

De Par para Par: Supervisão
Clínica para a melhoria dos
índices de positividade no sector
privado da saúde
Mafalda Sérgio

D

2024



Mafalda Sérgio. De Par para Par: Supervisão Clínica para a melhoria dos índices de positividade no sector privado da saúde

D.ICBAS 2024



De Par para Par: Supervisão Clínica para a melhoria dos índices e positividade no sector privado da saúde

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

MSC, RN

Afiliação – ICABS, JMS

De Par para Par: Supervisão Clínica para a melhoria dos índices de positividade no sector privado da saúde

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

Orientador: Prof^a Doutora **Cristina Maria Correia Barroso Pinto**"

PhD

"Escola Superior de Enfermagem do Porto/CINTESIS@RISE. Porto. Portugal.

Coorientador: Prof^o Doutor **António Luís Rodrigues Faria de Carvalho**'''

PhD

"Escola Superior de Enfermagem do Porto/CINTESIS@RISE. Porto.

Portugal.

PENSAMENTO

Vou-te mostrar que as árvores riem pra ti
Vou-te mostrar que as estrelas dão sinais de si
Vou-te mostrar que o sol te aquece e te abraça
E que tudo não passa do saber viver a contemplar

Olha à tua volta e pensa em Deus
Aquele que deu tudo e tudo aos seus
Entrega o teu estar e o teu olhar
E sem o reparar,
Ele vai-te abraçar
Vai-te ajudar...

Vou-te mostrar que isto basta pra viver
Vou-te mostrar que nada mais tu vais querer ter
Que nada mais tu vais querer ser
Apenas aquele que quer crescer

Olha à tua volta e pensa em Deus
Aquele que deu tudo e tudo aos seus
Entrega o teu estar e o teu olhar
E sem o reparares
Vai-te ajudar
Ele vai-te abraçar...

(Luís Castro)

AGRADECIMENTOS

A elaboração de um trabalho de investigação requer disponibilidade e resiliência, e só se consegue concretizar com o apoio e contributo de pessoas que durante todo o processo nos apoiam das mais variadas formas. A todas elas, gostaria de expressar o meu apreço e gratidão.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Cristina Barroso e ao Professor Doutor Luís Carvalho, pela partilha do conhecimento, pelo apoio, incentivo e disponibilidade.

Aos enfermeiros Duarte Mendonça, Anaíde Araújo, Isabel Vaz Velho, Anabela Costa, Diana Coimbra Martins Catarina Barbosa, Nuno Lopes, Rui Martins, Filomena Branco, Mariana Nogueira, Inês Guerreiro, Tiago Dias da Silva, que desde o primeiro momento acreditaram na pesquisa e contribuíram diretamente na co-construção do modelo de supervisão de pares.

Aos enfermeiros supervisores Ana Moço, Ana Rita Matos, Célia Costa, Célia Rodrigues, Raquel Santos, Tiago Vale, Ana Maria costa, Vera Matos, que contribuíram na implementação do modelo de supervisão e que acreditaram que juntos faríamos a diferença para o ganho de competências pessoais e profissionais das equipas de enfermagem.

Aos enfermeiros auditores Cláudia Gomes, Ana Lopes, Évelin Guedes, Sofia Pereira, Cláudia Flores, Orlando Silva, Juliana Gonçalves, que através da disponibilidade, rigor e profissionalismo na realização das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem permitiram a recolha dos dados.

Às minhas amigas e confidentes Maria Pinto e Silvia Brites, pelo apoio incondicional, pelo incentivo constante, e por me fazerem acreditar ainda mais no poder da amizade.

Aos “*Roms*”, por todo o carinho, apoio e energia que me deram. O Mundo com vocês é muito mais colorido e divertido.

À minha tia Teté, pelo carinho e paciência, pelo poder do incentivo nos momentos mais atribulados, pelo rigor e competência, sem ela seria impossível reencontrar o fio condutor.

Aos meus filhos, Miguel e Sofia e ao meu marido Vítor. Obrigada pelo respeito e amor com que cuidam de mim fazendo-me uma melhor pessoa. Obrigada por me fazerem acreditar que não existem impossíveis.

Aos meus Mestres Rosa e João, Estrelas que brilham no Céu. É uma virtude ter-vos a “Olhar e a Cuidar sempre de mim!!!”.

RESUMO

O cumprimento de normas e recomendações das Políticas Nacionais e Europeias relativas à Qualidade e Segurança dos clientes, é atualmente um dos desafios ao nível dos cuidados de saúde. As organizações ficam, por isso, comprometidas a desenvolver e implementar estratégias que garantam a melhoria contínua, de acordo com padrões e indicadores de referência. Nesse processo de melhoria contínua da Qualidade, é fundamental monitorizar, avaliar e corrigir procedimentos, produtos ou serviços fornecidos aos clientes internos e externos para alcançar níveis mais altos de satisfação e de excelência clínica.

O modelo de prestação de cuidados de saúde da instituição privada onde foi desenvolvido o estudo enquadra-se na estratégia Nacional para a Qualidade e Segurança na Saúde, na procura contínua de resposta às necessidades dos clientes através da monitorização e reavaliação periódica dos resultados clínicos, face aos objetivos e metas definidos para as melhores práticas de excelência clínica e segurança. Um dos processos de controle da qualidade e segurança no âmbito da enfermagem é a avaliação dos cuidados prestados aos clientes através da realização de Auditorias da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as quais decorrem de acordo com, os referenciais teóricos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, com o Quadro de Referência da Área Assistencial de Enfermagem e com o Manual de Procedimentos da Área Assistencial de Enfermagem institucional.

As Auditorias da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem permitem identificar indicadores sensíveis à garantia e segurança clínica, de acordo com os índices de positividade da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados baseadas em evidências observadas, e que classificam a qualidade dos cuidados prestados em Qualidade Desejável, Qualidade Adequada, Qualidade Segura, Qualidade Mínima ou Qualidade Não Adequada.

Na perspetiva de melhoria contínua é fundamental definir estratégias estruturais que influenciem atitudes, valores e experiências profissionais, e pessoas que vão para além das teorias e conceitos de enfermagem e que promovam a aquisição de novas competências e habilidades. Tal como descreve a literatura, uma das estratégias, surge através da utilização da supervisão clínica, como processo interpessoal dinâmico e estratégico que impulsiona o conhecimento baseado na evidência, o rápido desenvolvimento pessoal e profissional, potencia a formação e treino, promove a motivação dos profissionais e a satisfação dos clientes. Esta prática adequada e efetiva é uma ferramenta

essencial, com impacto direto nos resultados da qualidade e segurança dos cuidados, e com um compromisso ético e legal da profissão de enfermagem.

A supervisão eficiente permite avaliar as competências dos intervenientes, supervisionados e supervisores, implementar ações de melhoria com impacto nas competências, motivação e satisfação dos profissionais, no trabalho da equipa e, consequentemente, nos resultados das organizações.

De acordo com o que foi exposto e como reforço estratégico à promoção de uma cultura supervisiva organizacional, à melhoria contínua na qualidade e segurança clínica e pela inexistência de um modelo transversal nos Hospitais Privados que apoie, acompanhe e desenvolva novas competências pessoais e profissionais às práticas dos cuidados de enfermagem, torna-se premente a criação e implementação de um modelo de supervisão de pares em Enfermagem contextualizado e integrado, o qual alavanque os resultados da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, garanta a prática de excelência na organização e permita avaliar o impacto da supervisão de pares nos *outcomes* dos índices de positividade sensíveis da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A tese intitulada “De Par para Par: Supervisão Clínica em Enfermagem - uma estratégia na melhoria dos resultados da qualidade dos cuidados no sector privado de saúde” tem como propósito desenvolver e implementar um modelo de supervisão de pares contextualizado como uma atividade de acompanhamento e monitorização dos resultados orientado para a qualidade/segurança clínica e transformação organizacional.

O desenvolvimento do mesmo ocorre numa unidade piloto para posteriormente, e de acordo com os diferentes contextos, ser aplicado e transversal em todas as unidades do grupo de hospitais privados. As diferentes etapas incidem sobre as atividades de enfermagem e sobre os profissionais que as realizam, de forma a monitorizar e interpretar resultados ou índices de positividade sensíveis à qualidade dos cuidados e planear e implementar ações de melhoria, de acordo com os diferentes contextos e sustentadas ao longo do tempo. Pretende-se o ganho de novas competências pessoais e profissionais, com especial ênfase para os processos de liderança, compreensão, partilha e interação, autorreflexão, escuta ativa, respeito pelos outros, responsabilidade, *feedback* construtivo, espírito de pertença e tomada de decisão autónoma.

A essência da supervisão contextualizada promove o ganho de competências ao nível pessoal e profissional dos supervisores e dos

supervisionados, promove o sentimento de pertença individual e da equipa, o qual se reflete no ganho organizacional.

Do ponto de vista concetual e metodológico o resultado da investigação é apresentado sob a forma de artigos científicos, visando responder às questões de investigação elaboradas a partir da pergunta inicial.

O estudo permitiu através prática baseada na evidência, compreender que, o processo regido por princípios das auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem, rastrear conformidades ao desvio da ação, monitorizar estrategicamente a prática diária dos cuidados e avaliar objetivamente a eficácia do processo de cuidados, por forma a manter e aumentar os indicadores da qualidade.

Ficou igualmente demonstrado que ao incorporar uma cultura supervisiva é possível promover o desenvolvimento de competências dos profissionais, refletir em oportunidades de melhoria e influenciar os índices de positividade e indicadores de qualidade com impacto direto nos cuidados de enfermagem.

Descritores: Supervisão de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde; Assistência de Enfermagem; Avaliação de Resultados em Cuidados de Saúde; Padrões de Prática em Enfermagem.

ABSTRACT

Complying with standards and recommendations of National and European Policies regarding the Quality and Safety of patients is currently one of the challenges at the healthcare level. Organizations are therefore committed to developing and implementing strategies that ensure continuous improvement, according to benchmark standards and indicators. In this process of continuous Quality improvement, it is essential to monitor, evaluate, and correct procedures, products, or services provided to internal and external customers to achieve higher levels of satisfaction and clinical excellence.

The healthcare delivery model of the private institution where the study was conducted aligns with the National Strategy for Quality and Safety in Healthcare, continuously seeking to meet patient needs through the monitoring and periodic reassessment of clinical outcomes, in line with defined objectives and goals for best practices in clinical excellence and safety. One of the quality and safety control processes in nursing is the evaluation of care provided to patients through Nursing Care Quality Audits, which are conducted according to the theoretical frameworks of the Nursing Care Quality Standards of the Nursing Board, the Nursing Care Area Reference Framework, and the institutional Nursing Care Area Procedures Manual.

Nursing Care Quality Audits help identify indicators sensitive to clinical assurance and safety, based on observed evidence-based care quality positivity indices, classifying the quality of care provided as Desirable Quality, Adequate Quality, Safe Quality, Minimum Quality, or Inadequate Quality. From the perspective of continuous improvement, it is crucial to define structured strategies that influence attitudes, values, and professional experiences, extending beyond nursing theories and concepts to promote the acquisition of new competencies and skills.

As described in the literature, one such strategy emerges through the use of clinical supervision as a dynamic and strategic interpersonal process that drives evidence-based knowledge, rapid personal and professional development, enhances training, promotes professional motivation, and patient satisfaction. This appropriate and effective practice is an essential tool with a direct impact on care quality and safety outcomes, carrying ethical and legal commitments of the nursing profession.

Efficient supervision allows for assessing the competencies of the involved parties, both supervisees and supervisors, implementing improvement actions impacting competencies, motivation, and satisfaction of professionals, teamwork,

and consequently, organizational outcomes. In line with what has been outlined and as a strategic reinforcement for promoting an organizational supervisory culture, continuous improvement in clinical quality and safety, and due to the absence of a cross-sectional model in Private Hospitals supporting, accompanying, and developing new personal and professional competencies in nursing care practices, it becomes urgent to create and implement a contextualized and integrated peer supervision model in Nursing. Such a model would leverage the quality outcomes of nursing care provided, ensure excellence in practice within the organization, and assess the impact of peer supervision on positivity-sensitive indices of nursing care quality.

The thesis project titled "From Peer to Peer: Clinical Supervision in Nursing - a strategy to improve care quality outcomes in the private healthcare sector" aims to develop and implement a contextualized peer supervision model as an activity for monitoring and assessing results oriented towards quality/safety and organizational transformation. Its development occurs in a pilot unit and will subsequently, according to different contexts, be applied across all units within the group of private hospitals. The different stages focus on nursing activities and the professionals performing them, aiming to monitor and interpret results or positivity-sensitive indices of care quality and plan and implement improvement actions, tailored to different contexts, and sustained over time. The goal is to gain new personal and professional competencies, with particular emphasis on leadership processes, understanding, sharing, and interaction, self-reflection, active listening, respect for others, responsibility, constructive feedback, sense of belonging, and autonomous decision-making.

The essence of contextualized supervision promotes the development of personal and professional competencies among supervisors and supervisees, fostering individual and team belonging, which is reflected in organizational gains.

From a conceptual and methodological standpoint, the research findings are presented in the form of scientific articles, aiming to address the research questions formulated based on the initial inquiry.

The study, through evidence-based practice, allowed for understanding that the process guided by principles of nursing care quality audits, tracks conformity to deviation from action, strategically monitors daily care practices, and objectively evaluates the effectiveness of the care process, in order to maintain and increase quality indicators.

It was also demonstrated that by incorporating a supervisory culture, it is possible to promote the development of professionals' skills, reflect on improvement opportunities, and influence positivity indices and quality indicators with a direct impact on nursing care.

Descriptors: Supervisory Nursing; Nursing Audit; Quality Indicators, Health Care; Nursing Care; Outcome Assessment, Health Care; Practice Patterns, Nurses.

ARTIGOS PUBLICADOS COM RESULTADOS DO TRABALHO DE TESE

- Artigo REBEN:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF, Pinto CMCB. Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220656.<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656>

- Artigo COGITARE:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB. Clinical supervision: a contribution to improving quality indicators in nursing care. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023; 28. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89400>

- Artigo Nursing Forum:

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho, Cristina Maria Correia Barroso Pinto, "Clinical Supervision in Improving the Quality of Nursing Care: Empowerment of Medical-Surgical Hospitalization Teams", Nursing Forum, vol. 2023, Article ID 5820168, 11 pages, 2023. <https://doi.org/10.1155/2023/5820168>

SIGLAS

- AQCE – Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
- CB – Conforto e bem-estar ao autocuidado
- CISC - Com Implementação de Supervisão Clínica
- CIPE -
- CSC - Com Supervisão Clínica
- IASIST - IAmetrics
- ICN – International Council of Nursing
- ERS – Entidade Reguladora da Saúde
- KH – Kruskall Wallis
- JCI - Joint Commission International
- Mo - Moda
- OC – Organização de Cuidados
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- PC – Prevenção de Complicações
- P₂P_CS – Peer to Peer Clinical Supervision
- RF- Readaptação Funcional
- SIC – Serviço de Internamento de Cirurgia
- SIM - Serviço de Internamento de Medicina
- SISC - Sem Implementação de Supervisão Clínica
- SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
- SSC – Sem Supervisão Clínica
- SGS - Société Générale de Surveillance

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. Desenho	24
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1. Desenvolvimento Pessoal, Profissional e Organizacional	29
2. Supervisão Clínica em Enfermagem — Princípios Fundamentais	39
3. Qualidade em Saúde	50
4. Auditoria Clínica e Excelência na Prestação de Cuidados	61
5. Auditorias dos Cuidados de Enfermagem	70
6. Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (AQCE)	73
CAPÍTULO II- MATERIAIS E MÉTODOS	76
1. Desenho da Investigação	76
1.1. Questão de Investigação	76
1.2. Objetivos	77
2. Etapas do Estudo	78
3. Instrumentos	79
CAPÍTULO III – RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DE ESTUDOS	80
1. Etapa I	80
1.1. Estudo 1 — Qualidade dos cuidados de enfermagem: estudo retrospectivo	80
2. Etapa II	96
2.1. Estudo 2 - Perceção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem	96
2.2. Matriz de implementação do modelo <i>P2P_CS</i>	107
3. Etapa III	113
3.1. Estudo 3 — Supervisão clínica na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem: capacitação da equipa de internamento médico- cirúrgico	113
3.2. Estudo 4 — Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	126
4. Etapa IV	142
4.1. Estudo 5 — Qualidade dos cuidados nos serviços de internamento médico e cirúrgico antes e após a implementação da supervisão clínica nas equipas de enfermagem	142
CAPÍTULO IV	157
1. Conclusões	157
2. Impacto na Prática de Enfermagem	162
REFERÊNCIAS	166
ANEXOS	173

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Etapas de investigação.....	26
Figura 2 - Ciclo de Auditoria PDCA.....	64
Figura 3- Ciclo de Auditoria - Pilar <i>Plan</i>	66
Figura 4- Ciclo de Auditoria - Pilar <i>Check</i>	67
Figura 5- Ciclo de Auditoria - Pilar <i>Do</i>	68
Figura 6- Ciclo de Auditoria - Pilar <i>Act</i>	69
Figura 7 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito dos anos por dimensão e itens no serviço de cirurgia.....	91
Figura 8- Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito dos anos por dimensão e itens no serviço de medicina.....	92
Figura 9 - Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fases de implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de medicina (n=244). Lisboa	147
Figura 10 - Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fase de implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de cirurgia (n=299). Lisboa	148
Figura 11- Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de medicina. Lisboa	150
Figura 12 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022no serviço de cirurgia. Lisboa	151

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1- Indicador de qualidade por dimensão entre 2017 e 2019 no serviço de cirurgia e no serviço de medicina. Lisboa	84
Tabela 2 - Indicador de qualidade por item das dimensões mantidos durante os anos 2017, 2018 e 2019, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa	87
Tabela 3 - Indicador de qualidade por item das dimensões mantidos durante dois anos, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa	88
Tabela 4 - Indicador de qualidade por item das dimensões em 2019, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa	89
Tabela 5- Interação dos anos nas dimensões e itens por serviço de cirurgia e medicina. Lisboa	90
Tabela 6 - Interação da supervisão clínica sobre os itens por dimensão e serviço entre 2019 e 2022. Lisboa	149

ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1- Checklist de Observação de Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.....	174
Anexo 2- Escala sociodemográfica	176
Anexo 3- Guião de entrevista semiestruturada – Focus Group.....	179
Anexo 4 - Registo de Reuniões.....	182

INTRODUÇÃO

A excelência da qualidade clínica é o fio condutor para o sucesso das organizações de saúde ao evidenciar de forma clara e objetiva o cumprimento de padrões internacionais e indicadores de qualidade clínica centrada no cliente, de acordo com princípios de segurança, eficiência e efetividade.

O desafio constante das instituições é criar e implementar uma cultura de avaliação de melhoria contínua da qualidade das práticas dos cuidados de enfermagem alinhada com uma estratégia de qualidade e segurança evidenciada por indicadores de estrutura, de processo e de resultados¹. Contudo, para que esta se torne efetiva deve ter por base uma liderança organizacional e um clima saudável inter-equipas que permita envolver e desenvolver os profissionais para a identificação e implementação de oportunidades de melhoria com impacto direto na qualidade e segurança do cliente^{2,3}. Para tal, é fundamental que a gestão da qualidade assente em padrões de excelência viabilize estratégias oportunas, equitativas, eficientes e seguras na definição de prioridades e de objetivos macro de melhoria contínua dos processos na identificação de fragilidades, na monitorização da prática, na implementação de planos contextualizados e na avaliação do impacto, de acordo com as prioridades e necessidades^{1,3}.

Estas estratégias de melhoria contínua devem estar centradas no cliente e baseadas no conhecimento científico sendo este o incentivo para a criação de uma cultura organizacional de avaliação da qualidade, com foco na concretização de planos estratégicos evidenciados por indicadores de estrutura que permitam a monitorização dos processos e uniformização dos cuidados de enfermagem, e por indicadores de resultado com impacto direto nos clientes³⁻⁵.

O propósito da avaliação da qualidade dos cuidados é mensurar de forma global o processo, a estrutura, os *outcomes* e a satisfação dos clientes, numa relação direta da efetividade da liderança organizacional com a qualidade dos cuidados integrada numa cultura organizacional para influenciar práticas e procedimentos com impacto na qualidade e segurança⁵⁻⁷.

Independentemente da abordagem ou estratégia de qualidade com influência nas práticas dos cuidados de enfermagem, esta deve ser evidenciada por ferramentas idóneas e efetivas, as quais permitam a adoção de indicadores específicos, contextualizados e comprovados por evidências advindas da monitorização dos processos, por forma a uniformizar práticas e a melhorar resultados³.

Uma das ferramentas mais usuais de monitorização dos processos de qualidade, que demonstra o cumprimento de padrões das práticas, é a realização de auditorias, tendo por base uma relação de efetividade e um clima saudável inter-equipas^{3,83-9}. As auditorias permitem por um lado avaliar os processos da qualidade dos cuidados para evidenciar e adotar indicadores com impacto direto no cliente. Por outro lado, permitem intervir na prática dos cuidados, respeitando as competências pessoais e profissionais e influenciar essas mesmas práticas elevando-as para cuidados de excelência^{3,5,8}.

No entanto, as auditorias de enfermagem vão além do acompanhamento do processo de qualidade, pois há a clara intenção de consciencializar os profissionais sobre a importância da qualidade e da segurança com impacto direto nos clientes e, influenciar e mudar práticas com aquisição de habilidades, por meio da partilha de conhecimento entre pares.

Da mesma forma, torna-se indispensável o envolvimento dos profissionais nos processos de qualidade, para a continuidade dos cuidados, quer ao nível do planeamento, na efetivação quer ao nível da identificação de oportunidades de melhoria contínua da qualidade e segurança do cliente. Para que ocorra o envolvimento dos profissionais, é essencial um compromisso da liderança na compreensão e perceção da qualidade como tangível e responsável na continuidade dos cuidados numa lógica de supervisão clínica dinâmica, colaborativa e reflexiva. Esta dinâmica permite um sentimento de pertença, a participação na tomada de decisão e a coresponsabilização nos processos, que permitem o desenvolvimento de aprendizagens com ganhos efetivos de competências individuais, profissionais e organizacionais⁹⁻¹¹.

Nesta relação de reciprocidade entre organização e profissionais baseada no diálogo, na discussão e na partilha ativa, torna-se possível desenvolver processos integrados e com flexibilidade multidisciplinar, que permitem a compreensão de ações e de contextos, o que leva à transformação de comportamentos com equilíbrio de responsabilidades e uma avaliação robusta dos processos, resultados e atividades, com impacto direto no cliente¹⁰.

A Enfermagem reconhecida como profissão e disciplina, promove o julgamento crítico para a tomada de decisão autónoma e sustentada, através da evidência e da avaliação dos cuidados de enfermagem, que possibilita o desenvolvimento de competências ao longo do tempo¹²⁻¹³.

Tal como referido no regulamento do exercício profissional do enfermeiro (REPE), aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro e alterado pelo

Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, o perfil de competências do enfermeiro num determinado contexto dos cuidados de enfermagem concretiza-se na prestação e gestão de cuidados sustentados no desenvolvimento profissional contínuo e na atitude ética e deontológica¹³⁻¹⁴.

Este percurso de desenvolvimento de competências e saberes implica uma abordagem sistemática na implementação de ações relevantes centradas na tomada de decisão e uma abordagem inter-relacional entre o profissional e a pessoa ou um grupo de pessoas, na articulação de projetos pessoais e ou profissionais, resultantes da formação formal ou informal, da experiência da prática desenvolvida em contextos reais, e por último, do conhecimento e partilha entre pares. Quando ocorre a perceção do profissional sobre uma situação não relacionada ou experienciada e a capacidade de análise dos contextos em diferentes perspetivas e níveis advém o desenvolvimento de competências e a consolidação do conhecimento.

De acordo com o referencial teórico de Benner, a interpretação de conceitos filosóficos e fenomenológicos, relacionam a pessoa, a situação, o ambiente e a enfermagem com base nas experiências vivenciadas, conhecimento e compreensão de novas situações¹⁴.

Nesta relação, torna-se essencial que a teoria oriente para a procura do conhecimento e que antecipe a identificação de problemas e necessidades da pessoa cuidada. O conhecimento decorre ao longo do percurso profissional e está diretamente relacionado com a gestão dos saberes (saber-como e saber-que) na prática da enfermagem, estruturado em estádios ou domínios do modelo de aquisição de competências de Benner¹⁶. Este conhecimento da prática que precede a teoria, valoriza de forma estruturada e sistemática a informação ao longo do tempo, o que por um lado consolida a interação e a interpretação das situações, e por outro concretiza a experiência em aprendizagens do próprio. Ou seja, o profissional de acordo com os domínios da prática aplicadas ao conhecimento evolui de principiante, principiante avançado, competente, proficiente até chegar a perito. Este processo de desenvolvimento do conhecimento no contexto conduz a uma prática da enfermagem adequada às situações e ao aumento de conhecimentos específicos que concorrem para a excelência de cuidados.

Na perspetiva de eficiência e apoio das equipas com ganho de competências surge o conceito de supervisão clínica como estratégia facilitadora do desenvolvimento competências pessoais e profissionais e com benefícios diretos para os clientes, profissionais e organizações¹⁷⁻¹⁸. Esta mudança de

comportamentos sobre as práticas dos cuidados de enfermagem, ocorre de acordo com padrões de referência para a obtenção de resultados desejáveis e contextualizados, o que se reflete em ações sustentadas e contínuas de melhoria da qualidade e segurança clínica¹⁹⁻²¹.

A supervisão clínica é uma atividade inter-relacional de pares num determinado contexto, onde é promovido o acompanhamento de um par menos experiente por um mais experiente ou perito numa determinada área ou prática, para o desenvolvimento de competências sendo definida uma estratégia (planeamento, monitorização e avaliação do impacto) na melhoria dos processos²¹.

A relação supervisiva como suporte efetivo da consolidação da identidade profissional e pessoal em processos de acompanhamento e desenvolvimento de competências também contribui na construção do pensamento crítico e reflexivo.

Neste ambiente inter-relacional, a supervisão e a colaboração são refletidas nas intervenções e exigências para um determinado fim orientando para a tomada de decisão autónoma e responsável de supervisores e supervisionados²²⁻²³. Há que realçar a existência de momentos interdependentes fulcrais na supervisão, ou seja, por um lado a supervisão é um processo de desenvolvimento que envolve formação e treino, coordenação, liderança e mediação e, por outro, contempla a gestão e compreensão dos resultados, o que implica a monitorização, a regulação e a avaliação contínua na melhoria dos processos^{20,23-25}.

Um dos propósitos da supervisão clínica é, assim, a construção de uma relação supervisiva por forma a apoiar e proporcionar o aumento de aprendizagens e competências profissionais ao nível dos conceitos e das práticas com impacto direto no desempenho²²⁻²³.

O processo de supervisão vai para além das teorias e conceitos de enfermagem ao fortalecer as relações humanas na adoção de uma atitude assertiva e corretiva de cuidados, envolvendo e influenciando atitudes, valores, sentimentos e experiências dos profissionais, com impacto no cuidado e desenvolvimento profissional e organizacional²⁰⁻²¹.

De acordo com a Teoria de Proctor, é possível tornar a supervisão num processo formal e adequado de acompanhamento entre pares, pois o modelo intervém ao nível formativo, normativo e restaurativo, facilitando desde a reflexão até à tomada de decisão e avaliação da prática, o que traz benefícios na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem²⁶⁻²⁸. A contextualização e existência de um modelo de competências de supervisão em enfermagem para a salvaguarda da qualidade e segurança dos cuidados, permite a intervenção individual ou em grupo

no reconhecimento, compreensão dos benefícios entre os intervenientes (supervisores, supervisionados e organização), assegura uma prática segura e de excelência de acordo com padrões de qualidade, aumenta a motivação e satisfação dos profissionais, melhora a racionalização de custos e a gestão da qualidade, gerando uma cultura organizacional supervisiva²⁹⁻³⁰. Contudo, para legitimar a prática supervisiva nas organizações é essencial estimular e desenvolver as equipas para uma prática reflexiva baseada na evidência e partilha de saberes entre pares, por forma a envolvê-los na definição de estratégias e ações de melhoria adequadas às necessidades e contexto e, consequentemente, à adoção de melhores práticas dos cuidados de enfermagem^{10,21}.

Com a prática da supervisão clínica em enfermagem, surge a oportunidade do autoconhecimento através de momentos de reflexão, o reconhecimento e desenvolvimento de novas aprendizagens e competências no apoio à prática clínica, desenvolve-se a consciência para o aumento da eficiência dos processos¹⁸.

A adoção da supervisão clínica permite ainda aumentar o capital humano, melhorar as relações interpessoais, emocionais e profissionais com ganhos efetivos entre pares^{10,21,28}. Mas para o sucesso e efetividade da supervisão clínica é necessário que desde o início sejam definidas e clarificadas as funções dos principais intervenientes no processo supervisivo - organização, supervisor e supervisionado. Nessas funções devem estar espelhados os direitos e as responsabilidades de cada um dos elementos, aspetos centrais na construção da relação de confiança e de respeito entre pares^{22,25-28}.

A experimentação de supervisão como um fórum de reflexão de aspetos pessoais, interpessoais e profissionais relativos à prática do cuidado, alicerçado no *feedback* construtivo, ajuda e apoia supervisores e supervisionados a encontrarem as estratégias necessárias e adequadas ao contexto, e a explorar ações e intervenções para resolver e ou alcançar metas que garantam o ganho de aprendizagens e o reconhecimento e acreditação da qualidade das suas práticas²⁰.

^{27-28,30-32}.

Relativamente às aprendizagens, estas ocorrem de acordo com as interações entre a tarefa e os contextos profissionais. As interações entre as tarefas permitem a partilha de conhecimentos, experiências individuais e saber experiencial, já as interações com o contexto facilitam o processo de autorreflexão sobre situações da prática profissional e da tarefa.

Este processo contínuo de aprofundamento de conhecimentos permite atuar nas situações, com compromisso, motivação e investimento pessoal com

foco na aquisição de conhecimento, mudança de práticas e ganho de competências^{3,19,20-22}. Só assim se torna possível a consciencialização para a mudança de comportamentos e atitudes, de acordo com os contextos, através de uma prática de Enfermagem que vá ao encontro dos padrões de qualidade clínica e segurança^{2,20}.

No entanto, para legitimar a prática de supervisão nas organizações, é fundamental estimular e desenvolver nas equipas uma prática reflexiva baseada em evidências e a partilha de conhecimento entre pares, de modo a envolvê-los na definição de estratégias e ações de melhoria adequadas às necessidades e contexto e, conseqüentemente, na adoção de melhores práticas de enfermagem²¹⁻²³.

Na ausência de supervisão clínica, podem surgir dificuldades para a organização, para os clientes e para o desempenho da própria equipa. Relativamente à organização, pode surgir o incumprimento das normas de qualidade e segurança nas práticas de enfermagem, e dificuldades na retenção, motivação e satisfação dos profissionais. Para o cliente, poderá existir menor qualidade e segurança dos cuidados prestados. E para as equipas, poderá existir dificuldades na integração da aprendizagem com a aquisição de competências, ausência de momentos de reflexão e discussão da prática, menor envolvimento na validação do conhecimento com menor autoconfiança na prática diária³³.

De modo geral, a supervisão clínica é uma ferramenta complementar às auditorias de qualidade da prática de enfermagem, uma vez que auxilia a implementação de ações de melhoria dos resultados que garantem a qualidade dos cuidados prestados.

A possibilidade de construir um processo estruturado por pares com *feedback* contínuo (individual ou em equipa), apoio e acompanhamento diário na adequação das melhores práticas, é facilitador do conhecimento e aquisição de competências, assim como na implementação de ações de melhoria de acordo com a evidência dos resultados da auditoria, pois, os ganhos em saúde estão intimamente relacionados com a força de trabalho dos seus profissionais, demonstrada pela qualidade e boas práticas, bem como na implementação de estratégias de controle o que facilita o potencial das equipas ao nível das competências, aprendizagens e estratégias de apoio à tomada de decisão²².

É com esta visão de desenvolvimento organizacional que um grupo do setor privado da saúde em Portugal, constituído por três hospitais de grande dimensão e sete hospitais de média dimensão, promove uma cultura de melhoria contínua diferenciadora na prestação de cuidados, suportada pelo capital intelectual e

desempenho dos profissionais para uma qualidade de excelência clínica e segurança do cliente. Esta organização, enquanto entidade prestadora de cuidados de saúde, adotou em todas as suas unidades hospitalares, um modelo de gestão integrado de processos de segurança e qualidade clínica, materializado na avaliação da excelência e satisfação dos cuidados prestados. Para tal, submete-se à avaliação contínua da qualidade dos cuidados de saúde no cumprimento de parâmetros de qualidade, através da apreciação por entidades externas, tais como a *Société Générale de Surveillance* (SGS) - certificação de sistemas de gestão da qualidade, de acordo com a norma ISO 9001:2015, a acreditação pela *Joint Commission International* (JCI) e pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Participa ainda, em modelos de *benchmarking* clínico — IAmetrics (IASIST) e ajuste ao risco e Programa de *Value-Based Healthcare*.

No âmbito específico de Enfermagem, foi integrado um modelo de avaliação da qualidade dos cuidados prestados aos clientes, através da realização de auditorias da qualidade dos Cuidados de Enfermagem em todos os Hospitais do grupo. O modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem (AQCE) foi adaptado do modelo de qualidade assistencial de Haddad (2004)³⁴ e contextualizado em 2009, de acordo com os referenciais teóricos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE)³⁵ padronizado como valor de referência de qualidade organizacional, índices de positividade e indicadores superiores a qualidade segura.

Inicialmente, foram realizadas auditorias retrospectivas aos registos de enfermagem e observação direta dos cuidados, o que permitiu identificar índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados que garantiam a segurança clínica. Entre 2009-2013, este modelo foi aplicado de forma sistemática em dois Hospitais do grupo. Em 2013-2014, devido a uma nova realidade de exigência na prática dos cuidados de saúde prestada nos Hospitais do grupo, o modelo foi adaptado e reajustado ao contexto e tipologia dos clientes. Desde então, até ao atual momento todos os Hospitais aplicam o modelo de Avaliação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (AQCE) de acordo com critérios pré-definidos, observação da prestação direta de cuidados e análise dos registos de enfermagem efetuados.

Considerando esta temática no atual momento de monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem e na perspetiva de melhoria contínua dos processos, constatou-se a existência de índices de positividade sensíveis da prática de cuidados comprometedores dos indicadores de segurança e qualidade. Esta

ação de reflexão potenciou o entendimento das intervenções de enfermagem e a avaliação e reconhecimento das práticas, com potencial redireccionamento através do acompanhamento estratégico dos profissionais ao longo da prática diária segura com impacto no cliente inseridas num contexto institucional^{2,4-5}.

Para atender às demandas com impacto nos clientes e que vão para além do cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, surge o conceito de supervisão clínica como estratégia facilitadora, dinâmica, eficiente e colaborativa entre pares. O facto de a supervisão clínica potenciar a interação dinâmica e colaborativa entre pares no ganho de competências interpessoais, emocionais e profissionais, e contribuir para a construção do conhecimento através da reflexão crítica sobre as práticas evidenciadas, respeitando as características das equipas e dos contextos, conduziu-nos ao tema a investigar:

Analisar o contributo da supervisão de clínica de pares nos índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com os padrões definidos de segurança e qualidade, no contexto do internamento de medicina e cirurgia de adultos, numa unidade de saúde do setor privado.

O estudo de investigação tem como finalidade potenciar competências interpessoais e profissionais para elevar os índices de positividade e indicadores de qualidade advindos dos resultados das auditorias na manutenção das práticas e no cumprimento dos padrões de qualidade e segurança do cliente, assim como contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal através do apoio integral das equipas no ganho de conhecimentos, com maior satisfação e motivação, respeitando os princípios éticos inerentes ao processo de investigação.

1. Desenho

Este relatório desenvolveu-se ao longo dos cinco anos do doutoramento em Ciências de Enfermagem, e do ponto de vista concetual e metodológico o resultado da investigação é apresentado sob a forma de artigos científicos, visando responder às questões de investigação elaboradas a partir da pergunta inicial.

A apresentação sequencial de cinco estudos realizados, permitiu estruturar o trabalho de investigação de acordo com as etapas pré-definidas, tendo sempre como finalidade contribuir para melhoria dos índices de positividade e indicadores de qualidade através da implementação da supervisão clínica de pares.

O relatório, para além da introdução, encontra-se organizado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo é destinado ao enquadramento teórico referente ao desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional à supervisão clínica em enfermagem e à qualidade e auditorias de enfermagem.

O segundo capítulo refere-se aos materiais e métodos utilizados.

No terceiro capítulo, são apresentados sequencialmente os estudos realizados.

Por último, no quarto capítulo é feita a síntese das principais conclusões, são também apresentadas as limitações do estudo e suas implicações para a prática da Enfermagem, assim como a referência a sugestões para futuras investigações.

Com base nos aspetos anteriormente referidos definiu-se como questão de investigação:

“De que forma a supervisão de clínica de pares afeta os índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com os padrões de segurança e qualidade definidos no contexto do internamento de medicina e cirurgia de adultos, numa unidade de saúde privada?”

Para dar resposta à questão de investigação definiu-se como objetivo geral: “Desenvolver e implementar um modelo de supervisão clínica que concorra para a qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto do internamento de adultos numa unidade de saúde privada, com índices de positividade entre os 80% e os 100% — nível de qualidade adequada e/ou desejada”.

O trabalho foi desenvolvido num hospital de uma organização hospitalar do setor privado, onde se pretende compreender e descrever os diferentes fatores envolvidos na temática. Com os dados provenientes das fontes será efetuada a extrapolação do conhecimento obtido, com aplicabilidade em situações e contextos da vida real, surgindo como uma forma de construir teorias.

Partindo das premissas descritas, procurou-se conhecer, compreender e analisar o contributo da supervisão de clínica de pares nos índices de positividade e indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com os padrões definidos de segurança e qualidade no contexto do internamento de medicina e cirurgia de adultos da organização do estudo.

Foram definidas as seguintes etapas de investigação, tal como descrito na

Figura 1 :

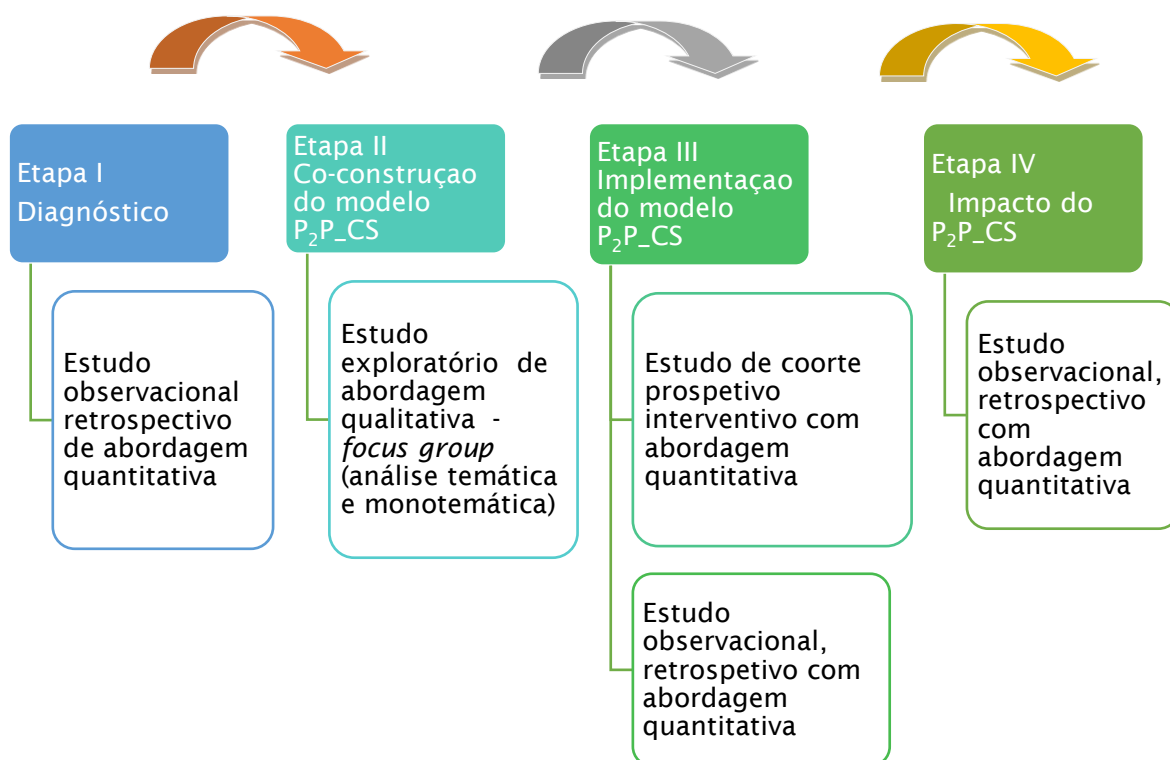


Figura 1- Etapas de investigação

Etapa I – Fase de diagnóstico

Esta etapa corresponde ao primeiro estudo ou de diagnóstico de situação.

Foi efetuado um estudo observacional retrospectivo com abordagem quantitativa aos registos das AQCE, entre os anos de 2017 a 2019 nos serviços de cirurgia e medicina de adultos num dos hospitais do grupo de saúde privado na região de Lisboa, para a análise e interpretação global e detalhada dos significados dos índices de positividade e indicadores de qualidade por dimensão e por item das diferentes situações contextuais.

O propósito era responder à questão:

“Quais os índices de positividade e indicadores de qualidade potencialmente sujeitos a intervenção de melhoria e análise das potenciais causas?”

Foram considerados como critérios de inclusão, a totalidade dos registos resultantes das AQCE relativos a clientes adultos com taxa de internamento de medicina e cirurgia superior a 24h.

Para a análise e interpretação dos resultados, foram definidos:

- | os itens e dimensões mantidos durante 3 anos;
- | os itens e dimensões mantidos em 2 anos;
- | os itens e dimensões com início em 2019.

Com os dados obtidos foi possível identificar quais os índices de positividade e indicadores da qualidade que revelaram áreas sensíveis, com necessidade de intervenção e potencial de melhoria para a prática de cuidados de enfermagem. Estes resultados serviram de base à realização dos estudos seguintes.

Etapa II – Co-construção do modelo contextualizado de supervisão clínica

Definida a implementação da supervisão clínica como estratégia para a melhoria dos índices de positividade e indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedeu-se à co-construção e desenvolvimento do modelo de supervisão clínica denominado “*Peer to peer: Clinical Supervision*” (P_2P_CS). Pretendia-se que este modelo convergisse globalmente para a manutenção e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem com indicadores de qualidade desejada (>90% - índice de positividade) no contexto do internamento de medicina e cirurgia adultos numa unidade hospitalar do setor privado da saúde.

Neste sentido, utilizou-se como instrumento de colheita de dados a entrevista de grupo ou metodologia de *focus group* com dezasseis participantes que cumpriam os critérios previamente definidos. E realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa e análise temática e monotemática.

Etapa III – Implementação do modelo P_2P_CS

Após a co-construção e desenvolvimento do P_2P_CS para os serviços de internamento de medicina e cirurgia adultos, foi considerado para implementação do mesmo um hospital de grande dimensão do grupo organizacional, sendo denominado como hospital-piloto.

Por forma a acompanhar, monitorizar e avaliar o efeito da supervisão nos índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, foram realizados dois estudos.

O primeiro, um estudo de coorte prospetivo interventivo com abordagem quantitativa e amostragem do tipo aleatória simples, com o objetivo de analisar o impacto da supervisão clínica na melhoria dos índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes do foro médico e cirúrgico adultos e um segundo o estudo observacional, retrospectivo com abordagem quantitativa, e amostragem do tipo aleatória simples com o objetivo de comparar os índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internamento médico e cirúrgico adultos do hospital piloto com os serviços similares de outro hospital do mesmo grupo privado, onde se realizam auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem, mas sem a prática da supervisão clínica de pares, ou seja, sem intervenção.

Etapas IV – Avaliar a eficácia do modelo de supervisão nos resultados das auditorias dos cuidados de enfermagem

Por último, por forma a avaliar a eficácia do P_2P_CS , foi realizado um estudo observacional, retrospectivo com abordagem quantitativa com cruzamento entre variáveis, e amostragem do tipo aleatória simples com o objetivo de interpretação dos significados dos índices de positividade e indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, por dimensão e por item, nas diferentes situações contextuais, ou seja, antes, durante e após a supervisão clínica de pares.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Desenvolvimento Pessoal, Profissional e Organizacional

Um dos grandes desafios no processo de aprendizagem em saúde é a criação de ferramentas que perante uma realidade ou situação possibilitem ao indivíduo desenvolver habilidades e competências pessoais e profissionais, de acordo com as necessidades num determinado contexto.

Desta forma o desenvolvimento dos profissionais nas organizações deve ser encarado com um fenómeno sistémico e estratégico inserido num contexto, podendo ser estratificado em três pilares essenciais: desenvolvimento pessoal, desenvolvimento profissional, contexto e organização de saúde³⁶.

Desenvolvimento Pessoal

A aprendizagem é inerente à condição humana, e tendencialmente experiencial e social, onde as vivências e experiências são incorporadas ao longo da vida e servem como impulso à aquisição de novo conhecimento e saberes.

A aprendizagem ao longo da vida, é um investimento pessoal permanente onde o indivíduo como centro do seu próprio desenvolvimento se envolve em processos de reflexão de acordo com a motivação e áreas de interesse, para aprofundar e adquirir conhecimentos na procura de respostas a questões que surgem no contexto pessoal ou na prática profissional³⁶.

Quando a aprendizagem é centrada na ação e experiências num contexto social ou profissional, pressupõe a interação entre os indivíduos num determinado momento para a produção de conhecimento, tendo em conta as formas de aprendizagem e o reconhecimento de competências e saberes. Esta, deve ser encarada como um meio facilitador de transmissão de conhecimento, o qual interfere no processo global de desenvolvimento e maturidade do indivíduo como objeto, como sujeito e como agente de mudança em diferentes contextos pessoais, profissionais ou sociais ao longo da vida.

Relativamente à maturidade, esta surge pela constante adaptação e ajustamento a novas situações ou vivências anteriormente vivenciadas, experienciadas e acumuladas, enquanto o desenvolvimento implica as capacidades cognitivas, o autoconhecimento, a representação de experiências passadas e as

relações anteriormente estabelecidas que permitem que o indivíduo evolua, se desenvolva e se motive para dar lugar a diferentes estádios de maturidade.

Quando o indivíduo se consciencializa das competências pessoais (autorregulação, autoconsciência e automotivação), percebe como organizar, selecionar, integrar e transferir o que pode ser útil para agir de acordo com as capacidades ou conhecimentos adquiridos em tempo oportuno e de acordo com os contextos³⁷.

Com a constante adaptação e ajustamento a vivências acumuladas ou a novas situações experienciadas, o indivíduo consciencializa-se das competências pessoais (autorregulação, autoconsciência e automotivação) e adquire instrumentos de compreensão, do aprender a fazer e do agir sobre o meio envolvente para a criação de estratégias de valor. Este processo é influenciado por atitudes e comportamentos, por forma a que cada um consiga organizar, selecionar, integrar e transferir os diferentes saberes, de acordo com os contextos e com a cultura organizacional.

Nesta perspetiva, o desenvolvimento pessoal surge pela procura da satisfação de necessidades inerentes a um determinado contexto ou realidade, e concretiza-se na aquisição de novas competências, que assentam em quatro pilares³⁶⁻³⁷.

- | articulação sequencial, para promover a autorreflexão (crítica e conhecimento) e desenvolvimento experiencial, ou seja, aprender pela reflexão e experiência para estabelecer prioridades;
- | articulação transversal, para desenvolver um pensamento abrangente e flexível para compreender e integrar os diferentes contextos;
- | condição reguladora, para planear, estabelecer objetivos e metas a atingir, de forma temporal;
- | princípio da validação do percurso, através do processo de autorreflexão da experiência pessoal integrada no contexto.

Contudo, para que o desenvolvimento pessoal aconteça é essencial, promover espaços de aprendizagem, de partilha de experiências e de conhecimento, resultantes da prática reflexiva que sustentem a tomada de decisão autónoma e consciente. Esta criação de momentos de partilha e de autoconhecimento, promovem assim, o desenvolvimento de habilidades

autocríticas, o desenvolvimento de competências e uma evolução contínua das aprendizagens³⁸⁻³⁹.

Uma das metodologias aplicadas no desenvolvimento pessoal, é a metodologia de projeto, a qual implica reflexão/ação sobre as experiências e vivências para a tomada de decisão e apropriação do conhecimento com ganho de competências. Esta metodologia tem como pressupostos uma aprendizagem criativa, inovadora e autodirigida a qual permite incorporar saberes orientados para o autodesenvolvimento e translação do conhecimento, por forma a tornar-se em competência profissional. Assim, as aprendizagens com recurso a estratégias de desenvolvimento da problematização ou a partir do contexto, permitem ao indivíduo observar a realidade e fazer uma reflexão ativa e crítica em áreas que necessitem de intervenção, assim como a análise causal de fatores internos e externos que impactam na situação, podendo comprometer o desempenho.

Com a teorização sobre a situação problema e identificação de recursos e hipóteses de resolução, são definidas prioridades de forma crítica e criativa derivando na aplicação, à realidade experienciada, como promotora de desenvolvimento contínuo⁴⁰.

Ao considerar que a aprendizagem é estimulada pela interação permanente entre os intervenientes e os saberes adquiridos através da autoformação (*soft skills*), fica consolidado o sentido de pertença para a aquisição de novas competências (*saber-ser*) genéricas e o reconhecimento dos saberes adquiridos. Ou seja, ao existir uma atitude de autoformação perante uma necessidade, o indivíduo participa ativamente na mudança de uma habilidade, comportamento ou competência através do aprender *a ser* (competências de flexibilidade, adaptabilidade, autonomia, responsabilidade, criatividade, inovação e motivação) o que estimula, para a reflexão crítica do contexto, capacidade de análise e de decisão, iniciativa e cooperação entre pares.

Esta aprendizagem efetiva e contínua capacita para a desconstrução e reinvenção do pensamento através de habilidades acumuladas, permitindo interagir e cooperar no processo de translação do conhecimento e avaliar as aprendizagens adquiridas pelo *saber-fazer*. As aprendizagens surgem, pois, pelas diferentes interações perante uma tarefa em diferentes situações e contextos profissionais; pela interação com os outros na partilha de conhecimentos experiências individuais e saber experiencial; e pelas interações no processo de autorreflexão sobre situações da prática profissional e da tarefa^{36-38,40}.

