

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Vanda Celina Carvalho Barandas

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE
SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM:
PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS**

**IMPLEMENTING A CLINICAL SUPERVISION MODEL:
THE PERSPECTIVE OF NURSE SUPERVISEES**

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Cristina Barroso Pinto e coorientada pelo Professor
Doutor Luís Carvalho

Vanda Celina Carvalho Barandas

Porto | 2021

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os obstáculos encontrados ao longo da realização desta dissertação. Por conseguinte, quero expressar o meu agradecimento a todos os que me acompanharam e contribuíram para a sua realização, de forma direta ou indireta.

Quero assim, dirigir-me de forma muito especial,

À Professora Doutora Manuela Joséfa Teixeira, à Professora Doutora Sandra Cruz e à Professora Doutora Margarida Reis Santos pelo entusiasmo, por toda a partilha científica, permanente disponibilidade; por todo o incentivo, motivação e inspiração. Foram as responsáveis pelo meu interesse e caminho na área da supervisão clínica em enfermagem.

Aos meus orientadores: Professora Doutora Cristina Barroso Pinto e Professor Doutor Luís Carvalho, pela confiança que depositaram em mim, por toda a disponibilidade, partilha, acompanhamento e orientação dada em todo o percurso.

À Professora Leonor Teixeira por toda a amizade, incentivo e apoio.

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, minha segunda casa, responsável pela minha formação pessoal e académica ao longo destes quinze anos.

À Ana, amiga e companheira na formação académica, por acreditar em mim e pela oportunidade.

Ao Hospital e Enfermeiros envolvidos neste trabalho pela oportunidade concebida, disponibilidade compreensão e colaboração.

À minha família, pelo apoio incondicional, amor e compreensão, por todos os momentos que se viram privados da minha presença.

Aos meus amigos, agradeço todas as palavras de incentivo e constante reforço positivo.

Ao Miguel, pelo amor, companheirismo, compreensão e inspiração diária.

RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é considerada como uma ferramenta importante para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados. É um conceito já enraizado internacionalmente na cultura dos enfermeiros. Embora atualmente, não tenha grande expressão em Portugal, foi já reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros no Modelo de Desenvolvimento Profissional, culminando no recente Regulamento de Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em SCE. Dada a pouca evidência científica nacional no âmbito da SCE, não se encontra documentada uma relação clara e inequívoca entre a implementação de um modelo de SCE e a obtenção de ganhos em saúde. Assim, nasce o projeto SafeCare, que procura promover uma cultura organizacional de SCE, bem como avaliar a exequibilidade e os resultados dum modelo de SCE numa instituição hospitalar.

Este estudo tem por objetivo aferir qual a perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação de um modelo de SCE, compreender a sua motivação, reconhecer vantagens e desvantagens, os fatores facilitadores e dificultadores para a sua implementação, os contributos da sua implementação para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados.

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, numa abordagem qualitativa através de um processo de raciocínio indutivo. O modelo SafeCare foi implementado num serviço de Saúde Mental e Psiquiatria de um hospital terciário. A amostra final consistiu em nove enfermeiros que exercessem funções nesse serviço inseridos no projeto. O processo de recolha de dados consistiu numa entrevista individual semiestruturada, com posterior análise de conteúdo segundo Bardin.

Os enfermeiros entrevistados percecionaram o modelo SafeCare como positivo na sua globalidade. Foram identificados como vantagens a mudança de práticas, a uniformização dos cuidados e a motivação da equipa; como fatores facilitadores foram apontados o apoio do supervisor, a comunicação, o espaço para a reflexão de práticas e a relação de pares; como fatores dificultadores foram reconhecidos a falta de tempo, a escassez de recursos humanos, físicos e materiais, os horários, a falta de cultura de SCE e a competência dos supervisores. Como contributos, salientam-se o desenvolvimento profissional, a qualidade e segurança dos cuidados. Como estratégias para a adesão a um modelo de SCE foram sugeridas as reuniões, discussão de casos, reflexão e apresentação de soluções para o problema.

Estes resultados demonstram a exequibilidade da implementação do modelo SafeCare num hospital português e o seu contributo para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados.

Palavras-chave: Supervisão Clínica; Qualidade dos Cuidados; Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem; Segurança nos Cuidados.

ABSTRACT

Clinical Supervision (CS) in Nursing is considered an important tool for the professional development and quality of care improvement. Its concept already belongs to Nursing routine internationally. Although it is still not very developed in Portugal nowadays, its importance was already recognized by the Nursing Association in two recent official documents. Given the shortage of national scientific research on this field, a clear relationship between implementing a CS model and healthcare improvement cannot be established. Therefore, the SafeCare project was developed, seeking to promote an organizational culture of CS and to evaluate the viability and results of implementing a CS model in a hospital institution.

The aim of this study was to assess which is the perspective of nurse supervisees about the implementation of a CS model, to understand their motivation, to identify its advantages and disadvantages, to recognize facilitators and hindering factors, to acknowledge its contributions to the professional development of nurses and to the safety and quality of care. This is an exploratory descriptive study, based on a qualitative approach through an inductive reasoning process. The SafeCare model was implemented on a Mental Health and Psychiatry department in a tertiary hospital. The final sample consisted of nine nurses that worked in that department and were included in this project. The data collection consisted in a semi-structured interview, with consequent content analysis using Bardin methods.

The interviewed nurses perceived the SafeCare model as positive in general; as advantages, they pointed out change of practices, uniformization of care and team motivation; as facilitators, supervisor's support, communication, space for practice reflexion and good peer relationship were mentioned; as hindering factors, lack of time, shortage of human, physic and material resources, shift rotation, lack of CS culture and competence of supervisors were stressed; as contributes of a CS model implementation, the nurses emphasize on the professional development and improvement of the quality and safety of care; finally, as strategies for adherence to a CS model, they suggested meetings, case discussion, reflexion and presenting solutions for the problem.

These results demonstrate the feasibility of implementing the SafeCare model in a Portuguese hospital and its contribute to nurses' professional development and its improvement of the safety and quality of care.

Keywords: Clinical Supervision; Quality of Care; Clinical Supervision in Nursing Model; Safety of Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Cit. por – Citado por

DGS – Direção-Geral da Saúde

CNOD – Chief Nursing Officer Directorate

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. – (*et alli*): e outras

MDP – Modelo Desenvolvimento Profissional

NHS – *National Health Service*

OE – Ordem dos Enfermeiros

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

MSCE – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

MSCEC – Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado

p. – página

PG – Pós-graduação

SU – Serviço de Urgência

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS _____	5
RESUMO _____	7
ABSTRACT _____	9
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS _____	11
ÍNDICE DE TABELAS _____	15
INTRODUÇÃO _____	17
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM _____	21
1.1. Conceitos e Evolução _____	21
1.2. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem _____	25
2. IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM _____	31
2.1. Vantagens na Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem _____	31
2.2. Dificuldades na Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem _____	35
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO _____	39
3.1. Pertinência do Estudo _____	39
3.2. Questão de Partida _____	40
3.3. Finalidade e Objetivos _____	41
3.4. Tipo de Estudo _____	41
3.5. Participantes _____	43
3.6. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes _____	44
3.7. Instrumento e Processo de Recolha de Dados _____	46
3.8. Procedimentos de Análise de Dados _____	48
3.9. Considerações Éticas _____	49

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS _____	51
4.1. A motivação como fator fundamental na implementação do modelo _____	52
4.2. As vantagens da implementação do modelo SafeCare _____	56
4.3. Fatores facilitadores na implementação do modelo SafeCare _____	58
4.4. Fatores dificultadores na implementação do modelo SafeCare _____	61
4.5. Contributos da implementação do modelo SafeCare _____	68
4.6. Estratégias adotadas durante a implementação do modelo SafeCare _____	72
CONCLUSÃO _____	75
BIBLIOGRAFIA _____	79
ANEXOS _____	93
ANEXO I – Guião de Entrevistas _____	95
ANEXO II – Documento Informativo e de consentimento informado _____	107
ANEXO III – Tabela de categorias e subcategorias do estudo _____	111

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes	44
TABELA 2: Tabela das categorias e subcategorias do estudo	51

INTRODUÇÃO

O contexto político, social e económico vigente determinam uma maior exigência às organizações de saúde e seus profissionais na gestão da qualidade e segurança dos cuidados. Desta forma, sendo a prática da enfermagem muito mais complexa e imprevisível do que aquela que se faz perceber na teoria, recai, indubitavelmente, sobre estes profissionais a necessidade de pensar sobre e na prática, e desenvolver estratégias pessoais e profissionais, fazendo face à constante mudança de fatores como estilo de vida, aumento de doença crónica e o aumento da idade média de vida.

Com a crescente importância da qualidade dos cuidados, assim como o reconhecimento que os profissionais de saúde necessitam de suporte contínuo para o desenvolvimento de competências (Carvalho, 2017), a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem vindo a ganhar relevância.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é um processo de suporte formal da prática profissional que tem como objetivo o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, promovendo a autonomia na tomada de decisão (Ordem dos Enfermeiros, 2010), com foco na melhoria da qualidade dos cuidados para os clientes e nas necessidades e bem-estar dos enfermeiros.

Diversos artigos demonstram que a SCE leva ao aumento da satisfação laboral (Gonge & Buus, 2011; McGilton, Chu, Shaw, Wong & Ploeg, 2016; Cutcliffe, Sloan & Bashaw, 2018). O aumento da satisfação laboral, por sua vez, está associado a uma melhoria na qualidade dos cuidados (Leggat, Bartram, Casimir & Stanton, 2010; Boamah, Read, & Spence Laschinger, 2017).

As políticas de Saúde no Reino Unido, Irlanda e Austrália recomendam o uso da SC nos cuidados de saúde (*Nursing and Midwifery Council*, 2018; *Health Service Executive*, 2015; *Australian College of Nursing*, 2019). Apesar das recomendações existentes, há um défice de evidência científica sobre o modelo e resultados da SCE (Markey, Murphy, O'Donnell, Turner, & Doody, 2020; Pollock *et al.*, 2017). Sabe-se que “em 2030 todos os enfermeiros, independente da posição e funções desempenhadas, receberão supervisão apropriada às funções a desempenhar” (*Chief Nursing Officer Directorate (CNOD)*, 2017).

Em Portugal, na tentativa de resposta às constantes mudanças da prática atual de enfermagem e de uma procura de reconhecimento por parte desta disciplina enquanto ciência, a adoção da Supervisão Clínica (SC) torna-se fulcral.

