Continuidade	Estruturais	<i>E depois, se calhar, deveríamos ter mais tempo, um pouco mais tempo para assimilarmos estes conceitos, e falarmos um pouco mais também destes conceitos. Deveria ter durado mais tempo (E4); (...) penso é que este projeto devia ser ainda mais longo (E2); (...) acho que devia ser mais alargado ainda, porque isto é um processo gradual (...) (EG1); (...) foi um projeto com ideias novas e é sempre mais complicado quando há outras ideias e vem um projeto novo, é sempre mais complicado de implementar (...) se calhar mais algum tempo poderia ser importante(...) (ESC2); (...) Eu acho que ele devia ser prolongado para nós conseguirmos fazer mais mudanças no serviço (ESC3).</i>
	Organizacionais	<i>Seria importante criar esta dinâmica de formação, acho que é isso que também está a faltar um bocadinho, é quase aos soluços, não existe algo periódico de atualização contínua (E3); As pessoas acho que chegaram a uma altura em que realmente aderiram, acho que seria bom se continuássemos a ter esta "cultura" (...) (E2); A melhorar seria a gestão do tempo, para que as pessoas não achem que estão a usar o seu tempo em serviço, essa era a parte que eu gostava de fazer (...) (ESC4); (...) precisamos inevitavelmente de ter alguém que nos dê aquele impulso, apesar de já termos adquirido estratégias e a curiosidade aumentou (ESC1); (...) poderíamos implementar muitas mais coisas se tivéssemos mais apoio (...) (E4); (...)Se calhar, fazer mais algumas sessões, até mesmo aquelas</i>

Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo (UR)
		reuniões informais para discutir e falar (...) (E1); Nós podemos continuar, ou se calhar, seria benéfico continuarmos a ter um local e uma hora onde nós pudéssemos juntar todos e realmente parar, pensar naquilo que está mal, naquilo que está bem e então continuar. Não ter só aquelas reuniões de cariz obrigatório (ESC3); (...)acho que é importante se calhar continuarmos a fazer algumas dessas reuniões (...) (ESC1); (...) eu gosto do conceito de nos reunirmos com frequência para falarmos sobre temas novos, dúvidas que se possam ter sobre determinado tema (ESC4); Seria interessante ficarmos com alguém no serviço que nos mobilizasse, que nos ajudasse e que nos desse força para continuar a fazer outras mudanças (...) (ESC3); (...)se calhar era importante também pensarmos em voltar a reunirmos de vez em quando assim nós enquanto equipa (...) (ESC2); (...)acho que deveria haver continuidade, não devíamos parar, se calhar isto acho que era o mais importante, não digo com tanta assiduidade, da mesma forma, mas de uma forma menos assídua, mas regular, isso acho que era importante (E2); (...)a verdade é que nós podíamos continuar a fazer isso, e deveríamos continuar a fazer isso (ESC1); (...)Se calhar mais reuniões ou mais tempo para trabalhar em grupo (ESC2); (...)criar o hábito, a criação de hábito (...) (E3); (...)exatamente, algo a nível da instituição (...) (ESC3); (...)havia aqui que motivar as pessoas um bocadinho, dar algum tipo de reconhecimento, motivar e saber ir literalmente ao coração delas para que, como é que eu digo, elas vissem a mais-valia que isto tem (ESC3); (...)e também acho que a enfermeira chefe que devia continuar a motivar-nos (...) (E2); (...)mais tempo para trabalhar em grupo (ESC2); (...) eu acho que depois desta experiência para trás e daquilo que eu aprendi, daquilo que me fez pensar, eu acho que se fosse possível, eu não estou a dizer fazer de novo, eu estou a dizer em acompanhar determinados elementos, quem quer (EG1); (...) acho que neste momento há elementos, há elementos dentro do próprio serviço e nos diferentes sítios, que eles próprios conseguiam com alguma supervisão e com algum acompanhamento externo, conseguiam continuar (EG2).