No processo contínuo de desenvolvimento de aprendizagem e aprofundamento de conhecimentos é possível atuar perante as situações com compromisso, motivação e investimento pessoal, na reconstrução de um novo conhecimento e mudança de práticas com ganho de competências. Contudo, quando se reflete sobre o processo de aprendizagem com ganho de competências é fundamental, ter foco na translação do conhecimento, no indivíduo, na natureza social e na avaliação. Ou seja, relativamente ao foco na translação do conhecimento, este deve estar estruturado para o que deve ser efetivamente ensinado, qual a importância e como interligar as diferentes áreas do conhecimento (quando, porquê e como). Quanto ao foco no indivíduo, é essencial identificar pontos fortes e de interesse, de quem aprende e porque aprende. O foco da natureza social da aprendizagem, deve ocorrer num ambiente equilibrado promotor de sentimentos de pertença. Por último, o foco na avaliação deve recorrer à metodologia de *feedback* construtivo e contínuo para que ocorra a aprendizagem com ganho de novas competências.

Em síntese, a capacidade de assimilar o conhecimento é, então, potenciada por metodologias ativas de aprendizagem, que podem ocorrer de três formas, pela aprendizagem com base em problemas, pela aprendizagem com base em projetos de melhoria e pela aprendizagem entre equipas por forma a refletir, debater, compartilhar ideias e propor soluções de forma conjunta.

Independentemente do processo de aprendizagem, este deve ser orientado para a pessoa com uma história de vida e como um processo de transformação individual do *saber* (conhecimentos), do *saber-fazer* (capacidades) e do *saber-ser* (atitudes) permitindo o desenvolvimento de competências. Deve ter uma função integradora na resolução de necessidades ou situações através da *formação-ação*, *formação-investigação*, e *formação-inovação*, e facilitar a translação do conhecimento em situações concretas e adaptadas aos recursos e contextos.

Desenvolvimento Profissional

O desenvolvimento profissional está inserido no processo de desenvolvimento de competências pessoais do *saber-ser* que converge na integração de processos de identificação e de socialização ao longo da vida⁴¹.

Existem diferentes conceitos de desenvolvimento profissional, mas globalmente todos apontam para processos reflexivos e contínuos que

pressupõem uma aprendizagem ao longo da carreira profissional, adaptado às necessidades individuais de aprendizagem, aos contextos e às organizações³⁶⁻³⁷.

O desenvolvimento e valorização dos profissionais de saúde, têm como principal objetivo contribuir ativamente na formação baseada em metodologias de reflexão-na-ação, como o ato de rever o que se fez procurando compreender como o ato de conhecer a ação contribui para se alcançar um conhecimento inesperado, e em mudanças conceptuais da prática para os resultados, intimamente ligado ao conhecimento, competências e autonomia demonstrados. Este processo contínuo, permite reunir um conjunto de atitudes e competências que auxiliam os profissionais a superar desafios diários com maior responsabilidade, racionalização de recursos e aprendizagens, o que possibilita uma maior atualização e integração do conhecimento.

A combinação das aprendizagens individuais e sociais em contexto, influenciam direta ou indiretamente o profissional no ganho de competências específicas e novas formas de aprofundar o conhecimento a partir das necessidades pessoais (o que indivíduo fica disposto a aprender e se o conteúdo for significativo) e dos saberes (*saber-agir, saber-mobilizar, saber-integrar e saber-transferir*) o que o projeta como pessoa e como profissional³⁷⁻³⁹.

Em termos conceptuais, as competências profissionais estão cimentadas em atitudes, aprendizagens e vivências anteriores e ocorrem quando o indivíduo, em contexto da prática profissional consegue mobilizar, articular, integrar conhecimentos (*know-how*) e habilidades práticas perante uma situação-problema para a tomada de decisão (*know-how-to-be*) na resolução de forma eficiente e eficaz³⁹⁻⁴⁰.

Esta visão integral do desenvolvimento profissional, voltada para a ação e análise situacional de atitudes de responsabilização e transformação de práticas num amplo processo de socialização profissional e organizacional, permite estabelecer uma relação direta entre a aprendizagem e o desenvolvimento de competências promotoras da criatividade, do crescimento pessoal e profissional, como facilitadora na definição de estratégias apropriadas a novos e diferentes contextos de aprendizagem.

Esta responsabilidade está confirmada nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril), que referem que o profissional é responsável por desenvolver e aperfeiçoar as suas competências, garantindo a atualização contínua dos conhecimentos através da formação permanente, aprofundada e competente¹². Refere ainda que, o profissional ao assumir a

responsabilidade por novas aprendizagens e manutenção e ganho de competências, atua no sentido das suas necessidades de formação contínua como meio de aperfeiçoar as práticas de cuidados e de cumprir com os padrões de referência, o que contribui para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

Ainda o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)¹³ pelo Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro alterado pelo Decreto-Lei nº104/98, de 21 de abril, visa prover um enquadramento regulador para o exercício profissional da Enfermagem, de acordo com um perfil de competências em contexto de prática clínica que suportam a prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento profissional¹².

Este percurso de desenvolvimento de saberes e competências, implica uma abordagem sistemática na tomada de decisão com a implementação de ações relevantes centradas na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou um grupo de pessoas, decorrentes da formação, formal ou informal em articulação com os projetos pessoais e profissionais. Ao existir um desenvolvimento profissional estruturado, os benefícios para o profissional e para a organização ocorrem gradualmente, ou seja, o profissional sente-se capacitado, preparado e valorizado, atuando de acordo com a missão e os valores institucionais, com maior autonomia e produtividade o que reforça as relações interpessoais e o clima organizacional.

A consolidação do conhecimento clínico que ocorre através das perceções sobre uma situação não relacionada ou experienciada até ao momento atual e a capacidade de análise das diferentes perspetivas, estão relacionados com o conhecimento prático da mesma. Por sua vez, a experiência da prática clínica desenvolvida, testada e evidenciada em contextos reais favorece o desenvolvimento do conhecimento e a partilha entre pares, com ganho de competências profissionais aos diferentes níveis e ambientes³⁷.

A OE define como competências, os conhecimentos, as habilidades e operações que devem ser desempenhadas e aplicadas em situações distintas de trabalho, de acordo com uma linha condutora (Diário da República, 2.ª série, Nº11, 14 de junho de 2018). Para que ocorram diferenças na visão de julgamento clínico dos cuidados e o conhecimento prático na ação, todo este processo depende do conhecimento clínico e do nível de competências adquiridas com impacto direto nos cuidados.

Um dos pilares da teoria de Benner é a diferença estabelecida entre prática e o conhecimento teórico. A autora defende que o propósito do desenvolvimento

do conhecimento é que este seja ampliado e explorado de forma efetiva através da experiência clínica e da pesquisa científica, tendo sempre na sua base a teoria⁴².

Como refere Benner a teoria advém da prática e a prática é condicionada pela teoria, pois o conhecimento decorre ao longo do percurso profissional e está diretamente relacionado com a gestão dos saberes (saber-como e saber-quê). Este processo reforça o desenvolvimento do conhecimento clínico e conduz à prática da enfermagem adequada às situações e ao desenvolvimento de conhecimentos específicos na excelência de cuidados⁴³⁻⁴⁴.

O modelo interpretativo de Benner demonstra que o aumento da aquisição de competências pela experiência é mais consistente, mais rápido e mais responsável, quer para os clientes quer para com os pares, quando sustentada numa relação entre o conhecimento teórico e o conhecimento clínico, sendo que a consolidação deste comportamento permite, atuar de acordo com a exigência da situação, de acordo com intervenções de enfermagem competentes e estruturadas em situações reais^{14,43-45}.

Benner adaptou o modelo de aquisição de competências de Dreyfus para a enfermagem, onde adota a visão global do ser humano num meio ambiente perante uma situação de saúde, o qual incita o enfermeiro a aplicar o conhecimento teórico-prático e evoluir de áreas gerais para áreas específicas⁴⁴⁻⁴⁵. O modelo de aquisição de competências, segundo Benner, é estruturado em estádios (principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito), em domínios da prática e em competências específicas, as quais permitem ao enfermeiro aplicar e evoluir no conhecimento teórico-prático ao longo do tempo⁴⁰⁻⁴⁴.

Sendo a Enfermagem reconhecida pelas intervenções específicas dos cuidados e pela evidência no processo de diagnóstico e intervenções dirigidas para a tomada de decisão autónoma, na planificação e implementação de modelos de intervenção de acordo com problemas identificados. Este processo de julgamento crítico dos cuidados tem crescido ao longo do tempo, o que permite o crescimento das competências específicas na Enfermagem como profissão e disciplina^{14,46}.

Para Benner, a aquisição de competências baseadas na experiência é mais rápida e mais segura, pois é apoiada numa relação de confiança para a mudança e para o que foi aprendido. Ou seja, o crescimento da experiência profissional está associado ao conhecimento da prática através do julgamento e reflexão das práticas de cuidados específicas para cada cliente, o que consolida o conhecimento teórico-prático⁴⁴⁻⁴⁶.

A contextualização da existência de um modelo de competências em enfermagem, através da intervenção individual ou de equipa, promove momentos de reflexão, garante apoio à prática clínica e assegura cuidados seguros e de qualidade. Tal como descrito, no n.º 2 do artigo 9º do REPE, um dos processos de acompanhamento e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na construção de um pensamento crítico e reflexivo no exercício da enfermagem é a supervisão, como suporte efetivo da consolidação da identidade profissional e pessoal^{45,47}.

Contextos e Organização

Relativamente aos contextos de aprendizagem, o indivíduo ao confrontar-se com diferentes contextos profissionais tem de se adaptar e interagir, para tal é fundamental adquirir competências e maturidade social⁴⁶⁻⁴⁶.

Através deste conceito de contexto e numa perspetiva social adaptativa, é possível desenvolver momentos de convergência de teorias e práticas na construção do conhecimento e de experiências pessoais e coletivas. Este processo facilita a compreensão de fenómenos de descentralização, auto-organização, autonomia e inteligência coletiva, o que realça a importância da experiência e da prática reflexiva convergente na avaliação do próprio sucesso e valorização da autonomia de quem aprende^{36-37,40}.

Conceptualmente os contextos de desenvolvimento profissional em saúde assentam em teorias e práticas evidenciadas científica e pedagogicamente onde a aprendizagem tem como propósito definir e orientar na e para a ação num exercício reflexivo sobre a experiência e sobre a prática. Nesta dinâmica, é essencial existir uma componente analítica para a compreensão e explicação da realidade a que se dirige, e uma componente projetiva que oriente para e na ação o que permite criar e transformar os contextos e as realidades⁴¹.

A formação em contexto profissional, está aliada a uma atitude construtiva de aprender na prática pela busca interessada e contínua de intervenções formais ou informais para que ocorra a mudança de comportamentos, competências e atitudes^{37,41}.

Esta deverá orientar os profissionais de acordo com as necessidades para a adequação aos contextos de forma participada e ativa e com mobilização de aprendizagens, promovendo o pensamento crítico e o desenvolvimento de

competências específicas dos saberes como fonte de produção de conhecimento quer ao nível individual quer coletivo.

Os novos modelos de formação tornam-se assim, indissociáveis da prática ou dos contextos de trabalho, pois para além do ganho nas competências, estimula a investigação e aquisição de novos conhecimentos de forma sustentada de acordo com interesses individuais, profissionais e organizacionais⁴³⁻⁴⁵. De acordo com as novas tendências pedagógicas, as metodologias ativas em contexto como o treino simulado, o profissional é corresponsável pela sua trajetória educacional e atua intencionalmente na tomada de consciência³⁸⁻³⁹. O facto de treinar cenários completos e de complexidade crescente, desenvolve habilidades de comunicação e gestão de eventos adversos, o que aumenta o sentido de responsabilidade e a promoção da segurança em ambiente controlado.

Esta estratégia pedagógica é fundamental ao desenvolvimento dos profissionais de saúde, pois um cenário em contexto promove aprendizagens, permite executar, orientar e discutir estratégias para a prática futura, permite nivelar experiências, incentiva ao *feedback* sobre o desempenho pessoal e profissional, aprimora a tomada de decisão assim como a incorporação de saberes sustentados na prática reflexiva sobre ação que preparam o profissional para o contexto real^{39,41,49-50}.

Por último, a formação nas organizações poderá surgir como estratégia educativa integral com foco na aprendizagem e ensinamentos dos profissionais, garantindo o alinhamento das melhores práticas e orientando para a transformação, de acordo com os valores organizacionais no ambiente de trabalho^{36,41}.

Esta visão integrada na valorização e processos de desenvolvimento do capital humano com aperfeiçoamento de talentos de acordo com a cultura institucional, implica o planeamento organizacional com definição de perfis ou funções dos profissionais com mapeamento das competências inerentes à prática, e implica uma dinâmica de interação entre profissionais e organização, com debate de saberes, transmissão do conhecimento e tomada de decisão, por forma a evidenciar indicadores de qualidade dos cuidados de saúde prestados. Por outro lado, a organização, ao definir estratégias de desenvolvimento profissional, deverá ter em conta as características, as competências e as aprendizagens das equipas, por forma a identificar individualmente os profissionais, assim como as *soft skills* fundamentais como comunicação, liderança, ética, empreendedorismo, resiliência, trabalho em equipa, inteligência emocional, entre outras, necessárias à gestão do

desenvolvimento pessoal e profissional^{36,47-49}. A organização ao investir em planos de treino e desenvolvimento profissional como estratégia para a garantia da qualidade e segurança clínica, promove oportunidades de agregar conhecimento, capacita e desenvolve novas habilidades e competências nos profissionais, específicas e necessárias à própria instituição⁵⁰⁻⁵¹.

Para tal, deve adotar uma postura flexível e de escuta ativa para com os profissionais tendo em linha de conta os objetivos, metas, aprendizagem de cada um na procura de novos conhecimentos. Ou seja, deve assim compreender os perfis presentes dos seus profissionais, demonstrando aos colaboradores quais os conhecimentos mais valorizados (*hard skills*), quais são as atitudes profissionais mais valorizadas (*soft skills*) e promover treino específico para cada área de cuidados por forma a incentivar o conhecimento no cumprimento de indicadores. Deve também treinar a capacidade de dar *feedback* focada no desenvolvimento, satisfação, motivação e retenção de profissionais⁴⁹⁻⁵¹.

As organizações que apostam no desenvolvimento das aprendizagens e competências dos profissionais, devem ter uma visão partilhada com o propósito de alcançar objetivos comuns e uma capacidade de liderança agregadora para a identificação de necessidades individuais e da equipa, o que garante novas aprendizagens e competências com melhor desempenho e resultados^{41,49}.

Um compromisso de liderança determinado e uma visão clara do processo, promove a concretização de planos estratégicos adequados às necessidades e identificam processos facilitadores ao desenvolvimento individual e profissional através de dinâmicas colaborativas e reflexivas numa lógica de supervisão clínica institucional⁴⁹⁻⁵³.

A relação de reciprocidade entre organização e profissionais baseada no diálogo, na discussão e na partilha ativa, torna possível desenvolver processos integrados e com flexibilidade multidisciplinar, que possibilitam a compreensão das ações e limitações dos diferentes contextos, induzem transformações e ganho de competências com equilíbrio das responsabilidades, proporcionam a corresponsabilização e avaliação robusta dos processos e resultados através do envolvimento na tomada de decisão e, por último, reconhecem, compreendem e partilham os benefícios de uma supervisão clínica eficaz entre os diferentes intervenientes⁵⁰⁻⁵³.

2. Supervisão Clínica em Enfermagem — Princípios Fundamentais

A supervisão clínica pode ser interpretada como o processo, que segundo uma matriz de normas e regulamentos, orienta para a ação com o intuito de garantir a estabilidade, a confiança e a solidez de um sistema, assim como a eficiência do seu funcionamento^{10,19}.

Desta forma, é fundamental identificar conceitos com propósitos diferentes, tais como o conceito de *preceptorship*, com foco no processo de integração num contexto e que ocorre através da orientação regular e continua por um profissional experiente, centrado na socialização e no desenvolvimento de habilidades de um profissional menos experiente, o conceito de *mentorship*, que consiste numa orientação regular e contínua de um profissional experiente para a aprendizagem de um par menos experiente, relacionada com a aquisição de competências profissionais e de relacionamento interpessoal efetuada num contexto, e a *supervisão clínica* que através de uma orientação regular e continua é efetuada por um profissional experiente ou perito, com foco no desenvolvimento pessoal e profissional de um profissional menos experiente, através de processos colaborativos de reflexão sobre as práticas e experiências vivenciadas^{10,19,39}.

A supervisão como estratégia de acompanhamento de uma atividade é, pois, suportada por processos de regulação enquadrados por um referencial num determinado contexto e que quando operacionalizados por ações de monitorização e avaliação, permitem refletir, treinar e potenciar o desenvolvimento de novas competências pessoais, emocionais e profissionais, sem que ocorram sentimentos de vergonha e julgamento por parte dos supervisionados⁵⁴.

Nesta perspetiva, poderá ocorrer numa dimensão interativa assegurada pela promoção da qualidade das ações centradas na intervenção ou atividade em si mesma e no desempenho das pessoas, proporcionando um desenvolvimento participativo e estimulador da partilha do conhecimento entre os diferentes intervenientes, ou numa dimensão colaborativa, com visibilidade e intenção para a partilha de experiências baseadas na corresponsabilização, no acompanhamento e compreensão de si e dos outros⁵⁴⁻⁵⁵.

O termo de supervisão clínica em Portugal surge em 1982, como um processo da prática pedagógica relacionado com a prática docente, onde a orientação é efetivada por um profissional com competências pedagógicas e experiente, e cujo objetivo é monitorizar, avaliar e refletir sobre a atuação do futuro

profissional em contexto de prática pedagógica. Mais tarde, este termo veio a ser adotado para a prática de cuidados dos enfermeiros. Desta forma, a supervisão clínica visa apoiar, monitorizar e refletir sobre a atuação do enfermeiro no sentido da obtenção de níveis mais elevados de cuidados na transição do momento académico para a prática profissional e com foco na articulação dos conteúdos académicos na prática clínica. Surge também a ideia da supervisão clínica colaborativa como estratégia facilitadora do desenvolvimento pessoal, profissional e organizacional, pois permite diagnosticar, planear e implementar ações sustentadas e contínuas em processos de qualidade e segurança clínica, aumentando a eficácia e eficiência do processo com benefícios diretos para os clientes, para os profissionais e para as organizações ao longo do tempo^{23,54-57}.

A OE definiu a supervisão clínica como um processo no ganho de competências profissionais, analíticas e reflexivas as quais permitem de forma dinâmica, sistemática, interpessoal e formal a estruturação da aprendizagem, a construção do conhecimento e a decisão autónoma, na segurança e na qualidade dos cuidados de enfermagem⁴⁷.

Este processo de supervisão passa a ser mais amplo e a envolver não só a supervisão de profissionais em início de formação, mas também a supervisão de pares. Assim, a supervisão engloba formação e desenvolvimento profissional com ênfase na qualidade e adequação de cuidados inerentes às necessidades dos clientes em diferentes contextos, promove o desenvolvimento de competências específicas à prática da enfermagem, assim como um processo de desenvolvimento contínuo da profissão^{12,56-59}.

Um dos propósitos da supervisão clínica, é a construção de uma relação supervisiva para apoiar e proporcionar suporte aos enfermeiros no ganho de competências profissionais ao nível dos conceitos e procedimentos com impacto direto no seu desempenho, ao nível da tomada de decisão autónoma de acordo com padrões de qualidade predefinidos para uma prática segura e de excelência e com impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados dos profissionais e dos clientes; e ao nível da motivação e satisfação dos profissionais, racionalização de custos e gestão da qualidade, adotando uma cultura organizacional supervisiva^{16,21,32}.

No entanto, independentemente do contexto onde ocorra o processo de supervisão, devem ser considerados como princípios fundamentais: o tipo de modelo a adotar, a dimensão e componentes do processo, a efetividade e

benefícios ou ganhos da supervisão, as principais barreiras e a manutenção do processo supervisivo propriamente dito.

Há que realçar que os momentos fulcrais da supervisão são interdependentes, ou seja, por um lado é um processo de desenvolvimento que envolve formação e treino, coordenação, liderança e mediação; por outro envolve a gestão e compreensão dos resultados, o que implica a monitorização, regulação e avaliação contínua para a melhoria dos processos.

Modelos de Supervisão

Relativamente aos modelos de supervisão, estes podem ser categorizados em modelos de desenvolvimento, modelos psicoterapêuticos, modelos processuais e modelos de competências, sendo que o mais usual para as áreas clínicas, é o modelo de competências, pois associa os comportamentos e as atitudes ao desenvolvimento pessoal, conhecimento, aprendizagem, competências, procedimentos e padrões, e desenvolvimento profissional⁶⁰.

Nesta perspetiva de eficiência e apoio das equipas no ganho de competências, surge o conceito de supervisão clínica, como estratégia facilitadora de mudança de comportamentos e práticas, pois influencia, orienta e apoia de acordo com padrões de referência, através do desenvolvimento multidimensional de competências pessoais e profissionais dos intervenientes, para a obtenção de resultados desejáveis e contextualizados⁵⁸⁻⁶¹.

Os modelos de supervisão em enfermagem podem ser considerados como modelos sustentados na relação, modelos baseados na função ou modelos assentes no desenvolvimento humano, cumprindo de forma global cinco fases.

- | Fase 1- potencia a análise do objeto da prática;
- | Fase 2- promove a identificação da situação-problema e respetiva contextualização;
- | Fase 3 - incita ao planeamento de atividades com a aceitação dos envolvidos;
- | Fase 4 - estimula a implementação de ações devidamente explicitadas e acordadas;
- | Fase 5 - releva para a importância da avaliação e monitorização dos resultados e dos processos de supervisão.

Na enfermagem o modelo de supervisão mais comum é o de Bridget Proctor, que assenta num processo colaborativo formal de acompanhamento inter-relacional de pares, como facilitador na construção da identidade pessoal e profissional, que intervém ao nível formativo, normativo e restaurador, impulsionando desde a reflexão até à tomada de decisão autónoma para a melhoria da qualidade das práticas^{26,32,56}.

Relativamente à vertente formativa, esta é centrada no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e competências, que se expressa pela concretização de uma determinada tarefa com impacto ao nível pessoal e profissional de acordo com padrões pré-definidos. Esta vertente, tem como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades na resolução de problemas com espírito de equipa, o que potencia aprendizagens com impacto pessoal e profissional ao longo vida⁶²⁻⁶⁴.

Neste processo, é fundamental a capacidade de liderança na partilha do conhecimento e o acompanhamento e apoio do supervisor, para que o supervisionado desenvolva o pensamento crítico e reflexivo com ganho de aprendizagens e competências num determinado contexto^{27-28,45}.

Relativamente à vertente restaurativa ou de suporte, esta tem como finalidade, o reconhecimento positivo dos supervisionados para com o supervisor aquando do acompanhamento e apoio no seu desempenho. É uma vertente com uma forte componente motivacional, o que potencia relações interpessoais para a consciencialização e autoaperfeiçoamento de competências, o que implica o acompanhamento e incentivo do supervisor ao supervisionado para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, ganho de confiança e motivação da prática inerente à qualidade dos cuidados⁵⁵.

Neste processo o supervisor ajuda e apoia o supervisionado a entender o efeito e como lidar com a nova situação ou experiência, através da interpretação dos resultados obtidos. Ou seja, orienta o supervisionado para a autogestão, para o autoconhecimento e para a autoconsciência de habilidades de interação, cooperação e reflexão sobre a ação para a melhoria contínua da qualidade das práticas^{27,62-65}.

A vertente normativa ou administrativa, reflete a missão e visão, metas e políticas, padrões e estratégias da organização relacionadas com a avaliação da qualidade. Esta vertente proporciona um desenvolvimento integrado e orientado para evitar ou diminuir desvios às normas ou procedimentos por parte do supervisionado no momento da aprendizagem com a transformação do pensar e

do agir de acordo com padrões, contextos e necessidades. Ou seja, apoia a reflexão sobre a prática com ganho de saberes sobre procedimentos e protocolos, implicando por parte do supervisor uma visão global da prática e uma orientação dirigida ao supervisionado na evidência da prática com qualidade e segurança.

No processo de supervisão, os supervisores têm as suas expectativas focadas na empatia, na transparência, nas aprendizagens e no suporte aos supervisionados para o desenvolvimento de competências e saberes. Esta relação deverá ser construída numa base de confiança, promotora de momentos de partilha, orientação e planeamento de ações de melhoria, de forma a evitar sentimentos de constrangimento e exposição²⁷. No processo supervisivo, os comportamentos de proteção do supervisor e o desenvolvimento e autonomia do supervisionado ocorrem com a prática da reflexão-ação, como uma forma de transição e evolução do conhecimento e construção da prática^{54,56-58}.

Neste ambiente inter-relacional, a supervisão ocorre de acordo com o contexto e destinatários, o que permite refletir, monitorizar e avaliar as práticas atuais e definir estrategicamente intervenções com impacto na melhoria dos processos e indicadores, o que robustece a tomada de decisão autónoma responsável na transição da teoria para a ação⁶¹⁻⁶².

São definidos como pilares fundamentais da supervisão clínica:

- | o desenvolvimento entre pares, baseado na aprendizagem alargada na ação e nas intervenções de acordo com o objetivo da atividade, assim como a realização e responsabilidade de partilha do e no processo de tomada de decisão, independentemente dos papéis;
- | a atitude e perceção dos intervenientes sobre si e sobre os outros, pois o processo de interação entre pares num determinado contexto equilibra o desenvolvimento de competências que culminam na qualidade e excelência da atividade.

Nesta ótica, pode ser definida uma supervisão tradicional realizada pelos gestores das equipas, uma meta-supervisão (supervisão reflexiva dos supervisores sobre a sua prática) ou uma supervisão colaborativa de pares. Sendo que a supervisão colaborativa, implica o treino na formação supervisiva e o apoio dos pares no desenvolvimento de novas aprendizagens e competências⁶⁵⁻⁶⁷.

Desta forma, pode considerar-se que a essência da supervisão colaborativa de pares contextualizada e focada implica o desenvolvimento do profissional e a partilha de conhecimentos, poderes, responsabilidades e experiências, a favor de um processo formativo dinâmico e de ganho em competências interpares, o que aumenta o sentimento de pertença e o envolvimento da equipa na promoção e ganho organizacional no domínio da profissão de Enfermagem^{64-66,68-69}.

Dimensões e Componentes do Processo de Supervisão Clínica

Na supervisão clínica, como processo estruturado no apoio e suporte das práticas e com uma forte vertente para o ganho de competências, é fundamental considerar as diferentes dimensões e componentes do processo^{19,22-23}.

Nesse sentido, devem ser consideradas as seguintes dimensões:

- | A dimensão confiança, que tendencialmente aumenta com o relacionamento entre os diferentes intervenientes (supervisor, supervisionado e organização) e a capacidade de reflexão sobre a prática;
- | A dimensão assessoria, como um processo de apreciação e apoio dos supervisores aos supervisionados, focado no aconselhamento e orientação, tendo em conta as experiências vividas, crenças e valores;
- | A dimensão habilidades e autonomia na prestação de cuidados dos supervisionados, que globalmente aumenta com o envolvimento e a influência do supervisor no processo supervisivo;
- | A dimensão importância da supervisão clínica, que indica a importância de ser supervisionado e avalia se o processo supervisivo acrescenta valor na melhoria da qualidade das práticas;
- | A dimensão tempo, que define a importância da existência de tempo para que ocorra o aconselhamento regular e *feedback* construtivo sobre a prática e progresso das aprendizagens e competências;
- | A dimensão reflexão, para a evidência do ganho de competências sobre experiências clínicas complexas, por forma a promover a prática reflexiva e estruturar a aprendizagem da prática pelo esclarecimento de questões, assim como a resolução de contradições entre o resultado desejado e a prática real;

- | A dimensão pessoal, que permite através do apoio pelo supervisor alterar a maneira de pensar, de sentir e de agir.

Relativamente às componentes do processo, devem respeitar o modelo e o contexto em que está inserido, ou seja^{22-23,54}.

- | supervisão de grupo, que corresponde a um acompanhamento de mais de dois supervisionados em diferentes contextos clínicos;
- | supervisão individual que corresponde a um acompanhamento de um supervisionado em um contexto restrito;
- | supervisão de grupo de pares, onde os supervisores conversam entre si sobre tópicos profissionais a fim de definir soluções para situações da prática;
- | supervisão de equipa, que corresponde a um acompanhamento de vários supervisionados que compõem a mesma equipa em que o foco está nos objetivos de equipa;
- | supervisão sombra, que acontece quando um supervisionado -recém-contratado realiza um programa de integração;
- | supervisão presencial, que corresponde quando a supervisão ocorre durante a ação;
- | supervisão disciplinar cruzada, que acontece quando a supervisão ocorre no formato individual ou em grupo, sendo a situação abordada por mais de uma disciplina profissional.

Elementos da Supervisão

A dinâmica entre os elementos da supervisão, é o ponto principal para o sucesso de todo o processo, sendo que vai para além das teorias e conceitos de enfermagem, pois envolve e influencia as atitudes, valores, sentimentos e experiências dos profissionais com impacto no cuidado. É uma oportunidade para aumentar o autoconhecimento, o reconhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades e competências na eficiência dos cuidados, com o propósito de obter benefícios para o próprio profissional, para a equipa e para a organização.

No processo supervisivo são intervenientes principais, o supervisor ou profissional experiente que interage, partilha, influencia e orienta de forma efetiva outro profissional menos experiente ou supervisionado, no desenvolvimento de

competências, com o propósito de desenvolvimento com ganho de competências^{27-28,31}.

É um processo, que deve ser um fórum de reflexão de aspetos pessoais, interpessoais e profissionais, relativos à prática do cuidado, o qual ajuda e apoia supervisores e supervisionados a adotar uma atitude assertiva na resolução e na definição de estratégias necessárias e adequadas ao contexto por forma alcançar as metas definidas.

Como define a OE, o responsável pelo processo de supervisão deverá ser o profissional que detém o conhecimento concreto e um pensamento sistematizado no domínio da supervisão clínica e da disciplina da profissão demonstrada num contexto de atuação⁴⁷.

Uma das expectativas da supervisão em enfermagem implica a influência direta e significativa da competência dos supervisores e supervisionados ao nível da identidade pessoal e profissional acompanhada do desenvolvimento de novos conhecimentos. O supervisor tem como principal função definir regras, promover a discussão e reflexão da ação para potenciar o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais dos supervisionados^{19,28}.

O supervisor com a experiência profissional e de liderança de acompanhamento deve estimular o desenvolvimento de habilidades, amplitude e profundidade do conhecimento, com envolvimento e apoio aos supervisionados no reporte e entendimento dos objetivos e resultados advindos da avaliação da qualidade dos cuidados e assente no espírito de equipa e apoio mútuo no conhecimento e na competência. Contudo, para que o processo seja eficaz, é fundamental ter supervisores efetivos e focados na empatia, na transparência, nas aprendizagens e no suporte aos supervisionados como promotor de desenvolvimento de competências e saberes⁵⁶⁻⁵⁸.

Neste processo, o supervisor ajuda o supervisionado a entender o efeito e como lidar com novas situações ou experiências, através da interpretação dos resultados obtidos. De igual forma, promove o desenvolvimento da autogestão, do autoconhecimento e da autoconsciência incutindo no supervisionado o ganho de competências, habilidades de interação, cooperação e reflexão para a melhoria contínua das práticas.

Além das características interpessoais de confiança, honestidade e assertividade, o supervisor deverá ter competências analíticas do processo e do desempenho do supervisionado, por forma a dar *feedback* construtivo, sendo essencial^{19,27}:

- | competências clínicas, ou de conhecimento teórico-clínico baseado em evidências para incentivar à reflexão sobre a prática;
- | competências pedagógicas, que permitam o planeamento, formulação de objetivos mensuráveis e organização de sessões individuais ou de grupo. Estas competências facilitam o processo de aprendizagem com mudança de comportamentos e ganho de conhecimento e competências por parte do supervisionado ;
- | competências de gestão emocional, baseadas na comunicação, gestão de conflitos, motivação e liderança;
- | competências de autocritica, autoconsciência e autoavaliação.

Globalmente estas competências espelham as qualidades essenciais do supervisor, descritas como sendo os Quatro A's da supervisão clínica ^{19,24-27}.

- | **Available** (Disponível): demonstrado por comportamentos de recetividade, confiança, disposição e prontidão para mostrar compreensão perante a situação;
- | **Accessible** (Acessível): demonstrado por comportamentos facilitadores na abordagem e explanação de factos de forma livre, sensível e recetivo às necessidades dos supervisionados;
- | **Able** (Capaz): demonstrado por comportamentos efetivos de conhecimento e competências reconhecidas para comunicar e tomar decisões, consideradas como as melhores para o supervisionado , equipa e organização;
- | **Affable** (Afável): demonstrado por comportamentos afetivos e reconfortantes.

A relação entre supervisor e supervisionado habitualmente ocorre com base numa hierarquia, onde os supervisores são reconhecidos pela experiência, competência e promotores do desenvolvimento para os supervisionados. Para tal, é essencial estabelecer metas, regras e responsabilidades claras de acordo com o esperado, e simultaneamente, gerir as expectativas dos intervenientes.

A relação deverá ser construída numa base de confiança por forma a promover momentos de partilha, orientação e planeamento de ações de melhoria e evitar sentimentos de constrangimento e exposição, sendo fundamental a existência de uma comunicação eficaz e eficiente.

Uma das técnicas de que pode ser utilizada para que a conversação aplicada na prática clínica seja eficiente segue o acrónimo *TACTFUL*⁴

- | T(hink) ou seja, “Pensar antes de falar” ;
- | A(pologize) ou seja, “Desculpar-se quando erra”;
- | C(onverse) ou seja, “Conversar, não concorrer”;
- | T(ime) ou seja, “Ter tempo para comentários”;
- | F(ocus) ou seja, “Foco no comportamento da pessoa e não na personalidade”;
- | U(ndercover) ou seja, “Evitar sentimentos ocultos”;
- | L(isten) ou seja, “Ouvir para que possa dar *feedback*”.

Relativamente aos supervisionados, estes devem ser envolvidos no processo de escolha do supervisor, como garantia do sucesso da prática supervisiva. Dado que é da responsabilidade do supervisionado ser recetivo à mudança, devendo desenvolver aprendizagens de acordo com o *feedback* recebido durante o processo de supervisão. Deve igualmente preparar-se para cada sessão supervisiva formal, dando *feedback* ao supervisor acerca do processo supervisivo, definindo um plano de ação para o ganho de competências e aprendizagens a desenvolver, de acordo com a gestão de tempo, sessões supervisivas e prática clínica. Contudo, na interação com o supervisor clínico, o supervisionado tem direito à confidencialidade, à opinião relativa ao supervisor, ao espaço para partilha de resultados da sua autorreflexão e autocrítica, podendo definir tópicos a serem discutidos nas sessões supervisivas e que estejam de acordo com os seus objetivos de desenvolvimento pessoal demonstrando sentimento de respeito pelos seus pares²⁶⁻²⁸.

Os supervisionados devem por um lado, percecionar de forma positiva o processo de supervisão como instrumento de colaboração e cooperação promotor de competências, de autonomia e de relação interpessoais, por forma a empoderarem-se a par com o supervisor, em momentos de discussão, de partilha de ideias, de *feedback* construtivo, na monitorização e avaliação da prática de acordo com as suas necessidades²³. E, por outro lado, ter disponibilidade e motivação para o envolvimento interpessoal, para o desenvolvimento da prática reflexiva e tomada de decisão na construção de uma identidade profissional.

Efetividade

A efetividade ou legitimidade da prática da supervisão clínica, é outro elemento fundamental, que depende diretamente da cultura organizacional e do envolvimento e características pessoais e profissionais dos intervenientes⁶⁷⁻⁶⁹.

A interação entre os diferentes intervenientes, de acordo com as competências interpares e contextos, torna possível dar significado e valor à operacionalização das ações de melhoria e mudanças de práticas³⁰⁻³². Contudo, para legitimar a prática supervisiva nas organizações, é essencial estimular e desenvolver as equipas para uma prática reflexiva baseada na evidência e partilha de saberes entre pares, por forma a envolvê-los na definição de estratégias de ações de melhoria adequadas às necessidades e ao contexto e, consequentemente, adotar as melhores práticas de cuidados²⁰.

É estratégico definir as funções dos principais intervenientes no processo supervisivo - organização, supervisor e supervisionado - onde estejam espelhados os direitos e as responsabilidades de cada um para que se estabeleça desde o início uma relação de confiança e de respeito⁶¹⁻⁶². Assim, a organização deve considerar a supervisão clínica como uma atividade de aprendizagem formal benéfica, quer para o desenvolvimento profissional coletivo de equipas competentes, quer para o desenvolvimento das lideranças na melhoria da eficácia da prática dos cuidados no cumprimento de indicadores de qualidade e segurança clínica.

Manutenção

Na manutenção da supervisão clínica devem ser consideradas as expectativas dos supervisores, a valorização e preconceitos do processo, a liderança contínua, motivação e compromisso. Assim como, o impacto da supervisão para a reestruturação organizacional, tendo em linha de conta sobretudo os obstáculos ao processo supervisivo, tais como, o número adequado de supervisores experientes e treinados, o envolvimento e motivação do supervisionado s e a aceitação formal do processo supervisivo pela organização. Contudo, é fundamental esclarecer nos intervenientes do processo a diferença entre uma supervisão satisfatória ou uma supervisão eficaz, ou seja, se o processo é para monitorizar a perceção do supervisionado relativamente ao seu progresso (influenciada por fatores pessoais do supervisor, do supervisionado e do contexto) ou, se o processo permite analisar o desenvolvimento pessoal e profissional, com

ganho de competências, reflexão da qualidade das práticas e as relações interpessoais entre supervisionado e supervisor⁶⁰. Para o sucesso e manutenção da supervisão clínica, é estratégico definir as funções dos principais intervenientes no processo superviso — organização, supervisor e supervisionado — onde estejam espelhados os direitos e as responsabilidades de cada um, de modo a contribuir, desde o início, para uma relação de confiança e de respeito promotora do desenvolvimento de competências que contribuem para a qualidade das práticas dos cuidados⁷⁰.

3. Qualidade em Saúde

A perspetiva de desenvolvimento da gestão da qualidade sempre esteve presente nas sociedades, pois é algo que independente da necessidade existe a tendência para a procura constante da melhoria.

A Qualidade em saúde tem como propósito atingir o melhor resultado com o mínimo risco e a máxima satisfação do cliente no processo de saúde tendo em conta os fatores internos e externos, garantindo que cada individuo recebe cuidados de diagnóstico e terapêutica adequados.

No que diz respeito ao conceito para a qualidade do cuidado, este tem evoluído ao longo dos anos existindo a necessidade de definir estratégias e objetivos macro, por forma a avaliar, monitorizar e implementar ações de melhoria contínua contextualizadas. Estas estratégias e objetivos são baseadas em conhecimento científico e centradas no cliente, sendo essencial que os intervenientes do processo percecionem a qualidade de excelência como tangível, confiável, oportuna, equitativa e eficiente⁷¹.

A definição de qualidade, está diretamente relacionada com um propósito apresentado sob a forma de atitude ou comportamento, num contexto específico e perante uma situação ou fenómeno, sendo interpretada como um processo sistemático com resultados e consequências para o profissional, organização e sociedade. Ou seja, para o profissional, encaminha para o ganho de competências de desempenho profissional com impacto a nível organizacional, a organização cumpre de forma ética o dever de assegurar uma qualidade de cuidados de acordo com os padrões de qualidade e para a sociedade indo ao encontro das necessidades dos cidadãos mais exigentes, e com maiores expectativas relativas à saúde e aos cuidados que lhes são prestados. Ao ter como ponto de partida recursos disponíveis, para alcançar os maiores benefícios com os menores riscos

possíveis, a qualidade em saúde promove a cadeia de valor em saúde e cumpre quer os aspetos éticos quer as exigências legais de qualidade nos serviços de saúde.

É a partir da gestão da segurança e qualidade que se analisa pela positiva a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde (os êxitos), identificando e disseminando boas práticas o que promove uma cultura proactiva para a melhoria continua e uma responsabilidade coletiva^{9,71}.

A cultura de segurança nas organizações de saúde deve por isso, garantir a qualidade das práticas de acordo com padrões de qualidade, segurança através de relações de confiança, compromisso e proximidade intra-equipas e inter-equipas⁷⁴ tornando-se, assim, estratégico para o sucesso, reconhecimento e acreditação de práticas centradas no cliente com eficiência e efetividade⁷²⁻⁷³.

Em termos globais e de acordo com as diferentes abordagens da qualidade, esta pode ter o seu foco no controle do processo, na análise dos resultados ou na análise das consequências. Com o reconhecimento do conceito de qualidade como uma disciplina do conhecimento, o foco da qualidade em saúde tornou-se mais abrangente. Assim os focos passam a centrar-se no processo de controle, na relação com o cliente e na promoção da melhoria contínua como um fator distintivo da eficiência do processo. Esta nova visão implica a satisfação e envolvimento dos atores, o desenvolvimento da aprendizagem das equipas e a evolução de uma cultura de organizacional a longo prazo⁷²⁻⁷⁴.

A Gestão da Qualidade para a melhoria continua, assenta nas dimensões de Efetividade, Adequação técnico-científica, Eficiência, Eficácia, Aceitabilidade, Satisfação, Acessibilidade e Equidade⁷¹. Este conjunto de atividades integradas e planeadas garante que se inicia a medição do nível dos cuidados prestados, definidos em termos de critérios de eficiência, efetividade, adequação técnico-científica e aceitabilidade visando uma introdução continuada de medidas corretivas, apontadas à obtenção de um processo de gestão de qualidade com mais ganhos em saúde e direcionada para o aumento da satisfação dos profissionais na construção de medições subsequentes.

Este processo deve ser encarado como um método de gestão da qualidade e uma prática institucional, pois pertence a toda a organização e o seu sucesso está dependente das expectativas do cliente, do custo direto ou indireto da sua implementação e do impacto que vai ter nos resultados. O princípio para a melhoria contínua deve assentar na abordagem sistémica da gestão por processos, desenvolvida através de uma atitude de liderança com relações benéficas e

envolvimento das pessoas, de forma a assegurar a tomada de decisão centrada nas necessidades reais do cliente. A sua eficiência e competitividade dependem assim do planeamento, da *performance*, do processo propriamente dito, do controle do mesmo e das equipas para operacionalizar as ações de melhoria continua. Estes são fatores essenciais e que contribuem para a mudança de comportamentos e atitudes dos profissionais^{73,75}.

A qualidade é sempre o que é percecionado por quem vai consumir algo, variando de acordo com as causas e resultados, impulsionando a gestão da mudança. A forma autónoma, planeada e controlada de gestão da qualidade deve ter como foco as necessidades do cliente ou produto e utilizador, pois é através do envolvimento dos intervenientes que é definido o sucesso ou insucesso do processo da qualidade propriamente dito. Contudo, para que ocorra a gestão da mudança no processo de qualidade dos cuidados é essencial o controle como garantia da melhoria contínua, por forma a que as ações desenvolvidas ocorram e se traduzam em valor para os destinatários. Sendo que a relação entre o cliente e a expectativa de qualidade do processo tem por base o desempenho, os atributos, a segurança ou fiabilidade, a conformidade, a atratividade e satisfação dos cuidados de enfermagem prestados⁷⁶.

O controle ocorre através da avaliação onde são definidos objetivos para analisar as necessidades dos clientes, fixar objetivos mais ajustados a essas necessidades, identificar oportunidades de melhoria, descrever as especificações dos serviços prestados, avaliar desvios de procedimentos ou dos padrões existentes e identificar disfunções, erros ou falhas. Nesta avaliação é fundamental que os intervenientes identifiquem e classifiquem as ações com potencial de melhoria para que ocorra o cumprimento de conformidades ou produção de resultados com criação de valor ou grau de excelência⁷⁶⁻⁷⁷.

Considerando, os potenciais limites de controle do processo, ou seja, os resultados poderão variar de acordo com a origem e a influência de causas externas e internas do próprio processo. Portanto, a avaliação em saúde traduz-se por indicadores de representação quantitativa e qualitativa, de características e propriedades de uma dada realidade centrada no cliente que seja capaz de medir até que ponto uma determinada necessidade foi ou não satisfeita, e acima de tudo, como foi satisfeita⁷¹.

Esta avaliação da comparação da situação real com a situação ideal ou modelo de qualidade que se deseja alcançar, produz-se na estrutura, no processo ou nos resultados de uma instituição ou grupo de profissionais.

Os indicadores de estrutura dizem respeito ao modelo organizacional, instalações e equipamentos. Os indicadores de processo, têm o seu foco na prática de acordo com padrões e *guidelines* com impacto ao nível do desempenho, ao nível relacional e ao nível técnico-científico. Os indicadores de resultados focam-se na mudança da prática de cuidados e no comportamento, e expressam-se através de *outputs* e *outcomes*¹⁻³.

A gestão da mudança para a ação, deverá ter em linha de conta lideranças competentes, uma cultura inovadora, participativa e colaborativa, uma política de recursos humanos, assim como instrumentos de informação e comunicação centrados nos resultados em saúde (custo-efetividade/custo-utilidade) relacionando-os com os contextos e com os fatores causa-efeito. Contudo, para que exista impacto e desenvolvimento da qualidade é necessário a formação e alinhamento das equipas na resolução dos problemas identificados e o envolvimento da organização⁷⁷.

Independentemente das abordagens efetuadas, a linha orientadora e estratégica para o desenvolvimento da gestão da qualidade deve estar alicerçada ao nível do conhecimento, da aplicabilidade de ferramentas e ao nível dos valores organizacionais. A aplicabilidade de ferramentas de controle como as auditorias de monitorização e acompanhamento contínuo, promovem uma cultura de compromisso na melhoria contínua do processo de qualidade institucional⁷¹. Ou seja, o conhecimento das necessidades e oportunidades de melhoria permite que se definam metas de acordo com os contextos, se planeie formação e treino das equipas para a rápida implementação das ações, e se fomente a partilha e reconhecimento dos resultados¹⁻².

Ao considerar a prática baseada na evidência e o ciclo para a melhoria da qualidade, é possível definir três princípios fundamentais: *Saber o quê?* (qual o objetivo e o que estamos a tentar atingir?), *Saber como?* (através de indicadores medir se a mudança é uma melhoria?) e *Fazer como?* ou gestão da mudança (que mudanças podemos fazer?).

Para que este processo aconteça é necessário a recolha e análise de evidências que permitam identificar o problema, planear medidas a tomar ou alterações a introduzir, aplicação de medidas corretivas, reavaliação dos resultados e *feedback* contínuo à equipa.

Há que realçar que a avaliação da qualidade numa perspetiva de melhoria continua deve ter, desde o início, um conjunto de pressupostos que evitem fragilidades ou não conformidades do processo, tais como:

- | Medir *indicadores*, sem estabelecer a prioridade e a hierarquia;
- | Medir *sistemas organizacionais específicos* e não associar às estratégias globais;
- | Medir *para controle* (controle das metas em vez de enfoque na melhoria);
- | Medir *para cortar custos*, em vez de melhorar o desempenho e a qualidade;
- | Medir *o previsto com o realizado* (controle de prazo/cronograma de produção);
- | Medir *para descobrir erros* (com objetivo de punir);
- | Medir *sem enfoque nas satisfações das pessoas* (com foco principal no produto ou no processo);
- | Medir *sem considerar o comportamento da variabilidade e o método estatístico* do indicador;
- | Medir *sem considerar o progresso ou melhoria*, de forma sistemática e integrada;
- | Medir *coisas não importantes* (medir somente os dados);
- | Medir dados incorretos e/ou ignorar os dados fundamentais.

Em 2015 a DGS definiu como estratégia nacional para a qualidade na saúde 2012-2020 um conjunto de prioridades (despacho nº 5613/2015, de 27 de maio) como fio condutor das organizações no sentido da promoção, implementação e manutenção da qualidade contínua e melhoria dos processos.

De modo a assegurar a implementação das medidas referentes à segurança do cliente e à qualidade da prestação de cuidados de saúde, foi publicado o Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro que, entre outros aspetos, determina que a missão da Direção-Geral da Saúde (DGS) é planejar e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde. A avaliação do PNSD 2015 -2020 estabeleceu a melhoria da qualidade clínica e organizacional de forma a reduzir a variabilidade da prática clínica, assegurar e verificar níveis da qualidade dos procedimentos, implementar mecanismos de controle, identificar e disseminar boas práticas e auditar regularmente os critérios da qualidade e segurança a cumprir (prioridade 1). Promoveu também a adesão a normas de orientação clínica pela prática reflexiva e realização sistemática de auditorias clínicas para a avaliação dos resultados e verificação do grau de conformidade de aplicação das normas e procedimentos (prioridade 2).

O PNSD 2015 -2020 reforça ainda, a segurança clínica através da definição de objetivos estratégicos e de mecanismos de controle na melhoria do reporte de efeitos adversos (prioridade 3), incentivando à monitorização permanente da qualidade e segurança clínica e organizacional (prioridade 4), com reconhecimento da qualidade das organizações (prioridade 5), informando de forma transparente (prioridade 6).

Esta estratégia foi determinante na elaboração do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras e incluir contextos específicos no domicílio e a tele saúde. É suportado por cinco pilares, objetivos estratégicos e proposta de acompanhamento contínuo em função das necessidades de implementação e monitorização.

O Pilar 1 definido como cultura de segurança institucional determina o compromisso, o estilo e a ação relativa às questões da segurança do cliente, de acordo com valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo. Apresenta como objetivos estratégicos:

- | Promover a formação dos profissionais de saúde, tendo como meta em 2026, que 95 % das instituições apresentem planos de formação anuais multiprofissionais na área da segurança do cliente;
- | Avaliar a cultura de segurança, através da atualização do modelo de avaliação da cultura de segurança, tendo como meta em 2026, a implementação do questionário de Avaliação da Cultura de Segurança em 95 % das unidades prestadoras de cuidados de saúde;
- | Aumentar a literacia e a participação do cliente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados, tendo como metas em 2026 pelo menos, uma ação de sensibilização anual dirigida aos clientes, famílias e cuidadores em 90 % das instituições prestadoras de cuidados de saúde.

O Pilar 2 contempla a liderança e governança e tem como prioritário, o desenvolvimento e criação de condições para uma cultura centrada na segurança. Foi definido como objetivos estratégicos:

- | Garantir o envolvimento dos órgãos de gestão e das lideranças, na implementação do PNSD 2021-2026, tendo como meta em 2026 a evidência de indicadores da segurança do cliente em 70 % das instituições hospitalares;
- | Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do cliente, a nível nacional, regional e local.

O Pilar 3 diz respeito à comunicação efetiva ao longo do ciclo de cuidados, com destaque para a transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde. Foi definido como objetivos estratégicos:

- | Otimizar a comunicação intra e interinstitucional, por meio de ferramentas digitais na divulgação e utilização de normas/orientações, instrumentos de boas práticas e de gestão;
- | Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados seguros, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde, tendo como metas para 2026 a possibilidade de monitorização e realização de auditorias internas ao processo de comunicação na transição da prestação de cuidados de saúde em 90 % das instituições de prestação de cuidados;
- | Adequar a comunicação da informação clínica ao cliente, família e cuidador, com a evidência e monitorização da utilização do consentimento informado, livre e esclarecido na comunicação clínica. Tendo como metas para 2026 que 85% das instituições com mecanismos de avaliação e monitorização consiga auditar a perceção do cliente sobre o consentimento informado, livre e esclarecido, bem como da informação transmitida.