O enfermeiro necessita de conhecimentos, competências e de ser flexível para atuar no contexto complexo e em permanente mudança do quotidiano laboral que vivemos (Barroso *et al.*, 2020).

Um estudo português de 2016 demonstrou que cerca de metade (48,8%) universo dos enfermeiros inquiridos que trabalham em turnos rotativos não se encontravam realizados com o seu trabalho. As principais causas apontadas eram o salário (96,9%), o excesso de trabalho (89,5%), a falta de progressão na carreira (84,0%) e a falta de reconhecimento (71,0%) (Correia, 2016).

Nesta perspetiva, a criação de melhores condições laborais pode favorecer a motivação e conseqüente satisfação profissional, levando a melhoria dos cuidados prestados. A SCE tem um papel importante neste contexto.

Considerando a crescente necessidade de sistemas de certificação e acreditação de sistemas de gestão de qualidade na Saúde (que integrem a SCE) e que é relevante a produção de evidência científica que demonstre relação entre a SCE e a qualidade e segurança dos cuidados, torna-se crucial que se desenvolvam projetos de investigação relacionados com a sua implementação (Carvalho, 2017). Assim, o projeto de investigação “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados” (SafeCare) tem como objetivo a definição de um modelo de aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências na área da supervisão e da promoção da qualidade de cuidados de Saúde.

A Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) em parceria com um Centro Hospitalar Universitário da região do Porto, criaram a oportunidade de estudar o impacto de um modelo de SCE num serviço clínico deste centro hospitalar, procurando estabelecer uma relação com indicadores diretamente sensíveis aos cuidados dos enfermeiros (inteligência emocional e prática baseada na evidência).

Este projeto encontra-se em desenvolvimento em três centros hospitalares do norte do país, em quatro contextos diferentes, integrando vários investigadores, do qual a investigadora se inclui desde 2018.

Apesar das vantagens já conhecidas da SCE e da sua implementação (Cruz, 2012; Cruz, Carvalho & Sousa, 2012; Cruz, Carvalho, Lamas & Barbosa, 2014; Cruz, Carvalho & Sousa,

2015; Abreu, Barroso, Segadães & Teixeira, 2005; Cruz, Carvalho, Barbosa & Lamas, 2015; Cruz, Carvalho & Lopes, 2016; Teixeira, Carvalho & Cruz, 2016; Teixeira, Carvalho & Barroso, 2018; Augusto, Rocha, Carvalho & Pinto, 2019; Teixeira, Ribeiro, Carvalho & Barroso, 2019), não existe um modelo mais adequado, o que dificulta a sua reprodutibilidade (Pollock, *et al.*, 2017; Cutcliffe, Sloan, & Bashaw, 2018). Neste sentido, o modelo SafeCare apresenta-se como um modelo de Supervisão Clínica em enfermagem contextualizado (MSCEC) – isto é, procura dar resposta às necessidades previamente identificadas no contexto.

O modelo SafeCare baseia-se em quatro eixos estruturantes e dinâmicos: o contexto – eixo central que influencia e é influenciado por todos os outros; os cuidados de enfermagem; o desenvolvimento profissional; e supervisão. Assenta num conjunto de pressupostos importantes, que devem ser respeitados (Carvalho *et al.*, 2019).

A sua implementação comporta quatro etapas, respetivamente: diagnóstico de situação; identificação das necessidades em supervisão clínica; implementação do modelo SafeCare; e avaliação dos resultados. A presente investigação teve lugar no início da segunda fase.

A realização deste estudo foi motivada pela escassa evidência acerca da implementação de modelos de SCE em Portugal, mas também pelo gosto pessoal da investigadora pela temática. Uma das vantagens do presente estudo é abordar uma das lacunas na literatura, que é a perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação de um modelo de SCE.

O presente estudo foi desenvolvido no serviço de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo a recolha de dados para este trabalho de investigação decorrido entre 10 de abril e 22 de junho de 2018.

A questão de partida elaborada foi “Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação do modelo SafeCare?” e foram delineados os seguintes objetivos a atingir: compreender a motivação dos enfermeiros supervisionados; reconhecer vantagens e desvantagens percebidas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação do modelo SafeCare; identificação dos fatores facilitadores e dificultadores para a sua implementação; identificação dos contributos para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados; identificação estratégias de supervisão clínica que facilitam a implementação do modelo SafeCare.

Trata-se de um estudo de investigação qualitativa, de carácter exploratório (dada a escassa investigação na área) e descritivo, através de um processo de raciocínio indutivo – uma vez que pretende compreender um fenómeno (implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem – MSCE) segundo a perspectiva dos sujeitos (enfermeiros), sendo as observações descritas sob a forma de testemunho ou narrativa.

O processo de recolha de dados consistiu numa entrevista individual semiestruturada de uma amostra não probabilística intencional com posterior análise de conteúdo (segundo Bardin) e integração da teoria.

Esta dissertação, realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP, está dividida em cinco capítulos. No primeiro capítulo, é efetuada uma introdução à temática da SCE, a sua origem, evolução e os diferentes modelos. No segundo capítulo são abordadas as condicionantes da implantação de um modelo de SCE, com as suas vantagens e desvantagens. Estes dois primeiros capítulos englobam o enquadramento teórico da presente dissertação. O terceiro capítulo consiste no enquadramento metodológico, onde se justificam as escolhas metodológicas e de orientação do estudo, se definem objetivos e se caracteriza a amostra. No quarto capítulo é apresentada uma análise e discussão dos resultados. Por fim, o quinto capítulo da dissertação corresponde à conclusão, onde se sintetizam os dados apresentados e se faz um balanço dos objetivos delineados na primeira parte.

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) apresenta-se, atualmente, como fundamental para o desenvolvimento profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Dada a sua complexidade pelo seu amplo campo de atuação, o conceito de Supervisão Clínica (SC) tem gerado alguma controvérsia e discussão ao longo dos anos, existindo atualmente maior consenso, muito embora sendo quase sempre associada à supervisão de estudantes (processo de *mentorship*). A supervisão de enfermeiros, também conhecida como supervisão de pares, permanece ainda num estado muito insipiente, havendo ainda a associação à ideia de inspeção e avaliação dos profissionais. Contudo, atualmente a supervisão constitui uma ferramenta importantíssima para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, para o desenvolvimento de uma atitude analítico-reflexiva por parte dos profissionais face às funções que desempenham.

Nos subcapítulos que se seguem será abordada a evolução do conceito de supervisão clínica, assim como o modelo SafeCare.

1.1. Conceitos e Evolução

A origem da SC é incerta. Numa revisão histórica, percebe-se que a associação da SC à disciplina de enfermagem, foi formalmente reconhecida em 1997, quando o Ministério da Saúde australiano recomendou que esta fosse aplicada aos cuidados de enfermagem em saúde mental (Wright, 2012). Sabe-se que a SCE tem sido regularmente estudada desde 1980 (Cutcliffe, Sloan, & Bashaw, 2018).

Essencialmente, pode dizer-se que existem duas correntes de origem da SCE: a americana ligada à psicoterapia no início do século XX; e a europeia, com forte registo no Reino Unido, com as primeiras bases lançadas por Florence Nightingale, sendo posteriormente desenvolvidas por Hildegard Peplau na década de 90 (Abreu, 2002). Segundo

Powell (1993) citado por Garrido, Simões & Pires (2008), as práticas supervisivas resultavam da psicoterapia e do *counselling*, que se centram na alteração de comportamentos e no desenvolvimento de capacidades, já a SC centra-se no desenvolvimento de habilidades emocionais e interpessoais, na autodescoberta e no autoconhecimento do profissional. Pode dizer-se que a SC envolve a prática reflexiva, definida por Schön (1983), que se baseia na perspetiva da aprendizagem através da prática passada no sentido da obtenção de padrões superiores e de melhoria da prática futura.

Peplau foi um dos autores que deu um contributo relevante na área da supervisão ao salientar a importância do acompanhamento clínico para o desenvolvimento de características pessoais e competências relacionais como aspetos centrais na SCE (Abreu, 2003).

As primeiras definições sobre SCE, de autores americanos atribuem-na como um processo focado no desenvolvimento profissional e suas potencialidades, numa atmosfera informal de partilha, colaboração e de suporte. Como reconhecimento da sua importância clínica, a *American Nurses Association* tornou a SC obrigatória na certificação da especialidade em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, através do documento "*Division of Psychiatric and Mental Health Nursing Practice*" em 1976 (Lynch & Happell, 2008).

As primeiras referências europeias à SC surgem com Butterworth e Faugier (1992), que a descrevem como uma permuta recíproca de conhecimento e experiência entre profissionais clínicos com o objetivo de desenvolvimento de competências profissionais (Butterworth & Faugier, 1992), baseando-se no modelo de Proctor (1986).

Segundo Abreu (2007), em Portugal, o termo SCE não era comum. O autor refere três momentos importantes que marcaram esse processo: "(...) o movimento da educação permanente, na década de 70; os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem [e] os processos de certificação da qualidade" (Abreu, 2007, p. 181).

Desde os anos 90 que a certificação e a acreditação dos sistemas de gestão de qualidade têm assumido um papel preponderante ao nível do Serviço Nacional de Saúde (Barroso *et al.*, 2020). Esta mudança de paradigma e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança nos cuidados, levou à procura de novas estratégias. Note-se que isto só é possível com o trabalho voluntário de todos os profissionais (Carvalho *et al.*, 2019).

Atualmente, o conceito de SC encontra-se já enraizado na cultura dos enfermeiros, surgindo inicialmente com Abreu e, mais tarde adotado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) aquando da criação do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Em Portugal a evidência científica acerca da SC enquadra-se quase exclusivamente a nível da formação do segundo e terceiro ciclo de estudos dos enfermeiros (dissertações de mestrado e teses de doutoramento), centrando-se essencialmente a nível do contexto de formação inicial, pelo que estudos sobre o impacto da implementação de modelos supervisivos é quase inexistente. A Ordem dos Enfermeiros (2010) faz referência aos escassos “estudos nacionais que suportem evidência ao nível das práticas de supervisão em enfermagem em contexto de indução profissional ou formação profissional contínua” (p. 5), mostrando assim, a importância da investigação científica para esta área.

Como forma de desenvolvimento profissional e melhoria da qualidade da prestação de cuidados, a SCE apresenta-se numa posição fundamental como estratégia de qualidade no âmbito da Enfermagem Avançada (Cruz, 2008).