O Pilar 4 diz respeito à prevenção e gestão de incidentes de segurança do cliente, através de sistemas de notificação de incidentes de segurança, que promovam a aprendizagem e a implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva e de melhoria contínua. Foi definido como objetivos estratégicos:

- | Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do cliente e proteção do notificador;

- | Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do cliente.

Sendo definidas como metas para 2026, a possibilidade de auditoria e de monitorização e *feedback* dos incidentes de segurança reportados.

E por último o Pilar 5 referente a práticas seguras em ambientes seguros, ou seja, a efetividade dos cuidados tem impacto nos resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança. Desta forma, foram identificadas algumas causas que poderão condicionar esses mesmos resultados tais como, os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais, o planeamento do trabalho, a existência de ferramentas e instrumentos, o desenho e confiabilidade dos processos. Foram definidos como objetivos estratégicos:

- | Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados, tais como, ferramentas digitais para práticas seguras; uniformização da utilização de ferramentas de monitorização do risco de segurança dos cuidados nos diferentes níveis de cuidados, onde foi estabelecido como meta para 2026 que 90% das instituições prestadoras de cuidados de saúde utilizassem ferramentas de controle e monitorização da prática segura;
- | Monitorizar a implementação de práticas seguras, através de normativos no âmbito da segurança do cliente; auditar, as práticas seguras com metas para 2026 de que 90% das instituições de saúde tenham estratégias definidas para a implementação de práticas seguras e 90% com auditorias internas anuais realizadas e relatórios publicados em site institucional;
- | Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM) através da adesão à estratégia multimodal em precauções básicas de controlo de infeção, de acordo com o preconizado pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA); implementação dos programas de vigilância epidemiológica do PPCIRA para as IACS; implementação e monitorização das *bundles* de prevenção de IACS; implementação do Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA).

Tendo como metas para 2026 que 95% das unidades hospitalares possuam vigilância epidemiológica de IACS, CAM e RAM; que 95% das unidades hospitalares tenham implementado o PAPA; que 95% das unidades de saúde adiram ao primeiro momento da higiene das mãos;

- | Promover a telessaúde segura através da elaboração e implementação de um normativo sobre telessaúde, garantindo as boas práticas no âmbito da segurança do cliente, tendo como metas para 2026 a publicação da norma sobre telessaúde.

Nesta perspectiva de desenvolvimento e excelência da qualidade clínica é primordial o foco no cliente, a liderança consistente e alinhada, a orientação para os resultados, o desenvolvimento e envolvimento das equipas para uma aprendizagem contínua ao nível da inovação, responsabilidade e desempenho.

Tal como descritos nos Estatutos da Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde, Artigo 13.º da Portaria n.º 306-A/2023 de 12 de outubro, é fundamental:

- | Dinamizar programas na área da promoção da segurança do cliente, para a melhoria da prestação de cuidados em áreas relevantes da saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, emitindo normas e orientações organizacionais e clínicas;
- | Promover e coordenar o desenvolvimento, implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde, em articulação com a DGS, no âmbito das respetivas competências;
- | Apoiar a certificação e acreditação, em articulação com a DGS, na divulgação da qualidade da prestação de cuidados de saúde nos cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados e paliativos, coordenando o sistema de qualificação das unidades de saúde;
- | Promover a avaliação sistemática da satisfação, designadamente através da realização de inquéritos aos beneficiários, clientes e profissionais de saúde;
- | Assegurar o alinhamento da governação clínica institucional com a governação de saúde, considerando as recomendações do Plano Nacional de Saúde (PNS).

Contudo, a mudança e a ação para a mudança devem estar assentes em referenciais, tais como a Lei de Bases da Saúde, PNS 2030, PNSD 2021-2026, normativos legais e técnicos das profissões. Especificamente para a enfermagem, estes referenciais devem ter em consideração o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)¹³; o Código Deontológico do Enfermeiro¹⁴; os Padrões de Qualidade Gerais dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e do Enfermeiro Especialista⁷⁸⁻⁷⁹.

Por sua vez a OE definiu padrões e enunciados de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, incentivando à implementação de sistemas de qualidade como estratégia na melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, reforçando a necessidade de uma prática profissional reflexiva e sistemática pelo ganho de competências^{12,35}.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem têm como pretensão a reflexão e observância sobre as práticas de forma regular apelando ao acompanhamento da prática, no sentido de promover o exercício profissional da enfermagem.

Quanto aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional desenvolveu um instrumento orientador e representativo dos cuidados de enfermagem, que cumpre a natureza dos domínios, subdomínios, intervenções de enfermagem e resultados mínimos ou aceitáveis e que assenta em seis categorias (satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, e organização dos cuidados de enfermagem) de cuidados apoiando no desempenho da prática³⁵.

Também o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) considerou que a qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objetivos, delinear estratégias e evidenciar os resultados utilizando uma linguagem e uma terminologia comum incentivando à investigação na mudança de práticas. Para tal, desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática da enfermagem (CIPE) que categoriza atividades (domínios), diagnósticos (subdomínios), intervenções (classes) e resultados de enfermagem que permitem o planeamento e concretização de cuidados e facilitam a sua documentação nos registos de enfermagem⁸⁰.

Contudo, o desenvolvimento organizacional só é possível se existir o envolvimento dos profissionais na implementação de mecanismos de controle os quais permitem planear, monitorizar, estabelecer prioridades, implementar ações de melhoria contínua e avaliar de acordo com padrões e indicadores de referência de qualidade clínica na concretização de objetivos e resultados. A evidência de

indicadores advindos da monitorização dos processos sensibiliza os profissionais para dados objetivos, apoiando e orientando a avaliação comparativa de indicadores na reflexão sobre os resultados, uniformiza práticas, analisa o processo de cuidados subaproveitados e aperfeiçoa competências para a melhoria contínua da qualidade⁷⁵.

Um modelo de gestão de qualidade centrado nas práticas deve assentar numa liderança forte, sendo primordial que as soluções sejam definidas por quem é parte integrante para que desde início o processo seja coletivo e de responsabilidade partilhada, por forma a promover a integração de processos, valores e padrões que potenciem a autonomia, corresponsabilização e partilha de saberes que influenciam direta ou indiretamente a qualidade das práticas dos cuidados de enfermagem⁷⁷. Assim, o desafio constante das organizações é criar e implementar uma cultura de avaliação da qualidade das práticas, alinhada com uma estratégia de qualidade e segurança evidenciada por indicadores de melhoria da estrutura, dos processos e dos resultados.

Ao aderir ao processo da qualidade centrado na segurança clínica há que respeitar princípios que evidenciem a prática de cuidados de alta qualidade impulsionados pela experiência dos profissionais com criação de valor ao longo do ciclo de cuidados^{1-2,81}.

São considerados como princípios:

- | A organização da equipa multidisciplinar na uniformização das práticas através da implementação de planos, procedimentos e protocolos multidisciplinares tendo em consideração o processo de monitorização e a análise dos resultados relevantes para as melhores práticas;
- | A uniformização de práticas e tomada de decisão pela multidisciplinaridade dos cuidados fundamentada na prática baseada na evidência e na melhoria contínua da qualidade tem como vantagens a melhoria dos resultados, melhor previsibilidade de custos e possibilidade de *benchmarking* entre tratamentos e investigação clínica;
- | A medição de resultados para estratificação de risco, o cumprimento de indicadores estruturais (centrados *em standards*) e indicadores de processo (centrados nas áreas com maior impacto na situação atual);
- | Por último, a avaliação e tratamento dos *outcomes* clínicos relevantes ou com impacto a longo, médio e curto prazo nas práticas e no

conhecimento. Este conhecimento proporciona *inputs* e acrescenta valor para a prática dos cuidados, estimula à mudança de comportamentos e cria valor.

A gestão da qualidade clínica torna-se, pois, determinante ao permitir avaliar as necessidades do cliente e definir intervenções de enfermagem adequadas à situação reorientando os profissionais para uma prática segura baseada na evidência de conformidades mensuráveis no cumprimento de padrões de referência^{1-2,77}.

4. Auditoria Clínica e Excelência na Prestação de Cuidados

Uma das ferramentas mais usuais de monitorização e efetivação do processo de qualidade com evidência de cumprimento de padrões é a realização de auditorias às práticas dos cuidados de enfermagem.

O conceito de auditoria habitualmente é percecionado como um processo com conotações de policiamento e punição associado ou liderado por gestores organizacionais. Contudo, este paradigma tem sofrido ao longo do tempo uma mudança, ou seja, está cada vez mais a ser percecionado como uma estratégia de criação de valor ao nível ético e de integridade profissional com ganho de competências⁸¹. A auditoria à qualidade clínica é apoiada na evidência como sendo um processo sistemático, independente e documentado, que avalia objetivamente evidências ou resultados no cumprimento de critérios e conformidades de acordo com exigências regulamentares, avalia a eficácia e promove ações ou oportunidades de melhoria contínua^{3,9,83}. Em termos globais, esta mudança de paradigma permite a independência e a materialidade de um modelo de governação, o qual possibilita por um lado o controlo do risco de ameaças e oportunidades, e por outro, a tomada de decisão consensual com multidisciplinaridade para uma prática baseada na evidência e uniformização dos cuidados na melhoria da qualidade.

Para tal, devem ser considerados como princípios éticos fundamentais^{1,3}:

- | Integridade, que engloba comportamentos de diligência e de responsabilidade para desenvolver e proteger o valor organizacional;
- | Beneficência, que engloba comportamentos de obrigação de agir em benefício do outro;

- | Autonomia, que engloba comportamentos de respeito pelos direitos das escolhas dos outros;
- | Zelo profissional, com aplicação de diligência e discernimento;
- | Independência, imparcialidade e objetividade das conclusões com verdade e rigor alinhando a translação dos resultados e do conhecimento;
- | Não maleficência, que engloba comportamentos de obrigação de disponibilizar ao outro os recursos necessários de acordo com as escolhas;
- | Competência na área a auditar;
- | Objetividade e Imparcialidade, de não conflito de interesses, perante a divulgação de todos os factos materiais;
- | Confidencialidade ou segurança da informação, através da prudência no uso da informação adequando e assegurando a idoneidade dos dados, não utilização da informação em benefício próprio;
- | Cuidado profissional na aplicação de diligências e de discernimento no decorrer da auditoria, com o devido cuidado na realização das tarefas, e na capacidade para fazer juízos fundamentados;
- | Cumprimento da abordagem baseada em evidências (com conclusões fiáveis e reproduzíveis num processo sistemático com envolvimento das equipas) ou abordagem baseada no risco (ter em consideração os riscos e as oportunidades alinhando o esforço com o objetivo), garantindo a elegibilidade de uma amostra significativa e de uma monitorização permanente (competências e privilégios de registo).

A par dos princípios éticos devem ser considerados os eixos éticos, ou seja:

- | A possibilidade de todos os profissionais participarem, sendo que a inclusão e envolvimento dos profissionais, vai para além do dever de responsabilidade da boa prática ou segurança, por forma a maximizar as competências e o conhecimento;
- | Assegurar que, num programa de auditoria focado na prática e na melhoria continua da qualidade dos cuidados todos os serviços devem ser envolvidos, pois o envolvimento dos intervenientes é essencial;

- | A sistematização das prioridades de forma abrangente, identificando os recursos, fatores internos e externos, riscos e segurança dos clientes com criticidade, e ser autocrítico;
- | O cumprimento do princípio da justiça dos clientes maximizando as competências do saber estar, a gestão do processo com respeito, transparência e isenção de informação, maximizando as competências do saber fazer.

Quando é abordado o processo de auditoria é fundamental que os conceitos sejam claros e objetivos, ou seja, todos os envolvidos no processo devem ter conhecimento da terminologia e dos diferentes elementos envolvidos¹⁻³.

Relativamente à terminologia aplicada, deverá estar claro o que significa uma conformidade ou não conformidade (satisfação ou não de um requisito), um requisito (necessidade ou expectativa expressa, geralmente implícita ou obrigatória), uma evidência objetiva (dados que dão suporte à existência ou à veracidade de algo), uma evidência de auditoria (registros, afirmações factuais ou outra informação relevante para os critérios da auditoria e verificáveis), as constatações da auditoria (resultados da avaliação das evidências de auditoria recolhida face aos critérios) e as conclusões da auditoria (resultado final de uma auditoria após serem tidos em consideração os objetivos da auditoria e todas as constatações da auditoria).

Relativamente aos elementos envolvidos na auditoria, devem ser considerados, o auditor (pessoa com competência para realizar uma auditoria), o auditor coordenador (pessoa com competência para gerir e liderar uma auditoria), a equipa auditora (um ou mais auditores que realizam uma auditoria), o perito técnico (pessoa que fornece um conhecimento específico ou especializado à equipa auditora (não participa como auditor), e o observador ou auditor em formação (pessoa que pretende obter a qualificação de auditor e que participa na auditoria sob supervisão e orientação do auditor coordenador)⁸⁴.

A aplicabilidade da auditoria como ferramenta de controle eficaz e eficiente da qualidade clínica torna-se assim, um processo explícito e sistemático ao longo do tempo⁸⁵ despoletando simultaneamente a reflexão para a transformação e manutenção da qualidade, sendo a ação transformadora do pensar e agir na implementação de estratégias efetivas e com transparência do processo. Ao reger-se por princípios de integridade, confidencialidade e independência é essencial que os intervenientes sejam envolvidos na definição da estratégia centrada no cliente,

por forma a que a avaliação do processo seja sustentada no conhecimento científico e ocorram mudanças de práticas e comportamentos.

Um dos modelos mais usuais para a mudança das práticas de enfermagem, baseia-se no ciclo de *Deming*, (Figura 2). o qual define quatro etapas em constante interação.



**Figura 2 - Ciclo de Auditoria PDCA
Adaptado do Ciclo de *Deming***

Ou seja, a identificação e priorização (*O que medir?*), a implementação de ações contextualizadas (*Como agir?*), a monitorização (*Como medir?*) e a avaliação de resultados (*Como reavaliar?*), evidenciada pelo cumprimento de conformidades ou indicadores, de acordo com padrões centrados na qualidade e segurança do cliente^{63,74}.

O Ciclo de Auditoria usualmente aplicado no processo de melhoria continua, é constituído por quatro pilares — *Plan, Do, Check e Act*

O processo, vai para além da monitorização do processo, pois existe a clara intenção por um lado, de consciencializar os profissionais para a importância da qualidade e segurança com impacto direto nos clientes e, por outro, promover a mudança de práticas com ganho de competências através da partilha de saberes e experiências, e reflexão crítica sobre as práticas em diferentes contextos clínicos⁷¹⁷¹.

No pilar *Plan* (P) de preparação e planeamento, serve o propósito de identificar o problema (Figura 3), facilitado a planificação e a métrica, e que torna possível a monitorização e correção das práticas, através da implementação de ações de acordo com fragilidades, com posterior avaliação e a validação de indicadores de efetividade, eficiência e transparência do processo⁸¹ onde devem ser definidos:

- | Os elementos essenciais: auditores e as suas características, local de preparação e reflexão; grelha de auditoria de acordo com o contexto e o objetivo, tendo em consideração se é para melhorar, aumentar, garantir, assegurar ou para mudar comportamentos e práticas;
- | O modelo de acordo com os indicadores de estrutura, processo e resultado. Ou seja, os indicadores de estrutura diz respeito, a atributos, necessidades ou recursos com impacto nos cuidados (*define o que preciso?*), indicadores de processo, com foco na ação, tomada de decisão e centrado na comunicação, conhecimento e intervenções, para ajudar a equipa a focar-se nas ações (*define o que faço?*) e indicadores de resultado, para medirem a ação e as intervenções no concreto, o status ou níveis de conhecimento, e a consequente mudança das práticas com impacto nos clientes (*define o que espero que aconteça como resultado?*)



Figura 3- Ciclo de Auditoria - Pilar *Plan*
Adaptado do Ciclo de *Deming*

Esta evidência na obtenção de indicadores decorrentes da prática que relaciona o impacto no cliente e a expectativa de qualidade, conduzem à mudança de práticas e comportamentos dos profissionais com desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Os indicadores são fundamentais para avaliar os processos da qualidade dos cuidados com impacto direto no cliente, mas devem servir a prática clínica na melhoria contínua dos processos e na procura permanente da excelência no exercício profissional⁷⁴⁻⁷⁶. É, pois, fundamental considerar como linha orientadora do processo as características e competências da equipa ao nível pessoal e profissional, ao nível da formação (treino e experiência do enfermeiro e qualidade dos cuidados), ao nível das pré-condições para o cuidado (com recursos adequados ao ambiente físico), e ao nível do progresso do processo da continuidade dos cuidados prestados.

O pilar *Check* (C), diz respeito à metodologia ou planeamento de recolha, análise de dados e relatório (Figura 4).

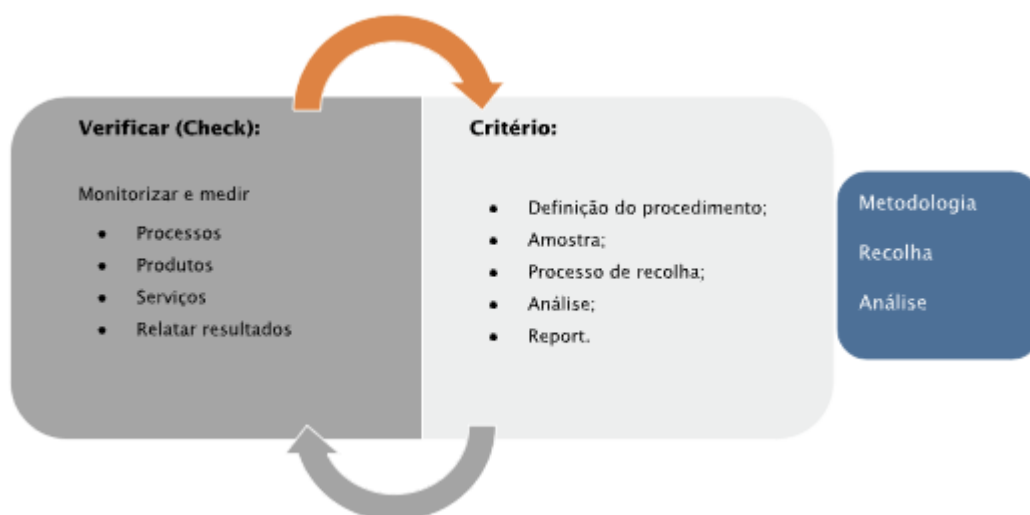


Figura 4- Ciclo de Auditoria - Pilar *Check*
Adaptado do Ciclo de *Deming*

Relativamente ao planeamento da recolha de dados independentemente do formato qualitativo ou quantitativo, este deverá ter em conta a escolha dos itens a auditar, a ferramenta de recolha, a tipologia de dados (retrospectivo ou prospetivo), a identificação da população e a amostra representativa e aleatorizada (para o cálculo com 95% de confidencialidade).

Na recolha de dados propriamente dita, poderá ser considerada a modalidade retrospectiva (no processo/registos clínicos); e/ou prospetiva (no momento), assim como o período de recolha: planeado/cronograma.

Quanto à análise, nesta deve constar a preparação de dados para posterior interpretação, de acordo com os padrões e critérios. Por último, o relatório, poderá ser retrospectivo ou prospetivo, contudo deverá ter uma apresentação: simples, clara e completa; compreensível e imparcial; rigorosa e objetiva; gráfica, tendo como tópicos essenciais, o:

- | Âmbito para descrever os objetivos da auditoria, período; atividades auditadas; e atividades relacionadas não auditadas;
- | Natureza e extensão da auditoria desenvolvida;
- | Sumário dos resultados por nível de *performance*, com evidência dos valores desviantes ou não conformidades, assim como os factos detetados e analisados;

- | Recomendações fundamentadas quanto ao critério (“*o que deve ser*”), condição (“*o que é*”), a potencial causa e efeito e planos de ação de melhoria continua.

O pilar *Do* (D), que diz respeito à implementação da mudança, baseado em métodos efetivos de implementação e gestão da mudança cumprindo três etapas, ou seja, a etapa inicial, que descreve e identificação e discussão, a etapa intermédia, com a implementação de ações e monitorização das mesmas e a etapa final com envolvimento e suporte das equipas (Figura 5).

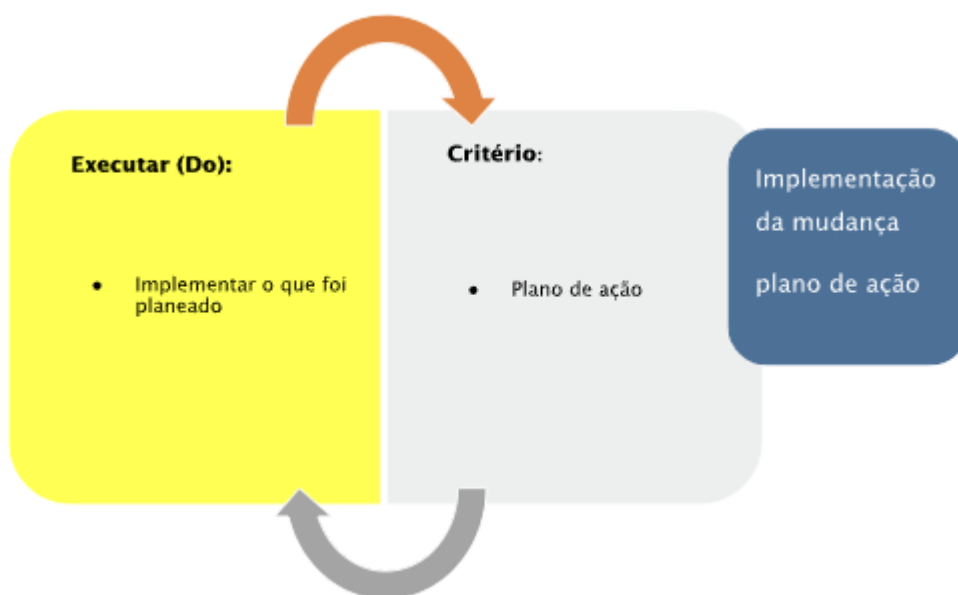


Figura 5- Ciclo de Auditoria - Pilar *Do*
Adaptado do Ciclo de *Deming*

Há que realçar que ao ser desenhado um modelo de implementação este deve englobar e identificar as melhores práticas, as intervenções documentadas e detalhadas, e um facilitador de processo para disponibilizar e clarificar informação de acordo com as necessidades, antecipar problemas e registar as ações. O que permite, alinhar objetivos e dar *feedback* construtivo mantendo a coesão da equipa para potenciar as suas competências.

Concomitante, este processo deve ser evidenciado por um plano de mudança *S(specific)*, *M(measurable)*, *A(agreed)*, *R(real)* e *T(timeline)*, sem descurar o mapeamento e categorização em uma escala predefinida de barreiras reais ou potenciais.

Por último, o pilar *Act* (A), que diz respeito à ação para o ganho de competências (Figura 6) para reauditar o processo de melhoria continua tendo

como princípios fundamentais: o princípio de monitorizar e avaliar a mudança, e o princípio de reavaliar.

Relativamente ao princípio do monitorizar e avaliar a mudança, este assenta em três momentos: o monitorizar propriamente dito, o avaliar para comparar e a construção do plano de melhoria contínua.

Para monitorizar é essencial definir pressupostos de conformidade de acordo com três cenários possíveis, ou seja, avaliar os itens abaixo da conformidade, no máximo da conformidade, e os itens que não são problema.

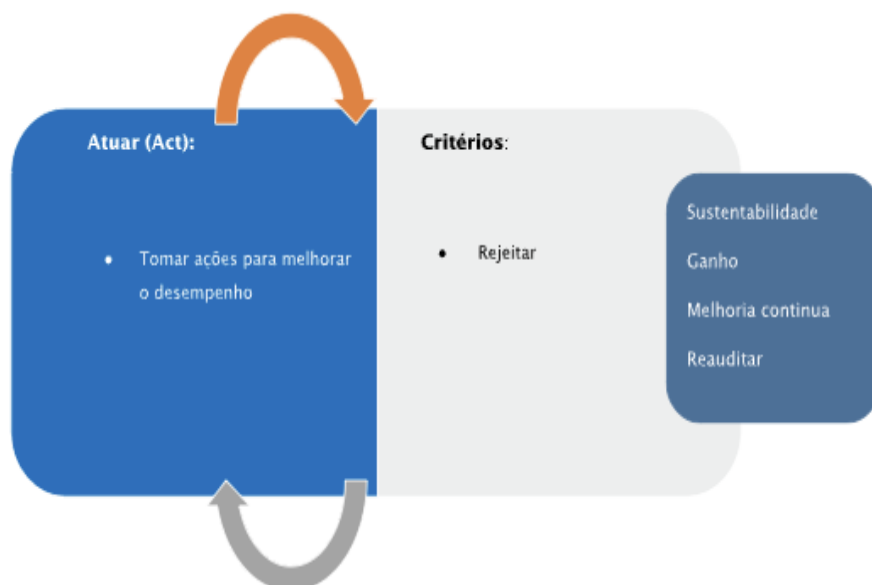


Figura 6- Ciclo de Auditoria - Pilar Act
Adaptado do Ciclo de *Deming*

A partir dos pressupostos fica possível avaliar e comparar se a mudança comportamental ocorreu ou não e construir o plano de melhoria, onde deverá constar o período da recolha de dados, a evidência dos itens que continuam abaixo, iguais ou acima da conformidade e os itens que necessitam de intervenção.

Quanto ao princípio de reavaliar a mudança de acordo com os fatores identificados, este permite agir em caso de necessidade, através do ciclo rápido de mudança: (*Plan-Do-See-Act*); com *Snapshot* (10% das auditorias), o que permite reforçar e motivar na construção do ciclo da qualidade e melhoria; e integrar as auditorias como estratégia de mudança numa cultura de qualidade.

Evidenciar indicadores de qualidade baseados em observações, registos e factos relevantes permite a rastreabilidade das conformidades, o desvio ou ausência à ação, a monitorização e a avaliação de evidências⁸⁶⁻⁸⁸. Assim, a auditoria

torna-se fundamental para assegurar a idoneidade dos resultados na obtenção e manutenção da qualidade, através da monitorização e cálculo de indicadores, o que facilita a translação do conhecimento, o alinhamento e envolvimento das equipas para um objetivo comum⁷¹⁻⁷².

No sentido da criação de valor das melhores práticas de enfermagem é estratégico o desenvolvimento de processos sistemáticos e estruturados de auditorias à qualidade das práticas orientados pelo rigor, com o propósito de mensurar ao nível o processo, a estrutura, os *outcomes* e a satisfação dos clientes. Esta verificação de conformidades deverá estar de acordo com um quadro de referência para a melhoria contínua, com vista à satisfação de padrões e procedimentos, à identificação dos pontos fortes e a áreas com potencial de intervenção com impacto nas equipas, nos clientes e nas organizações⁸². O processo poderá ser dinamizado pela revisão dos registos clínicos, pela observação do planeamento de cuidados e implementação de ações, e pela observação direta dos cuidados prestados ao cliente, sendo fundamental, examinar as inter-relações entre as diferentes fases do processo de cuidado.

Porém, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, depende da relação direta da efetividade da liderança organizacional com a qualidade dos cuidados. O estilo da liderança transacional influencia diretamente as práticas e os comportamentos dos profissionais, na identificação e implementação de oportunidades de melhoria com impacto direto na qualidade e segurança do cliente, dando robustez a um clima saudável promotor de motivação e satisfação, essencial para a cultura organizacional⁹.

5. Auditorias dos Cuidados de Enfermagem

Com a necessidade de implementar e criar sistemas de qualidade de saúde ditados por Organizações internacionais, tais como a World Health Organization (WHO) e o International Council of Nurses (ICN) e nacionais como o Conselho Nacional da Saúde (CNS) com prioridade na garantia da segurança do cliente, a OE refletiu sobre a qualidade das práticas de enfermagem e definiu como estratégia um conjunto de padrões de qualidade dos cuidados que contribuem para a melhoria contínua da qualidade e para o exercício profissional, sendo essencial o compromisso das instituições de saúde na promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional que zele pela evidência desses mesmos padrões de qualidade dos cuidados. Neste sentido, os Padrões de Qualidade dos Cuidados

de Enfermagem refletem a prática e orientam para a tomada de decisão, com evidencia de indicadores de qualidade reguladores do exercício e autonomia da profissão mensuráveis com recurso a auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem³⁵.

As auditorias da qualidade dos cuidados de Enfermagem, permitem assim identificar as necessidades, monitorizar resultados, avaliar conformidades e tendências, rever e melhorar a performance da equipa quanto à eficácia na implementação do plano de melhoria e avaliar o *feedback* da gestão de topo, nos auditados e nos auditores⁸⁴.

Os indicadores, ou *outcomes* advindos das auditorias, decorrem da intencionalidade da ação e da evidência da prática para os ganhos em saúde que contribuem para o exercício profissional e visam explicitar a natureza dos cuidados evidenciados por resultados mínimos aceitáveis, os melhores resultados e os resultados aceitáveis^{79,85}.

Quanto à satisfação do cliente, este enunciado relaciona a excelência da prática dos cuidados e os níveis de satisfação dos clientes com vista a minimizar o impacto negativo, ou seja, relaciona os processos de prestação de cuidados, com o empenho e empatia nas interações do enfermeiro, com o respeito pelas capacidades, crenças, valores individuais, e com o envolvimento no planeamento do processo de cuidados. No que diz respeito, à promoção da saúde, este enunciado indica para a excelência no exercício profissional, no qual o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. Sendo elementos essenciais a identificação de situações e recursos do cliente, família e comunidade para a criação e a gestão de oportunidades identificadas.

Relativamente ao enunciado, a prevenção de complicações, o rigor técnico-científico e tomada de decisão do enfermeiro face à identificação de potenciais problemas e implementação das intervenções de enfermagem, são consideradas elementos relevantes para os quais o enfermeiro tem competência para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis, com impacto no cliente face aos problemas identificados.

Quanto ao enunciado bem-estar e autocuidado, diz respeito à maximização do bem-estar dos clientes, sendo o enfermeiro o elemento que executa intervenções que suportam e asseguram as atividades de vida nas quais o cliente é dependente.

Relativamente ao enunciado para a readaptação funcional este tem elementos essenciais para a continuidade dos cuidados através da otimização das

capacidades do cliente tendo em conta o planeamento da alta segura, no que diz respeito ao ensino do regime terapêutico prescrito, treino de adaptação individual e aproveitamento dos recursos da comunidade.

Por último, o enunciado para a organização dos cuidados de enfermagem, apoiado num sistema de melhoria contínua da qualidade e por um quadro de referência para o exercício, ou seja, para que ocorra a maximização da eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, é fundamental a existência de um sistema de registos de enfermagem que materialize as necessidades em cuidados, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem. Este enunciado aponta ainda, para a necessidade da satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional e a existência de uma política de formação contínua, promotora do desenvolvimento de competências profissionais e pessoais em prol da qualidade.

O sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, recomendado pela OE tem por base a adaptação do ciclo da qualidade por forma a responder às especificidades da prática da enfermagem. Este modelo integra três momentos P(*plan*), D(*do*) e C(*check*).

O pilar P (*plan*), tem dois momentos distintos. O primeiro momento para identificar e descrever o problema de acordo com os desvios à norma, padrão ou conformidade evidentes, tendo o propósito de responder a questões concretas e centradas no cliente quanto às intervenções de enfermagem, com enquadramento conceptual e enunciados descritivos da enfermagem e foco da CIPE⁸⁰. O segundo momento, para perceber o problema no seu contexto de forma clara e mensurável quanto à norma e desvio, recorrendo a registos de dados disponíveis e à revisão com evidência científica para conhecer as causas mais comuns sobre o problema noutros serviços de nível nacional e/ou internacional.

No pilar C (*check*) tem também dois momentos. O primeiro para formular objetivos iniciais por forma a respeitar uma orientação inicial, e o segundo para perceber as causas mais prováveis do desvio à norma através dos resultados e, assim, fazer a análise de causa-efeito e o enquadramento e contextualização do problema.

É recomendada a aplicação da *checklist* de avaliação da qualidade segundo Heather Palmer, para a:

- | Identificação da eficiência, efetividade, adequação técnico-científica, aceitabilidade e acessibilidade;

- | Definição da população, seleção e características da amostra;
- | Tipologia de dados de acordo com indicadores de estrutura, processo e resultados;
- | Definição dos participantes, período, fonte e recolha de dados;
- | Definição da relação temporal da avaliação (retrospectiva, concorrente ou prospetiva);
- | Tipologia e critérios de avaliação contextualizados e mensuráveis;
- | Tipologia das medidas corretivas passíveis de ser aplicadas.

O pilar D(*do*) tem três momentos. O primeiro, para planejar e executar as tarefas/atividades para cada causa identificada, sendo fundamental nesta etapa definir os papéis e responsabilidades de cada elemento da equipa, no que diz respeito à implementação de ações e como, quando e quais as metas a atingir. No segundo momento, tornando-se imperativo a formulação de objetivos gerais e específicos, a definição de indicadores a considerar para avaliar a evolução da situação, o cronograma com o planeamento das reuniões, critérios e *standards*, instrumentos e grelhas de recolha, tratamento e análise de dados. No terceiro momento, para a verificação dos resultados e proposta de medidas corretivas, deve por um lado, ter em consideração a avaliação dos dados recolhidos e a comparação com os dados apurados antes das ações terem sido implementadas, realçando o cumprimento dos objetivos e indicadores. Por outro lado, deve propor medidas corretivas para o ganho de competências, possibilitando o sucesso na melhoria contínua da qualidade e o reconhecimento dos profissionais e das práticas.

6. Auditoria à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (AQCE)

A visão organizacional de liderança na prestação de cuidados de qualidade e de elevada performance, de um grupo de saúde privado da região de Lisboa, Portugal constituído por nove hospitais, reforça os valores de desenvolvimento do capital intelectual e organizacional através de uma cultura diferenciadora de qualidade de melhoria contínua. Para tal, submete-se à avaliação contínua da qualidade em todas as suas unidades hospitalares no cumprimento dos parâmetros de qualidade estabelecidos pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS), pela *Société Générale de Surveillance* (SGS) – para a certificação de sistemas de gestão da qualidade, de acordo com a norma ISO 9001:2015, pela *Joint Commission*

International (JCI) e pelo Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Participa em modelos de *benchmarking* clínico, para a identificação e avaliação contínua de processos de eficiência e qualidade clínica através da plataforma IAmetrics (IASIST) para modelos de *benchmarking* e de ajuste ao risco e Programa de *Value-Based Healthcare*.

Neste sentido, e com visão de liderança organizacional orientada para a qualidade clínica e segurança do cliente, a organização promoveu uma cultura diferenciadora para a melhoria contínua, ao integrar em todas as suas unidades a avaliação dos cuidados de enfermagem no cumprimento de padrões de qualidade nacionais e internacionais de referência através da realização de auditorias às práticas dos cuidados de enfermagem.

O modelo de avaliação dos cuidados de enfermagem tem como propósito o cumprimento dos padrões de qualidade e enunciados descritivos de qualidade do exercício de enfermagem da OE Portugueses³⁵, sendo aplicada uma ferramenta de auditoria, adaptada e contextualizada segundo o modelo de Haddad³⁴, que aponta para indicadores de qualidade e índices sensíveis de positividade. Entre 2009-2013 a avaliação da qualidade aos cuidados de enfermagem decorreu em dois Hospitais do grupo. Em 2013-2014, surgiu a necessidade de readaptar o modelo em uso, devido a uma nova realidade de exigência na prática dos cuidados de saúde prestada nos hospitais, sendo que desde 2015, até ao atual momento está implementado em todos os seus hospitais.

Este modelo de auditoria, decorre de acordo com critérios pré-definidos, observação da prestação direta de cuidados e análise dos registos de enfermagem efetuados. Mensalmente, é aplicada uma *checklist* (Anexo 1) constituída por quatro dimensões: prevenção de complicações (PC), conforto e bem-estar para o autocuidado (CB), reabilitação funcional (RF) e organização do cuidado (OC), com um total de 51 itens numa escala de medida de evidência com três pontos (sim, não e não aplicável). Através da *checklist* é possível monitorizar e avaliar o número de não evidências (NE) observadas por dimensão e pelos respetivos itens, revelando o indicador de qualidade e os índices de positividade correspondentes.

Cada dimensão, aponta para o indicador de qualidade com impacto direto nos clientes categorizado em qualidade desejada (QD), qualidade adequada (QA), qualidade segura (QS), qualidade mínima (QM) e qualidade não adequada (QNA). Os itens, apontam para os índices de positividade ou evidências de procedimentos representados pelos seguintes valores percentuais: $QD \geq 90\%$ e $< 100\%$, $QA \geq 81\%$ e

<90%, QS = 80%, QM $\geq$ 71% e <80% e QNA<70%, no cumprimento do padrão de qualidade.

Este modelo tem como elementos o auditor coordenador e os enfermeiros auditores. O auditor coordenador, efetua a análise e tratamento estatístico dos dados e a elaboração de relatórios mensais aos respetivos serviços dos hospitais para que cada um defina e implemente ações de melhoria contínua para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, de acordo com os padrões previamente definidos pelos diferentes contextos. Ao ser um processo dinâmico, motivador e integral de suporte e envolvimento dos profissionais nos resultados e soluções em prol da qualidade, torna-se apropriação das equipas de enfermagem a identificação de necessidades, definição de planos e intervenções a implementar e validação das práticas, de acordo com os padrões de qualidade definidos^{2,34}.

Os enfermeiros auditores, realizam a recolha de dados, por observação direta da prestação de cuidados e análise dos registos clínicos, garantindo a conformidade da amostra, a confiabilidade, a fiabilidade inter-observacional e o viés de dados.

Este processo está focado na melhoria contínua com o objetivo da excelência na prática de enfermagem, sendo o conhecimento do contexto e dos resultados essencial para identificar necessidades, promover a reflexão e planear e implementar ações para melhorar a qualidade em todas as suas unidades hospitalares e fortalecer o modelo de gestão da qualidade no cumprimento de padrões de qualidade nacionais e internacionais de referência².

CAPÍTULO II- MATERIAIS E MÉTODOS

De acordo com a monitorização e avaliação dos resultados do modelo de auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem instituído na unidade hospitalar, constatamos que existem indicadores de qualidade e índices de positividade que revelaram áreas sensíveis da prática de cuidados com impacto direto nos clientes e no cumprimento dos padrões de qualidade instituídos. Esta reflexão sobre os resultados conduziu-nos ao estudo, considerando estratégico o acompanhamento dos profissionais ao longo da prática diária numa perspetiva de melhoria contínua dos processos no cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de acordo com a OE.

Com esta investigação pretendemos desenvolver e implementar um modelo de supervisão clínica contextualizado como estratégia na melhoria dos índices de positividade de positividade da qualidade dos cuidados enfermagem, alicerçado nas competências, experiências e motivação dos profissionais da instituição em estudo.

Concomitante, pretendemos promover uma cultura supervisiva focada no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e promotora de *feedback* construtivo para a tomada decisão.

O enfoque da investigação foi interpretar a perceção dos enfermeiros em contexto hospitalar, nos serviços de cirurgia e de medicina adultos sobre os conceitos de supervisão clínica e de auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem, atribuir-lhes significado e conhecer em profundidade o “como” e o “porquê” do fenómeno da supervisão de pares e relacioná-lo com a qualidade dos cuidados de enfermagem, por forma a permitir a co-construção de um modelo de supervisão clínica adaptado a uma unidade hospitalar de saúde privada.

Com base nestes pressupostos foi definido o desenho de investigação.

1. Desenho da Investigação

Passamos a descrever o desenho de investigação

1.1. Questão de Investigação

“De que forma a supervisão de clínica de pares afeta os índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo

com os padrões de segurança e qualidade definidos no contexto do internamento de medicina e cirurgia de adultos, numa unidade de saúde privada?”

1.2.Objetivos

Objetivo Geral

Desenvolver e implementar um modelo de supervisão clínica que concorra para a qualidade dos cuidados de enfermagem no contexto do internamento de adultos numa unidade de saúde privada, com índices de positividade entre os 80% e os 100% — nível de qualidade adequada e/ou desejada.

Objetivos Específicos

- | Analisar quais as dimensões e itens dos cuidados de enfermagem com índices de positividade <80%, e os significados desses índices de positividade dos cuidados de enfermagem nas diferentes situações contextuais;
- | Descrever a perceção dos enfermeiros acerca da influência da supervisão clínica na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- | Analisar o impacto da supervisão clínica nos índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes do foro de medicina e cirurgia numa unidade de saúde privada;
- | Comparar o efeito da supervisão clínica nos índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados nos serviços de internamento de medicina e cirurgia em dois hospitais;
- | Comparar índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internamento de medicina e cirurgia antes, durante e após a implementação da supervisão clínica das equipas de enfermagem.

2. Etapas do Estudo

Tendo em conta os objetivos definidos, a pesquisa teve como fio condutor a definição de quatro etapas onde foram incorporados cinco estudos sequenciais, que pretendiam dar resposta à questão de investigação.

Etapa I – Fase de Diagnóstico

Foram analisados os resultados dos registos das auditorias aos cuidados de enfermagem a clientes com taxa de internamento superior a 24h nos serviços de cirurgia (SIC) e medicina (SIM) adultos, e interpretar os índices de positividade e indicadores de qualidade, por dimensão e por item inferior a 80% ou QS.

Etapa II – Co-construção do modelo contextualizado de supervisão clínica

Foi descrita a perceção dos enfermeiros acerca da influência da supervisão clínica na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foi feita a co-construção de um modelo de supervisão clínica para as equipas de enfermagem a desempenhar funções nos serviços de internamento de medicina e cirurgia adultos de uma unidade hospitalar do setor privado da saúde.

Etapa III – Implementação do modelo de supervisão clínica - P_2P_{CS}

Foi implementado o modelo de supervisão clínica - P_2P_{CS} - associado às auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem como estratégia na melhoria contínua e garantia da segurança da qualidade das práticas de enfermagem, onde foram realizados dois estudos, com o objetivo de:

- | Analisar o impacto da supervisão clínica na melhoria dos índices de positividade e indicadores de qualidade da prática de enfermagem para clientes internados nos serviços de medicina e cirurgia de num hospital piloto;
- | Avaliar efeito da supervisão nos índices de positividade e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internamento de medicina e cirurgia, comparando os resultados das auditorias entre o

hospital piloto e um hospital do mesmo grupo privado com serviços e tipologia de clientes similares onde se realizaram AQCE, mas sem o modelo de supervisão clínica - P_2P_{CS} .

Etapas IV - Avaliar a eficácia do modelo de supervisão

Foi feita a avaliação da eficácia do modelo de supervisão (P_2P_{CS}), disponibilizado após a sua implementação nos serviços e, comparar os resultados das auditorias dos cuidados de enfermagem (antes, durante e após) e interpretar os índices de positividade e indicadores de qualidade por dimensão e item.

3. Instrumentos

De acordo com cada um dos estudos realizados, foram adotados os seguintes instrumentos de recolha:

- | Estudo 1
 - *Checklist* de Observação de Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo 1) e Escala sociodemográfica (Anexo 2)
- | Estudo 2
 - Guião de entrevista semiestruturada - *Focus Group* (Anexo 3);
- | Estudo 3
 - *Checklist* de Observação da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo 1) e registo de reuniões (Anexo 4).
- | Estudo 4
 - *Checklist* de Observação de Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo 1), Escala sociodemográfica (Anexo 2) e registo de reuniões (Anexo 4);
- | Estudo 5
 - *Checklist* de Observação de Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Anexo 1), Escala sociodemográfica (Anexo 2) e registo de reuniões (Anexo 4).

CAPÍTULO III – RESULTADOS E APRESENTAÇÃO DE ESTUDOS

Neste capítulo apresentaremos os diferentes estudos realizados de acordo com cada uma das etapas desenvolvidas.

1. Etapa I

Nesta etapa foi realizado o primeiro estudo ou estudo de diagnóstico.

1.1. Estudo 1 — Qualidade dos cuidados de enfermagem: estudo retrospectivo

|Objetivo

Estudo observacional retrospectivo de abordagem quantitativa e amostragem aleatória simples (n=589). Teve como objetivo analisar os registos das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem, de acordo com as diferentes situações contextuais nos serviços de internamento de medicina e cirurgia adultos numa unidade hospitalar do setor privado da saúde.

Os dados referem-se ao período que decorreu entre janeiro de 2017 e setembro de 2019.

|População-alvo

A população alvo do estudo foi composta pela totalidade dos registos das auditorias efetuadas aos cuidados de enfermagem relativos a clientes adultos com internamento nos serviços de cirurgia e medicina e no período definido.

Foram considerados com critérios de inclusão na amostra registos de enfermagem de clientes do foro de medicina e cirurgia, com idade superior a 18 anos, sujeito a internamento superior a 24h e com indicadores (dimensões) e índices de positividade (itens) inferiores ou iguais a qualidade segura (QS $\leq$ 80%).

Considerou-se este valor por identificarem a criticidade da qualidade da prática dos cuidados com impacto direto na segurança clínica.

|Amostra

Para o cálculo da dimensão da amostra foi considerado o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% da população alvo, sendo apurados 779 registos (n=779) resultados de auditorias aos cuidados de enfermagem, dos quais apenas 589 (n=589) cumpriam critérios de inclusão e com potencial de intervenção ou plano de melhoria.

A amostra total apurada nos serviços de medicina e cirurgia, dos registos de auditorias aos cuidados de enfermagem ao longo dos 3 anos, foi de 589 (n=589), distribuídos da seguinte forma: 161 (n= 161) registos em 2017, 195 (n= 195) registos em 2018 e 233(n= 233) registos em 2019.

No que diz respeito aos registos das auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem, foi apurada para o SIC uma amostra representada por 286 registos (n=286) no total, distribuídos em 2017 por 71 (n=71) registos, em 2018 por 92 (n=92) registos e em 2019 por 123 (n=123) registos. Enquanto, no SIM foi apurada uma amostra total de 303 registos (n=303) no total aos registos das auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem, distribuídos em 2017 por 90 (n=90) registos, em 2018 por 103 (n=103) registos e em 2019 por 110 (n=110) registos.

|Recolha de dados

Os dados foram recolhidos pela análise documental aos registos das auditorias aos cuidados de enfermagem, efetuadas por auditores externos ao serviço de medicina e cirurgia, com recurso à *checklist* de observação do modelo de auditoria em prática.

|Variáveis

Como variável independente foi considerada o ano dos registos de auditoria e a caracterização das equipas, como variáveis dependentes foram consideradas as dimensões que compõem a grelha de auditorias: Prevenção de Complicações (PC) com (13 itens), Conforto e Bem-estar ao autocuidado (CB) com (17 itens), Readaptação Funcional (RF) com (9 itens) e Organização dos Cuidados (OC) com (12 itens).

|Tratamento estatístico

O tratamento estatístico foi efetuado no software SPSS® *Statistics* (v.27 SPSS, *An IBM Company, Chicago, IL*) com recurso à estatística descritiva e inferencial, sendo utilizada para a análise de variância (significância da evolução dos *scores* da qualidade dos cuidados o teste ANOVA de medições repetidas, para a análise da normalidade o teste de *Kolmorov-Smirnov* e para a análise da esfericidade o teste de *Mauchly*.

A homogeneidade das variâncias com o efeito da categoria sobre as dimensões de acordo com a comparação múltipla das médias das ordens, foi efetuada através do teste de *Kruskal-Wallis*.

|Procedimentos

As evidências observadas foram analisadas numa escala de medida com três pontos (sim, não e não aplicável) e realizado o calculado do valor percentual, correspondente ao índice de positividade por forma a apurar o nível global de qualidade dos cuidados em valores percentuais por dimensão e por item.

A avaliação dos resultados, correspondeu ao número de “não evidências” (NE) observadas por dimensão e pelos itens, sendo que para o cálculo percentual, as evidências com medida de NE para a percentagem de “não conformidade” foram consideradas como avaliadas, não sendo contabilizadas para o resultado de “Não conformidade” ou indicador.

Posteriormente, os resultados das auditorias foram categorizados em indicadores de qualidade e índices de positividade de acordo com o cálculo percentual, onde se considerou o indicador de qualidade desejada (QD) superior ou igual a 90% e <100%, qualidade adequada (QA) entre 81% e inferior a 90%, qualidade segura (QS) igual a 80%, qualidade mínima (QM) superior ou igual a 71% e inferior a 80% e qualidade não adequada (QNA) inferior a <70%.

Procedeu-se à correspondência numa escala *Likert* de 1 a 5, dos diferentes indicadores em QD (≤ 5 e > 4), QA (≤ 4 e > 3), QS (≤ 3 e > 2), QM (≤ 2 e > 1) e QNA (≤ 1 e > 0).

Para a apresentação de resultados foi considerada apenas a análise em detalhe da dimensão e itens <80% de indicador de QS por serviço, com impacto na qualidade dos cuidados e potencialmente sujeitos a intervenção de melhoria ou análise de causas por e item a qual respeitou os seguintes critérios:

- | itens com indicadores mantidos nos 3 anos;
- | itens com indicadores sensíveis mantidos em 2 anos;
- | itens com indicadores sensíveis com início em 2019.

Procedimentos éticos

A pesquisa teve aprovação da Comissão de Ética da organização envolvida, sendo assegurada o anonimato e a confidencialidade da organização.

|Resultados

|Caracterização sociodemográfica

As equipas de enfermagem dos serviços de medicina e cirurgia que participaram no estudo como supervisionados (n=63), 87.4% pertenciam ao género feminino e 12.6% ao género masculino. O grupo etário mais representativo dos profissionais situava-se entre os 20 anos e 29 com 35.7% e grupo etário entre os 30 e 39 anos de idade com 39.3%, sendo a média de idade de 35.2 anos.

Quanto ao tempo de permanência nos serviços do total dos 63 (n=63) enfermeiros, 26 (n=26) pertenciam ao serviço SIC e 37 (n=37) ao serviço SIM, cerca de 4.63% estavam nos serviços há menos de 1 ano, 51.46% há mais de 1 ano e à menos de 5 anos e 43.92% há mais de 5 anos.

Em detalhe, no SIC, dos 26 enfermeiros que desempenhavam funções no serviço, 3.85% (n=1) estavam no serviço há menos de 1 ano, 46.15% (n=12) entre 1 e 5 anos e 50.0% (n=13) há mais de 5 anos. Enquanto, dos 37 enfermeiros do serviço SIM, 5.41% (n=2) estavam no serviço há menos de 1 ano, 56.76% (n=21) entre 1 e 5 anos e 37.84% (n=14) há mais de 5 anos.

Relativamente ao tempo de exercício profissional, do total dos 63 (n=63) enfermeiros, 31.6% (n=20) dos enfermeiros exercia há menos de 1 anos, 25.1% (n=16) entre 1 e 5 e anos e 43.3% (n=27) há mais de 5 anos.