A implementação de uma estrutura de SCE enquadra-se ainda em projetos inovadores em Portugal, tornando-se um desafio e uma oportunidade, permitindo assim, a possibilidade de reconhecer o contributo que a implementação de um modelo de supervisão tem no desenvolvimento profissional dos enfermeiros e o impacto do mesmo na segurança e qualidade dos cuidados (Rocha, 2014).

Assumindo a excelência do cuidar como referência e eixo estruturante das competências profissionais, a OE reconhece publicamente, no Modelo de Desenvolvimento Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2010), a importância da inclusão da SCE nos contextos de prática clínica, bem como o seu papel determinante para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros no que concerne aos processos formativos ou de integração à vida profissional, no sentido da excelência e segurança dos cuidados, culminando no recente regulamento nº 366/2018 – Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica, onde é assumida a importância da SC no exercício da profissão e qualidade dos cuidados e sua regulamentação (2018).

O conceito de supervisão adotado pela OE no âmbito do MDP consiste num "(...) processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada

de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica" (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 5).

Já Abreu em 2007 defendia a SC como um "processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a proteção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional" (p.177).

A essência da SCE assenta no desenvolvimento pessoal e profissional, de conhecimentos e competências, na sustentação profissional, apoio emocional, análise reflexiva traduzindo-se em melhoria dos cuidados e segurança dos clientes (Cutcliffe, Sloan & Bashaw, 2018; Barroso *et al.*, 2020). Nesse sentido, o processo de SCE assume as funções normativas, formativas e de suporte defendidas por Proctor (1986) no seu modelo, sendo esses elementos transversais a todas as definições e relação supervisiva estabelecida entre o supervisor clínico e o(s) supervisionado(s).

A SCE, também conhecida como supervisão clínica de pares, difere do *mentorship*/tutoria (dirigida a estudantes de enfermagem no contexto do ensino clínico/estágio). Embora com alguma semelhança nomeadamente no que se refere à figura do supervisor como sendo um profissional experiente, devidamente habilitado e qualificado que auxilia um outro (menos experiente), o foco central diverge do foco estudante. Enquanto que nos estudantes de enfermagem a SC é um processo que facilita e certifica o processo de aprendizagem do estudante, nos enfermeiros ela incide sobre a reflexão sistemática e orientada da prática tendo em vista o desenvolvimento de competências profissionais, cognitivas, técnicas e comunicacionais e de responsabilidade profissional. Este processo visa a eliminação de erros, a melhoria da qualidade dos cuidados e o aumento da satisfação pessoal e profissional.

Assim, a SC proporciona apoio e suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, bem como o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais num ambiente de aprendizagem reflexiva, promovendo o aumento da eficácia clínica por via de uma prática baseada na evidência, na incorporação da reflexão e na introdução de inovações na prática clínica, com vista a melhorar os padrões de qualidade dos cuidados permitindo assegurar a proteção dos melhores interesses dos clientes (*National Health Service [NHS]*, 2011).

1.2. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Um modelo é como um mapa, um guia que nos orienta para a ação. Abreu (2007) refere que um modelo pode ser compreendido como “(...) uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos ou ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação” (p.190).

À semelhança do conceito de SCE, os modelos nesta área são também diversos, não existindo um consenso sobre o “modelo ideal” (Pollock *et al.*, 2017; Milne, 2008; Saab *et al.*, 2020). Na literatura identificam-se diversos modelos de SC, nomeadamente os modelos de: Proctor (1986), Page e Wosket (1994), Hawkins e Shohet (1989), Johns (1997, 1998), Butterworth e Faugier (1992), Van Manen (1990) e Smith e Hatton (1995). Embora os vários modelos existentes possuam pontos comuns, divergem na sua essência devido ao seu foco central, sendo que uns centram-se no desenvolvimento do supervisionado, outros nas funções da supervisão clínica, há ainda uns que assentam na relação supervisiva e outros nas práticas (Cruz, 2008). Contudo, independentemente dos aspetos basilares de cada modelo, importa realçar que o facto de os modelos existirem é uma prova do reconhecimento da maturidade da profissão (Abreu, 2002), mostrando a importância do apoio contínuo na prática profissional dos enfermeiros. Um ponto transversal de todos os modelos é a dificuldade em adaptar-se aos diversos contextos da prática e das equipas de enfermagem (Carvalho *et al.*, 2019).

Os modelos de supervisão têm sofrido alguns desenvolvimentos ao longo dos anos, centrando-se em, pelo menos, quatro perspetivas teóricas do conceito de SC, nomeadamente: a que dá ênfase ao desenvolvimento, a que realça as funções da supervisão clínica, a que salienta a relação supervisiva, e a que destaca a relação com os clientes.

Difícilmente um único modelo de supervisão clínica em enfermagem seria capaz de atender às necessidades, incorporar todos os elementos considerados importantes. Assim, tendo por base os diferentes contextos socioeconómicos e políticos que conduzem a modelos diferenciados, cabe às instituições tratar aspetos relacionados com o apoio social, a educação, o desenvolvimento e treino dos profissionais, com vista à garantia da qualidade dos cuidados disponibilizados. Independentemente do modelo adotado, este deve ser

conceitualizado pelos atores envolvidos no processo, ser flexível e responder às necessidades identificadas (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012). Garrido, Simões & Pires (2008) explicam que “(...) nenhum modelo é melhor que o outro, o contexto organizacional e profissional é que irá determinar a seleção do modelo a utilizar, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão em contexto” (p.27).

Desta forma, exigindo um compromisso e conceptualização das partes integrantes no processo superviso, o sucesso de implementação de um modelo de SCE depende da sua adaptabilidade às características e recursos do contexto organizacional, às necessidades e expectativas dos envolvidos e do comprometimento de ambas as partes, profissionais e instituição, com o mesmo. De salientar que, os melhores resultados são obtidos quando os intervenientes são envolvidos ativamente numa fase precoce (Buus, Lynch & Gonge, 2016).

Denota-se a sensibilidade direta à implementação do modelo de supervisão clínica, de aspetos importantes como a formação contínua dos profissionais, da incorporação da prática baseada na evidência e da promoção da reflexão sobre a prática clínica como um elemento-chave no exercício profissional dos enfermeiros. Face à perseverante necessidade de desenvolvimento de conhecimento, competências e habilidades por parte dos enfermeiros, assiste-se em proporção direta a um nível de desempenho profissional e aperfeiçoamento permanente das suas práticas decorrente do processo de aprendizagem contínuo, da partilha de diversas experiências que acompanham a prática clínica, em contextos privilegiados para a aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades, bem como de processos de tomada de decisão que contribuem para o melhor desempenho profissional.

O modelo SafeCare, criado por um grupo de investigadores portugueses do projeto SafeCare, surgiu como resposta a necessidade de criação de cultura de SC nos enfermeiros através de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, fomentar a criação de ambientes favoráveis à prática baseada na evidência e ao desenvolvimento da profissão (Barroso *et al.*, 2020). Um modelo contextualizado que resulta da evolução de um modelo desenvolvido em 2012, que pretendia ser eficaz para os enfermeiros e ajustar-se a diferentes contextos político e socio-clínicos.

Assim, o modelo SafeCare baseia-se em quatro eixos estruturantes e dinâmicos: o contexto – eixo central que influencia e é influenciado por todos os outros; os cuidados de enfermagem; o desenvolvimento profissional; e supervisão (Carvalho *et al.*, 2019).

Este modelo assenta num conjunto de pressupostos importantes: enfermeiro supervisor clínico; enfermeiro supervisor clínico major; enfermeiro supervisionado; objetivos da supervisão clínica; condições institucionais; e deveres dos supervisores e supervisionados.

O seu desenvolvimento comporta quatro etapas: diagnóstico de situação; identificação das necessidades em supervisão clínica; implementação do modelo SafeCare; e avaliação dos resultados.

Na primeira etapa (diagnóstico de situação), exploram-se as necessidades no contexto de cuidados e identificam-se as variáveis a estudar em conjunto com os enfermeiros gestores, assim como os instrumentos que permitam avaliar os indicadores previamente identificados.

A segunda etapa (identificação das necessidades em supervisão clínica) complementa a primeira, pela identificação das mudanças necessárias pelos enfermeiros através de reuniões dirigidas – que podem ser intrínsecos, de índole pessoal, ou extrínsecos, relativos à organização do serviço e prestação de cuidados. É aqui se deve ajustar o modelo ao contexto em que ele está a ser implementado.

A terceira etapa (implementação do modelo SafeCare) diz respeito à intervenção. Nesta fase desenvolvem-se sessões de supervisão em grupo, que têm como objetivo promover formação em supervisão clínica e a reflexão e a discussão sobre competências que os enfermeiros consideram deficitárias, promovendo a reflexão sobre as práticas (Teixeira, Barandas, Carvalho, & Barroso, 2019).

Por último, a quarta etapa (avaliação dos resultados) visa avaliar a eficácia da implementação do modelo SafeCare, aplicando novamente os instrumentos de avaliação e seguindo os mesmos procedimentos utilizados na fase de diagnóstico da situação.

Cruz (2012), diz-nos que após desenvolvido e testado um modelo de supervisão clínica em enfermagem e avaliado o processo de implementação e a mudança operada, estamos perante mais informação e de melhores condições para tornar os enfermeiros mais aptos para o exercício profissional, e assim, melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, permitindo visibilidade.

A supervisão clínica, é defendida como um processo que permite o desenvolvimento de condições para que a reflexão sobre os cuidados decorra num ambiente de apoio e suporte, facilitador da partilha de experiências mais complexas. Bond e Holland (2010) introduziram vários requisitos para a SC, afirmando que ela requer “tempo para reflexão”. Os autores

referem que essa reflexão deve ser regular e aprofundada, devendo ser facilitada a abordagem de questões complexas da prática clínica. Nesse sentido, o processo de reflexão é facilitado por um ou mais colegas experientes em sessões frequentes (sessões de supervisão) lideradas por o supervisor (Driscoll, Stacey, Harrison-Dening, Boyd, & Shaw, 2019). Globalmente, a SC centra-se nos assuntos que o supervisionado escolhe refletir como parte do seu desenvolvimento profissional contínuo, sendo também uma fonte de apoio ativo para a sua prática.

Para Abreu (2007), supervisionar entende o uso do conhecimento para ajudar o supervisionado a refletir, organizar e estruturar o pensamento, contribuindo para o processo de aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional e melhoria das práticas, sendo que este processo não deve ser fundamento do improvisado e alheio a um modelo, mas antes apoiado em conceções que sistematizem e integrem conceitos no sentido de uma formação mais competente a todos os níveis.

A relação supervisiva é central no processo de supervisão e constrói-se com base numa relação de confiança e de confidencialidade entre supervisor e supervisionado. Existe, pois, uma interligação dos pilares da educação e do ato educativo. Garrido, Simões & Pires (2008) referem que para orientar clinicamente é necessário que “(...) o saber esteja investido na ação e que os conhecimentos resultantes da ação sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar as já existentes” (p.27).

Para se obter o sucesso na implementação de um modelo é necessário que exista a definição clara de papéis dos vários intervenientes. O supervisor deve assegurar um ambiente organizado e de compreensão, que permita oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado. Desta forma, é importante que o supervisor seja um profissional competente, imparcial e empático, capaz de: refletir; motivar; negociar; gerir; dar *feedback* construtivo e de suporte; promover a autonomia e autoconfiança; resolver problemas; saber ouvir; analisar e liderar (Abreu, 2007; Garrido, Simões, & Pires, 2008). Um dos aspetos mais salientados para o sucesso da implementação da SC diz respeito à escolha do supervisor pelos seus pares (Edwards *et al.*, 2005).

Existem alguns autores que fazem referência às qualidades essenciais do supervisor. Garrido, Simões, & Pires (2008) destacam algumas delas, salientando: a experiência; a formação na área; os conhecimentos; as competências; a motivação; o bom relacionamento interpessoal e profissional; e a disponibilidade. Para os autores, estas características são um fator determinante na formação dos profissionais, cuja função principal é facilitar a

aprendizagem e o desenvolvimento de competências. De igual forma, as características pessoais do supervisor também devem ser tidas em conta: “(...) empatia, autoestima positiva, facilidade no relacionamento interpessoal, saber ouvir, capacidade de observação e de análise e boa comunicação (*feedback*)” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 62).

Nos Cadernos Temáticos acerca do MDP concebido pela OE é referido que o supervisor deve assumir o papel de guia orientador no processo de desenvolvimento do supervisionado, permitindo-lhe “(...) tornar-se um agente dinâmico comprometido com o seu próprio processo de aprendizagem e mudança positiva” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 6). Butterworth e Faugier (1992), cit. por Abreu (2007, p. 235) advertem que os supervisores também devem disponibilizar-se para serem supervisionados, “(...) possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas, salientando ainda as necessidades de os supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão”.

O supervisor deve ser “(...) um enfermeiro com adequadas competências pedagógicas, capaz de compreender e fazer a transferência de um modelo, ou metamodelo de enfermeiro”, para isso é importante “(...) que a sua formação tenha em atenção uma íntima relação entre a teoria/prática/teoria” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 63). Também deve ser capaz de controlar os obstáculos que o processo traz e permitir a expansão de competências. É fundamental que atenda às necessidades formativas e motivações do supervisionado.

Por sua vez, o supervisionado deve ter um papel ativo na sua aprendizagem e processo supervisivo, e espera obter *feedback* (Pitman, 2011). A SCE permite-lhe integrar os conhecimentos teóricos nas experiências da prática, refletir sobre soluções para os problemas, diminuir os níveis de *stress* e construir a sua própria identidade.

Existe um conjunto de estratégias de SC direcionadas para a orientação de estudantes em ensino clínico, podendo muitas delas ser utilizadas na orientação de profissionais. De entre as várias estratégias salientam-se: a demonstração, a simulação de situações reais, os estudos de caso, a formulação de questões reflexivas, os debates e discussões, entre outras. O *feedback*, construtivo e gerido de forma sistemática e com disciplina, usado como outra estratégia, pode proporcionar uma crítica, também ela construtiva, permitindo a melhoria das práticas.

Há, pois, um conjunto de inúmeras estratégias e conhecimentos que o supervisor necessita de ter conhecimento por forma a dar resposta às múltiplas interrogações e desafios que se colocam com o avanço científico. Contudo, mais importante do que a simples aquisição e enumeração de estratégias, há que evoluir para o conhecimento de como estas podem fazer a ponte teórico-prática e promoverem/proporcionarem mais competência aos supervisados para um exercício profissional de excelência (Cruz, 2012).

2. IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

Foi essencialmente a partir de 1990 que foram implementados e criados os diversos modelos de SCE. Da revisão da literatura efetuada, sobressai que a adoção por um modelo de SCE deve ter em atenção a sua especificidade e adequação ao domínio da enfermagem e que o sucesso na sua implementação depende da sua adequação ao contexto, da relação supervisiva estabelecida, dos objetivos que se estabelecem e da forma como é conduzido o processo de supervisão.

Dos modelos expostos no capítulo anterior pode perceber-se que um dos aspetos essenciais e muito valorizados é a existência de processos de reflexão sobre as práticas. Monteiro (2014) refere que os processos de reflexão sobre as práticas nos modelos de supervisão, assentam em três aspetos fundamentais: no apoio das práticas, no desenvolvimento pessoal e profissional e na segurança e qualidade de cuidados de enfermagem. Nos subcapítulos que se seguem serão abordadas as vantagens na implementação de um modelo de SCE assim como alguns aspetos que podem dificultar a sua implementação.

2.1. Vantagens na Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

As instituições de saúde em Portugal, atualmente, vivem uma crescente necessidade de adoção de estratégias com vista à otimização do nível de qualidade dos serviços e satisfação do cliente, bem como, da melhoria das condições da prestação de cuidados seguros.

Apesar do notório impacto da supervisão clínica no exercício profissional, mas também organizacional e na segurança dos cuidados disponibilizados aos clientes, é ainda escassa a evidência que permite avaliar os contributos da supervisão clínica para os clientes (Wright,

2012). No entanto, numa perspectiva de excelência do exercício profissional e da melhoria da qualidade organizacional, é consensual a importância do investimento na investigação em SCE, que permita aumentar os conhecimentos na área, bem como, monitorizar e avaliar o impacto e eficácia sobre a qualidade dos cuidados e consequentes ganhos em saúde. Segundo Abreu (2007) é “necessário desenvolver investigação centrada nas aprendizagens clínicas, modelos de supervisão clínica, condicionantes dos modelos de qualidade, experiências de tutoria e inteligência emocional em contexto clínico” (p. 242).

A responsabilidade profissional, assim como a excelência profissional apresentam-se como expoente máximo do respeito pela dignidade humana e do bem-estar da pessoa a quem são prestados cuidados de enfermagem. Assim, a SC apresenta-se como uma importante ferramenta para a melhoria e aumento da qualidade desses cuidados. Para Ribeiro (2008):

“(…) o exercício da responsabilização profissional deverá ter em conta o reconhecimento e respeito pelo caráter único e dignidade de cada utente e caminhar, ao mesmo tempo, para a excelência, por via do aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento das competências. A formação contínua e em serviço, assim como o acesso a mais informação, assente em profundos conhecimentos científicos vem proporcionar e desenvolver determinados aspetos que permitem colmatar os défices de desempenho identificados, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados” (p.9).

Claramente, “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 140).

A melhoria da qualidade do exercício profissional e a procura contínua do aperfeiçoamento das suas práticas, permite disponibilizar aos clientes, cuidados centrados nas suas necessidades, planeados tendo por base a melhor e mais recente evidência científica sobre os problemas, promovendo a responsabilização profissional e, conseqüente, prática clínica segura. Para Rocha (2014), a individualização da intervenção dos enfermeiros e a preocupação com a singularidade dos clientes, contribuem para uma melhoria da interação enfermeiro-cliente, aspeto que a evidência sugere como um benefício de processo de supervisão.

Cruz (2008) fala-nos da crescente complexidade das necessidades em cuidados e dos cuidados de saúde prestados, o que leva a exigência de uma elevada capacidade de flexibilidade e ajuste às situações por parte dos enfermeiros para uma “enfermagem com

mais enfermagem". Citando Silva (2007, p. 18), isto refere-se ao enquadramento da conceção de cuidados numa perspetiva de "(...) enfermagem avançada que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual concretizada pela relação interpessoal".

Cada instituição tem a sua missão na prestação de cuidados de saúde, que se pretendem diferenciados apostando na qualidade, eficiência e efetividade elevada, onde há o compromisso com padrões de qualidade definidos e sua avaliação (Cruz, 2012).

Posicionando-se no centro de debates sobre formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, a temática da SCE está na mesa das atuais discussões sobre políticas de qualidade das instituições de saúde em Portugal. Segundo Alarcão e Canha (2013) a SCE assume uma posição determinante nas "preocupações com a formação e gestão da prestação de cuidados de saúde e com a avaliação da qualidade dos serviços e desenvolvimento profissional" (p. 34).

De outra forma, se é consensual a escassa evidência em SCE, é também consensual a necessidade de uma estrutura de SC com implementação efetiva tendo por base o compromisso quer por parte dos enfermeiros, quer por parte das instituições, no sentido de assegurarem as condições necessárias para a sua efetividade e, conseqüente, caminho para a investigação nesta área.

O NHS (2009) refere que por via da SC é possível melhorar o desenvolvimento profissional, proporcionar apoio profissional e pessoal aos enfermeiros, estimular o desenvolvimento da mestria clínica, promover a inovação e boas práticas, assegurar a proteção e segurança do cliente e um elevado nível de qualidade nos serviços. Enquanto processo de acompanhamento das práticas clínicas pelos seus pares, a supervisão clínica é perspectivada como um pré-requisito essencial para as melhores práticas e qualidade dos cuidados assumindo importante caminho para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros.

Para a Direção-Geral da Saúde (DGS), a qualidade em saúde pode ser compreendida como sendo a "prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão" (DGS, 2013, p. 2). Neste sentido, a qualidade em saúde implica não só a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão, bem como o melhor desempenho possível por parte dos profissionais de saúde. Assim, a supervisão

clínica em enfermagem, apresenta-se como uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, tendo por base o suporte que dá aos enfermeiros, tornando-se uma mais-valia no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Os processos supervisivos devem responder às necessidades dos enfermeiros, tornando-os mais aptos para o exercício profissional, contribuindo para a sua satisfação e vínculo à profissão, bem como promoção de ganhos em saúde pelo seu elevado potencial de tomada de decisão clínica e conceção de cuidados mais seguros e de maior qualidade.