Em detalhe, no serviço SIC, 30.77% (n=8) estavam no serviço há menos de 1 ano, 23.08% (6) entre 1 e 5 anos e 46.15% (n=12) há mais de 5 anos. Enquanto no serviço SIM, 32.43% (n=12) estavam no serviço há menos de 1 ano, 27.03% (n=10) entre 1 e 5 anos e 40.54% (n=15) há mais de 5 anos.

Quanto à categoria profissional, do total dos enfermeiros, 13.10% (n=8) eram enfermeiros iniciados, 52.60% (n=33) enfermeiros I, 5.41% (n=4) enfermeiros II, 27.55% (n=17) seniores e 1.35 % (n=1) enfermeiros peritos.

Dos quais 15.38% (n=4) eram enfermeiros iniciados, 53.85% (n=14) enfermeiros I, seniores 30.77% (n=8) pertencentes ao SIC e 11,1% (n=4) eram enfermeiros iniciados, 51.10% (n=19) enfermeiros I, 11.0% (n=4) enfermeiros II, 24.2% (n=9) e seniores 3.0 % (n=1) enfermeiros peritos ao SIM.

|Análise das dimensões

Para comparar a distribuição relativamente ao cumprimento dos pressupostos de homogeneidade e significância do indicador de qualidade e dos índices de positividade das dimensões e itens dos registos das auditorias da qualidade aos cuidados de enfermagem (n=589) ao longo dos 3 anos, foi aplicada estatística descritiva e inferencial.

Em análise acumulada foram evidenciados indicadores de qualidade aos cuidados de enfermagem com índices de positividade de QD a QNA (Tabela 1).

Tabela 1- Indicador de qualidade por dimensão entre 2017 e 2019 no serviço de cirurgia e no serviço de medicina. Lisboa

Dimensão	Indicador de qualidade	SIC	SIM
		(%) [*]	(%) [*]
PC [†]	QNA [‡]	0.0	0.0
	QM [§]	0.0	0.0
	QS	9.1	0.0
	QA [¶]	54.5	41.7
	QD ^{**}	36.4	58.3
CB ^{††}	QNA [‡]	0.0	0.0
	QM [§]	0.0	0.0
	QS	4.5	0.0
	QA [¶]	9.1	0,0
	QD ^{**}	86.4	100.0
RF ^{††}	QNA [‡]	9.1	0.0
	QM [§]	9.1	16.7
	QS	13.6	16.7
	QA [¶]	18.2	16.6
	QD ^{**}	50.0	50.0

OC ^{§§}	QNA [‡]	0.0	0.0
	QM [§]	0.0	0.0
	QS	27.3	25.0
	QA [¶]	40.9	16.7
	QD ^{**}	31.8	58.3
Total		100.0	100.0

*Percentagem (%); †Prevenção de Complicações (PC); ‡Qualidade Não Adequada (QNA); †Prevenção de Complicações (PC); §Qualidade Mínima (QM); †Prevenção de Complicações (PC); ||Qualidade Segura (QS); †Prevenção de Complicações (PC); ¶Qualidade Adequada (QA); †Prevenção de Complicações (PC); **Qualidade Desejada (QD); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ‡Qualidade Não Adequada (QNA); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); §Qualidade Mínima (QM); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ||Qualidade Segura (QS); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ¶Qualidade Adequada (QA); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); **Qualidade Desejada (QD); ‡‡Readaptação Funcional (RF); ‡Qualidade Não Adequada (QNA); ‡‡Readaptação Funcional (RF); §Qualidade Mínima (QM); ‡‡Readaptação Funcional (RF); ||Qualidade Segura (QS); ‡‡Readaptação Funcional (RF); ¶Qualidade Adequada (QA); ‡‡Readaptação Funcional (RF); **Qualidade Desejada (QD); §§Organização dos Cuidados (OC); ‡Qualidade Não Adequada (QNA); §§Organização dos Cuidados (OC); §Qualidade Mínima (QM); §§Organização dos Cuidados (OC); ||Qualidade Segura (QS); §§Organização dos Cuidados (OC); ¶Qualidade Adequada (QA); §§Organização dos Cuidados (OC); **Qualidade Desejada (QD);

Fonte: dados de pesquisa, 2023

Ao fazer a análise global por dimensão foram revelados indicadores de QD e QA para as dimensões *prevenção de complicações* e *organização dos cuidados* em ambos os serviços. O indicador de QS foi evidenciado para as dimensões *prevenção de complicações* e *conforto e bem-estar* apenas no SIC e nas dimensões *readaptação funcional* e *Organização dos Cuidados* em ambos os serviços. Enquanto, o indicador de QM, foi evidenciado para a dimensão *readaptação funcional* em ambos os serviços, e o indicador de QNA para a dimensão *readaptação funcional* apenas no SIC.

Para a análise inferencial, e de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis*, a variável anos, afetou significativamente os índices de positividade para as dimensões *prevenção de complicações* ($X_2KW_{(2)} = 6.298$; $p=0.043$; $N=303$) no serviço SIM e *readaptação funcional* ($X_2KW_{(2)} = 7.039$; $p=0.03$; $N=286$) no serviço SIC.

Quanto à homogeneidade das variâncias e o efeito da categoria sobre as dimensões verificaram-se distribuições que diferem entre si para $p=0.05$ na dimensão *readaptação funcional* $p=0.06$ do serviço SIC.

Em relação à comparação múltipla de médias das ordens, foram reveladas diferenças significativas quando comparados os anos do triênio em análise, para a

dimensão *prevenção de complicações* do ano 2017 para o ano 2018 e de 2017 para 2019 no SIM, enquanto no SIC ocorreu na dimensão *readaptação funcional* dos anos 2017 para 2018 e do ano 2017 para 2018.

Para a variável exercício profissional não foram encontrados valores significativos de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis*. Para a comparação múltipla de médias das ordens existiram diferenças significativas dos índices de positividade e indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, apenas no SIM para a dimensão *readaptação funcional* quando comparados o grupo de enfermeiros supervisionados com menos de 5 anos de exercício profissional com os enfermeiros supervisionados com mais de 5 anos e para a dimensão *organização dos cuidados* quando comparados os grupos de enfermeiros supervisionados entre si.

Para a variável antiguidade no serviço verificaram-se valores significativos para a dimensão *conforto e bem-estar* ($X^2_{KW(2)} = 15.300$; $p=0.02$; $N=286$) com homogeneidade das variâncias e efeito da categoria sobre as dimensões apenas no SIC.

Para a comparação múltipla de médias das ordens verificaram-se diferenças significativas dos índices de positividade e indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem para a dimensão *readaptação funcional* quando comparados os grupos de enfermeiros supervisionados com mais de 1 ano e menos 2 anos de antiguidade e para o grupo dos enfermeiros supervisionados com mais de 5 anos no SIM.

A variável categoria profissional de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis*, não afetou significativamente nenhuma das dimensões, sendo que a homogeneidade das variâncias e o efeito da categoria sobre as dimensões, de acordo com a comparação múltipla das médias das ordens, evidenciou distribuições significativas para dimensão *readaptação funcional* nos dois serviços.

|Análise por itens

Ao realizar a análise em detalhe dos itens iguais ou inferiores a QS com potencial de intervenção e análise de causas de acordo com os critérios predefinidos verificou-se, nos itens mantidos ao longo dos 3 anos, índices de positividade de QNA e QM e sujeitos a intervenção, para a dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC1 e PC10 no SIM, índices de positividade de QNA e QM

para o item PC7 e PC9 no SIC e índices de positividade de QM no item PC2 apenas para o SIM (Tabela 2)

Tabela 2 - Indicador de qualidade por item das dimensões mantidos durante os anos 2017, 2018 e 2019, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa

Item	Indicador de qualidade	SIC*			SIM†		
		2017‡ (%)§	2018‡ (%)§	2019‡ (%)§	2017‡ (%)§	2018‡ (%)§	2019‡ (%)§
PC1	QNA¶	---	---	---	0.0	5.3	5.3
	QM**	---	---	---	0.0	5.3	0.0
PC2	QNA¶	0.0	5.3	5.3	---	---	---
	QM**	---	---	---	---	---	---
PC7	QNA¶	0.0	9.1	4.5	---	---	---
	QM**	4.5	0.0	13.6	---	---	---
PC8	QNA¶	5.0	5.0	20.0	5.0	10.0	20.0
	QM**	0.0	0.0	10.0	5.0	10.0	0.0
PC9	QNA¶	5.3	5.3	10.5	0.0	15.8	26.3
	QM**	0.0	0.0	5.3	---	---	---
PC10	QNA¶	---	---	---	0.0	5.6	16.7
	QM**	---	---	---	5.6	0.0	0.0
CB14††	QNA¶	0.0	4.5	4.5	5.0	0.0	10.0
	QM**	---	---	---	---	---	---
RF3††	QNA¶	---	---	---	5.0	15.0	30.0
	QM**	---	---	---	10.0	0.0	0.0
RF5††	QNA¶	0.0	37.5	12.5	16.7	16.7	66.7
	QM**	---	---	---	---	---	---
OC1§§	QNA¶	---	---	---	8.3	8.3	41.7
	QM**	---	---	---	---	---	---
OC2§§	QNA¶	13.6	4.5	9.1	---	---	---
	QM**	0.0	0.0	4.5	---	---	---
OC5§§	QNA¶	0.0	4.5	9.1	---	---	---
	QM**	4.5	0.0	9.1	---	---	---
OC6§§	QNA¶	---	---	---	5.0	0.0	10.0
	QM**	---	---	---	---	---	---
OC7§§	QNA¶	---	---	---	5.0	0.0	10.0
	QM**	---	---	---	---	---	---
OC9§§	QNA¶	4.8	4.8	4.8	10.5	10.5	10.5
	QM**	4.8	0.0	0.0	10.5	5.3	0.0
OC10§§	QNA¶	---	---	---	5.0	10.0	10.0
	QM**	---	---	---	0.0	5.0	5.0
OC11§§	QNA¶	---	---	---	5.6	11.1	5.6
	QM**	---	---	---	0.0	5.6	0.0

*Serviço de internamento de cirurgia (SIC); †Serviço de internamento de medicina (SIM); ‡Ano (2017, 2018, 2019); §Porcentagem (%); ||Prevenção de Complicações (PC); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); ‡‡Readaptação Funcional (RF); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); §§Organização dos Cuidados (OC); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM)

Fonte: dados de pesquisa, 2023

Ambos os serviços evidenciaram para a dimensão *prevenção de complicações*, índices de positividade de qualidade de QNA e QM para o item PC8 e PC10. Na dimensão *conforto e bem-estar* verificaram-se índices de positividade de QNA em ambos os serviços no item CB14, de QNA e QM na dimensão *readaptação funcional* no item RF3 no SIM e de QNA no item RF5 em ambos os serviços.

Por último, verificaram-se ainda, índices de positividade de QNA na dimensão *organização dos cuidados* para o item OC1, OC6 e OC7 no SIM, e para o item OC2, OC5 no SIC, assim como índices de positividade com QNA e QM em ambos os serviços no item OC10 e OC11 no SIM e no item OC9 para o SIC.

Para a análise dos indicadores mantidos em dois anos verificou-se para a dimensão *readaptação funcional*, no item RF1, RF2 e RF9 com QNA e RF4 com QNA e QM em ambos os serviços e no item RF7 QNA apenas no SIC. Para a dimensão *organização dos cuidados* verificou-se QNA apenas no serviço SIM no item OC2 (Tabela 3).

Tabela 3 - Indicador de qualidade por item das dimensões mantidos durante dois anos, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa

Item	Indicador de qualidade	SIC*			SIM†		
		2017‡ (%)§	2018‡ (%)§	2019‡ (%)§	2017‡ (%)§	2018‡ (%)§	2019‡ (%)§
RF1	QNA¶	---	11.8	5.9	---	16.7	16.7
	QM**	---	---	---	---	---	---
RF2	QNA¶	---	11.1	16.7	---	10.5	15.8
	QM**	---	---	---	---	---	---
RF4	QNA¶	---	22.2	11.1	---	21.4	7.1
	QM**	11,1	5.6	---	---	11.1	11.1
RF7	QNA¶	---	20.0	20.0	---	---	---
	QM**	---	---	---	---	---	---
RF8	QNA¶	---	4.5	4.5	---	5.0	10.0
	QM**	4.5	4.5	---	---	5.0	0.0
RF9	QNA¶	7.7	15.4	---	---	16.7	8.3
	QM**	---	---	---	---	---	---
OC2††	QNA¶	---	---	---	---	8.3	8.3
	QM**	---	---	---	---	---	---

*Serviço de internamento de cirurgia (SIC); †Serviço de internamento de medicina (SIM); ‡Ano (2017, 2018, 2019); §Porcentagem (%); ||Readaptação Funcional (RF); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); ††Organização dos Cuidados (OC); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM)

Fonte: dados de pesquisa, 2023

Para a análise por dimensão e item com início no ano de 2019 (Tabela 4)

Tabela 4 - Indicador de qualidade por item das dimensões em 2019, nos serviços de cirurgia e medicina. Lisboa

Item	Índice de qualidade	SIC [*]	SIM [†]
		2019 [‡] (%) [§]	2019 [‡] (%) [§]
PC2	QNA [¶]	---	10,0
	QM ^{**}	---	---
PC3	QNA [¶]	---	5,3
	QM ^{**}	---	---
PC4	QNA [¶]	---	5,0
	QM ^{**}	---	8,3
PC7	QNA [¶]	---	5,0
	QM ^{**}	---	5,0
PC11	QNA [¶]	9,1	---
	QM ^{**}	---	---
PC12	QNA [¶]	18,2	16,7
	QM ^{**}	---	---
CB1 ^{††}	QNA [¶]	---	---
	QM ^{**}	---	5,0
CB3 ^{††}	QNA [¶]	---	---
	QM ^{**}	14,3	10,0
CB13 ^{††}	QNA [¶]	---	---
	QM ^{**}	---	5,0
CB16 ^{††}	QNA [¶]	---	5,0
	QM ^{**}	---	7,7
RF1 ^{‡‡}	QNA [¶]	---	---
	QM ^{**}	---	9,1%
OC4 ^{§§}	QNA [¶]	---	6,3%
	QM ^{**}	---	6,3%
OC5 ^{§§}	QNA [¶]	---	10,0%
	QM ^{**}	---	---

*Serviço de internamento de cirurgia (SIC); †Serviço de internamento de medicina (SIM); ‡Ano (2017, 2018, 2019); §Percentagem (%); ||Prevenção de Complicações (PC); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); ††Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); ‡‡Readaptação Funcional (RF); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM); §§Organização dos Cuidados (OC); ¶Qualidade Não Adequada (QNA); **Qualidade Mínima (QM)

Fonte: dados de pesquisa, 2023

verificou-se QNA na dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC2 e PC3 no SIM e PC11 no SIC. Para os itens PC4, PC7 uma QNA e QM no SIM e no item PC12 uma QNA em ambos os serviços, sendo que se verificou QM apenas no SIC.

Para a dimensão *conforto e bem-estar* com QM no item CB1, CB13 no SIM, no item CB3 em ambos os serviços e para o item CB16 QNA e QM no SIM. Para a dimensão *readaptação funcional* no item RF1 com QM no SIM. Para a dimensão *organização dos cuidados* verificou-se QNA e QM no item OC4 e no item OC9 com QM e QNA no SIM.

De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* ocorreu interação da variável anos sobre a dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC9 ($X^2_{KW(2)} = 6.676$;

$p=0.03$; $N=303$), sobre a dimensão *conforto e bem-estar* nos itens CB7 ($X_2KW_{(2)}=6.316$; $p=0.04$; $N=303$), sobre a dimensão *readaptação funcional* nos itens RF8 ($X_2KW_{(2)}=6.560$; $p=0.03$; $N=303$), e sobre a dimensão *organização dos cuidados* nos itens OC1 ($X_2KW_{(2)}=11.701$; $p=0.00$; $N=303$), item OC2 ($X_2KW_{(2)}=6.185$; $p=0.04$; $N=303$) e OC8 ($X_2KW_{(2)}=6.316$; $p=0.04$; $N=303$) no SIM (Tabela 5). Enquanto no SIC verificou-se interação sobre a dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC10 ($X_2KW_{(2)}=6.427$; $p=0.04$; $N=286$), sobre a dimensão *readaptação funcional* no item RF3 ($x_2kw_{(2)}=12.022$; $p=0.00$; $n=286$), RF5 ($x_2kw_{(2)}=4.200$; $p=0.04$; $N=286$) e sobre a dimensão *organização dos cuidados* no item OC3 ($X_2KW_{(2)}=8.485$; $p=0.00$; $N=286$).

Tabela 5- Interação dos anos nas dimensões e itens por serviço de cirurgia e medicina. Lisboa

Itens	SIC*		SIM†	
	KwH‡	p§	KwH§	p§
PC9			6.676	0.03
PC 10	6.427	0.04		
CB7¶			6.316	0.04
RF3**	12.022	0.00		
RF5**	4.200	0.04		
RF8**			6.560	0.03
OC1††			11.701	0.00
OC2††			6.185	0.04
OC3††	8.485	0.00		
OC8††			6.316	0.04

*Serviço de internamento de cirurgia (SIC); †Serviço de internamento de medicina (SIM); ‡Kruskal-Wallis(KwH); § valor de $p<0.05(p)$; ||Prevenção de Complicações (PC); ‡Kruskal-Wallis(KwH); § valor de $p<0.05(p)$; ¶Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ‡Kruskal-Wallis(KwH); § valor de $p<0.05(p)$; **Readaptação Funcional (RF); ‡Kruskal-Wallis(KwH); § valor de $p<0.05(p)$; ††Organização dos Cuidados (OC); ‡Kruskal-Wallis(KwH); § valor de $p<0.05(p)$

Fonte: dados de pesquisa, 2023

Relativamente à comparação múltipla de médias das ordens para o efeito dos anos por dimensão e itens (Figura 7), verificou-se no SIC como estaticamente significativa para a dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC13 de 2017 para 2018 ($p=0.03$) e de 2018 para 2019 ($p=0.05$).

Na dimensão *conforto e bem-estar* no item CB9 de 2017 para 2018 ($p=0.07$), CB10 de 2017 para 2018 ($p=0.07$), CB15 de 2018 para 2019 ($p=0.06$), CB16 de 2018 para 2019 ($p=0.05$), CB17 de 2017 para 2018 ($p=0.07$), na dimensão *readaptação funcional* nos itens RF3 de 2018 para 2019 ($p=0.09$), RF4 de 2018 para 2019 ($p=0.01$), RF6 de 2018 para 2019 ($p=0.091$), na dimensão *organização*

dos cuidados nos itens OC1 de 2018 para 2019 ($p=0.03$), OC2 de 2018 para 2019 ($p=0.06$), OC4 de 2018 para 2019 ($p=0.05$), OC8 de 2018 para 2019 ($p=0.08$).

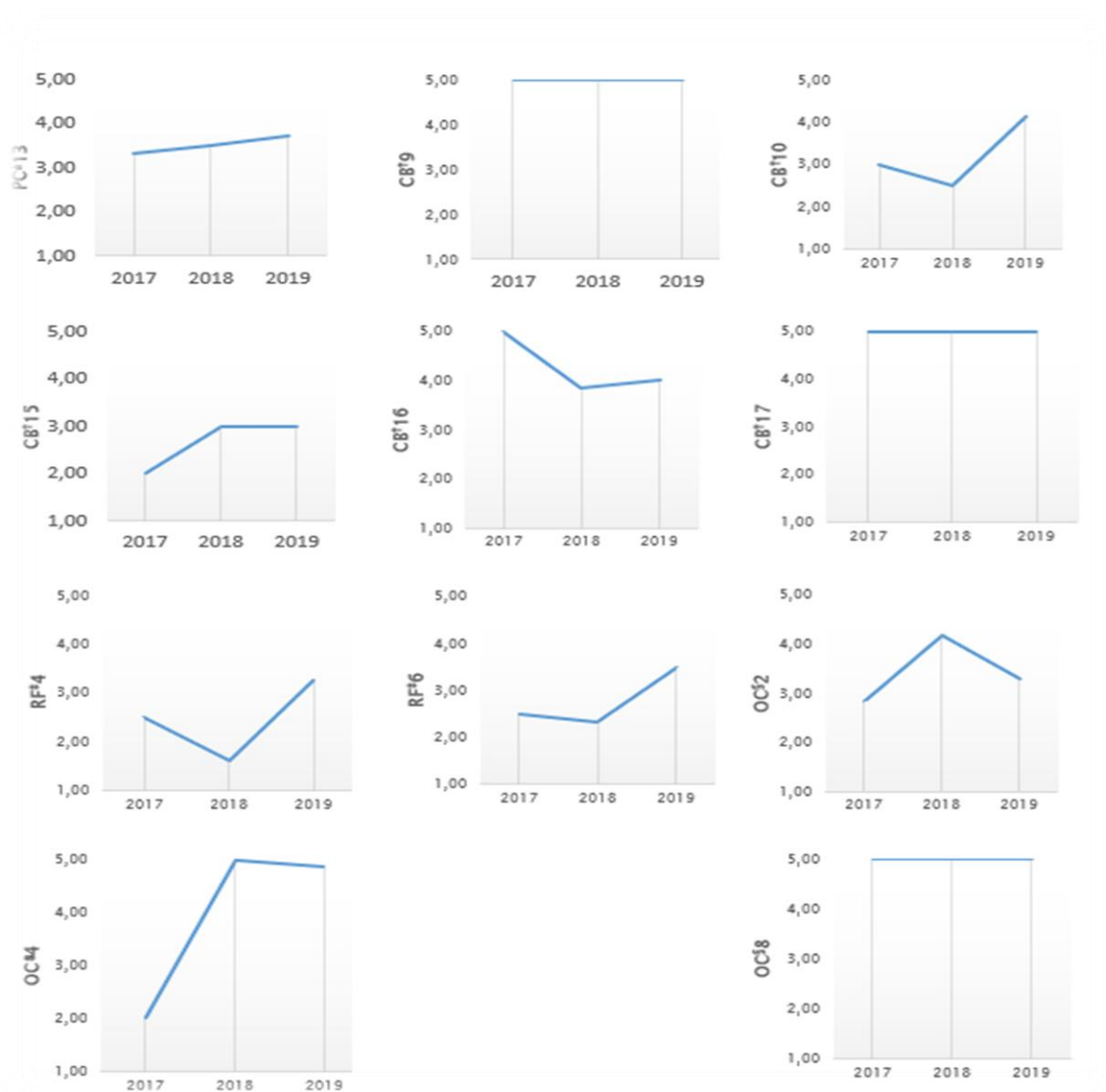


Figura 7 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito dos anos por dimensão e itens no serviço de cirurgia

*Prevenção de Complicações(PC); †Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ‡Readaptação Funcional (RF); §Organização dos Cuidados (OC)
Fonte: dados de pesquisa, Lisboa, 2023

Enquanto que no SIM se verificou (Figura 8) para a dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC1 de 2018 para 2019 ($p=0.02$), no item PC7 de 2017 para 2018 ($p=0.03$), item PC8 de 2017 para 2018 ($p=0.097$) e de 2018 para 2019 ($p=0.06$) para a dimensão a PC, na dimensão *Conforto e Bem-estar* no item CB2 de 2017 para 2018 ($p=0.03$), no item CB3 de 2017 para 2018 ($p=0.05$), item CB9 de 2017 para 2018 ($p=0.07$), CB14 de 2017 para 2018 ($p=0.05$) e de 2018 para 2019

($p=0.05$), no item CB17 de 2017 para 2018 ($p=0.09$), na dimensão *readaptação funcional* no item RF3 de 2017 para 2018 ($p=0.09$), no item RF8 de 2018 para 2018 ($p=0.02$) e na dimensão *organização dos cuidados* nos itens OC1 de 2018 para 2019 ($p=0.08$), como estatisticamente significativo.



Figura 8- Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito dos anos por dimensão e itens no serviço de medicina

*Prevenção de Complicações(PC); †Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB); ‡Readaptação Funcional (RF); §Organização dos Cuidados (OC)

Fonte: dados de pesquisa, Lisboa, 2023

|Discussão

De acordo com a análise efetuada os resultados das auditorias efetuadas entre 2017 e 2019 à qualidade dos cuidados de enfermagem, foram evidenciados indicadores e índices de positividade entre a **Qualidade Segura** e **Qualidade Desejada**, o que permitiu afirmar que as práticas dos cuidados de enfermagem estão em conformidade com os padrões e referenciais de qualidade dos cuidados emanados da OE assim como os padrões de qualidade predefinidos.

As evidências do cumprimento dos enunciados descritivos relativamente às dimensões, tornaram-se no centro do cuidado, no sentido de prevenir complicações, de satisfazer as necessidades e maximizar a independência do cliente, de forma a promover os processos de readaptação e de consolidar a organização dos cuidados de enfermagem, o que espelha uma prática profissional focada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e excelência clínica^{30,35}. Contudo, ao refletir em detalhe nos valores percentuais dos indicadores de qualidade, por dimensão e respetivos itens, foram evidenciados procedimentos de enfermagem através dos valores percentuais dos **índices de positividade sensíveis comprometedores** da qualidade dos cuidados e com potencial de intervenção no sentido de melhoria.

Tendo em consideração a variável **anos** (2017/2019) e sua influência nos scores de qualidade, foi evidenciado que as dimensões **“prevenção de complicações”** e **“readaptação funcional”** podem ter sido influenciadas por fatores externos associados à complexidade do diagnóstico dos clientes, ou por fatores internos associados às características das equipas.

Relativamente à variável **exercício profissional** em termos globais verificou-se que teve impacto na dimensão **“readaptação funcional”** e **“organização dos cuidados”** quando comparados os diferentes grupos de enfermeiros e os anos de experiência profissional, o que pode estar relacionado por um lado, com a incapacidade ou desconhecimento dos profissionais em estabelecer uma parceria enfermeiro/cliente/família no desenvolvimento e planeamento de processos eficazes e eficientes de adaptação à situação atual; e por outro, a não consciencialização por parte da equipa para efetuar registos de enfermagem com recurso a uma linguagem comum e integrada por forma a demonstrar os diagnósticos, as intervenções e as avaliações sensíveis à prática de enfermagem, tal como recomendado pela OE⁷⁸⁻⁸⁰.

Quanto à variável **antiguidade no serviço** há evidencia com impacto nos indicadores de qualidade e índices de positividade, para as dimensões **“conforto e**

bem-estar no autocuidado” e ***readaptação funcional***”, com compromisso dessas dimensões, o que nos leva a inferir a necessidade de treino contínuo das equipas face às práticas.

Por último, a variável **categoria profissional** também teve impacto na dimensão ***readaptação funcional***”, facto que pode estar relacionado com a percentagem de enfermeiros de nível I e enfermeiros juniores, em contraste com o número de enfermeiros seniores e peritos, o que nos leva a inferir que as competências profissionais interferem na identificação e desenvolvimento de processos eficazes.

Concomitantemente, e de acordo com os critérios pré-estabelecidos existiram evidências de índices de positividade de **Qualidade Não Adequada e Qualidade Mínima** nas diferentes dimensões e itens.

Na dimensão ***prevenção de complicações***”, onde o enfermeiro deveria ter o foco na identificação de potenciais problemas, implementação de ações e avaliação de intervenções para evitar ou minimizar efeitos indesejáveis. Verificou-se, durante os três anos, o comprometimento de itens de validação e preenchimento de listas de verificação. O aparecimento de itens relacionados com a identificação do cliente, a aplicação das escalas em função da situação atual ou manutenção dos locais de inserção dos acessos venosos, foi visível apenas no último ano. Este facto leva-nos a considerar, a necessidade de intervenção junto das equipas para a importância da prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais ou identificados, como processo facilitador na concretização de ações de enfermagem definidas e com referenciação de situações problemáticas.

Na dimensão ***conforto e bem-estar no autocuidado***”, onde o enfermeiro deveria ter o conhecimento para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar e complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente maximizando o seu bem-estar, verificou-se o comprometimento durante os três anos em itens relacionados com a verificação e registo da ingestão de alimentação. De igual forma, também se verificou, no último ano, o comprometimento durante em itens que visam aumentar ou complementar atividades comprometidas relacionadas com a evidência da utilização de penso, apósitos e dispositivos, razão pela qual consideramos a necessidade de intervir junto das equipas para o levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem, assim como para a importância dos registos das mesmas.

Na dimensão de ***“readaptação funcional”*** também se verificou o comprometimento durante os três anos em itens relacionados com a entrega de informação, realização de ensinos de apoio à alta e ausência de registo da execução de intervenções de enfermagem.

Durante dois anos foi visível o comprometimento de itens relacionados com o planeamento e nota de alta segura com envolvimento da pessoa significativa de acordo com o plano de cuidados e recursos existentes, e no último ano, o comprometimento em itens relacionados com a ausência do levantamento de intervenções relacionadas com o ensino. Estes achados levam-nos a pensar na importância e necessidade de acompanhamento contínuo das equipas quer a nível do desenvolvimento de processos eficazes de adaptação aos problemas decorrentes da situação clínica quer a nível de treino no planeamento para a alta de modo a assegurar a continuidade de cuidados.

Relativamente à dimensão ***“organização de cuidados”***, o enfermeiro deve contribuir para a maximização prática de enfermagem demonstrada pela eficácia dos registos e organização dos cuidados, incorporando as necessidades de cuidados, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções, de acordo com uma linguagem comum e referencial profissional. Durante os três anos verificou-se o comprometimento em itens relacionados com a falta de evidencia de justificação coerente de intervenções não executadas, independentemente do motivo para a sua não realização, e a não evidência do registo aquando da variação do *status* do diagnóstico.

Durante dois anos verificou-se a não evidência da apreciação e avaliação inicial e a não justificação associada ou relacionado com o estado de saúde do cliente. Verificou-se ainda, que após a observação do cliente e análise dos dados existentes no processo clínico, a não evidência de diagnósticos formulados, representativos da situação de saúde do cliente, assim como a ausência de planeamento de intervenções de acordo com as atitudes terapêuticas, facto iniciado em 2019. Estes aspetos entram em conflito com a boa prática de registos preconizados pelo REPE e levam-nos a identificar a fragilidade das equipas para o planeamento das intervenções de acordo com os eixos foco e juízo, tal como a evidência de forma sistemática de ações e intervenções executadas e não executadas.

2. Etapa II

Esta etapa decorreu em dois momentos onde foi realizado um estudo.

No primeiro momento, foi realizado o estudo exploratório de abordagem qualitativa, utilizando como instrumento de colheita de dados a entrevista de grupo *-focus group-* relativa à percepção sobre a importância das auditorias da qualidade de cuidados e o conceito da supervisão clínica de pares como estratégia na melhoria das práticas nos cuidados de enfermagem.

O segundo momento, decorreu suportado pelo estudo exploratório onde foi possível compreender e interpretar da percepção dos enfermeiros sobre o fenómeno da supervisão de pares e relacioná-lo com o modelo aplicado até ao momento da avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo a co-construção da matriz e modelo de supervisão de pares *P₂PCS* a implementar nos serviços de medicina e de cirurgia do hospital piloto.

2.1. Estudo 2 - Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem

A realização do estudo exploratório de abordagem qualitativa, decorreu em 2 fases. Numa primeira fase, foram definidos os critérios para identificar e selecionar enfermeiros como participantes no *focus group*, onde se pretendeu:

- | Identificar os índices de positividade sensíveis (<80%) nas dimensões e itens e os quais os enfermeiros consideraram necessária a intervenção no sentido da melhoria dos índices de positividade e indicador da qualidade dos serviços do estudo;
- | Definir estratégias de apoio e acompanhamento das práticas dos cuidados com desenvolvimento das competências pessoais e profissionais das equipas de enfermagem;
- | Percepção do interesse na adoção de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, respeitando eixos estratégicos, objetivos, pressupostos, áreas de intervenção, competências e funções dos intervenientes (perfil dos supervisores e supervisionados).

Como instrumento de colheita de dados foi utilizado o guião de entrevista semiestruturada - *focus group* (Anexo 3). e uma escala sociodemográfica para a caracterização das equipas (Anexo 2). De acordo com estes pressupostos, passamos a apresentar o referido estudo.

Estudo 2 — Perceção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem



Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem

Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care

Percepción de los enfermeros portugueses: supervisión clínica e indicadores de calidad en atención de enfermería

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio¹

ORCID: 0000-0003-4107-6952

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho^{1,2}

ORCID: 0000-0003-1017-4787

Cristina Maria Correia Barroso Pinto^{1,3}

ORCID: 0000-0002-6077-4150

¹CUF Academic Center, Lisboa, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal.

³Centro de Investigações em Tecnologias e Serviços de Saúde & Rede de Investigação em Saúde, Porto, Portugal.

Como citar este artigo:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF, Pinto CMCB. Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220656. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0656pt>

Autor Correspondente:

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

E-mail: mafalda.sergio@cuf.pt



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Jules Teixeira

Submissão: 16-10-2022 Aprovação: 17-01-2023

RESUMO

Objetivos: descrever a percepção dos enfermeiros acerca da influência da supervisão clínica na melhoria dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Métodos:** pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, realizada com 16 enfermeiros utilizando o focus group. O processamento de dados emergiu da análise textual lexicográfica, recorrendo à Classificação Hierárquica Descendente e análise de similitude. **Resultados:** retenção de 80,0% de 185 segmentos de texto com construção de seis classes. As palavras foram representadas por quatro grafos (supervisor, auditoria, cuidado e processo); e três subgrafos (implementação, partilha e conhecimento). **Considerações Finais:** na percepção dos enfermeiros, a supervisão influencia os indicadores de qualidade na assistência de enfermagem.

Descritores: Enfermeiros; Supervisão de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Auditoria de Enfermagem; Avaliação dos Resultados.

ABSTRACT

Objectives: to describe nurses' perception of the influence of clinical supervision on improving quality indicators in nursing care. **Methods:** exploratory research with a qualitative approach, carried out with 16 nurses using the focus group. Data processing emerged from lexicographical textual analysis, resorting to Descending Hierarchical Classification and similarity analysis. **Results:** 80.0% retention of 185 text segments with six-class construction. The words were represented by four graphs (supervisor, audit, care, and process); and three subgraphs (implementation, sharing and knowledge). **Final Considerations:** in the perception of nurses, supervision influences quality indicators in nursing care.

Descriptors: Nurses; Nursing Supervision; Nursing Assistance; Nursing Audit; Evaluation of the Results.

RESUMEN

Objetivos: describir la percepción de los enfermeros acerca de la influencia de la supervisión clínica en la mejora de los indicadores de calidad en la atención de enfermería. **Métodos:** investigación exploratoria de enfoque calitativo, realizada con 16 enfermeros utilizando el focus group. El procesamiento de datos emergió del análisis textual lexicográfico, recurriendo a la Clasificación Jerárquica Descendente y análisis de similitud. **Resultados:** retención de 80,0% de 185 segmentos de texto con construcción de seis clases. Las palabras fueron representadas por cuatro grafos (supervisor, auditoría, cuidado y proceso); y tres subgrafos (implementación, partición y conocimiento). **Consideraciones Finales:** en la percepción de los enfermeros, la supervisión influencia los indicadores de calidad en la atención de enfermería.

Descriptores: Enfermeros; Supervisión de Enfermería; Atención de Enfermería; Auditoría de Enfermería; Evaluación de Resultados.

INTRODUÇÃO

O envolvimento das equipes de enfermagem na avaliação das práticas assistenciais e o reconhecimento de níveis de excelência refletem a compreensão dos profissionais em face da importância da qualidade e segurança e de seu impacto nos pacientes⁽¹⁾. Esse processo, por um lado, incentiva o desenvolvimento de estratégias de monitorização e a avaliação da prática diária; e, por outro lado, promove o desenvolvimento pessoal e profissional por meio da reflexão sobre as práticas assistenciais⁽²⁾.

É com uma visão de liderança organizacional na prática assistencial que um grupo de saúde privado em Portugal, constituído por vários hospitais de assistência a pacientes do foro médico-cirúrgico, promove de forma continuada uma cultura diferenciadora de qualidade e excelência ao aplicar um modelo de auditorias à qualidade da assistência em enfermagem nas suas unidades.

Esse modelo foi adaptado do trabalho de Haddad sobre "Qualidade de Assistência de enfermagem – O processo de avaliação em hospital universitário público", aplicado no Hospital Universitário de Londrina (HUL) no âmbito de uma tese de doutoramento⁽³⁾, com a classificação da qualidade assistencial de enfermagem por meio de indicadores, da seguinte forma: Qualidade Desejada ($\geq 90.0\%$ e $< 100.0\%$), Qualidade Adequada ($\geq 81.0\%$ e $< 90.0\%$), Qualidade Segura ($= 80.0\%$), Qualidade Mínima ($\geq 71.0\%$ e $< 80.0\%$) e Qualidade Não Adequada ($< 70.0\%$), resultantes de índices sensíveis de positividade.

Esse modelo de gestão de processos e resultados teve em conta os padrões de qualidade da Joint Commission Internacional (JCI), Sistema de Gestão da Qualidade (SGS), Norma Europeia EN ISO 9001:2015, Normas de Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS) de Portugal e do modelo de desenvolvimento profissional da Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Tudo isso permite, em equipe, analisar e refletir de forma adequada e clara sobre os índices de positividade sensíveis, para implementar ações de melhoria⁽⁴⁻⁶⁾ na obtenção da qualidade desejada ($\geq 90.0\%$ e $< 100.0\%$).

Nessa perspectiva de eficiência e de apoio integral na melhoria contínua da qualidade assistencial, surge o conceito de supervisão clínica de enfermagem como estratégia facilitadora em processos de mudança de atitudes, comportamentos e práticas.

A supervisão clínica é estratégica na reflexão e transformação do pensar e do agir na construção da prática assistencial. Ao ser encarada como um processo formal e adequado ao contexto, implica a interação dos enfermeiros no acompanhamento, planeamento, avaliação e implementação de ações de melhoria. Por outra via, é fundamental que ela ocorra num ambiente sistemático e interpessoal favorável às aprendizagens, à partilha de saberes e à tomada de decisão autónoma e responsável⁽⁷⁻⁹⁾.

A adoção da supervisão clínica permite ainda aumentar o capital humano, potenciar as competências interpessoais, emocionais e profissionais com ganho efetivo para os intervenientes, ou seja o supervisor e o supervisionado⁽⁸⁻¹²⁾.

Durante o processo supervisivo, de acordo com padrões pré-definidos, o profissional mais experiente ou supervisor interage, partilha, acompanha e orienta de forma efetiva um profissional menos experiente ou supervisionado, facilitando o desenvolvimento contínuo de competências, a mediação e concretização de ações promovendo o sentido de responsabilidade e autonomia^(10-11,13).

Essa dinâmica deverá ocorrer segundo uma vertente formativa e não de controle, para que ocorra a reflexão, o feedback e relações interpessoais de partilha na equipe a fim de monitorar as necessidades e adequar ou adotar as melhores práticas segundo o contexto, com benefícios para o profissional, equipe e organização⁽¹³⁻¹⁶⁾.

Entretanto, para legitimar a prática da supervisão clínica de enfermagem nas organizações, é necessário conhecer a cultura organizacional assim como as características pessoais e profissionais dos supervisores e supervisionados com o objetivo de estimular e aprofundar a prática reflexiva baseada na evidência^(11,17).

Dessa forma, os processos de supervisão clínica em enfermagem demonstram ter influência na obtenção de resultados desejáveis com impacto na prática assistencial de enfermagem, elevando a satisfação e a segurança dos pacientes com a organização de saúde⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Diante do exposto e levando em consideração o indicador de qualidade das auditorias das práticas assistenciais de enfermagem que a instituição de saúde privada realiza mensalmente, as quais revelaram índices sensíveis ou não conformes de qualidade com impacto direto nos pacientes, surge a necessidade de refletir com as equipes sobre o modelo institucional de auditorias e obter sua percepção acerca da supervisão clínica de enfermagem como estratégia de desenvolvimento pessoal e profissional mediante o acompanhamento das práticas assistenciais para a melhoria dos resultados.

Isso nos conduziu à questão do estudo: Será que a implementação da supervisão clínica de enfermagem nas equipes influencia os indicadores da qualidade assistencial de enfermagem aos pacientes do foro médico-cirúrgico em contexto de uma unidade de saúde privada?

OBJETIVOS

Descrever a percepção dos enfermeiros acerca da influência da supervisão clínica de enfermagem como estratégia na melhoria dos indicadores de qualidade da assistência em enfermagem.

MÉTODOS

Aspetos éticos

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da organização envolvida. Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi devidamente preenchido e assinado por cada um dos participantes e devolvido aos investigadores.

O formulário de caracterização dos participantes foi igualmente preenchido e devolvido em envelope fechado e colocado em local próprio. No estudo, foram garantidos a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes bem como dos serviços envolvidos. Nesse sentido, cada serviço foi representado por uma letra (A e B); e os participantes, pela letra E (Enfermeiro).

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. Seu desenvolvimento foi norteado pelo guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), recomendado para

relatos de pesquisa que coletam dados por meio de entrevistas ou grupos. É um estudo integrado num projeto de investigação de doutorado que pretende avaliar o impacto da supervisão clínica em enfermagem na elevação dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem a pacientes do foro médico-cirúrgico em contexto de internamento numa unidade de saúde privada.

Cenário do estudo

A pesquisa apresentada foi realizada entre agosto e outubro de 2019. A primeira etapa decorreu num hospital privado da região de Lisboa, Portugal, nos serviços de internamento médico-cirúrgico, onde é aplicado o modelo das auditorias da qualidade da assistência em enfermagem.

Esse modelo consiste na aplicação de uma grelha de observação e análise de registos de pacientes do foro médico-cirúrgico com taxa de internamento superior a 24 horas, visando controlar e monitorar a qualidade assistencial das equipas de enfermagem.

Desse modelo, resultam evidências de conformidades ou desvios nos procedimentos com impacto na prática assistencial, denominados "índices de positividade" e, posteriormente, categorizados em indicadores sensíveis à qualidade, da seguinte forma: Qualidade Desejada (QD), Qualidade Adequada (QA), Qualidade Segura (QS), Qualidade Mínima (QM) e Qualidade Não Adequada (QNA). Por essa via, são definidas ações de melhoria contínua.

Fonte de dados

Os participantes da pesquisa são os enfermeiros que integram as equipas dos serviços de internamento médico-cirúrgico. Foram selecionados para a pesquisa elementos amostrais de forma estratificada de acordo com a equidade da representação dos serviços e realização das sessões de *focus group*. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro de um dos dois serviços de internamento cirúrgico e médico independentemente da categoria profissional (júnior, enfermeiro I, enfermeiro II, sênior, perito, gestor), ter pelo menos três anos de exercício profissional no serviço e na organização e pelo menos um ano de exercício na profissão.

Coleta e organização dos dados

Para a coleta de dados, utilizou-se a metodologia de *focus group*, sendo construído um guia para refletir sobre as temáticas: percepção da qualidade da assistência em enfermagem, percepção da importância da auditoria da qualidade na assistência em enfermagem, percepção de supervisão clínica de enfermagem e percepção do processo supervisivo e seus intervenientes. A coleta dos dados foi efetuada por um pesquisador treinado, que conhecia o ambiente hospitalar onde decorreu a investigação. A realização do *focus group* se deu em dois momentos a fim de cumprir os requisitos dessa metodologia⁽²⁰⁾, que recomenda um máximo de seis a oito participantes por momento.

Os momentos de *focus group* ocorreram em ambiente confortável e de espontaneidade para os participantes em local e horário previamente definidos. A moderação foi feita por um dos investigadores, conhecedor da profissão e da cultura organizacional, e teve a duração média de cerca de 90 minutos. Foi

garantida a cada participante a oportunidade de intervir no *focus group*. Para o registro das falas, foi utilizada gravação de áudio e imagem para posterior análise dos dados⁽²⁰⁻²¹⁾.

Procedimentos metodológicos

Efetou-se a transcrição dos conteúdos dos momentos do *focus group* e utilizou-se o software IramuteQ – Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ)⁽²²⁻²³⁾ como ferramenta de apoio ao processamento de dados na pesquisa qualitativa.

O IramuteQ é desenvolvido na linguagem Python com funcionalidades providas pelo software estatístico R, o que permite fazer a estatística de textos obtidos de entrevistas, documentos, entre outras fontes e os transformar em análises textuais lexicográficas de acordo com a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e similitude.

O software é uma ferramenta de processamento dos dados, e não um método de pesquisa, o que torna os resultados instrumentos de exploração e associação do material em estudo.

Análise de dados

Para efetuar a análise lexical, foi preparado o corpus textual, sobre o qual o software procedeu a cortes a cada 40 caracteres, formando os segmentos de texto analisados. Para refletir a homogeneidade do corpus, consideraram-se os segmentos de texto analisados com retenção $\geq 75\%$. Como critério de inclusão das palavras nas classes, foram consideradas todas as palavras com frequência maior que o dobro da média de ocorrência no corpus textual.

De acordo com a CHD dos agrupamentos, os segmentos de texto foram sucessivamente particionados em função da coocorrência de formas lexicais, originando classes lexicais com valores percentuais representadas em dendrograma.

A associação com a classe foi considerada pelo valor do qui-quadrado ($\chi^2 \geq 3.84$ com um ponto de corte (f) superior ou igual ao do dobro da frequência da média ($f > 12$) e $p < 0.0001$, que representam correlações fortes entre as palavras; para a análise de similitude, foram interpretados os resultados das relações e conectividade dos objetos em determinado conjunto⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A análise estatística subdividiu-se em duas fases. A primeira consistiu numa abordagem preliminar exploratória com enfoque na análise estrutural temática no sentido de medir a relação entre os conteúdos "auditoria" e "supervisão clínica". A segunda fase correspondeu à análise estrutural monotemática com o propósito de aprofundar a compreensão do significado dos fenômenos do estudo propriamente dito.

RESULTADOS

O número total de participantes dos três serviços foi de 16 enfermeiros, dos quais 12 do gênero feminino, com uma média de idade de 40 anos. No tocante à categoria profissional, eram enfermeiros gestores ($n=3$), enfermeiro I ($n=3$), enfermeiro II ($n=3$), enfermeiro júnior ($n=3$) e enfermeiro sênior ($n=4$) e tinham uma média de tempo no serviço de 16,5 anos.

Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem
Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF, Pinto CMCB.

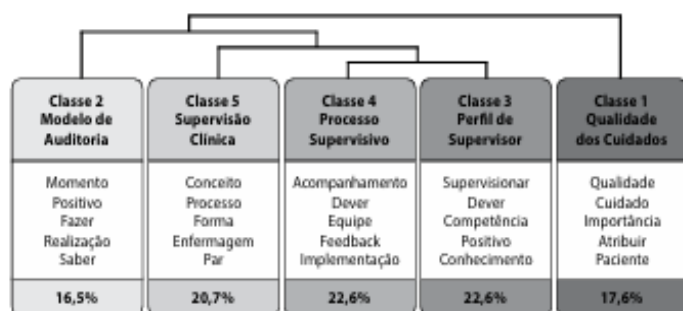


Figura 1 – Dendrograma da análise temática de classes e suas correlações segundo a Classificação Hierárquica Descendente, Lisboa, Portugal, 2021

Quanto ao grau académico, nove dos profissionais são apenas licenciados, dois são licenciados e com pós-graduação em supervisão clínica, e cinco têm grau de mestre e pós-graduação em supervisão clínica.

Da análise do corpus textual de abordagem temática, a CHD permitiu obter 6.979 ocorrências apresentadas em 1.088 formas distintas. Dos 194 segmentos de texto, houve uma retenção de 84,5% com a construção de cinco classes semânticas sobre os conceitos de "Supervisão clínica" e "Modelo da auditoria da qualidade assistencial de enfermagem", representadas no dendrograma (Figura 1 – Dendrograma da análise temática de classes e suas correlações segundo a Classificação Hierárquica Descendente).

No dendrograma, o corpus textual foi dividido em três subcorpora, em que a Classe 1 se articula com a Classe 2; e, em seguida, esses subcorpora associam-se à Classe 5, que se relaciona com as Classes 3 e 4, as quais interagem entre si. Ou seja, o *Processo Supervisivo* e o *Perfil de Supervisor* estão associados à *Supervisão Clínica* e integrados no *Modelo de Auditoria* da qualidade assistencial de enfermagem.

Por meio da aplicação do teste do qui-quadrado (χ^2), na Classe 1- *Qualidade dos Cuidados* (17,6%), as palavras com maior número de correlações apresentadas são: *qualidade* (40,0; $p < 0,0001$), *cuidado* (32,1; $p < 0,0001$) e *paciente* (34,4; $p < 0,0001$). Na Classe 2- *Modelo de Auditoria* (16,5%), as palavras são *positivo* (178,1; $p < 0,0001$) e *realização* (128,9; $p < 0,0001$); já para a Classe 5- *Supervisão Clínica* (20,7%), são *conceito* (67,8; $p < 0,0001$) e *enfermagem* (62,1; $p < 0,0001$).

Por último, na Classe 3- *Perfil do Supervisor* (22,6%), as palavras são *competência* (7,1; $p < 0,0001$), *positivo* (14,6; $p < 0,0001$); e na Classe 4- *Processo Supervisivo* (22,6%), são *acompanhamento* (27,5; $p < 0,0001$), *feedback* (8,7; $p < 0,0001$) e *implementação* (55,1; $p < 0,0001$).

Quanto à qualidade assistencial de enfermagem por classe (Tabela 1), a Classe 1- *Qualidade dos Cuidados* é percebida como a assistência de enfermagem de acordo com os padrões pré-determinados pela organização, garantindo a segurança dos pacientes inseridos no contexto. Para a Classe 2- *Modelo de auditoria*, em prática este é visto como uma ferramenta importante na identificação de índices de positividade sensíveis, ao permitir implementar ações de melhoria na assistência de enfermagem.

No tocante à Classe 3- *Perfil do Supervisor*, os enfermeiros identificam-na como a capacidade de integrar, acompanhar e orientar de forma assertiva, adequada e competente novos profissionais. Na Classe 4- *Processo Supervisivo*, este é visto como estratégia de acompanhamento da prática diária promotora de momentos de partilha individual e em equipe. Por último, a Classe 5- *Supervisão*

Clínica é identificada como um motor de transmissão de conhecimento, aprendizagens, partilha e reflexão, o que permite o desenvolvimento de competências integradas na prática.

Relativamente à análise de similitude, esta conduziu à composição de quatro núcleos centrais representados pelas palavras *cuidado*, *auditoria*, *processo* e *supervisor*, que denotam a percepção atribuída pelos enfermeiros à supervisão clínica e ao modelo de auditoria organizacional.

A ramificação entre os núcleos demonstra termos fortemente interligados entre si, revelando que os enfermeiros entendem a supervisão clínica como um elemento facilitador

no processo de *acompanhamento*, *feedback* e *reflexão* sobre a qualidade assistencial de enfermagem.

No núcleo de *Auditoria*, os ramos com maior conexidade são o *modelo* e *auditor*, seguidos dos termos *feedback*, *garantir* e *avaliar*, que se interligam com o núcleo *Cuidado* com maior conexidade para *qualidade*, como referido na Classe 1- *Qualidade dos Cuidados* e Classe 2- *Modelo de Auditoria*.

Tabela 1 – Percepção dos enfermeiros quanto à qualidade da assistência de enfermagem, conforme cada classe, Lisboa, Portugal, 2021

Classes	Exemplo das respostas dos participantes
Classe 1 Qualidade de Cuidados	É a prestação de cuidados com qualidade dentro de procedimentos e padrões definidos de acordo com normas e guidelines atuais e de acordo com a expectativa do paciente. (FG1, E1) É prestar cuidados em segurança de acordo com conhecimentos científicos e com as necessidades do paciente e família. (FG2, E14)
Classe 2 Modelo de Auditoria	Ferramenta que identifica o que tem de se melhorar ou que se deve trabalhar com mais afinco, para garantir que todos trabalhem o melhor que sabem e que é balizado o caminho a seguir. (FG2, E10) Instrumento que nos ajuda a melhorar e que nos diz onde estamos. (FG1, E7) São momentos de aprendizagens e de reforço. (FG2, E16)
Classe 3 Perfil do Supervisor	Comunicador que goste de ensinar, relacionar, levar o outro ao pensamento crítico, desenvolver a reflexão para promover as aprendizagens. É saber partilhar e levar à descoberta do saber. (FG1, E4) Acompanhamento e orientação de procedimentos e de pessoas, com feedback construtivo. (FG1, E1)
Classe 4 Processo Supervisivo	Processo desenvolvido por enfermeiros para enfermeiros com evidência da curva de aprendizagem ou feedback de acordo com as necessidades. (FG2, E15) Desenvolvido numa lógica de desenvolvimento de competências e numa lógica de desenvolver conhecimento. (FG2, E16)
Classe 5 Supervisão Clínica	Aprendizagem duradoura ao longo do tempo [...] ancorada nos conhecimentos [...] é uma lógica de partilha de crescimento profissional e pessoal. (FG1, E8) Partilha entre supervisor e supervisionado de conhecimento numa lógica de reflexão sobre partilha de valores relacionados com a profissão e com a organização. (FG1, E7)

Percepção dos enfermeiros portugueses: supervisão clínica e indicadores de qualidade na assistência de enfermagem
Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF, Pinto CMCB.

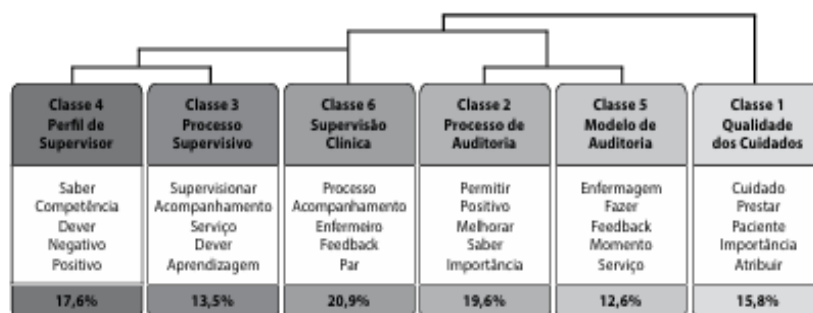


Figura 2 – Dendrograma, análise monotêmica de classes e suas correlações segundo a Classificação Hierárquica Descendente, Lisboa, Portugal, 2021

No núcleo *Processo*, os ramos com maior conexidade são a *supervisão clínica* com ramos homogêneos nos termos *acompanhar* e *refletir*, como referido na Classe 4- *Processo Supervisivo* e Classe 5- *Supervisão Clínica*, em que é possível *acompanhar*, *refletir* e *dar feedback* à equipe de enfermagem quando implementado o processo supervisivo. Por último, tem-se o agrupamento *Supervisor* com maior conexidade nos ramos *perfil*, *competência*, *acompanhamento*, *enfermeiro* e *equipe*, em que três subgrafos emergem para o exterior do eixo com os termos *implementação* e *obstáculo*, *partilha*, *crescimento pessoal*, *conhecimento*, *enfermagem*, *transmitir* e *conceito*. Isso representa a percepção dos enfermeiros sobre as características fundamentais do *Perfil do Supervisor*, tal como referido na Classe 3.

Garantida a fiabilidade desses resultados da supervisão clínica de enfermagem na melhoria da assistência de enfermagem, segue-se a compreensão do significado do fenómeno propriamente dito. Para a abordagem monotêmica, foram analisadas 6.808 ocorrências, com 1.088 formas distintas e com ponto de corte $f > 12$. Dos 185 segmentos de texto analisados, houve uma retenção de 80,0%, com a construção de seis classes (Figura 2 – Dendrograma, análise monotêmica de classes e suas correlações segundo a Classificação Hierárquica Descendente).

No dendrograma, o corpus textual foi dividido em quatro subcorpórea, em que surge a Classe 1, articulada com a Classe 2 e 5, relacionadas entre si; e a Classe 6, que se articula com as Classes 3 e 4, as quais se relacionam. Ou seja, o *Processo Supervisivo* e *Perfil de Supervisor* estão associados à *Supervisão Clínica* e estão integrados ao *Modelo* e *Processo de Auditoria* na assistência de enfermagem em uso na organização.

Relativamente à percepção dos enfermeiros quanto à qualidade da assistência de enfermagem, conforme cada classe (Tabela 2) e por meio da aplicação do teste do qui-quadrado (χ^2), na Classe 1- *Qualidade dos Cuidados* (15,8%), as

palavras com maior número de correlações apresentadas são: *prestar* (45,7; $p < 0,0001$), *cuidado* (41,9; $p < 0,0001$) e *paciente* (65,3; $p < 0,0001$). Para a Classe 2- *Processo de Auditoria* (19,6%), as palavras são: *permitir* (27,5; $p < 0,0001$), *positivo* (24,0; $p < 0,0001$) e *melhorar* (15,9; $p < 0,0001$). Já na Classe 5- *Modelo de Auditoria* (12,6%): *serviço* (9,7; $p < 0,0001$) e *enfermagem* (59,7; $p < 0,0001$).

Por último, na Classe 4- *Perfil do Supervisor* (17,6%), as palavras são *competência* (6,9; $p < 0,0001$), *positivo* (15,0; $p < 0,0001$); e, na Classe 3- *Processo Supervisivo* (13,5%), são *acompanhamento* (11,4; $p < 0,0001$) e *supervisionar* (13,0; $p < 0,0001$).

Tabela 2 – Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade da assistência de enfermagem conforme cada classe, Lisboa, Portugal, 2021

Classes	Exemplo das respostas dos participantes
Classe 1 Qualidade dos Cuidados	<i>É a prestação de cuidados que vai de acordo com todas as normas e procedimentos da instituição, baseada em conteúdos científicos recentes e atualização dos profissionais.</i> (FG1, E4) <i>É ir ao encontro das necessidades e expectativas dos pacientes e dos conteúdos que definem a boa prática e a qualidade, prestando cuidados seguros e efetivos.</i> (FG1, E8)
Classe 2 Processo de Auditoria	<i>Medir objetivamente atos para garantir e assegurar a postura básica de toda a equipe de forma transversal [...] proporcionar momentos de aprendizagem e conhecimento melhor dos processos e dos serviços.</i> (FG1, E8) <i>Permite dar feedback e ter margem de progressão, oportunidade de melhorar.</i> (FG2, E13)
Classe 3 Processo Supervisivo	<i>São um motor de transmissão de conhecimento; a reflexão facilita na implementação de melhoria de ações podendo ser um fio condutor na melhoria dos cuidados.</i> (FG2, E15) <i>Estruturado para pares onde o supervisor apoia e acompanha durante a prestação dos cuidados, identifica ações a melhorar os cuidados; também o supervisionado deve estipular os momentos de reunião com o supervisor para receber o feedback e envolvimento no processo e resultados.</i> (FG1, E6)
Classe 4 Perfil do Supervisor	<i>Ser um líder na gestão de conflitos com uma perspectiva de ajudar no crescimento profissional e pessoal promovendo o autocrescimento.</i> (FG1, E7) <i>Ter a capacidade de apoiar, acompanhar nos momentos e saber explicar o que está a acontecer, estipular o feedback e envolvimento no processo e resultado.</i> (FG1, E6) <i>Ter maturidade na profissão, ter competências na área em que está a supervisionar e promover a passagem desse conhecimento.</i> (FG1, E8)
Classe 5 Modelo de Auditoria	<i>Uma construção feita a pares por quem audita e por quem é auditada.</i> (FG2, E16) <i>Ferramenta que garante melhora e identifica problemas; repensa e estabelece ações de melhoria.</i> (FG2, 11) <i>Benchmarking, para aumentar a competitividade e desenvolvimento de novas competências dos enfermeiros.</i> (FG2, E13)
Classe 6 Supervisão Clínica	<i>Acompanhamento dentro da área de pericia de acordo com os objetivos, para uma construção profissional ao longo da carreira.</i> (FG2, E10) <i>Processo global que permite adaptar a curva de aprendizagem individualizada e sustentada ao longo do tempo da boa prática.</i> (FG1, E3) <i>Lógica de reflexão sobre o fenómeno em que há partilha de valores relacionadas com a profissão e organização.</i> (FG1, E7)

Na Classe 1- *Qualidade dos Cuidados*, relativa ao conceito de qualidade da assistência de enfermagem, os enfermeiros a definem como a prestação de cuidados com segurança clínica de acordo com a prática baseada na evidência, com a constante atualização de competências dos profissionais. Para a Classe 2- *Processo de Auditoria* e Classe 5- *Modelo de Auditoria*, os enfermeiros referem que o modelo é realizado com regularidade por enfermeiros (pares) e está orientado para uma cultura de qualidade desejada, ao passo que o processo está orientado para os resultados das práticas dos cuidados.

Na Classe 3- *Processo Supervisivo*, este é traduzido como um gerador de aprendizagens pessoais e profissionais e promotor da reflexão e partilha sobre a prática na construção de um caminho a par. Já para a Classe 4- *Perfil do Supervisor*, os enfermeiros referem que este deve ser reconhecido pela organização e ter uma visão formal e informal do processo, estar motivado e motivar, apoiar e partilhar as aprendizagens numa perspectiva de construção profissional mútua.

Por último, na Classe 6 - *Supervisão Clínica*, os enfermeiros consideram que é a passagem de conhecimento dentro da sua área de perícia, do supervisor para o supervisionado, de acordo com os objetivos do serviço e da organização e que está relacionada com monitorização, acompanhamento e aprendizagem, possibilitando o feedback adequado.

Quanto à análise de similitude, esta conduziu à composição de três núcleos centrais representados pelas palavras *Processo*, *Conhecimento* e *Supervisor*, que denotam a percepção dos enfermeiros sobre a estratégia da supervisão clínica na melhoria dos índices de positividade da qualidade da assistência de enfermagem resultantes das auditorias (Figura 3 – Análise de similitude dos conceitos de Supervisão Clínica e do Modelo de Auditoria).



Figura 3 – Análise de similitude dos conceitos de Supervisão Clínica e do Modelo de Auditoria, Lisboa, Portugal, 2021

A ramificação entre os núcleos demonstra termos fortemente interligados entre si, os quais levam à ideia de que o supervisor

clínico é um profissional reconhecido pela equipe, detentor de características específicas, conhecimentos e competências que lhe permitem, mediante o feedback construtivo, partilhar e acompanhar os seus pares em procedimentos da prática assistencial.

No núcleo *Processo*, os ramos com maior conexidade são *auditoria*, *acompanhamento*, *feedback* e *avaliar*, que se interligam com o núcleo *Supervisor*. Surge, ainda, uma conexidade homogênea com os termos *integração*, *evidência* e *cuidar*, reforçando o *Processo Supervisivo* na *integração*, *desenvolvimento* e *acompanhamento* dos pares.

No núcleo *Conhecimento*, os ramos que apresentam maior conexidade são *competência* e *enfermagem*; e com uma conexidade homogênea, surgem os termos *transmitir* e *orientação*.

O núcleo *Supervisor* apresenta maior conexidade nos ramos *característica*, *equipe*, *par* e *aprendizagem* e de forma homogênea para os termos *reconhecer*, *promover*, *partilhar* e *acompanhar*. Assim emergem para o exterior dois subgrafos com os termos *implementação* e *obstáculo* bem como *orientar*, *estratégia* e *melhorar*, levando a concluir que o *supervisor* deve adotar estratégias e implementar processos de supervisão no sentido de ultrapassar os *obstáculos* e melhorar as práticas assistenciais.

DISCUSSÃO

Os resultados da percepção dos enfermeiros dão visibilidade à importância da implementação de processos de supervisão clínica de enfermagem na melhoria dos índices de positividade das auditorias, ao contribuírem para o aumento dos indicadores da qualidade da assistência de enfermagem.

Os enfermeiros do estudo, no que diz respeito à qualidade assistencial de enfermagem, consideram que esta é uma constante no cumprimento de normas e padrões pré-definidos assentes em conhecimento e competências técnico-científicas consonantes com as expectativas e necessidades do paciente e família, como observado na Classe 1- *Qualidade dos cuidados* e corroborado na literatura^(1,7,12).

Relativamente ao modelo e processo de auditoria em uso, os enfermeiros os consideram ferramentas transversais e contextualizadas da prática assistencial que, mediante índices de positividade, identificam fragilidades. Isso possibilita desenvolver ações de melhoria contextualizada e sustentar os indicadores de qualidade adotados, como observado na Classe 2- *Processo de Auditoria* e Classe 5- *Modelo de Auditoria*.

Simultaneamente, atribuem importância à normalização continuada da prática assistencial de enfermagem com impacto direto na qualidade e segurança dos pacientes, o que vem ao encontro do descrito na literatura^(2,12).

É relatado na literatura que a supervisão, quando realizada como um processo interativo de acompanhamento de uma atividade de acordo com um referencial, permite assegurar a qualidade das ações centradas na intervenção, assim como a partilha do conhecimento entre os diferentes intervenientes^(7,15,17-18,26-27). Isso foi informado pelos enfermeiros do estudo, que mencionam a supervisão clínica e o processo supervisivo como um dever e uma competência desenvolvida por pares, com base na partilha de conhecimento visando à melhoria dos processos da prática assistencial.

Ainda, acrescentam que o processo supervisivo permite a interação por meio do feedback com impacto na construção intrapessoal e profissional e orienta para a responsabilização, compreensão e partilha de experiências como observado na Classe 6 - *Supervisão Clínica*, o que acrescenta efetividade à supervisão e promove o desenvolvimento de competências e saberes, também corroborado na literatura⁽²⁶⁻²⁸⁾.

Relativamente às características do supervisor clínico, os enfermeiros consideram-no como o profissional reconhecido pelos pares e pela organização, detentor de conhecimento concreto e sistematizado no domínio da supervisão clínica e da disciplina da profissão, demonstrado na Classe 4- *Perfil do Supervisor*. Destacam ainda como características positivas: a assertividade, a comunicação e a liderança enquanto base da relação de confiança, respeito, partilha e consolidação das relações interpessoal; bem como a orientação e planeamento de ações de melhoria como referido na literatura^(8,11-12,14-15,18).

Identificam, por último, que o supervisor deve fomentar a reflexão entre pares para a gestão emocional e competências de autoconsciência, autocritica e autoavaliação, a fim de que ocorra a mudança e cooperação no processo supervisivo assente no desenvolvimento de competências promotoras de novas aprendizagens com ganhos organizacionais. Nesse sentido, a literatura refere que o supervisor deve ter competências teóricas, pedagógicas e clínicas de acordo com o domínio do saber teórico-cognitivo, do saber-fazer experiencial e do relacional que levem à reflexão sobre a ação em conformidade com uma cultura organizacional^(12,17).

Limitações do estudo

Considerando que a pesquisa foi desenvolvida em apenas uma unidade de saúde privada com internamento de pacientes do foro médico-cirúrgico em Portugal, a aplicação do modelo de supervisão não deverá ser generalizada; e sim, contextualizada e adaptada às necessidades da organização e dos pacientes.

No entanto, a metodologia poderá ser replicada em outras unidades hospitalares e serviços com características similares às dos participantes, possibilitando o cruzamento de dados e a discussão do fenómeno.

Contribuições para a área da enfermagem

Espera-se que os resultados aqui apresentados subsidiem novas pesquisas direcionadas para a continuidade do estudo acerca da pertinência da supervisão clínica de enfermagem como

estratégia no ganho de competências pessoais e profissionais, com impacto direto no paciente e na melhoria de indicadores de qualidade da prática assistencial de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou: aprofundamento sobre a percepção dos enfermeiros no tocante ao conceito de auditoria e conceito de supervisão clínica de enfermagem; e mensuração do impacto nos indicadores da qualidade na assistência de enfermagem.

Podemos afirmar que as auditorias são uma ferramenta essencial na implementação de processos de melhoria contínua com influência direta nos pacientes. Além disso, ao se desenvolver um modelo contextualizado de supervisão clínica de enfermagem por pares, é possível refletir com base em evidências sobre a prática, orientar na monitorização de indicadores, implementar ações de melhoria conforme os resultados, estabelecer feedback de proximidade e induzir à tomada de decisão responsável, fundamental no desenvolvimento profissional e organizacional.

Este modelo parece ser o fio condutor para a mudança de comportamentos, pois a supervisão influencia direta e significativamente as competências em nível pessoal e profissional, sendo um processo que vai para além das teorias e conceitos de enfermagem.

Conclui-se que a pesquisa realizada fundamenta a percepção dos pesquisadores sobre a aplicação da supervisão clínica em enfermagem, como estratégia na melhoria dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem resultantes dos índices de positividade. Tem-se a consciência de que a mudança capacita os enfermeiros para a construção da identidade profissional e interpessoal ao longo do tempo, fortalecendo a prática reflexiva com consequência na assistência de enfermagem nas equipes, na organização e na Enfermagem enquanto disciplina.

AGRADECIMENTO

A todos os enfermeiros que colaboram na concretização da pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF e Pinto CMCB contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF e Pinto CMCB contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF e Pinto CMCB contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Hong L, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019; 4:21-31. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
2. Pires R, Santos MR, Pereira F, Pires M. Clinical Supervision Strategies: critical-reflexive analysis of practices. *Millennium J Educ, Technol, Health*. 2021;2(14):47-55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
3. Haddad MCFL. Qualidade da assistência de enfermagem: o processo de avaliação em hospital universitário público [Tese] [Internet]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004 [cited 2022 Mar 28]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>

4. Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20210123. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
5. Matos EP, Almeida DB, Freitas KS, Silva SSB. Construção e validação de indicadores para a segurança do paciente no transporte intra-hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200442. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
6. The Internal Audit Foundation. *Sawyer's Internal Auditing: Enhancing and Protecting Organizational Value.* 7th Ed. 2019.
7. Snowden D, Leggat S, Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):786. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
8. Silva R, Pires R, Vilela C. Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. *Rev Enf Ref.* 2011;serIII(3):113-22. <https://doi.org/10.12707/RIII1036>
9. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(5):1106-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
10. Cook RM, McKibben WB, Wind SA. Supervisee perception of power in clinical supervision: the Power Dynamics in Supervision Scale. *Train Educ Prof Psychol.* 2018;12(3):188-95. <https://doi.org/10.1037/tep0000201>
11. Rocha I, Pinto C, Carvalho L. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(6):e20210125. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>
12. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohamol 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. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
13. Buus N, Lynch L, Gonge H. Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: opportunities and challenges. *Cogn Behav Therap.* 2016;9:e22. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000434>
14. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical Supervision and Emotional Intelligence Capabilities: excellence in clinical practice. *Procedia: Soc Behav Sci.* 2015;171:153-7. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.101>
15. Haan E. Large-scale survey of trust and safety in coaching supervision: some evidence that we are doing it right. *Int Coach Psychol Rev [Internet].* 2017 [cited 2020 Mar 20];12(1):37-48. Available from: <http://www.erikdehaan.com/wp-content/uploads/2017/08/de-Haan.pdf>
16. Meydan B, Koçyiğit M. The Supervisory Relationship Experiences of Turkish First-Time and Advanced Supervisees. *Qual Res Educ.* 2019;8(1):89. <https://doi.org/10.17583/qre.2019.3942>
17. Gonsalves CJ, Hamid G, Savage NM, Livni D. The Supervision Evaluation and Supervisory Competence Scale: Psychometric Validation. *Austral Psychol.* 2020;52(2):94-103. <https://doi.org/10.1111/ap.12269>
18. Milne D, Martin P. Supportive clinical supervision: supported at last. *J Adv Nurs.* 2018;75(2):264-5. <https://doi.org/10.1111/jan.13816>
19. Ramalho A. Supervisão: representações nas práticas e desenvolvimento profissional. *Internet Latent Corpus J[Internet].* 2018 [cited 2020 Mar 21];8(1):87-114. Available from: <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/index>
20. Krueger RA, Casey A. *Focus groups: a practical guide for applied research.* USA: Sage; 2014.
21. Santos RP, Neves ET, Carnevale F. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(1):178-82. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>
22. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software: interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. *Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - UFSC;* 2018.
23. Salvador PT, Gomes AT, Rodrigues CC, Chiavone FB, Alves KY, Bezerril MD, et al. Uso do software Iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2018;31(1-9). <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8645>
24. Carlomagno MC, Rocha LC. Como criar e classificar categorias para fazer análise de conteúdo: uma questão metodológica. *Rev Eletrôn Ciênc Pol.* 2016;7(1). <https://doi.org/10.5380/recp.v7i1.45771>
25. Salvati M. Manual do Aplicativo Iramuteq: versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3 [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salvati>
26. Ducat W, Kumar S. A systematic review of professional supervision experiences and effects for allied health practitioners working in non-metropolitan health care settings. *J Multidiscip Healthc. [Internet].* 2015 [cited 2015 Mar 20];26(8):397-407. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S84557>
27. Gonge H, Buus N. Exploring Organizational Barriers to Strengthening Clinical Supervision of Psychiatric Nursing Staff: a longitudinal controlled intervention study, issues in mental health nursing. 2016;37:5:332-43. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1154119>
28. Cutcliffe J, Sloan G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int J of Ment Health Nurs.* 2018;27(5):1344-63. <https://doi.org/10.1111/inm.12443>

Após a conclusão do estudo 1 e 2, e tendo por base os resultados dos índices de positividade e indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, evolui-se para a construção da matriz de implementação e a co-construção do modelo P_2P_CS a adotar para o desenvolvimento específico de competências interpessoais e profissionais adequadas às necessidades da prática clínica e o ganho efetivo da qualidade dos cuidados nos serviços de internamento de medicina e cirurgia. nos serviços.

2.2. Matriz de implementação do modelo P_2P_CS

A estrutura do modelo foi desenhada para ir ao encontro da necessidade do contexto e das equipas, promovendo a prática reflexiva sobre a evidência de resultados dos registos das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem, como estratégia na melhoria dos indicadores de qualidade e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais das equipas envolvidas, através da mudança de comportamentos e praticas diárias.

O modelo P_2P_CS baseou-se na teoria de Proctor intervindo em vetores formativos, normativos e restauradores²⁶.

No vetor formativo pretendeu-se que, através da prática reflexiva, os enfermeiros supervisionados adquirissem novas aprendizagens e competências na identificação de soluções para problemas e planeamento de ações de melhoria. No vetor normativo ou regulador, o objetivo era alcançar a conformidade autónoma na melhoria do cuidado de acordo com procedimentos definidos e padrões de qualidade, e para o vetor restaurador o objetivo era aprimorar as relações interpessoais, estratégias de enfrentamento e pensamento crítico para a conscientização e autoaperfeiçoamento de habilidades.

A mudança comportamental esperada baseava-se no método reflexivo da prática respeitando 5 eixos (descoberta, esclarecimento, análise, foco e planeamento, e avaliação), como oportunidades de aprendizagem e momentos de partilha de sentimentos e de experiências.

Para o eixo da descoberta, foram exploradas situações-problema, onde o supervisor deveria orientar os supervisionados a focar-se no problema, definir prioridades e uma solução eficaz, tendo por base os comportamentos a corrigir.

Para o eixo do esclarecimento, pretendia-se a criação de uma situação ideal, definindo objetivos direcionados e valiosos, ações e recursos necessários.

Para o eixo da análise, pretendia-se que o supervisor descrevesse objetivamente uma situação ou problema, considerando as suas opiniões e as opiniões dos pares na tradução do conhecimento em prática.

Para o eixo do planejar e focar na construção de estratégias de ação (foco e ação) pretendia-se a construção e consolidação das aprendizagens e competências por etapas.

Para o eixo da avaliação, pretendia-se que o supervisor através da observação e pensamento reflexivo fizesse uma análise detalhada da situação, garantindo mudança de comportamento com *feedback*.

Como garantia da efetividade da supervisão clínica das equipas, foram identificados como enfermeiros supervisores, os enfermeiros com perfil de liderança com habilidades profissionais e pedagógicas reconhecidas pelos pares e com regime contatual permanente na instituição.

Por forma a facilitar a implementação, monitorização, acompanhamento e avaliação do modelo P_2P_CS , foi construída uma matriz estruturada e sistemática, envolvendo os diferentes intervenientes (supervisor principal, supervisores, supervisionados e organização), com o compromisso e confidencialidade formal no processo.

Considerou-se para a estrutura da matriz, de sete pontos:

Ponto 1. Rácio supervisor/supervisionados de um para três a um para seis.

Ponto 2. Estádios (E1, E2 e E3) ou etapas do processo

E1- Descoberta e clarificação da situação ou problema a explorar

Neste estágio pretendia-se que o supervisor envolvesse os supervisionados na identificação e priorização de problemas respeitando a importância percebida e o potencial stress para o supervisionado, por forma a orientar para uma definição de prioridades e para uma solução efetiva focada na mudança de comportamentos e probabilidade de sucesso com ganho de competências.

Nesta fase foram essenciais a participação e o envolvimento dos supervisionados na partilha de problemas, potenciais oportunidades e esclarecimento de comportamentos a corrigir.

Os supervisores aplicaram neste estágio questões dirigidas tais como:

- “o que se passava?” para definir com clareza os problemas e a forma de refletir sobre as oportunidades perdidas ou possíveis;
- “o que se que se passava na realidade?” para permitir explorar o foco no problema ou áreas por identificar, revisitando através do *feedback* ações desenvolvidas, mas eventualmente não compreendidas;
- “o que teria de ser desenvolvido” para induzir e envolver os supervisionados na tomada de decisão e resolução do problema.

E2 - Foco e análise da situação ideal

Para acompanhar e monitorizar o desempenho dos supervisionado s e perceber se o que se pretendia estava efetivamente estável, o supervisor definiu objetivos diferenciadores e com impacto na mudança da prática dos cuidados de enfermagem, teve-se em consideração as ações e os recursos necessários, onde se questionou:

- “o que era realmente considerado na situação ideal?” por forma a promover a criatividade e o desenvolvimento de competências do supervisionado para a tomada de decisão;
- “o que era o objetivo” para ajudar o supervisionado a definir ações específicas, mensuráveis, apropriadas e realistas no cumprimento do planeamento;
- “quais os custos e benefícios que considerava” para apoiar o supervisionado na reflexão e customização dos objetivos.

E3 - Planeamento e estratégias de ação e avaliação

Para perceber quais as estratégias a definir na solução de problemas, neste estágio o supervisor construiu a par com o supervisionado todas as etapas do processo supervisoivo, questionando:

- “quais as diferentes hipóteses de solução?” para identificar ações específicas de acordo com o problema;
- “qual a melhor ação para o supervisionado ?” para apoiar numa estratégia realista e específica de acordo com o problema, avaliando

quais as forças e fraquezas para o progresso da ação com mudança das práticas;

- “qual era o plano de trabalho do supervisionado ?” para ajudar e apoiar o supervisionado a definir o cronograma das diferentes ações para atingir o objetivo, ou, solução do problema.

Ponto 3. Tipologia de reuniões

Nesta linha de matriz foram tipificadas e planeadas reuniões com os intervenientes no processo:

- Planeamento de reuniões individuais semanais ou de acordo com as aprendizagens, estimulando à autorreflexão e reflexão sobre a prática e mudança de comportamentos (duração média 45 minutos);
- Planeamento de reuniões mensais com todos os intervenientes (enfermeiros supervisores e supervisionado s) para reporte do processo superviso, podendo ser negociada a frequência sempre que necessário (duração média 60 minutos);
- Planeamento de reuniões bimensais com as equipas dos serviços de medicina e cirurgia, e supervisor principal para reporte do processo superviso (duração média de 60 minutos);
- Planeamento de reuniões trimensais com supervisor principal, enfermeiros supervisores, supervisionado s e gestão de topo, para reporte do processo superviso (duração média 90 minutos).

Ponto 4. Metodologia e preparação das reuniões individuais supervisivas

A preparação das reuniões supervisivas obedeceram a uma estrutura robusta, para o cumprimento do propósito, regularidade da avaliação com pressupostos previamente definidos, quanto ao desenvolvimento das práticas, treino do método reflexivo sobre a prática com partilha de experiências, e definição de oportunidades de aprendizagem, com o envolvimento dos intervenientes nas diferentes etapas do processo. Foram considerados como pressupostos:

- Definição do local (preferência diferente do contexto diário);

- Definição da frequência: de acordo com os contextos e necessidades de preferência no mesmo dia;
- Definição de tempo: no mínimo 1h por mês, negociado e sempre que se considerar;
- Definição de cancelamento: sempre superior 24h com agendamento de data e hora;

Na primeira reunião, o supervisor deveria:

- Estabelecer uma relação de confiança, de proximidade, empática e motivadora com supervisionado s;
- Partilhar a experiência profissional através de uma comunicação clara e objetiva promovendo a discussão e gestão de expectativas;
- Definir objetivos individuais e de equipa reais, mensuráveis enquadradas no contexto tendo em conta os resultados dos índices de positividade de positividade das auditorias da qualidade dos cuidados;
- Apresentar o processo superviso, frequência e agendamento das reuniões (de acordo com as necessidades);
- Discutir fatores condicionantes ao sucesso do processo.

Para as reuniões subsequentes foram definidos 4 tópicos:

- T1- Início - onde o supervisor aplicava de forma flexível as funções normativa, formativa e restaurativa de acordo com as necessidades do supervisionado s, tendo como tópicos: as necessidades, os esclarecimentos, e sugestão de pontos a discutir;
- T2 - Análise e reflexão objetiva do desempenho do supervisionado , promovendo e apoiando a translação do conhecimento para prática, no desenvolvimento da capacidade de focar e priorizar os problemas;
- T3 – Avaliação, onde o supervisor incentivava o supervisionado a fazer juízos pessoais sobre a situação através de sentimentos e emoções perante uma determinada situação (avaliação, planeamento, implementação) com análise detalhada da situação;
- T4 – Fecho, onde o supervisor após a formulação do pensamento reflexivo apoiava o supervisionado na definição e planeamento de ações

efetivas de mudança de comportamento, e síntese das reflexões mais relevantes com feedback construtivo garantindo o sucesso.

Ponto 5. Plano de treino de competências

Neste ponto, foi definido o plano de treino de competências supervisivas para os supervisores e o plano de treino de competências do conhecimento e aprendizagens adquiridas para os supervisionados de acordo com as necessidades e contextos, sendo que o tempo de contacto entre supervisor e supervisionado foi ajustado de acordo com as competências adquiridas e respetivamente demonstradas

Ponto 6. Registo de reuniões

Foi construído um modelo de registo de acordo com as características supervisivas (formativa, restauradora e normativa), estádios e objetivo da reunião (Anexo 4).

- Reuniões individuais entre supervisores e supervisionados;
- Reporte do processo supervisivo por serviço;
- Reporte entre enfermeiros supervisores e supervisor;
- Reporte alargado entre supervisor principal, enfermeiros supervisores, supervisionados e gestão de topo.

Ponto 7. Contrato de compromisso (supervisores e supervisionados)

Por último foi firmado o contrato de compromisso entre o supervisor principal, supervisores e supervisionados, onde constavam:

- Método supervisivo individual e de equipa;
- Objetivos;
- Expetativas;
- Confidencialidade;
- Reuniões (frequência e tempo);
- Registos;
- Direitos e deveres do supervisor;
- Direitos e deveres do supervisionado .

3. Etapa III

Na etapa III, com o objetivo de estudar os efeitos da supervisão das equipas de enfermagem através da implementação do modelo P_2P_CS nos serviços de internamento médico-cirúrgico e, monitorizar a evolução dos *scores* dos índices de positividade e indicadores de qualidade da prática de enfermagem, provenientes dos resultados das auditorias de qualidade dos cuidados de enfermagem foram desenvolvidos 2 estudos.

Que passaremos a apresentar.

3.1. Estudo 3 — Supervisão clínica na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem: capacitação da equipa de internamento médico- cirúrgico

O primeiro estudo ou estudo 3, teve como objetivo analisar o impacto do modelo P_2P_CS na melhoria dos índices de positividade e dos indicadores de qualidade da prática de enfermagem a clientes do foro médico-cirúrgicos.

A metodologia de investigação utilizada foi uma abordagem quantitativa, através de um estudo de coorte prospetivo interventivo e amostragem aleatória simples, para estudar os efeitos da supervisão nas equipas de enfermagem dos serviços médico-cirúrgicos, antes e depois da implementação do modelo P_2P_CS . Acompanhando simultaneamente a evolução dos *scores* dos índices e indicadores de qualidade da prática de enfermagem derivados dos resultados das auditorias de qualidade da prática de enfermagem.

Estes tipos de estudos servem para avaliar a eficácia e segurança das intervenções em ambiente controlado e fornecer evidência para a prática clínica e tomada de decisão.

Estudo 3 — Supervisão clínica na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem: capacitação da equipa de internamento médico- cirúrgico

Research Article

Clinical Supervision in Improving the Quality of Nursing Care: Empowerment of Medical-Surgical Hospitalization Teams

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio¹,¹ António Luís Rodrigues Faria de Carvalho,² and Cristina Maria Correia Barroso Pinto²

¹José de Mello, CUF Academic Center, Department of Nursing Education and Life Training Center, Lisbon, Portugal

²Superior Nursing School of Porto, Center for Research in Health Technologies and Services (CINTESIS), Porto, Portugal

Correspondence should be addressed to Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio; mafalda.sergio@cuf.pt

Received 9 February 2023; Revised 20 October 2023; Accepted 20 December 2023; Published 30 December 2023

Academic Editor: Foroozan Atashzadeh-Shoorideh

Copyright © 2023 Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Objective. To analyze the impact of clinical supervision on the improvement of positivity rates and quality indicators of nursing practice for medical-surgical patients in a private healthcare unit. **Methodology.** Prospective interventional cohort study with a quantitative approach, to study the effect of supervision on indicators and indices of quality of care. **Materials and Method.** A quantitative approach through an interventional prospective cohort study and simple random sampling. **Results.** Of the $n = 764$ records of audits conducted on the quality of nursing practice that were analyzed, there were higher scores and positivity indices in both services after the implementation of clinical supervision. **Conclusion.** The practice of clinical supervision allows for the strategic monitoring of teams according to the results of audits on nursing care practices, thus raising the indices of positivity and quality indicators of nursing care practices with a direct impact on the patient.

1. Introduction

Quality and patient safety management is strategic to the success of healthcare organizations in recognizing and accrediting patient-centered practices according to principles of safety, efficiency, and effectiveness.

To this end, it is essential to evidence compliance with international standards and clinical quality indicators that enable the identification and monitoring of nursing practices, in order to establish priorities and action plans for continuous improvement of processes for the achievement of objectives and results [1].

Hence, the constant challenge for organizations is to create and implement a culture of quality assessment of nursing practices, which is aligned with a quality and safety strategy as evidenced by improvement indicators of the structure, processes, and results. However, for it to become effective, it must be based on organizational leadership and a healthy interteam climate that allows for the involvement and development of its professionals in the identification

and implementation of improvement opportunities with a direct impact on quality and patient safety [1–3].

The involvement of nursing teams in the evaluation of nursing practice and the recognition of levels of excellence reflect an understanding of the importance of the quality and safety of the care provided and its impact on patients [4]. This process encourages the development of monitoring strategies and the evaluation of daily practice and promotes development through reflection on nursing practice [5].

The adoption of specific indicators supported by evidence from process monitoring is therefore fundamental to improving results and to standardizing care practices [3–6].

One of the most usual tools for monitoring processes in the evidence of compliance with quality standards of care practices are audits of practices that should be based on an effective relationship of organizational leadership as well as on a healthy interteam climate [2, 3, 6].

However, quality nursing audits go beyond monitoring the process, as there is a clear intention on the one hand, to make professionals aware of the importance of quality and

safety with a direct impact on patients and, on the other hand, to change practices and gain skills through knowledge sharing among peers.

In this perspective of efficiency and support of the teams with competence gain, the concept of clinical supervision emerges as a facilitating strategy of behavioral change and nursing practices, as it influences, guides, and supports the teams according to reference standards in obtaining desirable and contextualized results through the development of personal and professional skills [4-7].

Thus, the processes of clinical supervision in nursing demonstrate an influence on obtaining desirable results with an impact on nursing practice, increasing patient satisfaction and safety within the health organization [8-10].

Clinical supervision is strategic in the reflection and transformation of thinking and acting in the construction of nursing practice. When considered as a formal process and appropriate to the context, it implies the interaction of nurses in the monitoring, planning, evaluation, and implementation of improvement actions. On the other hand, it is essential that it takes place in a systematic and interpersonal environment conducive to learning, knowledge sharing, and autonomous and responsible decision-making [9-13].

The adoption of clinical supervision also allows to increase human capital and to improve interpersonal, emotional, and professional skills, with effective gains for the participants, that is, the supervisor and the supervised [14-16].

According to Proctor's theory, it is possible to turn supervision into a formal and adequate peer-monitoring process, since the model intervenes at the formative, normative, and restorative levels, facilitating from reflection to decision-making as well as practice evaluation, thus bringing benefits in improving the quality of nursing care [7, 9].

In nursing practice, Proctor's integrative model is often used. This model consists of three strands: normative, formative, and restorative. Regarding the normative aspect, its purpose is to support reflection on procedures and protocols, on evidence, and on assessing the quality of care provided. The formative aspect promotes the education of nursing teams to acquire personal and professional skills, focusing on knowledge and critical thinking.

Finally, the restorative aspect, with its motivational and developmental component, promotes the building of self-confidence [7, 9].

However, to legitimize the supervisory practice in organizations, it is essential to stimulate and develop teams for a reflective practice based on evidence and knowledge sharing among peers, in order to involve them in defining strategies for improvement actions appropriate to the needs and context, and consequently the adoption of better nursing practices [7-9, 11, 17].

In the supervisory process, the main participants are the supervisor, or experienced professional who interacts, shares, influences, and effectively guides another less experienced or supervised professional in the development of competences with the purpose of obtaining benefits for the professional, team, and the organization [11].

In the absence of clinical supervision, difficulties may arise at the organizational level, at the level of team performance, and for clients: At the organizational level: noncompliance with quality and safety standards in nursing practice, retention, motivation, and satisfaction of professionals. At team level: the absence of moments for reflection and discussion about practice, greater difficulty in learning with less acquisition of skills, and less self-confidence in daily practice. And for the client: lower quality and safety of the care provided.

Overall, clinical supervision is a tool that complements the quality of nursing practice audit in implementing actions to improve outcomes and ensure quality of care. The possibility of building a structured peer process with feedback (individual or team), support, and daily monitoring in the adequacy of best practices and in the implementation of improvement actions according to the evidence of the audit results is to build a path in tandem to define the path of knowledge in gaining skills for the supervisor and the supervised [9].

As the research states, gains in health are closely related to the workforce of its professionals demonstrated by quality and best practices, as well as in the implementation of control strategies that facilitate the potential of teams to gain skills and learning and strategies to support decision-making [8, 9].

It was with this organizational vision of leadership and clinical quality that a private healthcare group in the Lisbon region, Portugal, integrated, as quality and patient safety management, a model for auditing quality of nursing practices (AQNP) based on the Portuguese Nurses Association's quality standards for nursing care and on Haddad's nursing care model [18] with the objective of defining opportunities for continuous improvement in nursing practice Table 1 [9].

This quality assessment model categorizes the quality of care according to indicators and positive indices. It uses an audit checklist consisting of 4 dimensions: prevention of complications (PC), comfort and well-being for self-care (CWS), functional rehabilitation (FR), and organization of care (OC), with a total of 51 items assessed. The dimensions focus on quality indicators and the items on positivity rates [9].

It is a process focused on continuous improvement with the goal of excellence in nursing practice, and knowledge of the context and results is essential to identify needs, promote reflection, and plan and implement actions to improve quality.

It has as elements the main nurse auditor for the analysis and statistical treatment of the data with appropriate reporting, and additional nurse auditors to ensure sample compliance, interobserver reliability, and data collection bias.

This audit model, through the application of a positivity index grid, allows monitoring of the quality indicator categorized into desired quality (DQ), adequate quality (AQ), safe quality (SQ), minimal quality (MQ), and nonadequate quality (NAQ). These are represented by the following percentage values: DQ $\geq 90\%$ and $<100\%$, AQ $\geq 81\%$ and

TABLE 1: Chart 1: nursing care practice quality audit record. Lisbon, Portugal, 2022.

Prevention of complications (PC)	Comfort and well-being for self-care (CB)
PC1: evidence of hand sanitation according to the 5 moments recommended by the Portuguese Directorate General of Health () PC2: properly positioned side protection grids () PC3: readable ID bracelet () PC4: call bell within safe reach of the patient () PC5: evidence of ensuring patient privacy when providing care () PC6: properly sanitized patient's unit () PC7: use of scales in accordance with the patient's situation () PC8: duly completed checklists () PC9: evidence of the 9 rights of safe medication preparation and administration/galenical() PC10: infusion systems, taps, and tubes without evidence of clotted blood, and plugged and identified with date of replacement () PC11: catheter insertion sites without inflammatory signs () PC12: properly secured and cleaned catheters () PC13: evidence of drainage system optimization ()	CWS1: airway permeability () CWS2: properly prepared and sanitized secretion suction systems () CWS3: properly applied oxygen delivery systems () CWS4: evidence of explanation of procedures prior to execution () CWS5: evidence that the patient is treated the way and by the name he or she likes to be called () CWS6: evidence that the nurse introduces himself/herself to the patient before beginning the care process () CWS7: evidence that the patient is comfortable and pain free () CWS8: evidence of the use of appropriate clothing according to the patient's clinical situation () CWS9: patient safely positioned in bed or chair and in accordance with clinical situation () CWS10: motion limiting systems properly placed, cleaned, and adapted () CWS11: evidence of clean and combed hair () CWS12: evidence of clean and properly sanitized eyes and mouth () CWS13: evidence of properly clean hands and nails () CWS14: evidence that the patient eats the provided food () CWS15: evidence of feeding tube optimization () CWS16: evidence of correct use of dressings/bandages and wound/ostomy collection devices () CWS17: evidence of help in going to the toilet when requested ()
Functional readaptation (FR) FR1: evidence of safe discharge planning () FR2: evidence of patient and significant person involvement in safe discharge () FR3: evidence of conducting teachings () FR4: evidence of a completed discharge/transfer note according to the care plan () FR5: evidence of delivery of hospital discharge support leaflets () FR6: evidence of information about critical social indicators and community resources () FR7: evidence of information about community resources to meet anticipated hospital discharge needs related to the current situation of disease () FR8: evidence of information to the patient/significant person about the therapeutic plan () FR9: evidence of information related to the use of supporting medical devices	Organization of care (OC) OC1: initial assessment with physical examination () OC2: nursing diagnoses appropriate to the patient's health situation () OC3: planning of interventions according to the elaborated diagnoses () OC4: planning of interventions according to the activated therapeutic attitudes () OC5: planning and execution of intervention "monitor vital signs" at least twice a day () OC6: pain assessment every 8/8 hours OC7: execution of the evidenced interventions () OC8: evidence of objective parameters resulting from "monitor" type interventions () OC9: evidence of objective parameters resulting from "watch" type interventions () OC10: consistent justification of the interventions marked as "not executed" () OC11: variation of diagnosis status as a result of variations in health condition () OC12: appropriateness of planned interventions given the variation in nursing diagnosis ()

<90%, SQ = 80%, MQ $\geq$ 71% and <80%, and NAQ <70%, resulting from positivity indices or evidence of conformities with a direct impact on patients [9].

Based on the above, and considering the relevance that clinical supervision has in the development of professional skills with a direct influence on care practices, it was envisaged to associate the clinical supervision of teams as a strategy to enhance interpersonal and professional skills in order to increase the rates of positivity and quality indicators arising from the results of the audits for the maintenance of practices and compliance with quality standards and patient safety.

To ensure the application of the clinical supervision method, a contextualized supervision model called peer-to-peer clinical supervision (P₂P_CS) was codigned to support reflective practice, development of personal and professional skills, and behavioral change of the nursing teams involved to monitor and correct quality indicators for continuous improvement of care.

The P₂P_CS model had as structure the key elements: the concept of clinical supervision as a structured process of support and accompaniment of teams for reflection of practice to improve quality and safety of care; lead supervising nurse, supervised nurses, supervising nurses; training of supervisors according to Proctor's theory and implementation guidelines.

2. Objective

Thus, the present study aims to analyze the impact of clinical supervision on the improvement of positivity rates and quality indicators of nursing practice for medical-surgical patients in a private healthcare unit.

3. Materials and Methods

It is an umbrella research that aims to evaluate the impact of clinical supervision on the positivity index and indicator of quality of nursing practice for medical-surgical patients. This paper was written based on the criteria of STROBE.

The research methodology used was a quantitative approach through an interventional prospective cohort study and simple random sampling, to study the effects of supervision of the nursing teams in the surgical and medical services, through the implementation of the P₂P_CS model, while simultaneously monitoring the evolution of the scores of the indices and indicators of quality of nursing practice derived from the results of the quality audits of nursing practice over time.

These types of studies also serve to evaluate the effectiveness and safety of interventions in a controlled environment and provide evidence for clinical practice and decision-making.

3.1. Target Population. The research was conducted between February 2019 and December 2021, in a private hospital with 169 beds for patient care, with an inpatient rate of more than 24h in the surgical service (A), and in the medical service

(B), where audits on the quality of nursing care were conducted ($n = 764$).

Two groups were defined for the study: a control group and an intervention group.

For the control group, the results of the nursing care audits without clinical supervision (WoCSI) of the care teams were considered, between February 2019 and March 2020.

For the intervention group, the results of the quality of nursing care audits with the implementation of clinical supervision (WCSI) of the care teams were considered, between April 2020 and December 2021.

3.2. Sample. This study was based on simple random sampling with a confidence interval of 95%, and a margin of error of 5% on the ($n = 764$) records of nursing practice audit results, representing 60% of the total number of inpatients and 378 ($n = 378$) WoCSI records, corresponding to $n = 189$ records per service and WCSI with 386 ($n = 386$) records corresponding to $n = 193$ records per service.

The conditions of the service (the typology and the severity of the clients' illness) remained stable before and after the implementation of the clinical supervision.

3.3. Data Collection. At the beginning of the study, data were collected on the results of quality of nursing care audits that were consistent with the principles of the model used and an observation grid. These data served as the baseline for the subsequent comparison or control group.

The tools used to collect data from the intervention group were the audit grid, notes from supervision meetings, and improvement action plans.

Audit data were collected by external auditors, and meeting minutes and supervision plans were kept by the supervisors of the respective teams of the services.

The audit grid was administered by two external nurse auditors who ensured adherence to audit principles, completion of the observation grid, interobserver reliability, and unbiased data collection.

The schedule of supervision meetings and recording of improvement action plans were structured according to formative, normative, and restorative aspects.

The main auditor analyzed and statistically processed the results of the quality audits according to the predefined scores and made them available to the nurse auditors, supervisors, and managers of the research services on a monthly basis.

3.4. Procedures. The implementation of clinical supervision as a strategy to improve nursing practice took place between April 2020 and December 2021, and the procedures have been defined and will be described.

Monthly audits of quality-of-care practices were conducted by external nurse auditors to ensure audit principles, reliability of data collection, and completion of the grid.

The audit process begins with the identification of patients to be audited, i.e., patients who have been hospitalized for more than 24 hours, as well as medical and surgical patients.

During the audit process, the auditors collect information through direct observation of care practices and review of medical records and fill in the audit observation grid according to 4 dimensions and 51 respective items (PC dimension with 13 items, the CWS dimension with 17 items, the FR dimension with 9 items, and the OC dimension with 12 items) [9].

At the end of the audit, immediate feedback is provided to the team, identifying positive aspects as process enhancements and negative aspects as opportunities for process improvement.

Finally, at the end of the audit, the nurse auditors send all the audit observation grids to the main auditor/researcher for analysis and statistical treatment.

The evidence observed allowed us to ascertain the overall level of positivity indices as well as the indicator of quality of care in percentage values per dimension and item categorized as DQ, AQ, SQ, MQ, and NAQ, and by positivity indices through the creation of scores where they were considered as DQ (≤ 5 e > 4), AQ (≤ 4 e > 3), SQ (≤ 3 e > 2), MQ (≤ 2 e > 1), and NAQ (≤ 1 e > 0) [9].

The main auditor/researcher prepares a monthly report and intervention proposal with an impact on nursing practice for the dimensions and items $\leq 80\%$ or SQ indicator and sends it to the nurse auditors, managers, and supervisors of the service teams.

The P₂P₁CS model was based on Proctor's theory intervening in formative, normative, and restorative vectors.

In the formative or training vector, it was intended that, through reflective practice, the supervised nurses acquire new learning and skills in identifying solutions to problems and planning improvement actions. In the normative or regulatory vector, the objective was to achieve autonomous compliance in the improvement of care according to defined procedures and quality standards, and for the restorative vector, the objective was to enhance interpersonal relationships, coping strategies, and critical thinking for awareness and self-improvement of skills.

The expected behavioral change was based on the reflective method of practice (discovery, clarification, analysis, focus and planning, and evaluation), with learning opportunities and moments of sharing feelings and experiences.

In the discovery phase, problem situations were explored, in which the supervisor guides supervisees to focus on the problem, define priorities and an effective solution, and focus on the behaviors to be corrected. For clarification, it was intended to create an ideal situation by defining targeted and valuable goals and considering the necessary actions and resources. For analysis, it was intended that the supervisees objectively describe a situation or problem, considering their opinions and the opinions of peers in translating knowledge into practice. Planning requires focusing on building action strategies (focus and acting) step by step. For evaluation, it was intended that the supervisee make personal judgments and reflective thinking with a detailed analysis of the situation, ensuring behavior change with feedback.

To ensure the effectiveness of the clinical supervision of the teams, nurses with a leadership profile and longer tenure in the institution, with professional and pedagogical skills, were identified as supervising nurses. The supervisors were trained in the framework supervisory functions of the Proctor model (normative, restorative, and formative).