O desconhecimento acerca da temática da supervisão clínica, pela conceção de que se trata de avaliação e conseqüente possibilidade de penalização, tem impacto negativo sobre os enfermeiros e, conseqüentemente, assiste-se a resistência à sua implementação. São vários os autores que enfatizam que o processo de SC não envolve penalidades, mas sim proporciona oportunidades de desenvolvimento. Não obstante, é aceitável a renitência face à discussão e reflexão de e sobre a prática com alguém que tenha influência na promoção/progressão de carreira, tendo em conta a conjuntura atual: atendendo à precaridade de contratos, esta revela-se francamente desfavorável aos trabalhadores.

Todavia, pode afirmar-se que as funções formativa, normativa e restaurativa são componentes essenciais da supervisão clínica, sendo fundamental distinguir a supervisão da função administrativa.

A falta de motivação e o aumento do número de horas de trabalho dos enfermeiros, por via do investimento em projetos de melhoria contínua da qualidade, aos quais se associam as políticas de restrição e contenção orçamental do Governo, são aspetos inibidores de qualquer processo de supervisão, realçando a importância da definição de estratégias por parte dos gestores, investigadores e profissionais, conjuntamente, para colmatar estas dificuldades.

Importa fazer referência à problemática das dotações seguras como enquadramento da qualidade de excelência e segurança nos cuidados de enfermagem, sendo que, atualmente, esta questão já se encontra decretada pelo Regulamento n.º 533/2014, Diário da República, II Serie, n.º 233 de 2 de dezembro de 2014, que "(...) considerando as características demográficas da população, as tecnologias de saúde e a diversidade de métodos/metodologias de gestão" (Diário da República, 2014, p. 30247), o que demonstra a elevada importância de um modelo de organização dos cuidados de saúde que garanta a qualidade e a segurança dos mesmos. Tendo por base o mesmo documento, "(...) no contexto

político atual, esta é a forma que permite à OE fazer cumprir o seu desígnio fundamental de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem à população” (Diário da Republica, 2014, p. 30247).

O Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros (2011) realçam que:

“A dotação adequada de enfermeiros é um dos aspetos fundamentais para atingir índices de qualidade dos cuidados de saúde da população alvo e para a própria organização, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência. (...) O cálculo das necessidades não pode, assim, limitar-se ao critério do número de horas de cuidados por doente e por dia ou tempos médios utilizados em determinados procedimentos, sendo consensual que a definição de um rácio apropriado deve considerar, também, aspetos como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar.” (p.8).

A complexidade inerente à implementação de um modelo de SCE, torna-o suscetível a várias interferências, colocando em risco o sucesso do processo. A identificação de interferências negativas e das facilitadoras é determinante para que se possa delinear estratégias para minimizar e resolver as dificuldades e investir, ainda mais, nos aspetos percecionados como favoráveis, potenciando todo o processo. Isto depende não só do empenho dos profissionais, mas também do nível de envolvimento da instituição.

2.2. Dificuldades na Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem

Os enfermeiros, no seu exercício profissional, deparam-se com contínua mudança e exigência na prestação de cuidados, que requer maior desempenho centrado numa lógica concetual e competência para a tomada de decisão.

Dado que é reconhecido a necessidade de apoio contínuo aos profissionais de saúde para manterem e melhorarem a prática, no sentido da qualidade ambicionada, a supervisão clínica, apesar da escassa investigação que documente com rigor os resultados e benefícios para os clientes, revela-se um mecanismo de suporte ideal.

De facto, a evidência demonstra que a operacionalização de modelos de supervisão clínica é de difícil reprodutibilidade em diferentes contextos (Cutcliffe, Sloan & Bashaw, 2018; Pollock *et al.*, 2017), no entanto, é percebido o impacto positivo nas instituições de saúde (Snowdon, Leggat & Taylor, 2017), no trabalho dos enfermeiros e nos cuidados prestados aos clientes (Snowdon, Hau, Leggat, & Taylor, 2016).

As barreiras à implementação da SC podem ser classificadas como intrínsecas e extrínsecas. As intrínsecas dizem respeito ao próprio – como concepções erradas dos enfermeiros sobre SCE, falta de motivação e cansaço físico e mental dos enfermeiros; e as extrínsecas – como a sobrecarga de trabalho, a falta de tempo, horários rotativos, escassos recursos humanos qualificados; a falta de cultura organizacional de SC. Estas últimas, são frequentemente citadas como razão para o fracasso, mas as intrínsecas, como valores e crenças individuais relativas à supervisão, revelam-se um grande entrave à sua implementação (Hall, 2018).

A resistência à mudança tem por base, certamente, as implicações que originará na vida pessoal e profissional. Por conseguinte, a forma como a SC chega até aos enfermeiros pode ditar a verdadeira eficiência do modelo de SCE implementado. As crenças erróneas e sentimento de fiscalização e imposição tem impacto negativo no envolvimento e manutenção dos intervenientes na implementação do modelo. Aqui reside a importância da cultura de SCE por parte dos profissionais e da organização.

Rogers (1962) defende que uma inovação é mais rapidamente interiorizada caso a ideia seja compreendida pelos membros de uma comunidade e que raramente é a inovação em si o fator major do atraso na sua implementação.

A resistência à SCE tem sido abordada numa perspetiva psicodinâmica, sendo atribuída à ansiedade e ao medo (Buus, Delgado, Traynor, & Gonge, 2018).

Noutra perspetiva, Kadushin e Harkness (2002) atribuem a resistência pelos intervenientes à SC aos diferentes objetivos entre supervisados e supervisores e aos “jogos de poder” entre estes; concluem até que o supervisado acaba por “perder” quando ganha essa disputa.

Um dos problemas na abordagem das barreiras à implementação da SC reside no *overlap* entre a resistência à SC e a renitência na participação de estudos investigacionais sobre a sua implementação (Buus, Delgado, Traynor, & Gonge, 2018). Isto leva a um possível viés de seleção dos intervenientes, uma vez que os não-participantes não são,

tradicionalmente, objeto de estudo. Assim, o desenvolvimento de uma cultura de SC na equipa e organização é dificultado.

Buus, Delgado, Traynor e Gonge (2018) avaliaram a perspetiva de um grupo de enfermeiros de Saúde Mental que não participaram na SC vigente na sua organização. Os motivos apresentados para a não participação foram diversos, e resumem-se em dois grupos – não-participação forçada, apesar de considerarem a SCE importante, o esforço requerido é percecionado como desproporcional (como trabalhar em turnos rotativos, dificuldade em conciliar horários, competir com obrigações familiares, carga de trabalho); e rejeição deliberada baseada na sua perspetiva sobre a SCE (descrença).

De salientar que as definições de resistência à SC dependem da perspetiva: a resistência por parte do interveniente pode ser percecionada como *coping* mal adaptativo, e o próprio percecionar-se como caso de sucesso na gestão de conflitos e exigências laborais (Buus, Delgado, Traynor, & Gonge, 2018).

Outra barreira à difusão da SC prende-se com a dinâmica das sessões de grupo. É referida a dificuldade na abordagem de temáticas de forma natural e isenta de *peer-pressure*, medo do julgamento e ansiedade por partilha de experiências e ser foco de atenção. Por vezes os supervisados modulam a sua participação, o que desvirtua o propósito destas sessões, a reflexão sobre as práticas (Buus, Delgado, Traynor, & Gonge, 2018).

Os conflitos existentes e a conseqüente falta de confiança entre pares podem levar a que a SC seja percecionada como uma agravante ao ambiente complexo vivido. Neste contexto, a adoção por parte das organizações de processos formais de SC pode ser interpretada como uma intrusão, contribuindo para a supressão de emoções por parte da equipa, ao invés de auxiliar a encontrar soluções para o problema. Nestes contextos laborais adversos e em alturas de maior sobrecarga, muitas vezes assiste-se à desvalorização dos processos supervisivos, altura em que eles seriam mais benéficos (Buus, Delgado, Traynor, & Gonge, 2018).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação científica, traduzida por um processo sistemático e rigoroso, tem uma importância fulcral no avanço da ciência e do conhecimento. Existem diversas abordagens metodológicas que dependem em parte do investigador, com vista à obtenção de respostas à questão formulada, tendo por base a identificação do problema e objetivos delineados (Fortin, 2009).

Como pedra basilar da investigação importa apresentar as opções metodológicas com vista a conhecer a perspetiva dos enfermeiros supervisionados face à implementação de um modelo de SCE.

3.1. Pertinência do Estudo

A supervisão clínica, tem sido descrita aos longos dos anos como um processo promotor do desenvolvimento pessoal e profissional. Já na década de 90, se falava da evidência de efeitos positivos dos processos supervisivos como promotores de cuidados de qualidade. Estes proporcionam o apoio e suporte ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, bem como o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais essenciais à tomada de decisão autónoma, com vista a melhorar os padrões de qualidade dos cuidados permitindo assegurar a proteção dos melhores interesses dos clientes (Winstanley & White, 2003; NHS, 2013).

Viveiros (2016) no seu estudo acerca da satisfação dos enfermeiros com a supervisão concluiu que existia uma correlação entre a satisfação global dos enfermeiros e a sua satisfação com a supervisão, facto que o levou a concluir que a adoção de processos de supervisão aumentava os níveis de satisfação nas equipas de enfermagem. De facto, profissionais mais motivados são capazes de se envolver mais na relação clínica, sentindo maior diferenciação técnico-profissional e, conseqüentemente, maior sentido de

responsabilidade. Assim, a supervisão clínica está ela também relacionada com a segurança, com as relações profissionais produtivas, com efeitos na qualidade dos cuidados, sendo esse um dos aspetos essenciais na melhoria contínua da qualidade. A qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem são fundamentais para a excelência da profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A realização deste estudo prende-se não só com a escassa evidência acerca da implementação de modelos de SCE em Portugal, que sugerem a existência de um campo em aberto no que concerne à opinião dos enfermeiros acerca da implementação de modelos de SCE e as vantagens que a implementação de um modelo pode trazer para a organização de cuidados, para os enfermeiros e para os clientes, mas também com o gosto pessoal pela temática em estudo.

Crê-se que um modelo de SCE deve ser sempre adaptado às características e necessidades do contexto, e que profissionais envolvidos aumentam o sucesso da implementação de um modelo. Desta forma, pretendeu-se contribuir para a compreensão do impacto da implementação de um MSCE. O modelo SafeCare apresentou-se como sendo o ideal para o desenvolvimento deste estudo.

3.2. Questão de Partida

Para Campenhoudt (2005) o investigador formula uma pergunta de partida, através da qual tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar e compreender melhor. Uma pergunta “não encerra imediatamente o trabalho numa perspetiva restritiva [...] permite-nos simplesmente saber aonde nos dirigimos e comunica-lo aos outros” (Campenhoudt, 2005).

A questão de partida deve, assim, ser clara, exequível e pertinente. Assim sendo, para este estudo foi elaborada a seguinte questão de partida: “Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação do modelo SafeCare?”

3.3. Finalidade e Objetivos

O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que orienta a investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos (Fortin, 2009). Face à questão de partida, este estudo tem como finalidade contribuir para a elaboração de propostas de melhoria do modelo SafeCare.

Para a concretização dessa finalidade, foram definidos os seguintes objetivos:

- Compreender a motivação dos enfermeiros para a implementação do modelo SafeCare;
- Reconhecer as vantagens/desvantagens percebidas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação do modelo SafeCare;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a implementação do modelo SafeCare;
- Identificar os contributos da implementação de um MSCE para a segurança e qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Identificar estratégias de supervisão clínica que facilitam a implementação do modelo SafeCare.

3.4. Tipo de Estudo

Tendo por base a natureza da problemática que se pretende estudar e seus objetivos, torna-se necessário definir o tipo de estudo, no sentido de dar resposta às questões inicialmente colocadas (Fortin, 2009). O tipo de investigação é ainda definido pelo nível de conhecimento já existente naquele domínio.

As questões de investigação podem situar-se num de quatro estádios de investigação, sendo que o estádio I visa explorar e descrever um fenómeno antes de desenvolver a teoria;

o estadio II visa a descoberta de relações e descreve-las; o estadio III, na presença de conhecimentos mais avançados, tem em consideração o grau de influência inter-variável e tenta explicar essa variação; e por fim o estadio IV tenta estabelecer uma relação de causalidade (Fortin, 2009).

A questão de investigação previamente definida situa-se no estadio II da investigação. Nesse estadio, já com algum conhecimento no domínio, as questões integram conceitos que já são familiares (Fortin, 2009).

O paradigma qualitativo tem como objetivo determinar a perspectiva dos sujeitos em relação à compreensão de um fenómeno, sendo que as observações são descritas sob a forma narrativa. Assim, este estudo adotou abordagem paradigma qualitativo através de um processo de raciocínio indutivo, uma vez que pretende compreender um fenómeno (implementação de um MSCE) segundo a perspectiva dos sujeitos (enfermeiros), sendo as observações descritas sob a forma de testemunho ou narrativa (Fortin, 2009).

Este é um método que procura compreender o significado das coisas, sendo do interesse do investigador a compressão sobre a forma como as pessoas pensam e sentem determinado fenómeno; no caso, o que esperam com a implementação do modelo SafeCare. O paradigma qualitativo é um processo que envolve informação subjetiva, sentimentos e impressões ao invés de números (Turato, 2005; Fortin, 2009). O processo de raciocínio indutivo permite ao investigador recolher um conjunto de dados e com eles desenvolver uma explicação acerca do objeto de estudo (Turato, 2005; Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo exploratório, dada a escassa investigação na área. Assim, é intenção explorar e descrever a implementação de um modelo de SCE segundo a perspectiva dos enfermeiros supervisionados, uma vez que são intervenientes privilegiados no processo (Coutinho, 2011; Fortin, 2009).

O presente estudo, integra um Projeto da ESEP, o Projeto SafeCare – Supervisão clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados, fazendo parte integrante de um estudo mais alargado, que visou a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem. O estudo foi desenvolvido num serviço de Saúde Mental e Psiquiatria de um hospital do distrito do Porto.

3.5. Participantes

Na investigação qualitativa, os participantes são selecionados tendo por base o conhecimento e experiência com a investigação proposta, bem como um conjunto de características que permitam a obtenção de dados relevantes e abrangentes da questão em estudo (Fortin, 2009).

A amostragem consiste na escolha de um grupo de pessoas (amostra) com o objetivo de se obter informação sobre o domínio em estudo, podendo ser representativo da população geral (Fortin, 2009). Os métodos de amostragem dividem-se em duas categorias: amostra probabilística e não-probabilística. Esta última, define-se por não garantir a todos os elementos a mesma possibilidade de serem selecionados para a amostra. Geralmente este tipo de amostragem está relacionado com a investigação qualitativa. Esta investigação constitui uma amostra não-probabilística de conveniência (Fortin, 2009).

Por conseguinte, a base da amostragem tem como objetivo encontrar as propriedades de um determinado grupo ou situação. Dada a dificuldade e morosidade de entrevistar todos os enfermeiros que participam na implementação do modelo, os participantes foram sendo contactados até se obter a saturação dos dados, tal como previsto para os estudos qualitativos. Isto é, o momento a partir do qual o investigador não obtém dados novos dos participantes ou das situações observadas (Fortin, 2009).

Optou-se por abranger profissionais com diferentes perfis e experiência, tanto quanto à formação pós-graduada e ao tempo de experiência profissional. De modo a existir diversidade, optou-se por selecionar dois/três elementos de cada equipa de SCE e das diferentes áreas de intervenção. Foram então entrevistados um total de 11 enfermeiros. No entanto, um dos elementos que estava incluído no grupo dos supervisados passou a assumir o papel de supervisor da equipa, deixando de cumprir o critério de inclusão para este estudo; um outro participante retirou o consentimento não sendo, por isso, incluindo no estudo.

Para incorporar o grupo de participantes foram definidos como critérios de inclusão:

- Exercer funções no Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Ser enfermeiro supervisionado no âmbito da implementação do modelo SafeCare.

3.6. Caracterização Sociodemográfica e Profissional dos Participantes

Apesar do número inicialmente previsto de participantes ser 11, os que participaram no estudo foram nove. Dos participantes do estudo, quatro eram do sexo masculino e cinco do sexo feminino.

TABELA 1: Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=9)

Sexo (M/F) (%)	44,4 / 55,6
Faixa etária (%)	
26-34 anos	11,1
35-44 anos	55,5
45-54 anos	33,3
Estado Civil (%)	
Solteiro/Divorciado	44,4
Casado ou união de facto	55,6
Formação Académica (%)	
Licenciado	100,0
Pós-Graduação	55,6
Categoria Profissional (%)	
Enfermeiro	44,4
Enfermeiro Especialista	55,6
Formação em SCE	11,1
Tipo de vínculo (%)	
CIT	44,4
CTFP	55,6
Tipo de Horário (%)	
<i>Roulement</i>	55,6
Turno fixo	44,4
Tempo de Experiência (mediana de anos)	13,8
Tempo de Experiência em SMP (mediana de anos)	5,8

A idade dos participantes variou entre os 34 e os 50 anos, sendo a média de idades de 40 anos. Quanto ao estado civil, 44% dos enfermeiros eram solteiros/divorciados e 56% eram casados ou viviam em união de facto.

No que diz respeito às habilitações académicas, todos possuíam o Curso de Licenciatura em Enfermagem; um participante tinha pós-graduação (PG) em Supervisão Clínica em Enfermagem, um participante era pós-graduado em Administração e Gestão, um participante era pós-graduado em Bioética e Ética em Enfermagem, um participante era pós-graduado em Administração e Marketing nos Cuidados de Saúde e um participante era pós-graduado em Investigação Criminal e Ciências Forenses.

Dos nove participantes, cinco possuíam um Curso de Especialização em Enfermagem - Saúde Mental e Psiquiatria.

No que concerne ao vínculo contratual com a instituição, quatro apresentavam Contrato Individual de Trabalho por Tempo Indeterminado e cinco pertencem ao quadro dos trabalhadores em funções públicas. Os enfermeiros dividiam-se em horário de *roulement* (cinco) e fixo (quatro).

O tempo de experiência profissional oscilou entre os 11 e 28 anos, sendo a mediana de 13,8 anos. Quanto à experiência profissional no serviço onde exerciam funções à data das entrevistas (Serviço de Saúde Mental e Psiquiatria), variou entre os 28 meses e 15 anos, com uma mediana de 5,8 anos.

Relativamente à experiência prévia enquanto supervisionados, dos nove participantes apenas um refere experiência enquanto supervisor, classificando-a como positiva. No que diz respeito ao exercício do papel de supervisor clínico, três dos entrevistados referiram já ter previamente desempenhado funções de supervisão de estudantes em ensino clínico, mas não no âmbito da supervisão de pares. Classificam a experiência como positiva.

3.7. Instrumento e Processo de Recolha de Dados

Existe uma diversidade de instrumentos de recolha de dados que permitem ao investigador obter informações válidas e pertinentes para realizar um estudo. Contudo, é a natureza da investigação que determina que tipo de instrumento se deve utilizar. Na verdade, o que importa é que o investigador escolha o instrumento que permite dar resposta à questão de investigação e aos objetivos do estudo tendo em conta o estadio da investigação (estadio II).

É pretensão do instrumento de colheita de dados reunir o máximo possível de informação relevante de modo a obter uma resposta para a questão de investigação. Partindo deste pressuposto, foi selecionada a entrevista semiestruturada. A entrevista é considerada como um modo de comunicação verbal entre o investigador e o participante que exige planificação e disciplina. As entrevistas variam em função do grau de liberdade dada ao grupo de participantes bem como o grau de profundidade da informação (Fortin, 2009).

Na entrevista semiestruturada o investigador vai fazendo a condução. As questões são colocadas com sequência, sendo previamente pensadas e estruturadas.

Para a entrevista foi elaborado um guião (ANEXO I). Na elaboração do guião foram seguidas várias etapas: i) foi necessário delimitar a informação pertinente a recolher e ver qual o nível de conhecimentos abrangido através de pesquisa bibliográfica; ii) foram organizados blocos temáticos; iii) para cada bloco temático foram formuladas várias questões; iv) as questões foram analisadas pelo investigador e pelos orientadores; v) após reunião de consensos as questões foram posteriormente avaliadas por um perito; vi) nova reunião de consensos e colocação das questões por sequência lógica, de modo a não afetar as demais e não produzir viés no estudo.

Após a construção do guião e conforme as indicações da literatura, o mesmo foi sujeito a um pré-teste para validação do instrumento de recolha de dados. Foram então efetuadas duas entrevistas a dois enfermeiros, que possuíam características semelhantes às do grupo de participantes, mas que não participaram no estudo.