For the implementation guidelines, the following were considered:

- (1) Supervision, methodology, expectations, confidentiality, rights, and responsibilities.
- (2) Typology and planning of supervision sessions:
 - (i) Individual sessions (45 minutes/week) between supervisor and supervisee to reflect on the quality of care and behavior change practice
 - (ii) Team sessions (60 minutes/month) to report on the supervision process with evaluation of the model by the primary supervisor, supervisees, and supervisees with peer evaluation
 - (iii) Organizational meetings (90 minutes/month) where the primary supervisor reports and involves the organization and top management in the evolution of quality indicators of nursing practice and validates the supervision strategy
- (3) The registration matrix respected the normative aspect, based on standards, to maintain, develop, and implement actions to continuously improve the quality and safety of nursing practice; the restorative aspect, to ensure a supervision process based on sharing relationships and constructive feedback; and the formative aspect, to reflect on individual and team knowledge through the integration of learning and the acquisition of personal and professional skills with changes in practice.
- (4) Construction of improvement plans to be implemented according to the results of positivity indices and quality indicators, so that the change in the indicators and the effect of clinical supervision can be interpreted.

3.5. Variables. The independent variable was clinical supervision, and the dependent variables were the characterization of the nursing teams, the 4 dimensions, and 51 audit items.

As inclusion criteria of the analysis, the items and dimensions $\leq 80\%$ were considered as SQ indicators with impact on care practice and potentially subject to improvement intervention. We also considered as participants in the study the teams of nurses in service A with $n = 54$, and in service B with $n = 41$.

All records of the results of audits on patients with a length of stay of less than 24 h and not of a medical-surgical nature were excluded.

3.6. Data Analysis. The statistical treatment was performed with SPSS® Statistics software (v.27 SPSS, An IBM Company, Chicago, IL) using descriptive and inferential statistics. For the significance of the evolution of the scores before and after the implementation of clinical supervision, an ANOVA of repeated measurements was used with the assumptions of normality (Shapiro-Wilk test), sphericity (Mauchly test), and homogeneity of variances with the effect of the category on the dimensions according to the multiple comparisons of the means of the orders (Kruskal-Wallis test).

3.7. Ethical Procedures. The research was approved by the ethics committee of the organization involved, and all participants were informed and clarified about the research content.

The participants' informed consent was filled out, signed, and returned in digital format, guaranteeing data confidentiality and the anonymity of those involved.

4. Results

4.1. Characterization of the Participants. Considering the characteristics of the nursing teams in the services of the study, regarding the length of service and professional category, the results showed that of the 54 nurses in service A, 24 (44.4%) had been in the service for less than 5 years, 24 (44.4%) between 5 and 15 years, and 6 (11.2%) for more than 16 years. Regarding the professional category, 6 (11.1%) were entry-level nurses, 30 (55.5%) were nurses, 7 (13.0%) were senior nurses, and 11 (20.4%) were expert nurses.

In service B, of the 41 nurses, 21 (51.2%) had been in the service for less than 5 years, 14 (34.1%) between 5 and 15 years, and 6 (14.6%) for more than 16 years. As for the professional category, 3 (7.3%) were entry-level nurses, 26 (63.4%) were nurses, 5 (12.2%) were senior nurses, and 7 (17.1%) were expert nurses.

4.2. Evolution of Nursing Care Quality. In a cumulative and global analysis, both services showed nursing care quality indexes and indicators equal to, or higher, than 80%, that is, SQ and AQ.

When performing the analysis by score of the WoCSI and WCSI dimensions, as presented in Table 2, the maintenance of the positivity indexes and DQ quality indicators were globally observed in both services, and the values had greater expression in service A ($\bar{x}=4.57$ vs. $\bar{x}=4.13$) than in service B ($\bar{x}=4.07$ vs. $\bar{x}=4.12$).

Analyzing the WoCSI and WCSI quality indicators by dimension, it was found that in service A, the score for the PC dimension ($\bar{x}=4.20$ vs. $\bar{x}=4.73$) and the CWS dimension ($\bar{x}=4.54$ vs. $\bar{x}=4.66$), was DQ, and for the FR ($\bar{x}=3.79$ vs. $\bar{x}=4.48$) and OC ($\bar{x}=3.74$ vs. $\bar{x}=4.36$) dimensions the indicator increased from AQ to DQ.

Regarding service B, in the PC dimension, the score decreased from DQ to AQ ($\bar{x}=4.14$ vs. $\bar{x}=3.91$), in the CWS dimension, the score remained with DQ ($\bar{x}=4.44$ vs.

$\bar{x}=4.56$), in the FR dimension, the score remained with AQ ($\bar{x}=3.27$ vs. $\bar{x}=3.23$), and in the OC dimension, the score rose from AQ to DQ ($\bar{x}=3.27$ vs. $\bar{x}=4.19$), as presented in Table 2.

For the significance of the evolution of the score of positivity indices and indicators of quality of care at the time of the WoCSI and at the time of the WCSI, an ANOVA of repeated measurements was applied, meeting the assumptions of normality for $p > 0.05$ and sphericity of the scores with the Shapiro-Wilk and Mauchly tests, or adjusted by the Greenhouse-Geisser method whenever there was a violation of sphericity.

In both services, there was a significant evolution of the score of positivity indexes and indicators of nursing care quality, and the assumptions of normality and sphericity were met ($W=1.0000$; $X^2(0) < 0.001$; $p=1.000$) in all dimensions.

However, in service A, the increase in the overall score of the positivity indices and quality indicators between the dimensions and the evolution recorded was significant ($F_{(1,14)}=24.369$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.635$; $\pi=0.996$) at the WCSI moment.

There was also a significant interaction between items in the PC dimension ($F_{(1,14)}=15.430$; $p < 0.002$, $\eta_p^2=0.524$; $\pi=0.954$), in the FR dimension ($F_{(1,14)}=14.547$; $p < 0.002$, $\eta_p^2=0.510$; $\pi=0.943$), in the OC dimension ($F_{(1,14)}=10.109$; $p < 0.007$, $\eta_p^2=0.419$; $\pi=0.840$), and in the CWB ($F_{(1,14)}=7423.9$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.998$; $\pi=1.000$).

In service B, the increase in the overall score of the positivity indices and quality indicators at the WCSI moment, only registered interaction between the dimensions with significant evolution ($F_{(1,14)}=8918.8$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.998$; $\pi=1.000$).

This interaction was found specifically for the PC dimension ($F_{(1,14)}=4404.9$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.997$; $\pi=1.000$), for the CWB dimension ($F_{(1,14)}=12801.7$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.999$; $\pi=1.000$), for the FR dimension ($F_{(1,14)}=861.0$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.984$; $\pi=1.000$), and for the OC dimension ($F_{(1,14)}=3335.1$; $p < 0.001$, $\eta_p^2=0.996$; $\pi=1.000$).

The effect of supervision on the results of the items in the dimensions was evaluated by using the Kruskal-Wallis test, followed by a multiple comparison of the means of the orders and groups considering $p < 0.05$ as statistically significant.

As presented in Table 3, in service A, clinical supervision significantly affected the score of positivity indices and quality indicators in all dimensions specifically in items PC2, PC4, PC7, PC9, PC11, PC12, and PC13 for the PC dimension, items CWS10 and CWS16 for the CWS dimension, items FR6, FR7, FR8, and FR9 for the FR dimension, and finally, items OC4, OC5, OC6, and OC10 for the OC dimension.

Regarding service B, the effect of clinical supervision globally affected the score of positivity indexes and quality indicators in all dimensions, specifically items PC1, PC2, and PC6 in dimension PC, items CWS10 and CBW15 in dimension CWS, item FR5 in dimension FR, and items OC1 and OC4 in dimension OC as presented in Table 4.

TABLE 2: Evolution of nursing care quality scores by dimension in services A and B ($n = 764$). Lisbon, Portugal, 2022.

Dimensions	A				B			
	WoCSI		WCSI		WoCSI		WCSI	
	$\bar{x}$	Mo	$\bar{x}$	Mo	$\bar{x}$	Mo	$\bar{x}$	Mo
PC	4.20	4.23	4.73	4.69	4.14	4.54	3.91	4.08
CWS	4.54	4.47	4.66	4.65	4.44	4.47	4.56	4.41
FR	3.79	3.67	4.48	4.89	3.27	3.44	3.23	3.22
OC	3.74	3.17	4.36	4.67	3.27	3.44	4.19	3.83
Global	4.13	4.02	4.57	4.43	4.12	4.31	4.07	4.16

PC, prevention of complications; CWS, comfort and well-being for self-care; FR, functional readaptation; OC, organization of care; WoSI, without clinical supervision intervention; WCSI, with clinical supervision intervention. Source: research data, 2022.

TABLE 3: Effect of clinical supervision on the dimensions and items of nursing care quality in service A ($n = 382$). Lisbon, Portugal, 2022.

Dimensions and items	χ^2 KW	P value
<i>Prevention of complications</i>		
PC2: properly positioned side protection grids	4.444	0.035
PC4: call bell within safe reach of the patient	4.462	0.035
PC7: use of scales in accordance with the patient's situation	4.137	0.042
PC9: evidence of the 9 rights of safe medication preparation and administration/galenical	8.644	0.003
PC11: catheter insertion sites without inflammatory signs	7.170	0.007
PC12: properly secured and cleaned catheters	6.629	0.010
PC13: evidence of drainage system optimization	3.222	0.073
<i>Comfort and well-being for self-care</i>		
CWS10: motion limiting systems properly placed, cleaned, and adapted	3.281	0.070
CWS16: evidence of correct use of dressings/bandages and wound/ostomy collection devices	10.545	0.001
<i>Functional readaptation</i>		
FR6: evidence of information about critical social indicators and community resources	10.629	0.001
FR7: evidence of information about community resources to meet anticipated hospital discharge needs related to the current situation of disease	15.596	<0.001
FR8: evidence of information to the patient/significant person about the therapeutic plan	3.401	0.065
FR9: evidence of information related to the use of supporting medical devices	5.207	0.022
<i>Organization of care</i>		
OC4: planning according to the activated therapeutic attitudes	7.829	0.005
OC5: planning and execution of intervention "monitor vital signs" at least twice a day	8.661	0.003
OC6: pain assessment every 8/8 hours	14.757	<0.001
OC10: consistent justification of the interventions marked as "not executed"	5.660	0.017

Source: research data, 2022.

5. Discussion

The institution in which the study took place promotes a culture of continuous improvement and subjects its hospital units to an external evaluation of the quality of care provided. The evaluation is guaranteed by the Société Générale de Surveillance (SGS)—certification of quality management systems, in accordance with the ISO 9001: 2015, by the Joint Commission International (JCI) and the National Health Assessment System (SINAS), by the Health Regulatory Authority (ERS), by participation in clinical benchmarking (IAMetrics) (IASIST) and Risk Adjustment and Value-Based Healthcare Program.

In order to ensure compliance with the standards of national and international reference bodies, the AQNC's

performance has been demonstrated and the results were shown through compliance with direct impact on medical-surgical patients [2, 3, 6, 9].

The results of the research showed an increase in the scores of the dimensions and items of quality-of-care practices with interdependence because of the effect of supervision.

This is also confirmed in the study on the indicators of the quality of care and in the study that talks about the importance of having a competency-based model for the improvement of practices [19, 20].

The model of AQNC in use, associated with the P₂P-CS of the teams allowed, in all phases of the care process, to stimulate behavioral changes that added value to an evidence-based care practice on the part of the supervising

TABLE 4: Effect of clinical supervision on the dimensions and items of nursing care quality in service B (n = 382). Lisbon, Portugal, 2022.

Dimensions and items	χ^2 KW	P value
<i>Prevention of complications</i>		
PC1: evidence of hand sanitation according to the 5 moments recommended by the Portuguese Directorate General of Health	11.452	0.001
PC2: properly positioned side protection grids	7.170	0.007
PC6: properly sanitized patient's unit	9.500	0.002
<i>Comfort and well-being for self-care</i>		
CWS10: motion limiting systems properly placed, cleaned, and adapted	13.426	<0.001
CWS15: evidence of feeding tube optimization	5.800	0.016
<i>Functional readaptation</i>		
FR5: evidence of delivery of hospital discharge support leaflets	6.467	0.011
<i>Organization of care</i>		
OC1: initial assessment with physical examination	5.520	0.019
OC4: planning according to the activated therapeutic attitudes	4.269	0.039

Source: research data, 2022.

nurses and to develop skills for structured and autonomous decision-making by the supervised nurses.

We can affirm that the supervision model implemented, P₂P_CS, associated with the AQNC model, and has become a dynamic, motivating, and integral process with the involvement and ownership of the nursing teams, which has allowed the development of new competencies on the part of those being supervised.

Submission of the monthly report and proposal for intervention and implementation of improvement actions according to the results of the audit of the quality of care with an impact on nursing practice according to dimensions and items of $\leq 80\%$ or SQ indicator, by the auditor/investigator principal for nurse auditors, managers, and supervisors of service teams allowed to complement the audit process in guaranteeing the quality of care.

That is, with the monthly report of evidence of results submitted to supervisors and managers, it allowed the application of the P₂P_CS model matrix respecting the formative, normative, and restorative aspects in accordance with Proctor's model for correcting nonconformities and deviations from quality standards and identification of appropriate strategies focused on the practice of care.

The presence of the supervisor also promoted the identification of needs, the definition of interventions, the implementation of improvement actions, and the validation of practices according to the results of audits in favour of quality standards.

The involvement of teams and collaboration between peers in monitoring and critical reflection in decision making allowed the understanding of practices and the adoption of new behaviors. As the supervisor, through his ability to communicate, give feedback on practice and reflect critically, made the supervision process effective and induced the acceptance of the guidelines, intervened in the planning of actions appropriate to the real learning needs of those supervised, and allowed the continuous evaluation of the care practice.

This is corroborated by the studies which concluded that when teams are involved in monitoring methods and shared decision-making to improve quality, nurses understand, feel

a sense of belonging, and are motivated to acquire new behaviors which have an impact on their personal and professional lives [20, 21].

In other words, the possibility of stratifying the strong points and the areas of potential improvement were fundamental for the adoption and standardization by the supervised nurses during the nursing practice in the compliance with structural and process indicators for an evidence-based practice as proven by the literature [1, 2, 7–11, 17].

However, when analyzing globally the positivity indexes and indicators of the AQNC, it was found that after the implementation of P₂P_CS, the scores in service A were higher when compared to service B, a fact that led us to reflect on the potential internal and external causes compromising the process.

As suggested in the literature, it is fundamental to identify the compromising causes of quality related to the complexity of the context and the competencies of the teams, as they can hinder the adaptation process, the involvement, the performance, and the responsibility of the teams [8, 9, 15, 22].

Regarding context, it became strategic to know the complexity of the medical-surgical inpatients and the competencies of the teams in both services, to align the common objective.

Patient complexity remained unchanged before and after supervision. Regarding team competencies, service B had a higher turnover of team nurses, there was no team involvement in the implementation of improvement actions according to the positivity indices found, there were distinct levels of information, and there was no time allocated to supervise nurses during nursing practice. During service A, the practice of clinical supervision was integrated during care practice in the development of a reflective practice on the practices evidenced by the records and passed on in the positivity indexes and indicators of clinical quality which transformed the thinking and acting of the teams according to reference standards predefined by the organization as suggested by the studies in references [13, 23].

Regarding the characteristics of the teams, considering the length of service and the inherent competences that influence the positivity indexes and the quality indicator for the nursing practices, when compared, it was found that service A presented higher scores than service B. This led us to consider that the number of expert nurses and those who have been residents at service A for a longer period of time, had greater knowledge and competences, which may have interfered with the quality of supervision and consequently in the quality of the nursing practice itself [11, 17, 23].

Also, according to the results, we can infer that the leadership of the supervisor, based on the involvement and trust of the nursing teams, promoted interpersonal relationships, critical thinking, coping strategies, and evidence-improvement actions with global awareness of the practice. As concluded in the study of evaluating the relationship between leadership and teams, which indicated that the close relationship between supervisor and supervisee is fundamental in the identification of nurses' characteristics, skills, and limitations in order to proactively define training according to individual and team needs [24–26].

As previously mentioned, clinical supervision was performed by an expert nurse, who effectively guided the supervised nurses in the intrapersonal and professional construction of skills and knowledge, effectively influencing care practices and bringing benefits to the nurse, the team, and the organization, which is pointed out by the literature as a distinguishing factor in the acquisition of skills with an impact on care practice [4, 9, 13–16, 27].

In the supervisory process, it was possible to deduce the advantages of the existence of the figure of the supervisor, recognized by peers as a potential responsible for the implementation of improvement actions according to the positive indices determined in the quality of nursing audits. In this sense, he was able to monitor individually or as a team through constructive feedback, evaluate good practices, and define strategies based on an organized process of institutional proximity sustained over time.

Hence, we believe that a construction based on learning from actions that focus on intervention during practice allows, on the one hand, knowledge sharing and orientation towards peer accountability that induces reflection on practice, as well as action-oriented to the different contexts and, on the other hand, the acquisition of competencies as described in the literature [4, 9–11, 15, 28].

A supervision model allowed for respecting the characteristics of teams and developing team supervision strategies appropriate to the context and patients [29, 30]. This was confirmed by the study on supportive supervision of nurses in healthcare, which concluded that supervision is not only essential to teach or support nurses in the practice of care but also to ensure the transfer of knowledge and skills [31]. It is in line with the regulations for the practice of nursing of the Portuguese Order of Nurses [32].

This was also confirmed in a study designed to evaluate the impact of implementing a supervision model on the emotional intelligence skills of nurses, which concluded that

the development of self-motivation, emotional management and self-awareness, empathy, and managing peer relationships are reflected in practice [29].

It was found that in the PC dimension, composed of items related to compliance with care quality standards, the nurse supervisor promoted the implementation of nursing interventions during the supervised nurse's care practice, through the proactive identification of actions to be taken in order to avoid or minimize potential problems that may compromise clinical safety, resulting from the patients' clinical situation [17, 21, 33].

In the CWB dimension, with items related to the promotion and maximization of the patient's well-being at the time of the commitment of dependent activities, revealed higher scores after the implementation of clinical supervision due to the normative function of the nurse supervisor, appropriate to the experience and knowledge of the team in the implementation of plans, procedures, and protocols contributing to the standardization of care practices [9, 10, 15, 16, 33].

Regarding the FR dimension that guides towards the achievement of desirable results with an impact on patient safety through effective adaptation processes arising from the clinical situation, also the role of the nurse supervisor through the restorative function allowed the supervised nurses moments of interaction, reflection, and guidance, which may have influenced the scores [9, 13, 16, 32, 33].

Finally, it was found that for the OC dimension, with items oriented toward evidence of clinical records after the implementation of clinical supervision, the scores were higher than in service B, which may be related to the formative and restorative function of the nurse supervisor with the supervised nurses, through the involvement of the team in the integration of records as an essential value for nursing care practice.

As defined by the Portuguese Nurses Association, care practice should be based on a common and integrative language in compliance with the axes (focus, judgment, resources, action, time, and location) recommended in the records that meet the needs and diagnoses sensitive to nursing interventions [4, 22, 32, 33].

6. Conclusion

The recognition of the concept of quality becomes essential in the process of control, as well as in the connection of promoting continuous improvement at the level of patient-centered care practice.

This research showed that the implementation of clinical supervision has an impact on the care practice of nursing teams, as demonstrated by the increase in the scores of the positivity indexes of the audits performed.

This strategy built by peers, structured and based on evidence of practice according to audit results, had an impact on supervisees, supervisors, and the organization. For those supervised, it allowed feedback (individual or in a team), support, and continuous monitoring with the gain of personal and professional skills. For supervisors, it promoted the gain of leadership skills with comprehensive knowledge of the teams'

performance in adapting and implementing best practices. For the organization, it guaranteed the maintenance and recognition of quality and patient safety.

However, quality requires reflection on practice to achieve tangible, reliable, responsible, safe, and empathetic care excellence through appropriate and contextualized strategies. It is essential that institutions have a favorable environment for the identification of development strategies and competencies of the teams so that improvement actions can be implemented, and care practices can be effectively changed.

Thus, the involvement of professionals in favor of the implementation of best care practices contributes to the consolidation and incorporation of a supervisory culture of teams governed by principles of integrity, accountability, and sharing of knowledge practices based on a culture of dynamic learning, training, and continuous feedback, and a culture of quality and safety with direct impact on patients, in compliance with the standards and national and international reference indicators.

6.1. Implications for Nursing Practice. The research also allowed the definition of strategies and macroobjectives in a dynamic, effective, and efficient way, aligned to sensitive results with the involvement of professionals in the process of analysis, monitoring, and implementation of contextualized actions focused on continuous change, thus promoting the acquisition of learning and skills.

In view of the above, we are aware that this research has contributed to the increase of knowledge and expertise, bringing inputs for science and nursing care.

All these aspects are essential for evidence-based practice, thus ensuring the suitability of the results and the transfer of knowledge, in accordance with referenced standards for the continuous improvement of quality care.

The organizational value and the development of the teams, evidenced in the care practice, thus allow the foundation of knowledge transfer, conscious change management, and the strengthening of the profession that perpetuates in time.

6.2. Limitations. The main limitation of the research has to do with the fact that it was only carried out in a hospital unit and the scarcity of literature that relates indices of positivity in nursing care practice and clinical supervision.

Data Availability

The data used to support the conclusions of this study are available from the corresponding author upon request.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors are thankful to all the nursing staff who contributed to the collection of data in carrying out the research.

References

- [1] The Internal Audit Foundation, *Sawyer's Internal Auditing: Enhancing and Protecting Organizational Value*, Institute of Internal Auditors. Research Foundation, Lake Mary, FL, USA, 7th edition, 2019.
- [2] Joint Commission International, *Accreditation Standards for Hospitals*, Joint Commission Resources, Oak Brook, IL, USA, 7th edition, 2021.
- [3] Institute of Internal Auditors, "International standards for the professional practice of internal auditing (standards)," 2017, <https://www.theiia.o2rg/en/>.
- [4] H. Lu, Y. Zhao, and A. While, "Job satisfaction among hospital nurses: a literature review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 94, pp. 21–31, 2019.
- [5] R. Pires, M. R. Santos, F. Pereira, and M. Pires, "Clinical supervision strategies: critical-reflective analysis of practices," *Millennium- Journal of Education, Technologies, and Health*, vol. 2, no. 14, pp. 47–55, 2021.
- [6] E. P. Matos, D. B. Almeida, K. S. Freitas, and S. S. B. Silva, "Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport," *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol. 42, Article ID 20200442, 2021.
- [7] T. Johan Agus Yuswanto and N. Ernawati, "Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship cycle (PIR-C)," *The International Journal of Advance in Scientific Research and Engineering (IJASRE)*, vol. 4, no. 12, pp. 203–209, 2018, <https://ijasre.net/index.php/ijasre/article/view/821>.
- [8] D. Milne and P. Martin, "Supportive clinical supervision: supported at last," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 75, no. 2, pp. 264–265, 2018.
- [9] M. S. S. B. B. Sérgio, A. L. R. F. D. Carvalho, and C. M. C. B. Pinto, "Clinical supervision: a contribution to improving quality indicators in nursing care," *Cogitare Enfermagem*, vol. 28, 2023.
- [10] A. Ramalho, "Supervisão: representações nas práticas e desenvolvimento profissional," *Internet Latent Corpus Journal*, vol. 8, no. 1, pp. 87–114, 2018, <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/index>.
- [11] D. Snowdon, S. Leggat, and N. Taylor, "Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? a systematic review," *Brihanmumbai Municipal Corporation Health Services Research*, vol. 17, no. 1, p. 786, 2017.
- [12] R. Silva, R. Pires, and C. Vilela, "Supervisão de estudantes de Enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura," *Revista de Enfermagem Referência*, vol. 3, no. 3, pp. 113–122, 2011, <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vser/IIIIn3/ser.IIIIn3a12.pdf>.
- [13] L. D. P. Chaves, V. A. Mininel, J. A. M. Silva, L. R. Alves, M. F. Silva, and S. H. H. Camelo, "Nursing supervision for care comprehensiveness," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 70, no. 5, pp. 1106–1111, 2017.
- [14] R. M. Cook, W. B. McKibben, and S. A. Wind, "Supervisee perception of power in clinical supervision: the power dynamics in supervision scale," *Training and Education in Professional Psychology*, vol. 12, no. 3, pp. 188–195, 2018.
- [15] I. A. D. R. E. S. Rocha, C. Pinto, and L. Carvalho, "Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 74, no. 6, Article ID 20210125, 2021.
- [16] L. S. F. Esteves, I. C. K. O. Cunha, E. Bohomol, and M. R. Santos, "Clinical supervision and preceptorship/

- tutorship: contributions to the supervised curricular internship in nursing education," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 72, no. 6, pp. 1730–1735, 2019.
- [17] D. Sfantou, A. Laliotis, A. Patelarou, D. Sifaki- Pistolla, M. Matalliotakis, and E. Patelarou, "Importance of leadership style towards quality of care measures in healthcare settings: a systematic review," *Healthcare*, vol. 5, no. 4, p. 73, 2017.
 - [18] M. C. Haddad, "Quality of nursing assistance the evaluation process developed in a public university hospital," *Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, Ph.D. thesis, 2004, <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>.
 - [19] R. Hernández-Pérez, A. Hernández-Núñez, M. Molina-Borges, Y. Hernández-Sánchez, and N. Seán-Hernández, "Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner," *Revista Cubana de Enfermería*, vol. 36, no. 4, 2020, <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>.
 - [20] O. A. Azevedo and D. A. L. M. Cruz, "Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 74, no. 3, Article ID 20201355, 2021.
 - [21] S. Hendricks, D. J. Cartwright, and R. G. Cowden, "Clinical supervision in South Africa: perceptions of supervision training, practices, and professional competencies," *South African Journal of Science*, vol. 117, no. 3/4, <https://sajs.co.za/article/view/7428>, 2021.
 - [22] B. Meydan and M. Koçyiğit, "The supervisory relationship experiences of Turkish first- time and advanced supervisees," *Qualitative Research in Education*, vol. 8, no. 1, p. 89, 2019.
 - [23] J. Cutcliffe, G. Sloan, and M. Bashaw, "A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 27, no. 5, pp. 1344–1363, 2018.
 - [24] Y. Dagil and R. Oren, "Servant leadership, engagement, and employee outcomes: the moderating roles of proactivity and job autonomy," *Journal of Work and Organizational Psychology*, vol. 37, no. 1, pp. 59–66, 2021.
 - [25] I. L. Custódio, F. E. T. Lima, L. M. Pascoal et al., "Nursing training on the administration of medication in pediatrics: an assessment of observed and self-reported behavior," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 74, no. 4, Article ID 20201188, 2021.
 - [26] N. Kelly and A. Hassett, "Clinical supervision in CBT training: what do participants view as effective?" *The Cognitive Behaviour Therapist*, vol. 14, p. 27, 2021.
 - [27] M. Nakahara-Melo, A. P. Conceição, D. A. L. M. Cruz, and V. A. A. A. Püschel, "Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices," *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 75, no. 1, Article ID 20210123, 2021.
 - [28] C. J. Gonsalvez, G. Hamid, N. M. Savage, and D. Livni, "The supervision evaluation and supervisory competence scale: psychometric validation," *Australian Psychologist*, vol. 52, no. 2, pp. 94–103, 2020.
 - [29] C. Sah, R. Antwi-Berko, O. A. Opoku, O. Henry, and A. A. Bosiako, "Exploring supportive supervision of nurses in the health care facilities in volta region, Ghana," *Journal of Nursing Research, Patient Safety and Practise*, vol. 3, no. 34, pp. 1–10, 2023.
 - [30] M. C. B. Augusto, K. S. Oliveira, A. L. R. F. Carvalho, C. M. C. B. Pinto, A. I. C. Teixeira, and L. O. L. S. M. Teixeira, "Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses," *Rev Rene*, vol. 22, Article ID 60279, 2021.
 - [31] C. T. Santos, F. M. Barbosa, T. Almeida, R. S. Einhardt, A. C. Eilert, and A. D. F. Lucena, "Indicadores da Nursing Outcomes Classification para avaliação de pacientes com lesão por pressão: consenso de especialistas," *Escola Anna Nery*, vol. 25, no. 1, Article ID 20200155, 2021.
 - [32] Regulamento do exercício profissional do enfermeiro, "Ordem dos enfermeiros. Lisboa. Portugal," 2019, <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>.
 - [33] Portuguese Nurses Association's, "Quality standards for nursing care. Lisbon. Portugal," 2019, <https://www.ordemenfermeiros.pt/a-ordem/projectos-e-programas/padr%C3%B5es-de-qualidade-dos-cuidados-de-enfermagem/>.

3.2. Estudo 4 — Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem

O segundo estudo ou estudo 4, teve como objetivo comparar os índices e indicadores da qualidade dos cuidados nos serviços de internamento médico e cirúrgico em dois hospitais, onde num foi implementada o modelo P_2P_CS nas equipas para a melhoria das práticas dos cuidados, por forma a comprovar e aferir o efeito da supervisão nos índices de positividade e indicador de qualidade nos serviços de medicina e cirurgia

Estudo 4 — Supervisão clínica: um contributo na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem



ARTIGO ORIGINAL

SUPERVISÃO CLÍNICA: UM CONTRIBUTO NA MELHORIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CLINICAL SUPERVISION: A CONTRIBUTION TO IMPROVING QUALITY INDICATORS IN NURSING CARE

HIGHLIGHTS

1. O envolvimento em projetos da prática dos cuidados é diferenciador.
2. A supervisão clínica influencia os indicadores de qualidade.
3. A supervisão clínica dirigida aos saberes influencia comportamentos e atitudes.
4. A supervisão clínica contribui efetivamente para uma prática reflexiva.

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio¹

António Luís Rodrigues Farla de Carvalho²

Cristina Marla Correia Barroso Pinto²

ABSTRACT

Objective: to compare indices and indicators of the quality of nursing care in inpatient, medical and surgical services when clinical supervision is implemented. **Method:** an observational, retrospective study with a quantitative approach and simple random sampling of audit records related to the quality of nursing care (n=719). The research took place between August 2020 and August 2022, in two private hospitals in the Lisbon region, Portugal, where audits related to the quality of nursing care were carried out, and clinical supervision was implemented in one of the hospitals. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** analysis of the records when comparing the hospitals and services showed an increase in the desired and adequate quality scores (≤ 5 and ≤ 4) in the services of the hospital where clinical supervision was implemented. **Conclusion:** Clinical supervision allows teams to be strategically monitored in the practice of care, increasing quality indices and indicators with a direct impact on the patient.

DESCRIPTORS: Quality Indicators, Health Care; Nursing Audit; Nursing, Supervisory; Nursing Care; Outcome Assessment.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB. Clinical supervision: a contribution to improving quality indicators in nursing care. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited "insert year, month and day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92940>.

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde do Porto, Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem surge pela procura constante de processos sistemáticos e estruturados orientados pelo rigor e evidência na obtenção de indicadores decorrentes da prática com impacto no paciente e a expectativa de qualidade. No sentido da criação de valor das melhores práticas de enfermagem é estratégico o foco para a mudança de comportamentos e práticas dos profissionais baseados no desenvolvimento de competências das equipes e no compromisso organizacional.

Um dos modelos mais usuais para a mudança de práticas se baseia no ciclo de *Deming*, definido por quatro etapas em constante interação: identificação e priorização; implementação de ações contextualizadas; monitorização; e avaliação de resultados evidenciada pelo cumprimento de conformidades com padrões centrados na qualidade e segurança do paciente¹.

Contudo, para ocorrer a mudança das práticas dos cuidados, a gestão da qualidade deverá estar centrada no paciente e no controle do processo. Uma das ferramentas de controle na evidência de conformidades de melhoria contínua são as auditorias, ao permitirem planejar, monitorizar e avaliar ações de melhoria, conforme os objetivos e necessidades diagnosticadas por meio de evidências de conformidades²⁻⁵. A sua aplicabilidade se torna, assim, um processo explícito de reflexão sobre o planeamento, métrica e indicadores na transformação, manutenção e melhoria da qualidade assistencial⁶⁻⁸.

Porém, para atender a novas demandas relacionadas com a mudança das práticas com impacto nos pacientes, que vão para além do cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, integrou-se a prática da supervisão clínica como estratégia facilitadora, dinâmica e colaborativa entre pares⁹⁻¹⁰.

Numa perspectiva de eficiência e apoio integral das equipes, a supervisão, com ganho de aprendizagens e competências interpessoais, emocionais e profissionais, orientando para o entendimento das intervenções de enfermagem, da avaliação e do reconhecimento das práticas inseridas num contexto institucional⁹⁻¹¹.

Segundo a teoria de *Proctor*, a intervenção formativa, normativa e restaurativa da supervisão é benéfica para a melhoria da qualidade dos cuidados, e facilita a construção da identidade profissional¹². Por meio da vertente formativa, adquire o comportamento para uma prática reflexiva com ganho de novas aprendizagens, pela vertente normativa, orienta-se para procedimentos e padrões de qualidade, e, pela vertente restaurativa, potenciam-se as relações interpessoais, estratégias de *coping* e pensamento crítico na consciencialização e autoaperfeiçoamento de competências.

Este processo de transformação do pensar e do agir induz ao treino contínuo e reflexivo entre pares, para aprendizagens, partilha de saberes e tomada de decisão estruturada, essencial à integração, orientação e construção da prática conforme padrões, contextos e necessidades¹²⁻¹³. Contudo, a eficiência da supervisão na qualidade dos cuidados depende da interação entre supervisores e supervisados, do contexto e das competências entre pares, possibilitando dar significado e valor à operacionalização das ações de melhoria e mudanças de práticas¹⁴⁻¹⁶.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde considerou estratégico reduzir a variabilidade da prática clínica e aumentar a adesão a normas de orientação para a qualidade clínica e segurança do paciente. Simultaneamente, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses definiu padrões de qualidade de enfermagem considerando quatro dimensões: prevenção de complicações; conforto e bem-estar ao autocuidado; readaptação funcional; e organização dos cuidados, reforçando a necessidade de uma prática profissional reflexiva pelo ganho de competências.

Neste sentido, e com visão de liderança organizacional orientada para a qualidade clínica e segurança do paciente, um grupo de saúde privado da região de Lisboa, Portugal, constituído por nove hospitais de assistência a pacientes de especialidade médico — cirúrgica, promoveu uma cultura diferenciadora e de melhoria contínua, ao integrar a realização de auditorias em todas as suas unidades no seu modelo de gestão da qualidade no cumprimento de padrões de qualidade nacionais e internacionais de referência.

O processo de auditorias teve por base os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e o modelo de Haddad¹⁷ que, por meio da aplicação de uma grelha de quatro dimensões e cinquenta e um itens, classifica a qualidade dos cuidados em: qualidade desejada (QD)($\geq 90\%$ e $< 100\%$); qualidade adequada (QA)($\geq 81\%$ e $< 90\%$); qualidade segura (QS)($= 80\%$); qualidade mínima (QM)($\geq 71\%$ e $< 80\%$); e qualidade não adequada (QNA)($< 70\%$), possibilitando o apuramento de índices e indicadores de qualidade.

Assim, ao analisar os resultados dos registos das auditorias em uso, constatou-se a evidência de índices e indicadores de QM ou QNA com impacto direto no paciente, devendo, por isso, serem consideradas estratégias de melhoria no cumprimento de conformidades e no cumprimento dos padrões de qualidade definidos. Por estas razões, tal como mostra a investigação, a implementação de modelos de supervisão é uma estratégia que permite a interação dinâmica e colaborativa entre pares para o ganho de competências e com impacto na qualidade dos cuidados, fato que nos conduziu ao objetivo do estudo: comparar índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internação médica e cirúrgica, quando implementada a supervisão clínica.

MÉTODO

Estudo documental, retrospectivo com abordagem quantitativa e amostragem do tipo aleatória simples com registos das grelhas de auditoria relacionados à qualidade dos cuidados de enfermagem a pacientes com taxa de internação superior a vinte e quatro horas do âmbito médico e cirúrgico. A coleta de dados decorreu entre agosto de 2020 e agosto de 2022 nos serviços de medicina e de cirurgia de dois hospitais privados da região de Lisboa, Portugal.

Os hospitais foram denominados de: Hospital A (HA) com 119 leitos; e Hospital B (HB) com 213 leitos, em ambos foram realizadas auditorias mensais relacionadas à qualidade dos cuidados. No HA foi implementada a prática da supervisão das equipes no serviço de cirurgia (HAC) e no serviço de medicina (HAM), e no HB foram apenas realizadas auditorias nos serviços similares (HBC) e (HBM).

Decorrente da amostragem, para o cálculo da dimensão da amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, foram selecionados 719 registos ($n=719$). A amostra no HA teve 363 registos ($n=363$), dos quais, 217 foram distribuídos no serviço HAC ($n=217$), e 146, no serviço HAM ($n=146$), enquanto no HB, a amostra foi de 356 registos ($n=356$), sendo 183 registos distribuídos no serviço HBC ($n=183$) e 173 ($n=173$) no serviço HBM.

As evidências advindas dos registos das grelhas de auditoria permitiram apurar o nível global de qualidade dos cuidados em valores percentuais por dimensão e por item categorizados por índices e indicadores de qualidade, permitindo a criação de escores em: QD ($\geq 90\%$ e $< 100\%$), QA (81% e $< 90\%$), QS ($= 80\%$), QM ($\geq 71\%$ e $< 80\%$) e QNA ($< 70\%$). Como modelo de supervisão, aplicou-se a teoria de Proctor intervindo nas três vertentes.

Foram considerados participantes as equipes de enfermagem no HA com 95 enfermeiros ($n=95$), dos quais, 54 distribuídos no HAC ($n=54$) e 41 no HAM ($n=41$), e no

HB com 67 (n=67), sendo distribuídos 31 no HBC (n=31) e 36 no HBM (n=36). Foram todos os registros das grelhas de auditoria a pacientes com taxa de internação inferior a vinte e quatro horas, e não do âmbito médico ou cirúrgico.

Tratamento estatístico efetuado com o software SPSS® Statistics, com recurso da estatística descritiva e inferencial, sendo utilizada ANOVA fatorial entre grupos para analisar a interação da significância da implementação da supervisão, cumprindo os pressupostos de interação para $p\text{-value} \leq 0,05$ para diferenças significativas entre os scores das dimensões e itens por hospital e por serviço. Para a análise da evolução dos scores quanto à homogeneidade ou independência entre a supervisão e os resultados, recorreu-se ao teste de qui-quadrado de Pearson com $p\text{-value} \leq 0,05$, e, para a homogeneidade das variâncias e o efeito da categoria sobre as dimensões conforme a comparação múltipla das médias das ordens, o teste de Kruskal-Wallis.

Foi considerada variável independente a supervisão, e como variáveis dependentes, as dimensões e itens da grelha de auditoria e as características das equipas. Ou seja, a dimensão e respetivos itens da prevenção de complicações (PC) com (13 itens), conforto e bem-estar ao autocuidado (CB) com (17 itens), readaptação funcional (RF) com (nove itens) e organização dos cuidados (OC) com (12 itens), numa escala de medida com três pontos (sim, não, e não aplicável) (anexo 1). Como características das equipas conforme o tempo de serviço (< cinco anos, > cinco e < a 15 anos, >15 anos), e categoria profissional segundo a classificação de competências e saberes de Benner (*enfermeiro iniciado, enfermeiro, enfermeiro sênior e enfermeiro perito*).

Para a efetividade da supervisão, foram identificados como supervisores os enfermeiros com categoria de enfermeiro sênior e perito, e com permanência superior a dez anos na instituição, os quais participaram em ações de formação conforme o modelo e a metodologia de supervisão de Proctor — os três vetores.

A pesquisa teve aprovação do comitê de ética (parecer n.º 01/2019) da organização envolvida, e todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi preenchido e assinado, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato dos participantes pelos investigadores.

RESULTADOS

Considerando as características das equipas de enfermagem dos hospitais do estudo quanto ao tempo de permanência no serviço e à categoria profissional, os resultados mostraram que no serviço de cirurgia, dos 54 enfermeiros do HA, 24 (44,4%) estavam há menos de cinco anos no serviço, 24 (44,4%) estavam no serviço entre cinco e 15 anos, e seis (11,2%), há mais de 16 anos, enquanto no HB, dos 31 enfermeiros, 29 (93,5%) estavam no serviço há menos de cinco anos, e dois (6,5%), há mais de 16 anos.

No serviço de medicina, dos 41 enfermeiros do HA, 21 (51,2%) estavam no serviço há menos de cinco anos, 14 (34,1%), entre cinco e 15 anos, e seis (14,6%), há mais de 16 anos, enquanto no HB, dos 35 enfermeiros, 30 (85,7%) estavam há menos de cinco anos no serviço, três (8,6%), entre cinco e 15 anos, e dois (5,7%), há mais de 16 anos.

Relativamente à categoria profissional no serviço de cirurgia, no HA, dos 54 enfermeiros, seis (11,1%) eram iniciados, 30 (55,5%), enfermeiros, sete (13%), seniores, e 11 (20,4%) peritos, enquanto no HB, dos 31 enfermeiros, três (9,7%) eram iniciados, 11 (35,5%), enfermeiros, 15 (48,4%), seniores, e dois (6,5%), peritos.

No serviço de medicina do HA, dos 41 enfermeiros, três (7,3%) eram iniciados, 26 (63,4%), enfermeiros, cinco (12,2%), seniores, e sete (17,1%), peritos, e no HB, dos 35 enfermeiros, cinco (14,3%) eram iniciados, 15 (42,9%), enfermeiros, 10 (28,6%), seniores e

cinco (14,3%), peritos.

Análise acumulada global e comparativa para os serviços cirúrgicos evidenciou índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem com score de QD ($\bar{x}=4,47$) no HAC, e no HBC, um score de QA ($\bar{x}=3,70$) enquanto nos serviços de medicina foram evidenciados scores de QA respetivamente, HAM ($\bar{x}=3,96$) e HBM ($\bar{x}=3,57$).

Referente à análise por item das diferentes dimensões nos serviços cirúrgicos dos hospitais, verificou-se uma subida do score nas dimensões PC e OC com índices e indicadores de QD ($\bar{x}=4,69$ e $\bar{x}=4,30$), e uma queda para indicadores de QA ($\bar{x}=3,86$ e $\bar{x}=3,81$) no HB.

Para a dimensão CB, mantiveram scores de QD ($\bar{x}=4,62$ e $\bar{x}=4,28$) em ambos os hospitais, já para a dimensão RF, o score foi de QS ($\bar{x}=2,85$) no HB, e de QD ($\bar{x}=4,30$) no HA.

Para os serviços de medicina, verificaram-se em ambos os hospitais uma evolução do score na dimensão PC com índices e indicador de QA ($\bar{x}=3,89$ vs $\bar{x}=3,77$), e para a dimensão CB de QD ($\bar{x}=4,50$ vs $\bar{x}=4,19$) respetivamente.

Para a dimensão RF, o score foi de QA ($\bar{x}=3,16$) no HA, e no HB de QS ($\bar{x}=2,61$), por último, a dimensão OC no HA o score foi de QD ($\bar{x}=4,28$), e de QA ($\bar{x}=3,73$) no HB.

Relativamente à significância da evolução do score da qualidade dos cuidados quando comparados os itens e as suas interações (Tabela 1), verificou-se nos serviços de cirurgia, quando comparadas diferenças significativas com interações na dimensão PC nos itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, PC11, PC12 e PC13, na dimensão CB nos itens CB2 e CB16, na dimensão RF nos itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF7, RF8 e RF9, e na dimensão OC nos itens OC6, OC7 e OC10.

Enquanto, nos serviços de medicina, quando comparados, ocorreram interações na dimensão PC, item PC7, na dimensão CB nos itens CB5 e CB14, na dimensão RF nos itens RF2, RF3, RF5, RF6 e RF8, e na dimensão OC nos itens OC5, OC6 e OC7 (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução dos scores de qualidade por dimensão e itens nos serviços de cirurgia e medicina dos hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022.

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia			Serviços de Medicina		
	‡ $\bar{x}$	§F	†† p-value	‡ $\bar{x}$	§F	†† p-value
PC1	14,40	10,00	0,00			
PC3	40,00	23,35	0,00			
PC4	1,22	4,41	0,04			
PC7	38,02	21,45	0,00	30,62	14,41	0,00
PC9	25,60	13,15	0,00			
PC11	4,23	5,15	0,03			
PC12	14,40	10,13	0,00			
PC13	5,62	4,67	0,04			
CB2	5,62	6,73	0,01			
CB5				4,90	6,60	0,01
CB14				4,22	5,59	0,02
CB16	90,00	51,51	0,00			
RF2	34,22	16,15	0,00	11,02	4,09	0,05

RF3	8,10	7,16	0,01	28,90	18,00	0,00
RF4	14,40	4,41	0,04			
RF5	27,22	12,97	0,00	16,90	6,12	0,02
RF6				13,22	7,67	0,01
RF7	62,50	27,42	0,00			
RF8	18,22	9,60	0,00	18,22	8,17	0,01
RF9	67,60	38,92	0,00			
OC5				1,22	4,41	0,04
OC6	21,02	9,19	0,00	27,22	12,50	0,00
OC7	48,40	29,10	0,00	38,02	20,96	0,00
OC10	15,62	7,06	0,01			

Note: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB), Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC). ‡ média, §ANOVA fatorial entre grupos. †† p-values 0,05.

Fonte: Os autores (2022).

Conforme o teste de qui-quadrado de *Pearson* para a independência da evolução dos scores por dimensão e item dos hospitais em ambos os serviços, quando comparados, os resultados demonstraram serem dependentes quando da implementação da supervisão.

Nos serviços de cirurgia existiu dependência na dimensão PC nos itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, na dimensão CB nos itens CB3, CB10, CB15 e CB16, na dimensão RF nos itens RF2, RF6, RF8 e RF9, e na dimensão OC nos itens OC6, OC7 e OC10.

Nos serviços de medicina, há dependência nos itens PC7, PC8 e PC12 da dimensão PC, nos itens CB3, CB15 e CB16 da dimensão CB, nos itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF6 e RF9 da dimensão RF e nos itens OC1, OC4, OC6 e OC7 da dimensão OC (Tabela 2).

Tabela 2 – Dependência dos índices e indicador de qualidade por itens nos serviços de cirurgia e medicina dos Hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia					Serviços de Medicina				
	‡HA		§HB		†† p-value	‡HA		§HB		†† p-value
	‡‡IQ(%)					‡‡IP(%)				
	§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM		§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM	
PC1			7,5	10,0	0,02					
PC3	2,5		15,0	15,0	0,00					
PC4				2,5	0,05					
PC7	2,5	2,5	17,5	15,0	0,00		2,5	22,5	7,5	0,00
PC8						12,5				0,00
PC9	2,5		15,0	7,5	0,01					
PC12						7,5		10,0		0,04
CB3	5,0		20,0		0,02	2,5		27,5		0,00
CB10	7,5		20,0		0,00					
CB15	7,5		35,0		0,00	12,5		40,0		0,00

CB16	2,5	40,0	0,00	12,5	35,0	0,00				
RF2	2,5	20,0	10,0	0,00	7,5	20,0	7,5	0,05		
RF3						12,5	12,5	0,00		
RF4					10	35,0		0,00		
RF5					7,5	37,5		0,00		
RF6	5,0	10,0		0,02	12,5	17,5		0,00		
RF8		17,5		0,01						
RF9		30,0	5,0	0,00	12,5	35,0		0,00		
OC1					15,0	40,0		0,01		
OC4						12,5		0,05		
OC6		5,0	20,0	5,0	0,01	5,0	2,5	17,5	10,0	0,00
OC7			25,0	5,0	0,00	5,0		30,0	7,5	0,00
OC10	2,5	17,5	2,5	0,04						

Nota: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB), Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC). ‡Hospital A. §Hospital B. †† $p \leq 0,05$ de Teste de qui-quadrado de Pearson. ‡‡ Índices de Qualidade. §§(QNA) qualidade não adequada. †††(QM) qualidade mínima.

Fonte: Os autores (2022).

Quanto ao efeito da supervisão sobre os resultados dos índices e indicadores de qualidade dos itens das diferentes dimensões, este foi avaliado com recurso do teste de *Kruskal-Wallis*, seguido da comparação múltipla de médias das ordens e grupos, considerando-se $p\text{-value} \leq 0.05$ como estatisticamente significativo.

Ao comparar os serviços de cirurgia, verificou-se que a supervisão afetou significativamente todas as dimensões, especificamente, os itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, PC11 e PC12 na dimensão PC, os itens CB2, CB15 e CB16 na dimensão CB, os itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF6, RF7, RF8 e RF9 na dimensão RF e, por último, os itens OC3, OC6, OC7 e OC10 na dimensão OC (Tabela 3).

Nos serviços de medicina, foram afetados os itens PC6 e PC7 na dimensão PC, os itens CB3, CB5, CB14 e CB15 na dimensão CB, os itens RF3, RF5 e RF7 na dimensão RF, e os itens OC1, OC5, OC6 e OC7 na dimensão OC (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos índices de qualidade por item e dimensão dos serviços de cirurgia e medicina dos Hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia		Serviços de Medicina	
	‡KW	§p	‡KW	§p-value
PC1	7,412	0,00		
PC3	13,841	0,00		
PC4	5,556	0,05		
PC6			4,35	0,04
PC7	12,787	0,00	6,38	0,01
PC9	10,685	0,00		
PC11	4,515	0,04		

PC12	7,033	0,01		
CB2	8,184	0,01		
CB3			4,169	0,03
CB5			8,193	0,01
CB14			5,692	0,03
CB15	6,251	0,01	7,151	0,01
CB16	22,442	0,00		
RF2	9,195	0,00		
RF3	5,242	0,02	12,106	0,00
RF4	5,083	0,02		
RF5	11,604	0,00	9,943	0,00
RF6	4,474	0,03		
RF7	18,097	0,00	12,836	0,00
RF8	6,661	0,01		
RF9	17,351	0,00		
OC1			5,81	0,01
OC3	4,517	0,04		
OC5			5,556	0,05
OC6	6,422	0,01	12,163	0,00
OC7	16,024	0,00	12,147	0,00
OC10	3,935	0,056		

Nota: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB) Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC), ‡Kruskal-Wallis (KW), §p-values≤0,05 comparação múltipla de médias das ordens.

Fonte: Os autores (2022).

DISCUSSÃO

No processo da qualidade clínica, é essencial evidenciar a qualidade da prática segundo os padrões centrados nos pacientes ao longo do ciclo dos cuidados. Considerando o modelo de auditorias em uso nas unidades do estudo, foi possível evidenciar relações entre as fases do processo do cuidar, sendo identificados pontos fortes e áreas de potencial melhoria a desenvolver, tal como padronizado por instituições de referência.

O modelo de auditoria aplicado permitiu a integração de processos, padrões e valores organizacionais, como apontado no estudo em questão. A existência de modelos de gestão focados nas práticas favorece a integração de processos e padrões, aumentam a autonomia e a corresponsabilização com a partilha de saberes, tendo influência direta ou indireta na qualidade das práticas assistenciais¹⁰.