O pré-teste serviu para validar a confiabilidade do guião construído a partir da credibilidade e perceber se se conseguia obter os dados necessários para responder aos objetivos e questão de partida.

Após o pré-teste, foram feitas ligeiras alterações, resultando na versão final (ANEXO I). A entrevista encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte é destinado à caracterização sociodemográfica (de autopreenchimento). A segunda parte é composta por um conjunto de 19 questões abertas.

A colheita de dados foi efetuada presencialmente, após contacto prévio, pelas vantagens que se encontram naturalmente associadas, das quais se salienta a facilidade expositiva (Fortin, 2009). No primeiro contacto foi efetuada a exposição e esclarecimento do estudo e objetivos, onde foi adicionalmente fornecido um formulário de consentimento informado (em duplicado), sendo a participação de carácter voluntário.

As entrevistas foram previamente marcadas e realizadas num local acordado entre o participante e a investigadora. Tiveram uma duração média de 28 minutos (a menor durou 15 e a maior 52 minutos). O processo de recolha de dados foi realizado entre 10 de abril e 22 de junho de 2018. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, tendo o seu áudio sido gravado e posteriormente transcrito. Após a transcrição as gravações áudio foram destruídas.

A entrevista iniciou-se pela prestação de informação acerca do estudo (mesmo após contacto prévio) e esclarecimento de dúvidas eventuais. Foi também pedida autorização para gravação, onde se alertou para o facto que ninguém seria identificado. Seguidamente, as questões foram colocadas, dando o espaço necessário para o participante responder da forma que entendesse. No final da entrevista foi feita uma síntese, onde se perguntou se queria alterar algo no seu depoimento.

Considerando os objetivos e a natureza do estudo foram realizadas nove entrevistas, onde se verificou que nas respostas das últimas três entrevistas já se tinha atingido a saturação dos dados.

A recolha de dados ter sido efetuada pelo mesmo investigador é uma mais valia porque todas as entrevistas foram conduzidas sem qualquer interferência relacionada com os fatores intrínsecos e subjetivos de cada investigador (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Fortin, 2009).

3.8. Procedimentos de Análise de Dados

A análise de conteúdo pode ser entendida como "um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (Bardin, 2009, p. 52).

A investigadora optou por usar os princípios de Bardin (2020) no tratamento e interpretação dos dados recolhidos. Laurence Bardin defende a análise de dados em três fases consecutivas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento de resultados (inferência e interpretação).

A pré-análise, considerada a fase inicial, é a fase de organização dos dados e tem como finalidade "tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise" (Bardin, 2020, p. 121). Esta fase permite, de grosso modo, salientar os *hot topics* e realizar uma filtragem dos conteúdos mais relevantes para o estudo em curso.

A exploração do material é a fase intermédia, na qual se utiliza de forma sistemática "operações de codificação, decomposição ou enumeração" (Bardin, 2020, p. 127). É a fase mais laboriosa e exigente, na qual se tem que categorizar e codificar a informação obtida. Desta forma, o conteúdo obtido é processado, simplificado e organizando em categorias que devem ser exclusivas, exaustivas, homogéneas, objetivas e pertinentes (Bardin, 2020).

O tratamento de resultados é a fase final do processo: trata-se da fase em que é realizada a interpretação dos dados obtidos e organizados nas fases anteriores, propondo relações possíveis, que posteriormente podem permitir (ou não) chegar a conclusões válidas e significativas.

Neste estudo, as entrevistas realizadas foram transcritas na íntegra para suporte digital em formato texto (Word®), para facilitar a identificação das unidades de contexto e de registo mais relevantes para o estudo. Da transcrição dos discursos dos nove participantes, obteve-se um total de 54 páginas que constituíram o *corpus* de análise.

As entrevistas foram lidas inicialmente de uma forma geral para salientar os conteúdos mais importantes e, posteriormente, de forma mais pormenorizada. Isto permitiu não só uma apreensão não estruturada dos aspetos mais relevantes da entrevista numa fase inicial, mas também posteriormente refinar os dados obtidos e garantir a anonimização dos participantes.

Após a seleção das unidades de análise, procedeu-se à definição de domínios, identificação de categorias e subcategorias e à classificação segundo a análise semântica (dos significados) e codificação das mensagens dos participantes em unidades de contexto e de registo (ANEXO III).

Para unidades de contexto foram selecionadas as frases através do recorte das mensagens trabalhadas e reagrupadas conforme a categoria. As unidades de contexto, unidades de compreensão, cujo propósito é codificar a unidade de análise, correspondem ao segmento da mensagem que possibilita a significação precisa do discurso e que dá origem à categoria e/ou subcategoria.

A categorização *à posteriori*, utilizada neste estudo, teve por base exclusivamente os dados obtidos nas entrevistas. Foi resultado de um processo organizativo e de reflexão, tendo sempre por base a teoria existente na literatura.

Na sequência de validar a confiabilidade da entrevista a partir da consistência das entrevistas foram analisadas separadamente quer pela investigadora quer por uma perita na área da investigação qualitativa, cruzando no final as categorizações efetuadas de forma a reunir consensos. Não existiu alterações na categorização efetuada.

3.9. Considerações Éticas

O desenvolvimento e execução de um estudo investigacional requer profissionalismo, dedicação, responsabilidade e zelo pelos princípios éticos por parte da investigadora. Mais ainda em estudos que envolvem a participação de pessoas, revestindo-se este processo de maior importância.

Para a realização desta dissertação de Mestrado foi efetuado pedido de autorização para colheita de dados ao Presidente do Conselho de Administração do hospital envolvido, assim como à Comissão de Ética para a Saúde do hospital, as quais se obteve parecer favorável.

Os direitos dos participantes do estudo e o seu anonimato estiveram sempre salvaguardados. A todos os participantes foi explicado em que consistia o estudo e o seu objetivo, e qual seria a sua participação no mesmo. Os participantes deram o seu consentimento informado de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e a Lei da Proteção de Dados Pessoais (ANEXO II). Foi-lhes explicado que a qualquer momento eram livres de retirar o seu consentimento, sem qualquer prejuízo para a sua pessoa.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, obteve-se a informação pertinente que responde aos objetivos previamente enunciados. Da organização dos dados, determinou-se seis áreas basilares (categorias e respectivas subcategorias) que integram o enquadramento conceptual do estudo (Tabela 2).

TABELA 2: Tabela das categorias e subcategorias do estudo

Categoria	Subcategoria
Motivação	Intrínseca
	Extrínseca
Vantagens	Mudança de práticas
	Uniformização dos Cuidados
	Motivação da Equipa
Fatores facilitadores	Apoio Supervisor Major
	Comunicação
	Espaço para reflexão de práticas
	Relação de Pares
Fatores dificultadores	Falta de tempo
	Escassez de Recursos Humanos
	Recursos Físicos e Materiais
	Horários
	Competência dos Supervisores
	Falta de Cultura SC
Contributos	Desenvolvimento profissional
	Qualidade dos Cuidados
	Segurança dos Cuidados
Estratégias	Reuniões
	Discussão de Casos
	Reflexão
	Soluções para o problema

4.1. A motivação como fator fundamental na implementação do modelo

A motivação é um tema complexo que gerou diversas teorias, quase como que cada investigador interessado pelo fenómeno sentisse necessidade de elaborar a sua própria teoria. De entre as principais, emerge a teoria das necessidades (Maslow, McClelland, Alderfer) a teoria dos dois fatores (Herzberg, Mausner, Snyderman) a teoria das expectativas ou instrumentalidade (Vroom), a teoria do reforço (Skinner, Connellan), a teoria dos objetivos (Locke, Bryan), e a teoria da equidade (Homans, Adams) (Ferreira, Demutti, & Gimenez, 2010).

O estudo da motivação tem por base a direção e constância da ação. Motivar é algo que leva alguém a agir de uma certa maneira, ou que dá origem a um determinado comportamento, é o que gera empenho com dedicação, esforço e energia naquilo que fazem. Este impulso para a ação, surge de estímulos que podem ser externos (ambiente) ou intrínsecos (processos mentais do indivíduo). A motivação intrínseca ocorre quando a pessoa obtém prazer nas ações que realiza; enquanto que a extrínseca ocorre quando as ações são realizadas como meio para obter alguma retribuição. Desta forma, é possível associar motivação a um processo cognitivo.

Comportamentos extrinsecamente motivados são regulados pela perspectiva de eventuais ganhos ou perdas enquanto que comportamentos intrinsecamente motivados são guiados pela ação em si (isto é, pelo gozo condicionado pela sua realização), não sendo dependentes de qualquer outro *outcome* (Cerasoli, Nicklin, & Ford, 2014). Indivíduos intrinsecamente motivados tendem a persistir mais tempo ao realizar as tarefas que os motivam, o que leva a melhores resultados académicos e desempenho no trabalho.

Entende-se, pelas respostas dos entrevistados, que a decisão de implementação do SafeCare foi unilateral, sem familiarização por parte da equipa com o conceito de supervisão clínica e, por conseguinte, ausência do reconhecimento da sua necessidade e importância do contexto:

E1 "Foi no contexto aqui do próprio serviço, que nos foi informado deste projeto, quais os objetivos e, portanto, foi daí que surgiu o conhecimento"

E3 "Tomei conhecimento quando vocês vieram cá apresentar o projeto"

E6 "Só na apresentação do projeto é que tive contacto, até à data não tinha, ouvia falar, mas não tinha tido qualquer contacto"

E7 "Foi em uma reunião que vieram cá da escola"

Desta forma, o alheamento do conceito de SC direciona para a falta de motivação intrínseca (*E1 "como desconhecida não fazia parte dos objetivos"*), bem como, confusão quanto ao seu sentido (*E4 "Pessoalmente não tenho interesse, não é uma área para a qual esteja muito motivado em termos de exploração, sou um enfermeiro que está direcionado, a minha motivação é prestação de cuidados"*).

Importa reter que as motivações quer intrínsecas, quer extrínsecas não são independentes, mas existe uma interação significativa entre ambas.

A motivação é, sem dúvida, também um fator importante no trajeto de mudança, pelo que todos os enfermeiros que são envolvidos na implementação da SCE e no seu desenvolvimento (Waskett, 2010), devem desenvolver um ambiente construtivo.