Globalmente, os resultados das auditorias do estudo evidenciaram índices e indicadores com scores entre a qualidade adequada e desejada, permitindo afirmar que os cuidados prestados ao paciente estão conforme os padrões de qualidade de referência⁴. Contudo, no HA onde foi implementada a supervisão, registraram-se scores superiores aos índices e indicadores de QD e QA, enquanto o HB sem supervisão apresentou um score de QA, demonstrando tal como descrito na literatura, que a implementação de processos supervisivos entre pares promove o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas adequadas à prática profissional com repercussões diretas na qualidade dos cuidados prestados com impacto direto no paciente.

Também, a eficácia do processo de supervisão, tal como indicado nas pesquisas,

depende de fatores individuais e organizacionais para a reflexão contínua de melhoria^{9,11,13}. Porém, acrescentam que o envolvimento das equipes em métodos de monitorização e a tomada de decisão desenvolvem o entendimento e o sentimento de pertença na adoção de novos comportamentos pessoais e profissionais¹⁸⁻¹⁹. Consideramos, ainda, as características das equipes de enfermagem para evidenciar diferenças entre hospitais, pois, tal como descrito pelas pesquisas, o tempo de exercício profissional e as competências de equipe comprometem o desempenho^{1,19-21}.

Verificou-se pelos resultados, que o hospital com a equipe há mais tempo no serviço, com maior número de enfermeiros seniores e peritos, e com supervisão, apresentou scores superiores, fato relacionado à capacidade de reflexão, orientação e apoio integral das práticas dos supervisores para os supervisionados, tal como descrito pelo modelo de competências de *Benner*, que determina a competência profissional como a capacidade de executar ações integradas num contexto, validada por saberes e habilidades adquiridas ao longo do tempo²².

Ainda, segundo os estudos, a reflexão crítica sobre práticas e experiências em diferentes contextos é transformadora do pensar e agir para a implementação de estratégias que evidenciem indicadores de efetividade e transparência do processo^{6,23-24}.

Esta evidência move os profissionais para dados objetivos na avaliação comparativa de indicadores sobre o processo de cuidados subaproveitados e o aperfeiçoamento de competências na melhoria da qualidade²⁴. O que nos permite inferir que a efetividade da qualidade das práticas dos supervisores está relacionada com os conhecimentos, habilidades e tomada de decisão sobre o cuidado e a identificação de estratégias eficazes com satisfação e motivação das equipes^{15,20-21}.

Tal como apontam as pesquisas, a competência profissional está relacionada com o envolvimento e o conhecimento das equipes perante a complexidade dos diagnósticos, e a capacidade de influenciar a prática no desenvolvimento de processos decorrentes da situação^{21,25}. É neste ponto que a supervisão poderá ter influenciado os resultados dos scores quando comparados o HA e HB, pois, a existência de supervisores no HA permitiu a colaboração entre pares no acompanhamento, monitorização e feedback sobre a prática, facilitando a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências no supervisionado.

Os estudos consideram essencial o envolvimento das equipes em métodos de monitorização e a tomada de decisão para o entendimento, o sentimento de pertença e a motivação na adoção de comportamentos com impacto na qualidade^{9-13,18-20,25}.

Os resultados da pesquisa revelaram uma evolução dos scores dos itens com dependência entre si decorrente do efeito da supervisão, corroborado pela investigação, quando defende que uma supervisão baseada na análise das informações produzidas por pares aumenta a reflexão crítica sobre as práticas e interfere no planejamento de ações adequadas às reais necessidades de aprendizagem dos enfermeiros¹³⁻¹⁴.

Sendo um processo dinâmico, motivador e integral de suporte e envolvimento dos profissionais nos resultados e soluções em prol da qualidade, torna-se apropriação das equipes de enfermagem na identificação de necessidades, na definição de intervenções, e na implementação e validação de práticas conforme padrões definidos²⁶⁻²⁸.

Quando analisado o efeito da supervisão sobre os índices e indicadores de qualidade das dimensões, os resultados evidenciaram que para a dimensão PC o modelo de supervisão direta e permanente do supervisor incutiu no supervisionado a prática na identificação e referenciação de intervenções, minimizando potenciais efeitos indesejáveis para o paciente. Ou seja, apoio e estratificação de riscos potenciais por parte do supervisor foi eficaz na capacitação das equipes, o que é corroborado pelos estudos^{13,15-16}.

Acrescente-se que a manutenção da qualidade teve por base o treino e o feedback durante prática dos cuidados, proporcionando a reflexão da prática e a tomada de decisão

de forma proativa entre supervisor e supervisionado na partilha de saberes também comprovado pelas pesquisas^{4,16,20,27-29}.

Para a dimensão conforto e bem-estar ao autocuidado, os resultados evidenciaram uma evolução dos scores em intervenções específicas das atividades de vida às quais o paciente está dependente, o que relacionamos com a uniformização de práticas baseadas em procedimentos e protocolos.

Estudos apontam a formação dos supervisionados como o empoderamento de competências pessoais e profissionais com impacto direto na incorporação de valores e qualidade da prática dos cuidados, ao permitir aprofundar conhecimentos e acumular saberes e pela experiência^{3,19}.

Quanto ao efeito da supervisão na dimensão readaptação funcional, foi evidenciado no estudo, que através da prática supervisiva, o enfermeiro supervisionado obteve competências para definir processos de reajustamento e ensino com envolvimento do paciente e pessoa significativa tal como padronizado, fato associado à importância percepção desta intervenção. Tal como os estudos apontam, a importância da formação e sensibilização da equipe no planejamento para a alta segura consiste na comunicação e ensino efetivos às intervenções de enfermagem^{12,15,20-21}.

Por último, na dimensão organização dos cuidados, denotou-se o efeito da supervisão para a evidência da prática dos registros de enfermagem baseados numa linguagem comum de diagnósticos e intervenções, tal como preconizado para a profissão. As equipes, ao terem a percepção da importância dos registros na continuidade dos cuidados, potencializa a informação sobre as intervenções e orientações, tal como aponta o estudo, que refere que as mudanças de comportamentos completam os resultados de não conformidades da prática após o treino e acompanhamento contínuo¹⁵.

Reforçamos a capacidade de comunicação e reflexão com criticidade sobre a prática na efetivação do processo, tal como descrito pelos estudos que indicam que as expectativas e aceitação das orientações para a reflexão da prática dos cuidados é facilitada pela corresponsabilização na definição de ações e avaliação das práticas de melhoria^{10,22,28-29}.

Há que referir que a pesquisa teve como principal limitação a escassa literatura da relação direta entre a temática da supervisão e a temática dos índices e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Numa cultura de melhoria contínua da gestão da qualidade e segurança do paciente, é diferenciador o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais na implementação e consolidação de projetos integrados na prática dos cuidados. Neste sentido, as instituições onde se realizou a pesquisa adotaram a gestão da qualidade por meio de auditorias à qualidade das práticas, na monitorização de conformidades e produção de resultados, no cumprimento de padrões de referência nacionais e internacionais.

A realização da pesquisa permitiu ir para além da prática institucional das auditorias demonstrada pela evidência de conformidades, integrando estrategicamente a prática da supervisão das equipes por forma a influenciar os índices e indicadores de qualidade com impacto direto, na prática dos cuidados.

Evidenciou-se que, ao incorporar a cultura de supervisão baseada na responsabilidade e envolvimento das equipes para a aprendizagem contínua, orientação, treino e *feedback* sobre as práticas, é possível refletir sobre oportunidades de melhoria e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais com translação do conhecimento.

Assim a implementação da prática da supervisão veio demonstrar que a intervenção estruturada e dirigida aos saberes críticos (saber ser e estar, saber integrar e adaptar, saber o que fazer e aprender a aprender e o saber mobilizar recursos) implicam diretamente a mudança de comportamentos e atitudes do profissional, impactando diretamente na qualidade dos cuidados.

Além disso, a estratégia da supervisão direciona a prática para reflexão sobre os resultados dos índices e indicadores de qualidade que têm um impacto direto nos pacientes, o que contribui para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e organizacionais, ao mesmo tempo, em que estimula o reconhecimento profissional da profissão de Enfermagem, gerando valor.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, a quem agradecemos. Agradecemos também o apoio da FAPESP (processo 2020/02047-8).

REFERÊNCIAS

1. Antônio NS, Teixeira A, Rosa A. Gestão da qualidade - de deming ao modelo de excelência EFQM. Edições Sílabo: Lisboa; 2016.
2. Chirelli MQ, Sordi MRL de. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 16]; 74(suppl 5), e20200979. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979>
3. Nishio EK, Cardoso MLAP, Salvador ME, D'Innocenzo M. Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021[cited 2022 Dec 16]; 74(Suppl 5):e20200876. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0876>
4. Matos EP, Almeida DB de, Freitas KS, Silva SSB da. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar. 17]; 42:e20200442. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
5. Vigna CP, Ruiz PB de O, Lima AFC. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31]; 73(Suppl 5):e20190826. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
6. Ramukumba MM, El Amouri, S. Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. Health SA=SA Gesondheid. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 31]; 24: 1121. Available from: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121>
7. León-Román C, Cairo-Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorias concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31];36(3). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3136>
8. Liberatti VM, Gvozdz R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unified Health System. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20];32(5):500-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>
9. Pires R, Santos MR, Pereira F, Pires M. Clinical supervision strategies: critical-reflexive analysis of practices. Millenium Journal of Education, Technologies, and Health. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 20];

2(14):47-55. Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

10. Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The effect of clinical supervision on nurse performance. *J. Ners* [Internet]. 2020 Jan. 3 [cited 2022 Dec. 29]; 14(3):161-4. Available from: <https://ejournal.unair.ac.id/JNERS/article/view/16956>

11. Snowdon D, Leggat S, Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 28]; 17(1):786. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>

12. Yuswanto TJA, Ernawati N. Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship Cycle (PIR-C). *IJASRE*. [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 01]; 4(12):203-9. Available from: <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33023>

13. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAMD, Alves LR, Silva MFD, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 20]; 70(5):1106-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785> <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>

14. Cook RM, McKibben WB, Wind SA. Supervisee perception of power in clinical supervision: the power dynamics in supervision Scale. *Train Educ Prof Psychol*. [Internet]. 2018 [cited 2018 June 28]; 12(3):188-95. Available from: <https://doi.org/10.1037/tep0000201>

15. Rocha IA da RS, Pinto CMCB, Carvalho ALRF de. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 26]; 74(6):e20210125. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>

16. 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*. [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 21]; 72(6):1730-5. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>

17. Haddad M do CFL. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

18. Hendricks S, Cartwright DJ, Cowden RG. Clinical supervision in South Africa: Perceptions of supervision training, practices, and professional competencies. *S. Afr. J. Sci.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30]; 117(3/4). Available from: <https://sajs.co.za/article/view/7428>

19. Azevedo OA, Cruz DALM. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30]; 74(3):e20201355. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>

20. Martins M. Qualidade do cuidado de saúde. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. p. 27-40. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/Seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>

21. Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM da, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 24]; 75(1):e20210123. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>

22. Hernández-Pérez R, Hernández-Núñez A, Molina-Borges M, Hernández-Sánchez Y, Señán-Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. *Rev Cubana de Enfermer* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31]; 36(4). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>

23. Stacey G, Cook G, Aubeeluck A, Stranks B, Long L, Krepa M, et al. The implementation of resilience based clinical supervision to support transition to practice in newly qualified healthcare professionals. *Nurse Education Today* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]; 94:104564. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104564>

24. Huijben JA, Wiegers EJA, Keizer NF, Maas AIR, Menon D, Ercole A, et al. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. Crit Care [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 22]; 23(95). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2377-x>
25. Gaete J, Strong T. Facilitating supervisees' developing competence through supervisory conversation. Couns. Psychol. Q. [Internet]. 2017 [cited 2016 Apr. 04]; 30(2):166-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2016.1167013>
26. Ernawati E, Damris DM, Revis A, Elrifda S. How effective is clinical supervision in nursing? A Systematic Review. JCCNC 2022;8(2):69-78. Available from: <http://jccnc.iuums.ac.ir/article-1-357-en.html>
27. Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB, Rodrigues A, Rocha V. Impact of clinical supervision in nursing on self-care evaluation and intervention. Rev. baiana enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30];35. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43356>
28. Mohamed FR, Ahmed HM. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. J Nurs Educ Pract. [Internet]. 2019. [cited 2022 Dec 30]; 9(6). Available from: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
29. Teixeira SMM, Carvalho ALRF, Cruz SSSMS. Self-care assessment as an indicator for clinical supervision in nursing. Rev Rene [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec.30]; 17(3):356-62. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3468>

Anexo I - Quadro 1- Registro de auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa, Portugal, 2022

Prevenção De Complicações (PC)	Conforto Bem-estar ao Autocuidado (CB)
PC1-Evidência da higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela DGS ()	CB1-Permeabilidade das vias aéreas ()
PC2-Grades laterais de proteção devidamente posicionadas ()	CB2-Sistemas de aspiração de secreções devidamente preparados e higienizados ()
PC3-Pulseira de identificação legível ()	CB3-Sistemas de administração de oxigénio devidamente aplicados ()
PC4-Campanha de chamada de ajuda dentro do alcance seguro do paciente ()	CB4-Evidência da explicação dos procedimentos previamente à sua execução ()
PC5-Evidência da garantia da privacidade do paciente aquando da prestação de cuidados ()	CB5-Evidência de que o paciente é tratado pela forma e nome como gosta de ser chamado ()
PC6-Unidade do paciente devidamente higienizada ()	CB6-Evidência de que o enfermeiro se apresenta ao paciente antes de iniciar o processo de prestação de cuidados ()
PC7-Utilização de escalas em função da situação do paciente ()	CB7-Evidência de que o paciente está confortável e sem dor ()
PC8-Listas de verificação devidamente preenchidas ()	CB8-Evidência do uso de roupa adequada à situação clínica do paciente ()
PC9-Evidência dos nove certos na preparação e administração segura de fármacos/galénicos ()	CB9-Paciente posicionado em segurança na cama ou cadeirão e de acordo com a sua situação clínica ()
PC10-Sistemas de perfusão, torneiras e prolongadores sem evidência de sangue coagulado e obturados e identificados com data de substituição ()	CB10-Sistemas limitadores de movimentos devidamente colocados, limpos e adaptados ()
PC11-Locais de inserção de cateteres sem sinais inflamatórios ()	CB11-Evidência de cabelos limpos e penteados ()
PC12-Cateteres devidamente fixados e limpos ()	CB12-Evidência de olhos e boca limpa e devidamente higienizada ()
PC13-Evidência de optimização de sistemas de drenagem ()	CB13-Evidência de mãos e unhas devidamente limpas ()
	CB14-Evidência de que o paciente ingere a alimentação proporcionada ()
	CB15-Evidência da optimização da sonda para alimentação ()
	CB16-Evidência da correta utilização de pensos/apósitos (curativos) e dispositivos coletores em feridas/ostomias ()
	CB17-Evidência de ajuda na deslocação ao WC sempre que solicitado ()
Readaptação Funcional (RF)	Organização dos Cuidados (OC)

RF1-Evidência do planejamento da alta segura () RF2-Evidência do envolvimento do paciente e pessoa significativa na alta segura () RF3-Evidência de realização de ensinios () RF4-Evidência de nota de alta/transferência preenchida de acordo com o plano de cuidados () RF5-Evidência de entrega de folhetos informativos de apoio à alta () RF6-Evidência de informação acerca de indicadores críticos sociais e recursos da comunidade () RF7-Evidência de informação acerca dos recursos da comunidade para dar resposta a necessidades previstas na alta relacionadas com a situação atual de doença () RF8-Evidência de informação ao paciente /pessoa significativa acerca do plano terapêutico () RF9-Evidência de informação relacionada com a utilização de dispositivos médicos de apoio	OC1-Apreciação inicial com exame físico () OC2-Diagnósticos de enfermagem adequados à situação de saúde do paciente () OC3-Planeamento de intervenções de acordo com os diagnósticos elaborados () OC4-Planeamento de intervenções de acordo com as atitudes terapêuticas ativadas () OC5-Planeamento de intervenção "monitorizar sinais vitais" pelo menos 2 vezes por dia () OC6-Avaliação da dor de 8/8 horas. OC7-Execução das intervenções evidenciadas () OC8-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "monitorizar"() OC9-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "vigiar"() OC10-Justificação coerente das intervenções sinalizadas como "não executadas"() OC11-Variação do "status" do diagnóstico em função das variações do estado de saúde () OC12-Adequabilidade das intervenções planeadas face à variação do diagnóstico de enfermagem ()
---	---

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

4. Etapa IV

Nesta etapa, pretendia-se avaliar a influência do modelo de supervisão clínica P_2P_{CS} nos índices de positividade e indicadores de qualidade nos serviços de internamento médico (SIM) e cirúrgico (SIC), razão que nos conduziu à realização do último estudo.

4.1. Estudo 5 — Qualidade dos cuidados nos serviços de internamento médico e cirúrgico antes e após a implementação da supervisão clínica nas equipas de enfermagem

Estudo observacional, retrospectivo com abordagem quantitativa e amostragem do tipo não aleatória dos registos das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem que decorreram entre setembro de 2019 e dezembro de 2022 no hospital piloto.

|Objetivo

Comparar índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internamento médico e cirúrgico antes, durante e após a implementação da supervisão clínica das equipas de enfermagem.

|População-alvo

A população-alvo teve por base a análise dos 1065 registos ($n=1065$) resultantes das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem a clientes, distribuídos no SIM com 482 registos ($n=482$) e no SIC com 583 registos ($n=583$).

Como critérios de inclusão foram considerados todos os itens e dimensões da *checklist* de auditoria, com indicador de qualidade $\leq 80\%$ com impacto na prática dos cuidados de enfermagem e sujeitos a intervenção imediata, clientes com taxa de internamento superior a 24h e os clientes adultos do foro médico e cirúrgico.

Foram excluídos todos os registos dos resultados das auditorias que não cumpriram os pressupostos anteriormente descritos.

|Amostra

Para o cálculo da amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5% foi efetuado separadamente para cada grupo, o cálculo da amostra. Considerando, a importância de uma menor margem de erro e um aumento do tamanho da amostra para contribuir para o aumento da potência de teste, foram integrados o número total de registos de auditorias que cumpriam os critérios de inclusão à dimensão amostral calculada, ficando como amostra da pesquisa, para o SIC um $n=299$ e o SIM um $n=244$.

|Variáveis do estudo

Como variável independente, foi considerada a SC de acordo com as vertentes formativa, normativa e restaurativa e como variáveis dependentes as dimensões e itens da *checklist* de auditoria, ou seja, a dimensão Prevenção de Complicações (PC) com 13 (treze) itens, a dimensão Conforto e bem-estar (CB) com 17 (dezassete) itens, a dimensão Readaptação Funcional (RF) com 9 (nove) itens, a dimensão Organização dos Cuidados (OC) com 12 (doze) itens, e ainda, as características das equipas, quanto ao tempo de serviço e categoria profissional (enfermeiro iniciado, enfermeiro, enfermeiro sénior, enfermeiro perito) de acordo com regulamento do exercício profissional do enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros Portugueses¹²⁻¹³.

|Tratamento

O tratamento estatístico foi efetuado com o *software statistical package for the social sciences* (SPSS V27) com recurso a estatística descritiva e inferencial, sendo utilizada para a significância da evolução dos scores PRESC, ISC e POSSC uma ANOVA (*analysis of variance*) de medições repetidas com os pressupostos de normalidade do teste de Kolmorov-Smirnov e esfericidade com teste de *Mauchly* para $p>0.05$.

Para analisar a interação da SC sobre as dimensões e os itens da checklist de auditoria para as duas populações independentes, uma no serviço de cirurgia e uma no serviço de medicina, foi utilizado o teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

|Procedimentos

Foram utilizados para a recolha de dados: a checklist de auditoria (Anexo 1) e plano de registo do supervisor (Anexo 4 - Registo de Reuniões Anexo 4).

A checklist de auditoria foi constituída por 4 (quatro) dimensões e 51 (cinquenta e um) itens numa escala de medida de evidência com 3 (três) pontos (sim, não e não aplicável).

Cada dimensão, aponta para o indicador de qualidade, e os itens, apontam para os índices de positividade ou evidências de procedimentos no cumprimento do padrão de qualidade.

O plano de registo do supervisor foi construído de acordo com a vertente formativa, normativa e restaurativa de Proctor, por forma a identificar a situação problema de acordo com os resultados advindos das auditorias à qualidade dos cuidados, definir a situação ideal e definir ações de melhoria a implementar no cumprimento dos padrões de qualidade.

A recolha de dados foi realizada num hospital piloto distribuídos nos serviços de internamento médico e cirúrgico adultos.

O estudo decorreu em 3 fases entre setembro de 2019 e dezembro de 2022.

A fase de pré-implementação da SC (PRESC), decorreu entre setembro de 2019 e março de 2020, onde foram realizados um total 107 (n=107) registo de auditoria, distribuídos no SIC (n=64) e no SIM (n=43).

A realização de auditorias à qualidade dos cuidados com a aplicação da checklist foram garantidas por dois enfermeiros auditores extra serviço, por forma a garantir a fiabilidade inter-observacional e o não enviesamento das observações.

Toda a recolha de informação ocorreu com observação direta da prestação de cuidados e análise dos registos clínicos efetuados de acordo as dimensões e respetivos itens.

Na fase de implementação de SC (ISC) com a supervisão permanente das equipas, que decorreu entre agosto de 2020 e dezembro de 2021, onde foram realizados 264 (n=264) registo de auditoria no total distribuídos no SIC (n=128) e no SIM (n=136).

E em simultâneo, cada supervisor fez, mensalmente, pelo menos um plano de registo de supervisão por enfermeiro (num rácio de 1 supervisor para 2 ou 3 supervisionados), representados no total de 95 enfermeiros (n=95) distribuídos 54 enfermeiros no SIC (n=54) e 41 enfermeiros no SIM (n=41).

Para a identificação de enfermeiros supervisores, foram considerados os enfermeiros sêniores e peritos com evidência de competências profissionais, liderança de equipas e que se encontravam há mais tempo na instituição de onde resultou 18 enfermeiros no SIC (n=18) e 12 enfermeiros no SIM (n=12).

Na fase pós-implementação da SC (POSSC) que decorreu entre janeiro de 2022 e dezembro de 2022, foram realizados 172 (n=172) registos de auditoria, distribuídos no SIC (n=107) e no SIM (n=65).

Nesta fase usou-se a mesma metodologia que no PRESC.

O estudo teve aprovação da Comissão de Ética (parecer n.º 01/2019) da organização envolvida.

|Análise dos dados

Para a análise dos dados foram considerados os critérios de classificação da qualidade segundo o modelo de *Haddad*³⁴.

As evidências observadas, foram analisadas numa escala de medida com 3 (três) pontos (sim, não e não aplicável) e realizado o calculado do valor percentual, correspondente ao índice de positividade. A avaliação dos resultados, correspondeu ao número de não evidências (NE) observadas por dimensão e pelos respetivos itens.

Para o cálculo percentual, não foram contabilizadas as evidências com medida de NE para a percentagem de não conformidade, mas foram consideradas como avaliadas.

Seguiu-se a categorização correspondente ao indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, o cálculo percentual, considerando para qualidade desejada (QD) entre $\geq 90\%$ e $< 100\%$, qualidade adequada (QA) entre 81% e $< 90\%$, qualidade segura (QS) igual a 80% , qualidade mínima (QM) entre $\geq 71\%$ e $< 80\%$ e qualidade não adequada (QNA) $< 70\%$. Com base nesta categorização, fez-se uma correspondência numa escala *Likert* de 1 a 5, para os diferentes indicadores em QD (≤ 5 e > 4), QA (≤ 4 e > 3), QS (≤ 3 e > 2), QM (≤ 2 e > 1) e QNA (≤ 1 e > 0).

Para a avaliar se SC influenciou significativamente a qualidade dos cuidados (itens) nos dois serviços, fez-se a ordenação das variáveis dependentes, independentemente dos grupos aplicando-se um teste LSD de *Fischer* sobre as ordens (4 dimensões), que depois de transformadas foram sujeitas ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, para a comparação múltipla das ordens com $p \leq 0.05$.

|Resultados

As equipas de enfermagem dos serviços eram constituídas por 95 enfermeiros (n=95) distribuídos 54 no SIC (n=54) e 41 no SIM (n=41).

No SIM, 3(7.3%) eram enfermeiros iniciados, 26(63.4%) enfermeiros, 5(12.2%) enfermeiros séniores e 7(17.1%) enfermeiros peritos. Nesta equipa, 21(51.2%) dos enfermeiros estavam há menos de 5 anos no serviço, 14(34.1%) entre 5 e 15 anos e 6(14.6%) há mais de 16 anos.

No SIC dos 54 enfermeiros 6(11.1%) eram enfermeiros iniciados, 30(55.5%) enfermeiros, 7(13.0%) enfermeiros séniores e 11(20.4 %) enfermeiros peritos. Destes 24(44.4%) estavam no serviço há menos de 5 anos, 24(44.4%) entre 5 e 15 anos e 6(11.2%) há mais de 16 anos.

Para a análise da significância da evolução dos *scores* das dimensões, recorreu-se ao teste ANOVA para medições repetidas.

Os pressupostos do teste, nomeadamente a normalidade e esfericidade da matriz de variâncias-covariâncias foram analisados com os testes de *Kolmorov-Smirnov* ($n \geq 30$) e *Mauchly* em ambos os serviços. Apresentando no SIM, distribuição normal ($p > 0.05$) nas três fases e variâncias-covariâncias nulas (esfericidade) para as dimensões *conforto e bem-estar* ($w=0.878$; $\chi^2_{(2)}=1.300$; $p=0.522$), *readaptação funcional* ($w=0.844$; $\chi^2_{(2)}=1.697$; $p=0.428$) e OC ($w=0.947$; $\chi^2_{(2)}=6.816$; $p=0.546$) com QA. Enquanto no SIC, verificou-se distribuição normal nas dimensões *prevenção de complicações* e *organização dos cuidados* em todas as fases, na dimensão *conforto e bem-estar* na fase PRESC e POSSC e na dimensão *readaptação funcional* na PRESC e ISC.

Quanto à variâncias-covariâncias nulas (esfericidade), verificou-se na dimensão *prevenção de complicações* ($w=0.888$; $\chi^2_{(2)}=1.185$; $p=0.553$), na dimensão *conforto e bem-estar* ($w=0.829$; $\chi^2_{(2)}=1.881$; $p=0.390$), na dimensão *readaptação funcional* ($w=0.662$; $\chi^2_{(2)}=4.124$; $p=0.127$) e na dimensão *organização dos cuidados* ($w=0.639$; $\chi^2_{(2)}=4.486$; $p=0.106$) com QD.

As comparações múltiplas foram efetuadas com recurso a contrastes usando a medição PRESC como referência nos serviços.

Relativamente ao SIM, os resultados mostraram que o indicador médio global de qualidade no SIM, subiu de 3.82 para 3.97 durante a implementação da supervisão que continuou a subir após a implementação da supervisão para um *score* de 4.17, tal como ilustra a Figura 9.

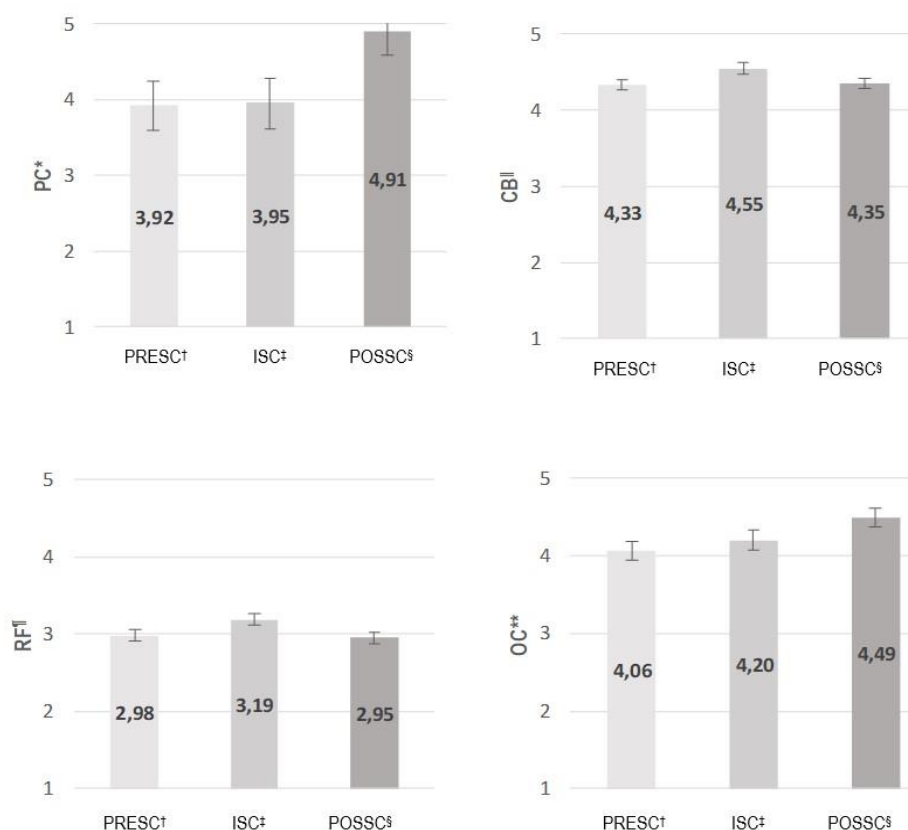


Figura 9 - Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fases de implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de medicina (n=244). Lisboa

*PC = Prevenção de Complicações; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; **CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; †RF = Readaptação Funcional; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; **OC = Organização dos Cuidados; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica

O efeito da SC no *score* médio dos registos por dimensões e itens no SIM, evidenciou interação com ($F_{(1,11)}=9866.3$; $p<0.001$, $\eta^2p=0.999$; $\pi=1$) na dimensão *prevenção de complicações* que evolui de QA para QD com subida dos *scores* na ISC ($\bar{x}=3.95$) e na POSSC ($\bar{x}=4.01$). Na dimensão *conforto e bem-estar* com interação de ($F_{(1,11)}=7392.1$; $p<0.001$, $\eta^2p=776.6$; $\pi=1$), que manteve a QD durante as três fases com subida do *score* médio na ISC ($\bar{x}=4.55$) e descida na POSSC ($\bar{x}=4.35$).

A dimensão *readaptação funcional* com interação de ($F_{(1,11)}=1608.5$; $p<0.001$, $\eta^2p=0.993$; $\pi=1$) evolui de QNA para QA com a subida do *score* na ISC ($\bar{x}=3.19$) e descida de QA para QNA na POSSC ($\bar{x}=2.95$). Por último, na dimensão

organização dos cuidados existiu interação de ($F_{(1,11)}=3212.1$; $p<0.001$, $\eta^2p=0.997$; $\pi=1$) com QD com subida do *score* na ISC ($\bar{x}=4.20$) e na POSSC ($\bar{x}=4.49$).

Enquanto no SIC, os resultados mostraram que o indicador médio global de qualidade no SIC, subiu de 4.06 para 4.43 durante a implementação da supervisão e diminuiu após a implementação da supervisão para um *score* de 4.27, como ilustra a Figura 10.

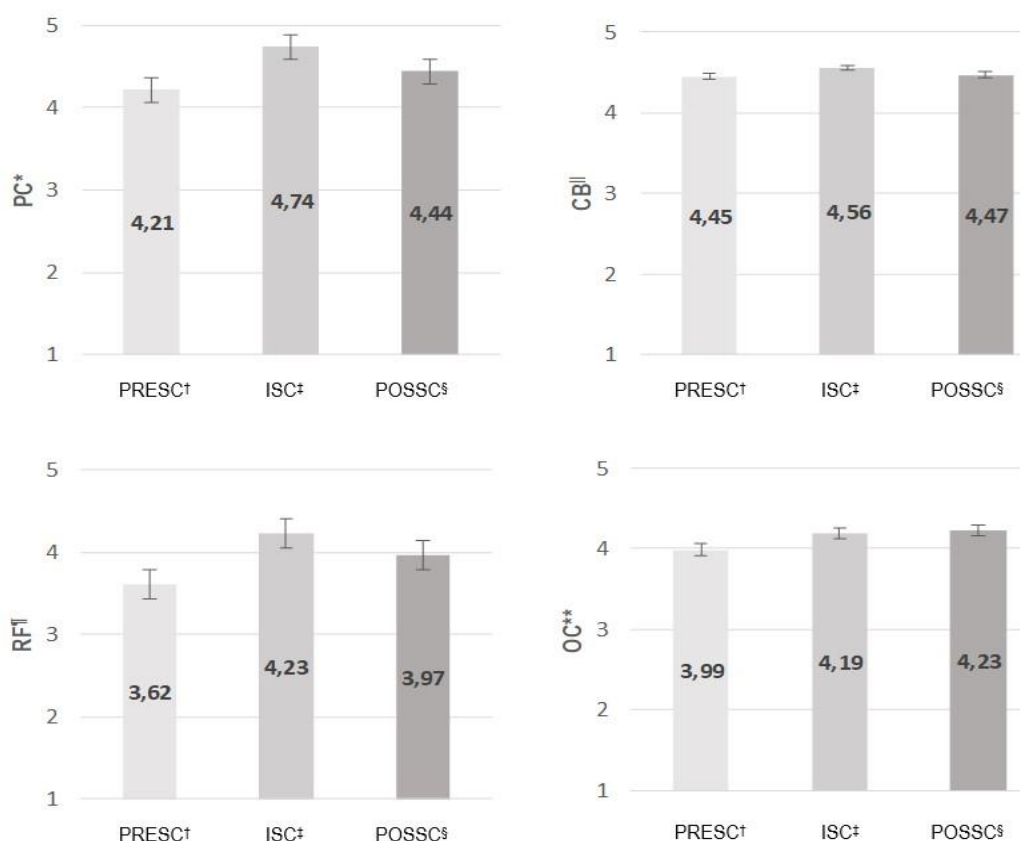


Figura 10 - Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fase de implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de cirurgia (n=299). Lisboa

*PC = Prevenção de Complicações; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ‖CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; †RF = Readaptação Funcional; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; **OC = Organização dos Cuidados; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica

Quanto ao efeito da SC no *score* médio dos registos por dimensões e itens, evidenciou interação na dimensão *prevenção de complicações* com ($F_{(1,11)}=3134.9$;

$p < 0.001$, $\eta^2 p = 0.997$; $\pi = 1$) e com *scores* em QD nas três fases com subida do *score* médio na ISC ($\bar{x} = 4.74$) e descida na POSSC ($\bar{x} = 4.01$). Para a dimensão *conforto e bem-estar* com interação ($F_{(1,11)} = 9056.2$; $p < 0.001$, $\eta^2 p = 0.999$; $\pi = 1$) de QD nas três fases com subida do *score* médio na ISC ($\bar{x} = 4.56$) e descida na POSSC ($\bar{x} = 4.47$).

Na dimensão *readaptação funcional* verificou-se interação com ($F_{(1,11)} = 1612.6$; $p < 0.001$, $\eta^2 p = 0.993$; $\pi = 1$), que evolui de QA para QD com subida do *score* médio na ISC ($\bar{x} = 4.23$) e uma descida para QA na POSSC ($\bar{x} = 3.97$). Para a dimensão *organização dos cuidados* com interação ($F_{(1,11)} = 6570.7$; $p < 0.001$, $\eta^2 p = 0.998$; $\pi = 1$) e evolução de QA para QD e subida do *score* médio na ISC ($\bar{x} = 4.19$) e POSSC ($\bar{x} = 4.23$).

Para a interação da SC sobre os itens e dimensões, optou-se por apresentar apenas os resultados referentes a itens com QM e QNA, considerados como críticos e com necessidade de intervenção imediata (Tabela 6), verificando-se como estatisticamente significativos no SIM na dimensão *prevenção de complicações* nos itens PC1, na dimensão *conforto e bem-estar* nos itens CB14, CB15, na dimensão *readaptação funcional* nos itens RF5, RF7 e na dimensão *organização dos cuidados* nos itens OC12 e no SIC na dimensão *prevenção de complicações* os itens PC1, PC9, na dimensão *conforto e bem-estar* no item CB5, na dimensão *readaptação funcional* nos itens RF9, na dimensão *organização dos cuidados* nos itens OC1, OC4, OC5 e OC12.

Tabela 6 - Interação da supervisão clínica sobre os itens por dimensão e serviço entre 2019 e 2022. Lisboa

Dimensão	Item	Serviço de internamento de medicina		Serviço de internamento de cirurgia	
		KwH [†]	<i>p-value</i> [†]	KwH [†]	<i>p-value</i> [†]
PC [‡]	Item 1	8.819	0.012	6.364	0.042
PC [‡]	Item 9	-----	-----	6.084	0.048
CB [§]	Item 5	-----	-----	6.353	0.042
CB [§]	Item 14	6.353	0.042	-----	-----
CB [§]	Item 15	10.419	0.005	-----	-----
RF	Item 5	6.770	0.034	-----	-----
RF	Item 7	9.900	0.007	-----	-----
RF	Item 9	-----	-----	6.770	0.034
OC [¶]	Item 1	-----	-----	6.010	0.050
OC [¶]	Item 4	-----	-----	8.732	0.013
OC [¶]	Item 5	-----	-----	6.179	0.046
OC [¶]	Item 12	8.769	0.012	3.939	0.029

*KwH = Teste Kruskal-Wallis; †p = Valor significativo quando $p < 0.05$; ‡PC = Prevenção de Complicações; *KwH = Teste Kruskal-Wallis; †p = Valor significativo quando $p < 0.05$; §CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; *KwH = Teste Kruskal-Wallis; †p = Valor significativo quando $p < 0.05$; ||RF = Readaptação Funcional; *KwH = Teste Kruskal-Wallis; †p = Valor significativo quando $p < 0.05$; †OC = Organização dos Cuidados

Relativamente à comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da SC por dimensão e itens, como apresentado na Figura 11, verificou-se no SIM como

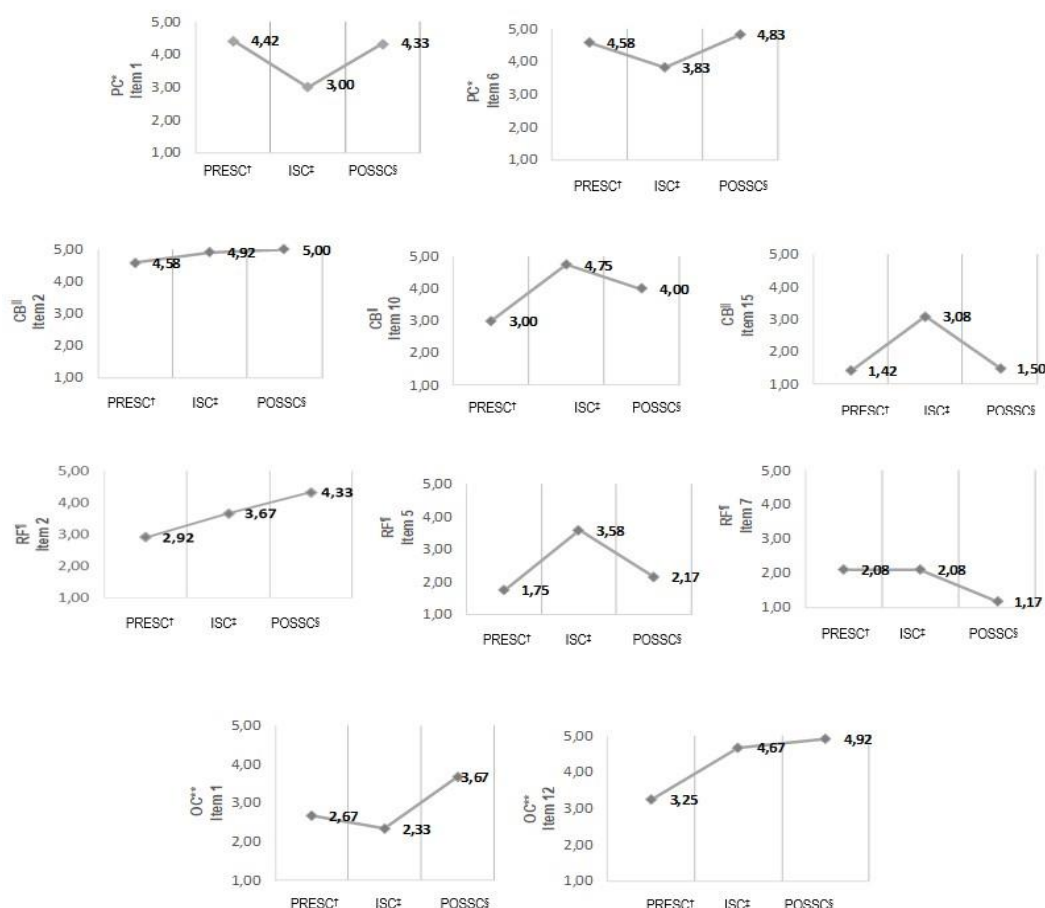


Figura 11- Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de medicina. Lisboa

*Prevenção de Complicações; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ||Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ||Readaptação Funcional; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; **Organização dos Cuidados; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica

estaticamente significativa para a dimensão *prevenção de complicações* os itens PC1 da PRESC para ISC ($p=0.006$) e da PRESC para POSSC ($p=0.009$) e no PC6 da ISC

para a POSSC ($p=0.022$). Na dimensão *conforto e bem-estar* os itens CB2 da PRESC para a POSSC ($p=0.044$), no CB10 da PRESC para a ISC ($p=0.015$), no CB15 da PRESC para a ISC ($p=0.002$) e da ISC para a POSSC ($p=0.004$).

Na dimensão *readaptação funcional* os itens RF2 da PRESC para a POSSC ($p=0.025$), no RF5 da PRESC para a ISC ($p=0.008$) e da ISC para a POSSC ($p=0.036$), no RF7 da PRESC para a POSSC ($p=0.038$) e da ISC para a POSSC ($p=0.038$). E na dimensão *organização dos cuidados* os itens OC1 da PRESC para a POSSC ($p=0.044$) e o OC12 da PRESC para a POSSC ($p=0.001$).

No SIC, como apresentado Figura 12 o efeito da SC verificou-se como

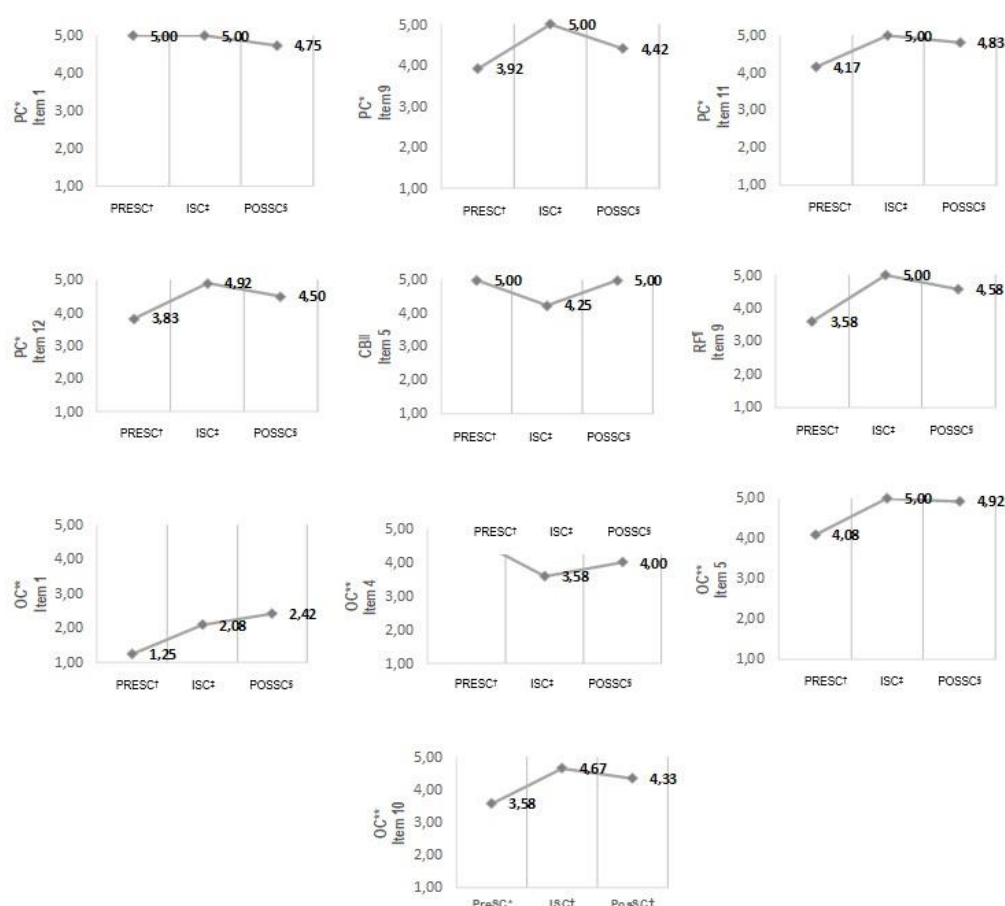


Figura 12 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica entre 2019 e 2022 no serviço de cirurgia. Lisboa

*Prevenção de Complicações; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica;
 ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica;
 ||Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica;
 ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica;
 †Readaptação Funcional; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica;
 ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica;
 **Organização dos Cuidados; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica;
 ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica

estaticamente significativo na dimensão *prevenção de complicações* os itens PC1 da PRESC para a ISC ($p=0.025$) e da ISC para a POSSC ($p=0.025$), no PC9 da PRESC para a ISC ($p=0.028$), do PC11 da PRESC para a ISC ($p=0.032$) e no PC12 da PRESC para a ISC ($p=0.041$).

Na dimensão *conforto e bem-estar* o item CB5 da PRESC para a ISC ($p=0.047$) e da ISC para a POSSC ($p=0.047$), na dimensão *readaptação funcional* o item RF9 da PRESC para a ISC ($p=0.012$) e na dimensão *organização dos cuidados* os itens OC1 da PRESC para a POSSC ($p=0.012$), no OC4 da PRESC para a ISC ($p=0.008$), no OC5 da PRESC para a ISC ($p=0.016$) e da PRESC para a POSSC ($p=0.027$) e no OC10 da PRESC para a ISC ($p=0.050$).

|Discussão

De acordo com os resultados do estudo, quando comparados os índices de positividade e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem foram **evidenciadas alterações** em ambos os serviços de internamento na fase de “*Implementação da Supervisão Clínica*” e “*Pós Supervisão Clínica*”, o que nos levou a inferir que uma supervisão assente no modelo de *Proctor*²⁶, no modelo de saberes e competências de *Benner*¹⁴ e associada às auditorias da qualidade das práticas, permitiu intervir de acordo as necessidades das equipas e dos contextos, o que **aumentou** os indicadores da **qualidade** e **incrementou a mudança e reorientação das práticas dos cuidados de enfermagem** dos enfermeiros. O que também, foi verificado no estudo relativo à qualidade dos indicadores no processo de enfermagem e no estudo sobre a necessidade de aplicar o modelo de competências no aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados^{42,76}.

Este estudo comprovou, por um lado que, a evidência e a partilha mensal dos resultados das auditorias, concorreu para a adesão e apropriação da prática e que a supervisão dos enfermeiros promoveu o ganho de competências⁵⁵ o que foi corroborado pelos estudos, que afirmaram, que o envolvimento das equipas em métodos de monitorização e a tomada de decisão compartilhada na melhoria da qualidade, contribuíram para o entendimento, sentimento de pertença e motivação dos enfermeiros na adoção de novos comportamentos com impacto ao nível pessoal e profissional^{64,76}.

Ainda de acordo com os resultados, a integração de uma liderança de envolvimento por via do treino das equipas e da supervisão para a prática reflexiva,

permitiu o entendimento de procedimentos e padrões de qualidade, potenciou as relações interpessoais, pensamento crítico, estratégias de *coping* permitindo definir, implementar, planejar e evidenciar ações de melhoria com consciencialização global da prática de enfermagem. Tal como, concluído no estudo de avaliação da relação da liderança com as equipas, que aponta que por meio da identificação das características, competências e limitações dos profissionais, foi possível definir proativamente o treino de acordo com as necessidades individuais e de equipa^{63,88}.

Verificou-se também na pesquisa, um valor superior dos *scores* na fase de **“Implementação da Supervisão Clínica”** quando comparados com a fase **“Pré Supervisão Clínica”** e uma ligeira descida na fase **“Pós Supervisão Clínica”**, facto que nos levou a refletir, que a supervisão é um processo contínuo assente no treino, acompanhamento e momentos de interação e partilha de conhecimentos, para a aquisição de competências e integridade do cuidado, que introduz nos enfermeiros supervisionados, o pensamento crítico e a reflexão centrada nas aprendizagens com impacto ao nível individual, profissional e organizacional na melhoria da qualidade tal como, foi descrito no estudo relativo ao treino de equipas para ganho de comportamentos na melhoria das práticas dos cuidados^{42,69-70}.

Ficou ainda demonstrado, que o serviço com **a equipa há mais tempo** no serviço e com **maior** número de enfermeiros **séniores e peritos**, apresentou **scores superiores**, facto que relacionamos, com a competência efetiva e capacidade dos supervisores na orientação e apoio integral das equipas, na evidência da avaliação das práticas e planos de melhorias dos supervisionados em todo o ciclo dos cuidados. Este achado foi ao encontro, do regulamento do exercício profissional da Ordem dos enfermeiros Portugueses¹³, e pelo modelo de competências de *Benner*¹⁴, que relacionou a competência profissional com a capacidade de execução de ações integradas num contexto de acordo com as situações, validada por saberes e habilidades, aperfeiçoadas ao longo do tempo.

O facto de ser incorporado nos serviços do estudo, um modelo de supervisão, permitiu respeitar as características das equipas e desenvolver estratégias de supervisão adequadas ao contexto e aos clientes^{62,66}. O que foi corroborado no estudo sobre a supervisão de apoio de enfermeiros na assistência à saúde, que conclui ser fundamental a supervisão para ensinar ou apoiar os enfermeiros na prática de cuidados, mas também no garante da transferência de conhecimentos e competências⁸⁸, dando cumprimento ao regulamento do exercício da profissão de enfermagem da ordem dos enfermeiros portugueses¹³

O que também, foi corroborado, num estudo para avaliar impacto da implementação de um modelo de supervisão sobre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, que concluiu que o desenvolvimento de automotivação, gestão emocional e autoconsciência, empatia e gestão das relações entre pares se reflete nas práticas dos cuidados⁶⁶.

Analizando os *scores* da qualidade e o efeito da **supervisão clínica** nas dimensões e itens, verificou-se na dimensão **“prevenção de complicações”** o incremento da uniformização das práticas sobretudo nas intervenções e diagnósticos, que contribuíram para evitar ou minimizar potenciais problemas, o que associámos ao papel do supervisor que por meio da comunicação, partilha de conhecimento e capacidade de interagir no treino centrado nas competências e no pensamento crítico, induziu os supervisionados para a mudança no pensar e no agir da prática dos cuidados.

Tal como concluíram os estudos referentes às relações entre os supervisores e supervisionados respeitando as características e necessidades^{42,55,77}. Acrescentando, que para validação e discussão na tomada de decisão, o acompanhamento e treino individual dos supervisionados é essencial^{56-58,82}. Relativamente aos *scores* na dimensão **“conforto e bem-estar autocuidado”**, relacionámos com o modelo de supervisão clínica desenvolvido na pesquisa, o qual permitiu ao supervisionado maximizar o bem-estar do cliente, o que foi reforçado, nos estudos que indicaram a necessidade de modelos de supervisão direta e permanente no acompanhamento e na capacitação das equipas para a qualidade das práticas³⁰.

Este **ganho de aprendizagens** na manutenção da qualidade das equipas do estudo, teve por base, o treino da reflexão sobre a prática baseada na evidência e a partilha de saberes incrementado pelo **feedback contínuo** do supervisor, tal como afirmou o estudo que, a formação dos supervisionados com ganho de competências pessoais e profissionais tem impacto na prática dos cuidados^{29,70}. Outros estudos referiram ainda, que o empoderamento das competências da equipa ao nível da incorporação de valores da prática dos cuidados de enfermagem foi espelhado pelo acumular de saberes e pela capacidade de aprofundar conhecimentos somados à experiência^{62,78}.

Também, a relação de confiança e o respeito das características pessoais, profissionais e éticas que foram estabelecidas entre supervisores e supervisionados da pesquisa, potenciou o desenvolvimento de experiências, competências e intervenções corretivas em resposta às necessidades identificadas do cliente e do

contexto da prática dos cuidados, como descrito nos estudos⁶⁶⁻⁶⁸, o que nos levou a considerar, que os supervisionados do estudo, se adaptaram e adquiriram competências relacionadas com outras práticas de cuidados. O que foi também reforçado pelo estudo que revelou que a **aquisição de competências** está diretamente relacionada com a **experiência profissional** e a adaptação contínua a novos conhecimentos, práticas e padrões^{62-64,88}.

Na dimensão **“readaptação funcional”** ou transição do cuidado, teve por base a comunicação entre pares na preparação da alta segura, com formulação e execução do plano de cuidados, sem descuidar o envolvimento do cliente e familiares na continuidade do processo de adaptação de acordo com as necessidades. Verificou-se na pesquisa, a existência de interação da supervisão clínica em itens relacionados com informação sobre recursos, facto que associámos, à percepção da importância e ganho de competência das equipas para o ensino, instrução e treino do cliente para a readaptação.

O que foi ao encontro do estudo, que avaliou a importância da formação e sensibilização da equipa no planeamento da alta segura e efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação e ensino com o envolvimento do cliente/família, que apresenta como essencial, o planeamento de alta para assegurar a continuidade dos cuidados^{30,64}. Ficou ainda demonstrado na pesquisa, que as estratégias desenvolvidas para a supervisão das equipas na promoção da qualidade da continuidade dos cuidados, por via de programas informativos, procedimentos de formação, e comunicação, capacitou o cliente e o cuidador, tal como comprovado, pelo estudo de mapeamento de estratégias de supervisão utilizadas pelo enfermeiro na promoção da qualidade do cuidado prestado pelo cuidador, que conclui, que a implementação de estratégias de supervisão pode capacitar o cuidador para prestar cuidados de maior qualidade⁶².

Quanto à dimensão **“organização dos cuidados”**, a supervisão clínica das equipas, teve por base o quadro de referência de registos organizacional de acordo com uma linguagem padronizada, onde se verificou a interação da supervisão clínica, em itens que, maximizaram a eficácia, a clareza e a sistematização dos registos dos cuidados, quanto à qualificação de intervenções de enfermagem e avaliação para a tomada de decisão.

O que nos levou a afirmar, que as equipas perceberam a importância dos registos sistematizados e coerentes para a continuidade dos cuidados, o que potenciou a informação sobre as intervenções e orientações realizadas e permitiu definir um plano de cuidados adequado. Tal como, foi concluído no estudo sobre

o envolvimento das equipas na construção de protocolos, procedimentos e programas de acompanhamento contínuo que levaram a mudanças de comportamentos com impacto nos resultados de não conformidades da prática^{56,90}.

Por outro lado, a existência de um sistema de registos de enfermagem sistematizado de acordo com as necessidades e intervenções de enfermagem, permitiu a reflexão sobre os resultados sensíveis quando associada à **supervisão clínica**, o que efetivou a comunicação entre pares sobre as práticas, tal como foi concluído no estudo, ao considerar fundamental a monitorização dos registos no cumprimento dos padrões de qualidade associados à **supervisão clínica**⁶⁹.

Há ainda a salientar, na pesquisa que, a manutenção da qualidade em itens referentes à apreciação inicial ou ao planeamento de intervenções face à variação do diagnóstico, o que reforçou a importância da vertente normativa e restaurativa dos supervisores, que orientaram para a monitorização, acompanhamento e reflexão integrada da prática clínica dos supervisionados. Tal como descrito, nos estudos que consideraram que as competências e a motivação das equipas se alteram pela existência da vertente restaurativa e normativa, como fontes de apoio e reorientação da prática, no cumprimento dos padrões organizacionais estabelecidos^{76-77,88}.

Também a capacidade por parte dos supervisores da pesquisa, para comunicar e refletir com criticidade, sobre a prática de acordo com as necessidades das equipas, efetivou o processo de **supervisão clínica** por meio da corresponsabilização entre supervisores e supervisionados, de forma construtiva e empática. O que foi ao encontro dos estudos que indicaram, que as expectativas e aceitação das orientações para a reflexão da prática dos cuidados foi facilitada pela corresponsabilização na avaliação das práticas e na definição de ações de melhoria e na relação com supervisores^{30, 42,61}.

No processo de organização dos cuidados associado ao modelo de **supervisão clínica** da pesquisa, potenciou o conhecimento e a garantiu cuidados de qualidade, o que foi ao encontro dos estudos que revelaram a importância da implementação da **supervisão clínica** baseado no modelo de *Proctor*, na melhoria das competências ao nível da comunicação positiva e transversal por ter aumentado a adesão aos registos e a identificação de intervenções para a tomada da decisão com impacto nos resultados^{56,76}.

CAPÍTULO IV

1. Conclusões

Numa cultura de melhoria contínua da gestão da qualidade e segurança do cliente é diferenciador o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais na implementação e consolidação de projetos integrados na prática dos cuidados.

Mas, a qualidade exige reflexão sobre a prática e a definição de estratégias e objetivos macro que permitam avaliar, monitorizar e implementar ações de melhoria contínua contextualizadas, sendo essencial que todos os intervenientes no processo tenham formação e tempo para refletir nos cuidados prestados, facto que lhe permitirá atingir um atendimento de excelência tangível, confiável, responsável, seguro e empático.

Ficou demonstrado que ao incorporar uma cultura de supervisão baseada na responsabilidade e envolvimento das equipas para a aprendizagem contínua, orientação, treino e *feedback* sobre as práticas é possível refletir em oportunidades de melhoria e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais com translação do conhecimento.

Uma instituição de saúde certificada, da qual é exemplo a unidade hospitalar de saúde privada na qual se desenvolveu o estudo, tem um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional e pessoal com foco na satisfação e empenho dos colaboradores para a melhoria continua da qualidade, através da implementação e consolidação de projetos integrados na prática.

Neste sentido, faz a monitorização de conformidades e produção de resultados idóneos no cumprimento de padrões de referência nacionais e internacionais através de auditorias clínicas as quais integra as auditorias à qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Mas a realização da pesquisa, composta por cinco estudos sequencias, permitiu ir para além da prática institucional das auditorias demonstrada pela evidência de conformidades, integrando estrategicamente a prática da supervisão das equipas, por forma a influenciar os índices de positividade e indicadores de qualidade com impacto direto na prática dos cuidados de enfermagem.

O primeiro estudo, permitiu através prática baseada na evidência das observações, dos registos e dos factos relevantes, compreender que, o processo regido por princípios de integridade, confidencialidade e independência das auditorias da qualidade dos cuidados de enfermagem, possibilita rastrear

conformidades ao desvio da ação, monitorizar estrategicamente a prática diária e avaliar objetivamente a eficácia do processo de cuidados de enfermagem, por forma a manter e aumentar os índices de positividade para a melhoria dos indicadores de qualidade.

E, que o reporte dos resultados das auditorias disponibilizados aos serviços de internamento de medicina e cirurgia permitiram identificar as necessidades dos clientes, definir intervenções, diagnósticos e atitudes de enfermagem, detetar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os índices de positividade identificados, com impacto no indicador de qualidade para a prática de enfermagem.

É na constante reflexão sobre a prática para a tomada de decisão aquando da implementação das intervenções e diagnósticos, na melhoria contínua da qualidade que se garante o cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Para isso é fundamental desenvolver a prática através da formação, treino, *feedback* constante e supervisão das equipas, devendo para tal a instituição adequar e criar as condições necessárias para o desenvolvimento do exercício profissional de qualidade e de excelência.

Numa abordagem sistemática para a tomada de decisão aquando da implementação das intervenções e diagnósticos, foi elementar que o enfermeiro incorpore e máxime a prática de cuidados aplicando o conhecimento e domínio dos saberes, conceitos, diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, cumprindo os diferentes eixos do exercício profissional.

Tal como foi evidenciado, a realização do segundo estudo, que possibilitou aprofundar a perceção dos enfermeiros relativamente ao conceito de auditoria e conceito de supervisão clínica de enfermagem, e a mensuração do impacto nos indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, deu origem à co-construção de um modelo de supervisão, denominado por P_2P_CS .

Ao desenvolver um modelo contextualizado de supervisão clínica de enfermagem, foi possível refletir com base em evidências sobre a prática, orientar na monitorização de indicadores, implementar ações de melhoria conforme os resultados ou necessidades, estabelecer *feedback* de proximidade e induzir à tomada de decisão responsável, fundamental no desenvolvimento profissional e organizacional. Este modelo foi o fio condutor para a mudança de comportamentos, pois a supervisão influenciou direta e significativamente as competências a nível pessoal e profissional, como um processo que foi para além das teorias e conceitos de enfermagem.

O terceiro estudo permitiu definir estratégias e objetivos macro com o envolvimento dos profissionais no processo de análise, monitorização e implementação de ações contextualizadas, de forma dinâmica, eficiente e alinhada para os resultados ou índices de positividade sensíveis à qualidade, para a mudança e promover o ganho contínuo de aprendizagens e competências.

O modelo de auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem em uso associado à supervisão das equipas, permitiu em todas as fases do processo de cuidar e estimular a mudança de comportamentos que acrescentaram valor a uma prática dos cuidados de enfermagem baseada na evidência por parte dos enfermeiros supervisores e desenvolverem competências para uma tomada de decisão estruturada e autónoma dos enfermeiros supervisionado s.

Assim, o envolvimento dos profissionais em prol da implementação das melhores práticas dos cuidados de enfermagem concorrem para a consolidação e incorporação de uma cultura supervisiva das equipas regida por princípios de integridade, responsabilidade e partilha do conhecimento de práticas, alicerçada por uma cultura de aprendizagem dinâmica de formação, treino e *feedback* contínuo e por uma cultura de qualidade e segurança com impacto direto nos clientes no cumprimento dos padrões e indicadores de referência nacionais e internacionais.

Como definido pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, a prática dos cuidados de enfermagem deve ser fundamentada numa linguagem comum e integradora no cumprimento de eixos (foco, juízo, recursos, ação, tempo e localização) preconizados a nível dos registos que vão ao encontro das necessidades e diagnósticos sensíveis às intervenções de enfermagem.

Foi com este propósito, que a prática de supervisão clínica foi integrada durante a prática dos cuidados de enfermagem no desenvolvimento de uma prática reflexiva sobre as práticas evidenciadas quer nos registos, quer nos índices de positividade e indicadores da qualidade clínica, demonstrando a transformação do pensar e do agir das equipas, de acordo com padrões de referência pré-definidos pela organização como sugerido em vários estudos.

O reconhecimento do conceito de qualidade torna-se essencial no processo de controle, assim como na relação da promoção da melhoria contínua ao nível da prática dos cuidados de enfermagem centrada no cliente.

A realização desta pesquisa demonstrou que a implementação da supervisão clínica tem impacto na prática dos cuidados de enfermagem das equipas de

enfermagem demonstrada pelo aumento dos *scores* nos índices de positividade das auditorias realizadas.

Contudo, a qualidade exige reflexão sobre a prática para atingir um atendimento de excelência tangível, confiável, responsável, seguro e empático através de estratégias adequadas e contextualizadas. É fundamental a existência nas instituições de um ambiente favorável na identificação de estratégias de desenvolvimento e competências das equipas para que aconteça a operacionalização de ações de melhoria e a mudança efetiva dos cuidados de enfermagem.

A realização do quarto estudo permitiu ir para além da prática institucional das auditorias demonstrada pela evidência de conformidades integrando estrategicamente a prática da supervisão das equipas, por forma a influenciar os índices de positividade e indicadores de qualidade com impacto direto na prática dos cuidados. O modelo de auditoria aplicado permitiu a integração de processos, padrões e valores organizacionais, como apontado no estudo em questão. A existência de modelos de gestão focados nas práticas favoreceu a integração de processos e padrões, aumentou a autonomia e a corresponsabilização na partilha de saberes, tendo influenciado direta ou indiretamente na qualidade das práticas dos cuidados de enfermagem.

Com base nesta cultura de melhoria contínua da gestão da qualidade e segurança do cliente foi diferenciador o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais na implementação e consolidação da supervisão na prática dos cuidados associada aos resultados das auditorias à qualidade das práticas, na monitorização de conformidades e produção de resultados face ao cumprimento de padrões de referência nacionais e internacionais.

Ficou demonstrado que ao incorporar a cultura de supervisão baseada na responsabilidade e envolvimento das equipas para a aprendizagem contínua, orientação, treino e *feedback* sobre as práticas foi possível refletir em oportunidades de melhoria e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais com translação do conhecimento.

A implementação da prática da supervisão veio demonstrar que a intervenção estruturada e dirigida aos saberes críticos (saber ser e estar, saber integrar e adaptar, saber o que fazer, aprender a aprender e saber mobilizar recursos) tem implicação direta na mudança de comportamentos e atitudes do profissional com impacto direto na qualidade dos cuidados.

Por último, quinto estudo, permitiu demonstrar a relação direta entre a implementação da supervisão clínica e a melhoria dos índices de positividade e indicadores de qualidade, o que foi ao encontro do objetivo proposto.

Ficou evidente, que a incorporação da cultura de supervisão clínica, por via do acompanhamento e monitorização das práticas, empoderou e reorientou as equipas na concretização de planos de melhoria contínua com impacto direto no cliente, o que contribuiu, para a criação de valor organizacional, baseada numa prática dos cuidados de enfermagem de qualidade, com ganho de competências das equipas. O que, potenciou a translação do conhecimento entre pares e o reconhecimento da qualidade da prática de enfermagem com impacto para o cliente. Também demonstrou que a gestão organizacional da qualidade dos cuidados de enfermagem deve estar fundamentada em padrões de referência no cumprimento de evidência de índices de positividade e indicadores advindos de resultados de auditorias na prática dos cuidados de enfermagem.

Em síntese, a pesquisa evidenciou a relação direta entre a evidência da melhoria dos índices de positividade e indicadores de qualidade com desvio aos padrões das práticas com a implementação da supervisão clínica de pares centrada no conhecimento, nas competências e na prática crítico-reflexiva para a tomada de decisão.

Provou-se que a supervisão clínica ao ter em conta as equipas e os contextos, e quando associada às auditorias aos cuidados de enfermagem, empodera e reorienta as equipas na concretização de planos de melhoria contínua antecipando situações adversas e erros com impacto direto no cliente, contribuindo assim, para uma prática dos cuidados de enfermagem de qualidade com ganho de competências e partilha na construção do conhecimento ao longo do tempo.

Tornou-se estratégico na definição, implementação e planeamento de ações de melhoria contínua o respeito pela vertente formativa com treino das equipas para a prática reflexiva, tal como o envolvimento da equipa na avaliação das práticas com a evidência de registos através do vetor normativo e restaurativo, permitindo o entendimento de procedimentos padrões de qualidade dos cuidados potenciando relações interpessoais de confiança, pensamento crítico, estratégias de *coping* e consciencialização global da prática dos cuidados de enfermagem.

Acrescentamos ainda, que a estratégia da supervisão orientou para uma prática reflexiva sobre os resultados dos índices de positividade e indicadores de qualidade com impacto direto nos clientes, o que contribuiu por um lado, para o

ganho de competências pessoais, profissionais e organizacionais e por outro lado, fomentou o reconhecimento da profissão de enfermagem com criação de valor.

2. Impacto na Prática de Enfermagem

No processo de aprendizagem é fundamental conhecer previamente os interesses e expectativas pessoais pois qualquer que seja a aprendizagem esta deverá estimular a relação entre os diferentes saberes adquiridos com o propósito para a aquisição de novas habilidades e competências.

O indivíduo é corresponsável pela sua trajetória educacional pois é detentor de um leque de saberes e competências que lhe permitem de forma adequada e eficiente agir e atuar intencionalmente na tomada de decisões quer individualmente quer globalmente. Desta forma, o planeamento da formação em saúde surge como uma antecipação às necessidades na melhoria das práticas e qualidade profissional e, simultaneamente, contribui para o desenvolvimento pessoal como processo estruturado, onde cada indivíduo tem a capacidade de identificar necessidades, obstáculos e pontos os fortes sendo responsável pelo seu percurso.

Este processo de construção pessoal, influenciado pelas relações interpessoais e dependente da experiência individual, assim como do significado que é atribuído na construção de saberes, promove o desenvolvimento e construção de uma identidade profissional estruturada, que se reflete na capacidade de tomada de decisão e no agir profissional de forma adequada, efetiva e eficiente.

O desenvolvimento dos profissionais deve ser sistémico e estratégico, pois a identidade dos profissionais competentes e com caráter multifacetado permite a adaptação a contextos interativos e favoráveis à prática reflexiva no desenvolvimento de competências, permite integrar, interagir e evoluir para a mudança com inovação e com criação de valor. Concomitantemente, a utilização de modelos de intervenção para a formação contínua adequada aos contextos, permite identificar e planear formação ao nível da ação a curto prazo, aplicado aquando existem desvios entre o desempenho real/ideal ou ao nível estratégico a médio/longo prazo através do desenvolvimento de ações em novas áreas de intervenção de acordo com as expectativas dos profissionais de saúde, o que garante a melhoria contínua dos processos quer no domínio pessoal, quer profissional e organizacional.

As organizações devem, pois, focar-se na qualidade da formação e treino dos profissionais para transformar os conhecimentos individuais, profissionais e de equipa em desenvolvimento do conhecimento e competências comuns. É através da criação de momentos de partilha de experiências com *feedback* contínuo que se promove o desenvolvimento de habilidades de autocrítica e autoconhecimento e se solidificam sentimentos de pertença adequados e eficazes ao contexto organizacional. Treinar, desenvolver e valorizar as pessoas através do conhecimento e partilha de experiências, aumenta o envolvimento, a motivação e o engajamento com impacto nos resultados.

Mas para que a experiência seja formadora, é necessário que esta seja reconstruída, modificada, reorganizada e elaborada, ou seja, deve permitir criar momentos de verdadeiras experiências, efetivar as experiências e pensar sobre essas experiências. Só assim é possível identificar as estratégias adequadas ao processo que permitem delinear em simultaneamente com desenvolvimento pessoal e profissional, de acordo com a cultura organizacional.

A diferença entre uma supervisão efetiva e uma supervisão satisfatória, ou seja, se o processo é para monitorizar a perceção do supervisionado relativamente ao seu progresso (influenciada por fatores pessoais do supervisor, do supervisionado e do contexto) estamos perante uma supervisão satisfatória, mas se o processo for para analisar o desenvolvimento pessoal e profissional, o ganho de competências, a reflexão e qualidade das relações interpessoais do supervisionado e do supervisor estamos perante uma supervisão efetiva.

A prática da supervisão promove a consciencialização para a mudança, orienta e apoia a tomada de decisão desenvolvendo intervenções de enfermagem de qualidade, possibilita o *feedback* construtivo e desenvolvimento pessoal, profissional e educacional de acordo com o contexto e concretiza uma prática de qualidade significativa para o cliente e família.

Assim como identificar evidências de oportunidade de melhoria perante a constatação efetuada como objeto de garantia dos requisitos especificados e melhoria para a continuidade das boas práticas. Há ainda a acrescentar que para além da mensuração do processo, da estrutura, dos *outcomes* e da satisfação dos clientes, há que considerar a relação da efetividade da liderança organizacional com a qualidade e prática dos cuidados, pois um estilo da liderança transacional promove um clima saudável nas equipas, sustenta uma cultura organizacional, influencia as práticas e procedimentos com impacto na qualidade e segurança dos

clientes e diminui a ocorrência de eventos adversos com mudança das práticas dos cuidados.

Assim, a implementação da prática da supervisão veio demonstrar que a intervenção estruturada e dirigida aos saberes críticos (saber ser e estar, saber integrar e adaptar, saber o que fazer e aprender a aprender e o saber mobilizar recursos) têm implicações diretas na mudança de comportamentos e atitudes do profissional, com impacto direto na qualidade dos cuidados.

Acrescentamos ainda que a estratégia da supervisão contribui efetivamente para o desenvolvimento competências pessoais e profissionais orientando as equipas para uma prática reflexiva sobre os resultados dos índices de positividade e indicadores de qualidade com impacto direto nos clientes, o que contribui para os ganhos organizacionais, assim como fomenta o reconhecimento da profissão de Enfermagem no avanço do conhecimento científico com criação de valor. A incorporação da cultura de supervisão clínica na gestão da qualidade organizacional potencia de forma proativa as competências das equipas no alinhamento de objetivos, metas e saberes com translação do conhecimento, criação de valor organizacional e com reconhecimento da prática dos cuidados de enfermagem.

Conclui-se que a pesquisa realizada fundamenta a perceção dos pesquisadores sobre a aplicação da supervisão clínica em enfermagem, como estratégia na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem resultantes dos índices de positividade. Consideramos que a perceção para e na mudança capacita os enfermeiros para uma prática reflexiva sobre os cuidados, e contribui para a construção da identidade profissional e interpessoal com impacto para os clientes, para a organização e para a Enfermagem enquanto disciplina.

Consideramos, que este estudo contribuiu para o avanço do conhecimento da Enfermagem, relativamente à importância da integração de modelos de supervisão em serviços de internamento de medicina e cirurgia adultos na melhoria e manutenção dos indicadores da qualidade dos cuidados pelo ganho de competências dos profissionais, podendo ser um incentivo para novas investigações em outras áreas dos cuidados de enfermagem.

Pois a mensuração da qualidade dos cuidados de enfermagem por via das auditorias associada a um modelo de supervisão contextualizado, reorienta para uma prática crítico-reflexiva, com criação de valor, promove sentimentos de pertença e engajamento, transforma o conhecimento em competências e empodera as equipas para a mudança de forma adequada, efetiva e eficiente na construção

da identidade pessoal e profissional, o que intervém de forma proativa ao nível da estratégia e da ação para a melhoria dos índices de positividade. Razão pela qual, defendemos, a incorporação da supervisão na gestão da qualidade organizacional, para potenciar a qualidade dos cuidados de enfermagem e contribuir no reconhecimento da profissão.

Como limitações do estudo, consideramos a escassa literatura sobre a influência direta ou indireta supervisão clínica das equipas com recurso a índices de positividade e indicadores de qualidade categorizados por dimensões advindas de padrões de referência nacionais ou internacionais.

Sugerimos, como novas pesquisas, estudos sobre a percepção dos enfermeiros supervisionados relativamente ao ganho efetivo de competências pessoais e profissionais com influência na qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. The Internal Audit Foundation. Sawyer's Internal Auditing: Enhancing and Protecting Organizational Value. 2019. 7th Edition. ISBN-10 :1634540522
2. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 7. ed. Oak Brook: Joint Commission Resources; 2021.
3. Institute of Internal Auditors. International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards). Disponível em: <https://www.theiia.org/en/>
4. Oner B, Zengul FD, Oner N, Ivankova NV, Karadag A, Patrician PA. Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). *Nurs Open*. 2021; 8: 1005-1022. <https://doi.org/10.1002/nop2.654>
5. International Council of Nurses. Evidence-based safe nurse staffing. Geneva: ICN; 2018. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf
6. International Standards for the Professional Practice of Internal Auditing (Standards). 2017. Disponível em: <https://www.theiia.org/en/standards/>
7. International Council of Nurses. Nursing Outcome Indicators. Geneva: ICN; 2017. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/Nursing_Outcome_Indicators.pdf
8. Hong L, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun.]; 4: 21-31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011>
9. Sfantou D, Laliotis A, Patelarou A, Pistolla DS, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare*. 2017; 5(4):73. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040073>
10. Pires R, Santos MR, Pereira F, Pires M. Clinical Supervision Strategies: Critical-Reflexive Analysis of Practices. *Millennium Journal of Education, Technologies, and Health* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec.]; 2(14): 47-55. Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>
11. Anggeria E, Damanik DW. Effective Clinical Supervision in Nursing: Systematic Review. *Open Access Maced J Med Sci* [Internet]. 2022 Jul. 4 [cited 2024 Feb. 12];10(F):525-30. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/9672>
12. OE - Ordem dos Enfermeiros (2010a). Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. [Em linha]. Disponível em <http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/cadernostematicos1.pdf>.
13. Ordem dos Enfermeiros Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) e a segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) - Lei 156/2015, de 16 de set. Lisboa: OE;2016. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
14. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. 2015. Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 - 8105
15. Alligood, M & Tommey, A, (2012). Teóricas de enfermagem e a sua obra. 5.a Ed.; Lusociência - Edições técnicas Lda.
16. Ozdemir, Nur Guven. The development of nurses' individualized care perceptions and practices: Benner's novice to expert model perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 2019, 12.2: 1279-1285.

17. Hudays, A.; Gary, F.; Voss, J.G.; Hazazi, A.; Arishi, A.; Al-sakran, F. Job Satisfaction of Nurses in the Context of Clinical Supervision: A Systematic Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2024**, *21*, 6. <https://doi.org/10.3390/ijerph21010006>
18. Snowdon D, Leggat S, Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 28]; 17(1):786. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
19. Hashish, E. (2010). Effect of clinical supervision training program for first-line nurse managers on quality of care and job satisfaction. Doctor of Nursing Sciences in Nursing Administration, Faculty of Nursing University of Alexandria.
20. Buus N, Lynch L, Gonge H. Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: opportunities and challenges. *The Cognitive Behavior Therapist.* Cambridge University Press; [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct. 14]; 9:e22. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000434>
21. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAM, Alves LR, Silva MF, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep.-Oct.]; 70(5): 1106-11. [Thematic Edition "Good Practices: Fundamentals of Nursing work in the construction of a democratic society"] Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
22. Alarcão, I., Canha, B. (2013). Supervisão e colaboração uma relação para o desenvolvimento. Porto Editora. Porto.
23. Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas. Formasu- formação e saúde, Lda. Coimbra
24. Stacey G, Cook G, Aubeeluck A, Stranks B, Long L, Krepa M, et al. The implementation of resilience based clinical supervision to support transition to practice in newly qualified healthcare professionals. *Nurse Education Today* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]; 94:104564. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104564>
25. Milne D, Martin P. Supportive clinical supervision: Supported at last. *Journal of Advanced Nursing.* [Internet]. 2018 [cited 2018 Aug.]; 75(2), 264-265. <https://doi.org/10.1111/jan.13816>
26. Yuswanto TJA, Ernawati N. Developing the Clinical Supervision Model based on Proctor Theory and Interpersonal Relationship Cycle (PIR-C). *IJASRE* [Internet]. 2018 Dec. 5 [cited 2022 Dec. 28]; 4(12):203-9. Disponible en: <https://ijasre.net/index.php/ijasre/article/view/82>
27. Haan, E. Large-scale survey of trust and safety in coaching supervision: Some evidence that we are doing it right. *International Coaching Psychology Review.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mar.]; 12(1), 37-48. Available from: <http://www.erikdehaan.com/wp-content/uploads/2017/08/de-Haan.pdf>
28. Cook RM, McKibben WB, Wind SA. Supervisee perception of power in clinical supervision: The Power Dynamics in Supervision Scale. *Training and Education in Professional Psychology* [Internet]. 2018 [cited 2018 Sep.]; 12(3), 188-195. Available from: <https://doi.org/10.1037/tep0000201>
29. Meydan B, Koçyiğit M. The Supervisory Relationship Experiences of Turkish First-Time and Advanced Supervisees. *Qualitative Research in Education.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Feb.]; 8(1), 89. Available from: <https://doi.org/10.17583/qre.2019.3942>
30. Rocha I, Pinto C, Carvalho L. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [cited

- 2021 Jul 26]; 74(6):e20210125. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>
31. Teixeira SMM, Carvalho ALRF, Cruz SSSMS. Self-care assessment as an indicator for clinical supervision in nursing. Rev Rene [Internet]. 2016 Jun.5 [cited 2022 Dec.30]; 17(3):356-62. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3468>
32. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Clínica supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. Rev Bras Enferm. [Internet].2019 [cited Nov.-Dec.]; 72(6):1730-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
33. Buus N, Delgado C, Traynor M, Gonge H. Resistance to group clinical supervision: A semistructured interview study of non-participating mental health nursing staff members. Int J Ment Health Nurs. 2018 Apr;27(2):783-793. doi: 10.1111/inm.12365 Epub 2017 Jun 23. PMID: 28646509.
34. Haddad, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Qualidade da assistência de enfermagem - o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto: , Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004 [cited 2022 Mar.28]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-25112004-100935/pt-br.php>
35. Ordem dos Enfermeiros. Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos. 2001.Lisboa: OE.[Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>.
36. Figueiredo, A. D. (2016). A Pedagogia dos Contextos de Aprendizagem. *Revista eCurriculum*, 14(3), 809- 836. <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>
37. Rodrigues, M. A., Pereira, A. M., & Ferreira, C. S. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. Formasau.
38. Wenger, E. (2017). *Capacidade social de aprendizagem: quatro ensaios sobre inovação e aprendizagem em sistemas sociais*. Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. <https://wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2011/12/09-04-17-Etienne->
39. Wenger, E. (2019). *Communities of Practice. Learning, meaning and identify*. Cambridge University Press.
40. Sá-Chaves, I. (1997). *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto Editora.
41. Mestrinho, M. G. (2016). *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros*. Lusodidacta.
42. Hernández-Pérez R, Hernández-Núñez A, Molina-Borges M, Hernández-Sánchez Y, Señán-Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner.Revista Cubana de Enfermería[Internet]. 2020 [cited 31 Dec 2022];36 (4). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>
43. Chitty, K. K., Black, B. P. (2011). Professional nursing: Concepts & challenges (6th ed.). Maryland Heights, MO: Saunders, Elsevier.
44. Santos RP, Neves ET, Carnevale F. Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016; 69(1):178-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690125i>
45. Mangiante, E S, Peno, K , Northup J.(2021). Teaching and Learning for Adult Skill Acquisition Applying the Dreyfus and Dreyfus Model in Different Fields. Information age publishing, INC. Charlotte, NC

46. Chirelli MQ, Sordi MRL. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. Rev Bras Enferm. 2021;74(suppl 5), e20200979. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979>
47. Ordem dos Enfermeiros 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
48. Prado, M. L., Velho, M. B., Espíndola, D. S., Sobrinho, S. H., & Backes, V. (2012). Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. *Escola Anna Nery*, 16(1), 172-177. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000100023>
49. Flores, M. A., Costa e Silva, A. M., & Fernandes, S. (2018). *Contextos de mediação e de desenvolvimento profissional*. De Facto Editores.
50. Lino, M. M., Backes, V. M. S., Costa, M., Martins, M., & Lino, M. M. (2018). Pesquisa em enfermagem: Brasil e Portugal na construção da identidade profissional. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 27(1), e6550015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018006550015>
51. Martins, J. C. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12). <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
52. Cordeiro, A., Fernandes, J. D., Maurício, M., Silva, R. M. O., Barros, C., & Romano, C. M. C. Human capital in the nursing management of hospitals. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016030203232>
53. Santos, I., Amestoy, S. C., Silva, G., Backes, V., Silva, C., Conceição, M. M., & Góis, R. (2021). Theoretical-practical articulation of the continuous learning of leadership in nursing in light of Peter Senge. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(4), e20201200. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1200>
54. Ramalho, A. Supervisão: Representações nas práticas e desenvolvimento profissional. *Internet Latent Corpus Journal*. [Internet]. 2018 [cited 2018]; 8(1): 87-114. ISSN 1647-7308 Available from: <http://revistas.ua.pt//index.php/ilcj/index>
55. Mohamed FR, Ahmed HM. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *J Nurs Educ Pract*. [Internet]. 2019. [cited 2022 Dec 30]; 9(6). Disponível em: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
56. Coelho M., Esteves I, Mota M, Pestana-Santos M, Reis Santos M, Pires R. Clinical supervision of the nurse in the community to promote quality of care provided by the caregiver: Scoping review protocol. *Millenium*. 2022;2(18),83-89. Disponível em: <https://doi.org/10.29352/mill0218.26656>
57. Amaral, G., & Figueiredo, A. S. (2021). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20036. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
58. Cutcliffe J, Sloan G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int J of Ment Health Nurs*. [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb.]; 27(5):1344-63. Available from: <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
59. Carvalho, A. (2016). A supervisão clínica no processo de integração. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto
60. Gonge, H. Buss, N. (2016). Supervision of Psychiatric Nursing Staff: A Longitudinal Controlled Intervention Study, *Issues in Mental Health Nursing*. [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr.]; 37:5, 332-343. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2016.1154119>
61. Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance. *J. Ners* [Internet]. 2020 Jan. 3 [cited 2022

- Dec. 29]; 14(3):161-4. Disponible en: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/16956>
62. Augusto MCB, Oliveira KS, Carvalho ALRF, Pinto CMCB, Teixeira AIC, Teixeira LOLSM. Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. *Rev Rene*. 2021;22:e60279. Disponible en: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260279>
 63. Kelly N, Hassett A. Clinical supervision in CBT training: what do participants view as effective? *The Cognitive Behaviour Therapist* 2021; vol. 14, e27, page 1 of 19. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1754470X21000222>
 64. Hendricks S, Cartwright DJ, Cowden RG. Clinical supervision in South Africa: Perceptions of supervision training, practices, and professional competencies. *S. Afr. J. Sci.* [Internet]. 2021 Mar. 29 [cited 2022 Dec. 30]; 117(3/4). Disponible en: <https://sajs.co.za/article/view/7428>
 65. Gaete J., Strong T. Facilitating supervisees' developing competence through supervisory conversation. *Counselling Psychology Quarterly*, 30:2, 166-187. 2017 <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2016.1167013>
 66. Sah C, Antwi-Berko R, Opoku OA, Henry O, Antwi Bosiako A. *Journal of Nursing Research, Patient Safety and Practise*. ISSN: 2799-1210 Vol: 03, No. 04, June - July 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.55529/jnrpsp.34.1.10>
 67. Teixeira LO, Barroso Pinto C, Carvalho AL, Carvalho Teixeira AI, Bompastor Augusto MC. Supervisão no indicador de prática clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *RevSALUS* [Internet]. 27 de Outubro de 2021 [citado 30 de Dezembro de 2022];3(2). Available from: <https://revsalus.com/index.php/RevSALUS/article/view/49>
 68. ElZeneny, S. R.; Seada, A. M.; AleamEtewy, E. E. Effect of Clinical Supervision Training Program for Nurse Managers on Quality of Nursing Care in Intensive Care Units. *ijnd* 2017, 7, 08-17. <http://dx.doi.org/10.15520/ijnd.2017.vol7.iss8.244.08-17>
 69. Ernawati E, Damris DM, Revis A, Elrifda S. How Effective is Clinical Supervision in Nursing? A Systematic Review. *JCCNC* 2022;8(2):69-78. Disponible en: <http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-357-en.html>
 70. Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB, Rodrigues A, Rocha V. Impact of clinical supervision in nursing on self-care evaluation and intervention. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30];35. Disponible en: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43356>
 71. António N, Teixeira A, Rosa A. *Gestão da Qualidade - de Deming ao modelo de excelência EFQM*. Edições Sílabo. Lisboa; 2016
 72. Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare* 2017, 5, 73; doi:10.3390/healthcare5040073 www.mdpi.com/journal/healthcare
 73. Sousa, Paulo (Org.) *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* / organizado por Paulo Sousa e Walter Mendes. – 2.ed (revista e ampliada) – Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Fiocruz, 2019. 524 p. : il. color. ISBN: 978-85-8432-063-9 – p. 27-40. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/Seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
 74. Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2020 [cited 15 May 2023];36(2). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239>
 75. Yagil, D. and Oren, R. (2021). Servant Leadership, Engagement, and Employee Outcomes: The Moderating Roles of Proactivity and Job Autonomy. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 37(1), 59 - 68. <https://doi.org/10.5093/jwop2021a1>

76. Azevedo OA, Cruz DALM. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. *Rev Bras Enferm.* (2021);74(3), e20201355. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>
77. Nishio EK, Cardoso MLAP, Salvador ME, D’Innocenzo M. Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(Suppl 5):e20200876. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0876>
78. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do Perfil de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Regulamento n.º 190/2015, de 23 de abril. *Diário da República* n.º 79/2015, Série II de 2015-04-23, páginas 10087 - 10090
79. OE – Ordem dos Enfermeiros. Regulamento de competências específicas do Enfermeiro de especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. *Diário da República* n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16, páginas 19359 - 19370
80. Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016). CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. . ISBN 978-989-96021-6-8.
81. Vigna CP, Ruiz PBO, Lima AFC. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 5):e20190826. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
82. Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 24]; 75(1):e20210123. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
83. Matos EP, Almeida DB, Freitas KS, Silva SSB. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. *Rev Gaúcha Enferm.* 2021;42:e20200442. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
84. León-Román C, Cairo-Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. *Revista Cubana de Enfermería*[Internet]. 2020 [cited 31 Dec. 2022];36(3). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3136>
85. Ramukumba MM, El Amouri, S. Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. *Health SA=SA Gesondheid.* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 31]; 24: 1121. Disponible en: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121>
86. Liberatti VM, Gvozdz R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unified Health System. *Acta Paul Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20];32(5):500-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>
87. Huijben JA, Wiegers EJA, Keizer NF, Maas AIR, Menon D, Ercole A, et al. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. *Crit Care.* 2019;23,95. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2377-x>
88. Santos CT, Barbosa FM, Almeida T, Einhardt RS, Eilert AC, Lucena AF. Indicators of Nursing Outcomes Classification for evaluation of patients with pressure injury: expert consensus. *Esc Anna Nery* 2021; 25(1):e20200155. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0155>
89. Custódio IL, Lima FET, Pascoal LM, Barbosa LP, Pinheiro PNC, Barbosa IV et al. Nursing training on the administration of medication in pediatrics: an assessment of observed and self-reported behavior. *Rev Bras Enferm.* 2021;

- 74(4):e20201188. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1188>
90. Silva SMR, Correa APA, Santarém MD, Assis MCS, Beghetto MG. Concordancia entre observadores en la aplicacion de la lista de verificacion para la administracion segura de la nutricion enteral. *Nutr Hosp.* 2021;38(5):903-910. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03578>

ANEXOS

Anexo 1- Checklist de Observação de Auditoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Prevenção De Complicações (PC)	S	N	NA
PC1-Evidência da higienização das mãos de acordo com os 5 momentos preconizados pela DGS			
PC2-Grades laterais de proteção devidamente posicionadas			
PC3-Pulseira de identificação legível			
PC4-Campainha de chamada de ajuda dentro do alcance seguro do cliente			
PC5-Evidência da garantia da privacidade do cliente a quando da prestação de cuidados			
PC6-Unidade do cliente devidamente higienizada			
PC7-Utilização de escalas em função da situação do cliente			
PC8-Listas de verificação devidamente preenchidas			
PC9-Evidência dos 9 certos na preparação e administração segura de fármacos/galénicos			
PC10-Sistemas de perfusão, torneiras e prolongadores sem evidência de sangue coagulado e obturados e identificados com data de substituição			
PC11-Locais de inserção de cateteres sem sinais inflamatórios			
PC12-Cateteres devidamente fixados e limpos			
PC13-Evidência de otimização de sistemas de drenagem			
Conforto Bem-estar ao Autocuidado (CB)	S	N	NA
CB1-Permeabilidade das vias aéreas			
CB2-Sistemas de aspiração de secreções devidamente preparados e higienizados			
CB3-Sistemas de administração de oxigénio devidamente aplicados			
CB4-Evidência da explicação dos procedimentos previamente à sua execução			
CB5-Evidência de que o cliente é tratado pela forma e nome como gosta de ser chamado			
CB6-Evidência de que o enfermeiro se apresenta ao cliente antes de iniciar o processo de prestação de cuidados			
CB7-Evidência de que o cliente está confortável e sem dor			
CB8-Evidência do uso de roupa adequada à situação clínica do cliente			
CB9-Cliente posicionado em segurança na cama ou cadeirão e de acordo com a sua situação clínica			
CB10-Sistemas limitadores de movimentos devidamente colocados, limpos e adaptados			
CB11-Evidência de cabelos limpos e penteados			
CB12-Evidência de olhos e boca limpa e devidamente higienizada			
CB13-Evidência de mãos e unhas devidamente limpas			
CB14-Evidência de que o cliente ingere a alimentação proporcionada			
CB15-Evidência da otimização da sonda para alimentação			
CB16-Evidência da correta utilização de pensos/apósitos e dispositivos coletores em feridas/ostomias			
CB17-Evidência de ajuda na deslocação ao WC sempre que solicitado()			
Readaptação Funcional (RF)	S	N	NA
RF1-Evidência do planeamento da alta segura			
RF2-Evidência do envolvimento do cliente e pessoa significativa na alta segura			
RF3-Evidência de realização de ensinios			
RF4-Evidência de nota de alta/transferência preenchida de acordo com o plano de cuidados			
RF5-Evidência de entrega de folhetos informativos de apoio à alta			
RF6-Evidência de informação acerca de indicadores críticos sociais e recursos da comunidade			

RF7-Evidência de informação acerca dos recursos da comunidade para dar resposta a necessidades previstas na alta relacionadas com a situação atual de doença			
RF8-Evidência de informação ao cliente /pessoa significativa acerca do plano terapêutico			
RF9-Evidência de informação relacionada com a utilização de dispositivos médicos de apoio			
Organização dos Cuidados (OC)	S	N	NA
OC1-Apreciação inicial com exame físico			
OC2-Diagnósticos de enfermagem adequados à situação de saúde do cliente			
OC3-Planeamento de intervenções de acordo com os diagnósticos elaborados			
OC4-Planeamento de intervenções de acordo com as atitudes terapêuticas ativadas			
OC5-Planeamento de intervenção "monitorizar sinais vitais" pelo menos 2 vezes por dia			
OC6-Avaliação da dor de 8/8 horas.			
OC7-Execução das intervenções evidenciadas			
OC8-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "monitorizar"			
OC9-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "vigiar"			
OC10-Justificação coerente das intervenções sinalizadas como "não executada"			
OC11-Variação do "status" do diagnóstico em função das variações do estado de saúde			
OC12-Adequabilidade das intervenções planeadas face à variação do diagnóstico de enfermagem (			

Legenda: Sim (S); Não(N); Não aplicável (NA)

Anexo 2- Escala sociodemográfica

Caracterização sócio demográfica_Fase

II

Enfermeiro Supervisionado

***Obrigatório**

1. SERVIÇO *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ IG 6/7
- ☐ IG5
- ☐ IG4

2. Gênero:

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ F
- ☐ M

3. Idade

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 20-29
- ☐ 30-39
- ☐ 40-49
- ☐ 50-59
- ☐ >60

4. Tempo de serviço

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ < 5anos
- ☐ 5 - 9 anos
- ☐ 10-14 anos
- ☐ 15-20 anos
- ☐ >21 anos

5. Qual é a sua categoria profissional?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Enfermeiro Junior
- ☐ Enfermeiro I
- ☐ Enfermeiro II
- ☐ Enfermeiro Sênior
- ☐ Enfermeiro Perito
- ☐ Enfermeiro Gestor

6. Relativamente à sua situação jurídica de emprego, que tipo de vínculo possui?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Termo certo
- ☐ Termo incerto
- ☐ Sem Termo
- ☐ Prestador

7. Tempo de permanência no mesmo Serviço?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 0a< 6 meses
- ☐ 1 ano a < 2 anos
- ☐ 2anos a 5 anos
- ☐ >5 anos

8. Qual é o seu horário de trabalho?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Horário fixo
☐ Horário rotativo

9. Que tipo de horário de trabalho tem?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 36h
☐ 40h

10. Acumula funções nesta Instituição ou noutra?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não

11. Quantas horas? _____

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ 16h
☐ 20h
☐ 36h
☐ 40h

12. Qual é o seu grau académico (considere o mais elevado)?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Bacharel ou equiparado
☐ Licenciado ou equiparado
☐ Mestre
☐ Doutor

13. Área

14. Possui algum Curso de Formação Pós-Graduada?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Qual?

15. Neste momento está a frequentar algum Curso/Formação?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não

16. Se sim, Qual?

17. Prevê vir a frequentar algum Curso/Formação?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não
☐ Qual?

18. No seu serviço existe enfermeiro de referencia?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não

19. Se sim quais as funções?

20. Se não como define as suas funções?

21. No seu serviço existe supervisão da qualidade das práticas de de enfermeiros seniores ou peritos?

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ Sim
☐ Não

22. Se sim como são monitorizados a qualidade das práticas?

Anexo 3- Guião de entrevista semiestruturada – Focus Group

Guião da Entrevista Fase II - <i>Focus Group</i>		
Áreas	Objetivos	Questão/ação
Contextualização do projeto	• Legitimar reunião • Motivar participantes	• Explicar a importância da reunião • Explicar a importância do <i>focus group</i> e sua dinâmica • Explicar os critérios da escolha dos participantes • Assegurar a confidencialidade da informação • Pedir autorização para registo áudio
Caracterização dos participantes	• Caracterizar os participantes no desenvolvimento do modelo <i>P₂P_CS</i>	• Identificar dados sociodemográficos
Qualidade dos cuidados (AQCE)	• Identificar a importância da qualidade dos cuidados • Identificar a importância da auditoria da qualidade dos cuidados	• Definir conceito de qualidade dos cuidados? • Qual a necessidade/importância atribuída à qualidade dos cuidados? • Qual a necessidade/importância atribuída à auditoria da qualidade dos cuidados? • Qual o impacto dos outcomes das auditorias da qualidade dos cuidados? • Quais as estratégias ou ações desenvolvidas de acordo com os outcomes? • Qual ou quais fatores positivos da realização da auditoria da qualidade dos cuidados • Qual ou quais fatores negativos da realização da auditoria da qualidade dos cuidados

Guião da Entrevista Fase II - <i>Focus Group</i>		
Áreas	Objetivos	Questão/ação
Supervisão Clínica Enfermagem (SCE)	Identificar o conceito de SCE;	Defina SCE?
	Compreender a necessidade e a importância atribuída à SCE;	Qual a necessidade/importância atribuída da SCE? ;
	Identificar a associação que existe entre a SCE e a natureza do cuidado/áreas de especialidade;	Que relação existe entre a SCE e a natureza do cuidado/áreas de especialidade?
	Identificar o modelo de SCE em uso	Que modelos de SCE existem/conhecem/adotam?
Enfermeiro Supervisor de Pares	Identificar o perfil do enfermeiro supervisor pares.	Quem faz ou deveria fazer a SCE?
		Qual a categoria do supervisor ou qual deveria ser?
		Quais as competências do enfermeiro supervisor ou quais deveriam ser?
		Que formação deve ter o supervisor de pares?
		Como deve ser o enfermeiro de pares?

Guião da Entrevista Fase II - <i>Focus Group</i>		
Áreas	Objetivos	Questão/ação
Processo Supervisivo	• Descrever as estratégias de SCE utilizadas;	• Que estratégias de supervisão utiliza? ou estratégias que deveriam ser desenvolvidas?
	• Identificar as condições que promovem a SCE.	• Quais as condições que promovem (ou não) a SCE?
		• Qual a frequência das sessões de SCE? ou o que deveria ser?
		• Qual a tipologia das sessões de SCE?
		• Qual o local apropriado para as sessões de SCE?
		• Como devem ou deveriam ser contabilizadas as horas de SCE?
		• Quais as implicações de um SCE na gestão de conflitos?

Anexo 4 - Registo de Reuniões

Registo 1 - Reuniões individuais entre supervisores e supervisionados (45 minutos/semana)					
Data:		Hora:		Local:	Serviço:
Supervisor:	_____		Supervisionado	_____	
Categorias supervisivas	normativa (centrado nos cuidados diretos)	formativa (centrado na pessoa profissional)	restaurativa (centrado na partilha)	Data Inicial	Data Final
E1 - situação problema (explorar) /Identificação de problemas					
Notas:	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
E2 -situação ideal (verificar)/Discussão de ações de melhoria					
Notas:	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
E3 - Estratégias de ação (focar e agir)/ações de melhoria a implementar					
	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
<i>Outcomes</i>	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____

Registo 2 - Reporte do processo superviso por serviço (em média 60 minutos/mês)					
Data:		Hora:		Local:	Serviço:
Supervisor:	_____		Supervisionado	_____	
Supervisor Principal:		_____			
Categorias supervisivas	normativa (centrado nos cuidados diretos)	formativa (centrado na pessoa profissional)	restaurativa (centrado na partilha)	Data Inicial	Data Final
E1 - situação problema (explorar) /Identificação de problemas					
Notas:	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
E2 -situação ideal (verificar)/Discussão de ações de melhoria					
Notas:	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
E3 - Estratégias de ação (focar e agir)/ações de melhoria a implementar					
Notas:	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
Outcomes	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____

Registo 3 - Reporte entre enfermeiros supervisores e supervisor principal (em média 60 minutos/mê)					
Data:		Hora:		Local:	Serviço:
Supervisor:	-----				
Supervisor Principal:		-----			
Categorias supervisivas	normativa (centrado nos cuidados diretos)	formativa (centrado na pessoa profissional)	restaurativa (centrado na partilha)	Data Inicial	Data Final
E1 - situação problema (explorar) /Identificação de problemas					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
E2 -situação ideal (verificar)/Discussão de ações de melhoria					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
E3 - Estratégias de ação (focar e agir)/ações de melhoria a implementar					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
Outcomes	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----

Registo 4 - Reuniões entre supervisor principal, enfermeiros supervisores e gestão de topo (90 minutos/trimensais)

Data:		Hora:		Local:	Serviço:
Supervisores:	-----		Gestão de topo	-----	
Supervisor Principal:		-----			
Categorias supervisivas	normativa (centrado nos cuidados diretos)	formativa (centrado na pessoa profissional)	restaurativa (centrado na partilha)	Data Inicial	Data Final
E1 - situação problema (explorar) /Identificação de problemas					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
E2 -situação ideal (verificar)/Discussão de ações de melhoria					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
E3 - Estratégias de ação (focar e agir)/ações de melhoria a implementar					
Notas:	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----
Outcomes	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----	1.----- 2.----- 3.-----