Uma preocupação significativa na gestão de recursos humanos nas organizações de saúde é a motivação, que se encontra ligada a fatores importantes como desempenho, maior duração do contrato dos profissionais no seu local de trabalho e satisfação pessoal. Níveis de motivação e satisfação elevados podem aumentar o nível de desempenho e produtividade dos trabalhadores (Yahya, Ismaile, Allari, & Hammoudi, 2019).

Contudo, a equipa demonstra na sua maioria, não se encontrar motivada para a implementação da SCE:

E1 "A grande maioria da equipa não está, propriamente, motivada"

E2 "(...) o nível de motivação, por todos os motivos e mais alguns, essencialmente relacionados com o contexto de trabalho da própria carreira de enfermagem na administração pública, não permite encarar apenas positivamente este tipo de atividades"

E6 "Alguns elementos sim, outros, por circunstâncias profissionais, que acho que são conhecidas de todos e publicas, não encontram alguma motivação"

E7 "Se for a responder sinceramente acho que não estão muito motivados"

E8 "A equipa no geral, não. Penso que existe muita relutância dos colegas em avançar... digamos, eu penso que apesar de ter sido explicado, explicado muito bem,

o que é a supervisão clínica, existe relutância, porque os colegas acham, daquilo que perceciono, que é trabalhar para os outros, ou que estão a ser avaliados, e a mudança causa-lhes renitência”; “Uma das barreiras que temos, é às vezes a falta de motivação da equipa... e às vezes um ou dois querem avançar, não é fácil, porque estão sempre a puxar-nos um bocado para trás, para não avançarmos.”

Os enfermeiros que trabalham nos cuidados de saúde tem uma estrutura específica que não pode ser ignorada. Apesar de pouco estudada, a motivação pode desempenhar um importante papel, ajudando nos múltiplos desafios que a profissão de enfermagem enfrenta atualmente.

A motivação é assaz importante no aumento de produtividade. Existe evidência (Yahya, Ismaile, Allari & Hammoudi, 2019; Cerasoli, Nicklin & Ford, 2014) que corrobora o aumento do desempenho dos enfermeiros com níveis de motivação (quer intrínseca quer extrínseca) elevados. Desta forma, a implementação de estratégias de motivação bem definidas, permitem melhorar e rentabilizar as competências, experiência e conhecimento dos enfermeiros. Melhorando o nível de motivação dos profissionais é possível aumentar a sua sinceridade, pontualidade, flexibilidade e capacidade de resposta no desempenho de diferentes tarefas. A motivação pode diminuir a taxa de absentismo e os níveis de stress, bem como melhora a saúde física e mental da equipa, a sua criatividade e compromisso com os objetivos da organização. Com a melhoria do desempenho dos seus trabalhadores, o nível de produtividade da organização, no seu todo, aumenta.

Muitos estudos demonstram que existem diversos fatores motivadores em Enfermagem, quer positivos quer negativos. Os fatores podem ser motivação interna, motivação relacionada com as condições de trabalho ou motivação externa, relacionada com o local de trabalho. O trabalhador tem duas necessidades para poder cumprir as suas funções: em primeiro lugar, o seu bem-estar pessoal; e em segundo lugar ter/obter satisfação no local de trabalho. De uma forma geral, saúde e satisfação no local de trabalho estão interligados com o status profissional, comunicação entre colegas, salário e ambiente organizacional.

Em geral, remuneração é um dos mais populares fatores motivacionais no ambiente de trabalho. No entanto, para os enfermeiros não é o principal fator motivacional.

Gostar do trabalho que se desempenha, ter relações saudáveis com outros profissionais de saúde, ter oportunidades de crescimento profissional e ter boas condições de trabalho

são outros dos fatores motivacionais que desempenham um papel relevante na Enfermagem. Enfermeiros motivados pela necessidade de melhoria pessoal demonstram tendência a comportamentos que conduzem a capacidades técnicas mais aprimoradas, são autodidatas, o que leva a uma maior autonomia.

Os hospitais que envolvem a enfermeiros nas decisões relacionadas com a equipa de enfermagem e que adotem políticas de comunicação aberta entre equipa médica e de enfermagem, são frequentemente considerados muito atrativos, contribuindo para níveis altos de motivação e alta capacidade de retenção de profissionais. Para obter mais conhecimentos e dominar novas técnicas, os enfermeiros procuram sempre oportunidades formativas que contribuam para o seu desenvolvimento profissional, apresentando-se, indubitavelmente, um fator motivacional muito importante. Os outros fatores motivacionais são: adequados recursos, administração competente e acessível, distribuição justa da carga de trabalho, horários flexíveis, segurança no trabalho, assim como os já referidos salários e incentivos financeiros.

A segunda forma predominante de motivação é a interiorização de objetivos externos (tornar os objetivos das suas entidades patronais nos seus próprios) e meritocracia: os enfermeiros acreditam que as suas ações devem levar a um resultado concreto, tal como uma recompensa, promoção ou aumento de salário. Assim, uma das fontes mais importantes de motivação é a recompensa. Recompensa é a retribuição apropriada (quer um incremento salarial ou uma promoção) que reflete o desempenho do trabalhador.

Girvin (1996) defende que os líderes devem ser motivadores-natos. A motivação tem por base a necessidade e não há motivação se as expectativas forem baixas:

E1 "as minhas expectativas são baixas. Primeiro porque não gosto de criar expectativas altas, e por outro, como tenho muita dúvida na parte da vontade política de mudar alguma coisa ponho sempre aqui umas reticências porque se não houver vontade política (...)"

E2 "Desde o início digo não estamos em contexto adequado para a implementação disto... por melhor que seja o conceito, as minhas expectativas também não serão muito elevadas"

Assim, encontra-se na equipa um misto de expectativa, se por um lado, há o desacreditar na mudança para melhoria da qualidade e segurança e, conseqüentemente baixa expectativa; por outro lado, ainda foi possível conversar com enfermeiros motivados

para a implementação do modelo SafeCare, que perspetivam mudanças fundamentais para o exercício da profissão, qualidade e segurança dos cuidados:

E4 “Isto só pode dar passos em frente, não é possível manter-se estagnado, e muito menos andar para trás, não! A minha expectativa é muito, muito elevada.”

4.2. As vantagens da implementação do modelo SafeCare

Dentro das vantagens apontadas pelos enfermeiros, as que mais se salientam são a mudança de práticas, a uniformização de cuidados e a motivação da equipa.

De uma forma geral, embora não apresentando motivação, quer intrínseca quer extrínseca, os enfermeiros reconhecem vantagens na implementação do modelo SafeCare:

E8 “Sim, sim, faz. Acho que traz vantagens, muitas vantagens. Apesar de, não ser muito reconhecido, e as pessoas não terem essa perceção, traz muitas vantagens”

E9 “Desde que seja para adquirir novos conhecimentos, faz parte.”

E9 “Desde que seja para trazer novos fatores motivacionais para trabalhar enquanto equipa, vejo isso como vantagem”

A provável resistência dos enfermeiros à implementação de um processo superviso advém da mudança, de algo que certamente originará alterações significativas na vida pessoal e profissional, não sendo facilmente aceite (Wright S. , 1998). Assim, a forma como a SC é sugerida, apresentada, implementada e até mesmo avaliada, vai-se tornar fulcral para a sua verdadeira eficiência. A SC, para funcionar, tem que ser uma parte integrante da cultura e da vida profissional de Enfermagem (Wood, 2004). Torna-se importante salientar, que o processo deverá envolver todos os participantes, supervisor/superviado/instituição, tornando esta relação tripartida eficaz, impulsionando o desempenho esperado por todos os intervenientes (Cruz, 2008).

Pretende-se com isto, atenuar o sentimento de fiscalização ou de imposição durante a implementação do modelo; e, acima de tudo, valorizar a opinião dos enfermeiros, na

expectativa de que estes se sintam envolvidos no processo. Não existem propriamente modelos de mudança, apenas existem linhas orientadoras de forma a que esta se processe de forma mais simples e célere possível.

A teoria de gestão de Lewin afirma que, para se proceder a implantação de um projeto, é essencial empoderar as forças de mudança e limitar as forças de renitentes à mudança (Wood, 2004).

É necessário compromisso, resiliência e coragem para uma adaptação aos cuidados de saúde, que estão numa constante mudança:

E1 "A vantagem, e falo no campo teórico, porque isto só terá vantagem se houver uma aplicação prática, é de facto debater os problemas, portanto, pôr o dedo na ferida, portanto, se não se falar nos problemas os problemas continuam, e não se toma qualquer tipo de atitudes para se poder resolver. Portanto, é muito importante falar sobre as coisas, o que é que está bem, o que é que não está bem, o que é que se pode fazer diferente"

E7 "Eu acho que a vantagem é sempre a de tentar que as coisas melhorem e evoluam no bom sentido, para que as pessoas consigam fazer coisas novas e diferentes, mais organizadas"

E8 "Eu acho que traz vantagens, porque dá para a gente fazer uma análise daquilo que há necessidade em mudar ou melhorar, e traz vantagem porque começamos a implementar mudanças, a nível de organização"

Uma das vantagens salientadas pelos enfermeiros é a uniformização dos cuidados. A uniformização dos cuidados permite definir cuidados padrão num determinado serviço, assegurando a segurança dos cuidados, zelando pelo melhor interesse dos clientes.

"Atalhos" e lapsos sistemáticos nos cuidados prestados são situações recorrentes na prática clínica em enfermagem. Pouco se encontra na literatura sobre este tema. No entanto, uma vez que é uma problemática não abordada, esta é replicada, aceite e perpetua-se, com consequências nefastas para os clientes. O declínio nos cuidados causado por estes lapsos sistemáticos denomina-se "aceitação pragmática" ou "indiferença resignada" (Markey, Murphy, O'Donnell, Turner, & Doody, 2020). A implementação de um MSCE, através da sua estratégia de suporte e de reflexão das práticas numa cultura isenta de culpa, permitindo a minoração/evicção de erros pela sustentação da prática baseada na evidência, consequente mudança de prática e uniformização os cuidados. Aspeto este, reconhecido pela equipa:

E6 “Essencialmente, eu acho que, permite que os cuidados, todos eles passem a ser uniformizados, e que, acima de tudo, se consiga prever, preparar, planejar, avaliar, e a partir da avaliação potenciar uma melhoria interna, quer enquanto profissional, quer na prestação direta”

A função normativa da SCE proposta por Proctor (1986) defendia que se devia dar oportunidade aos enfermeiros de rever e tomar posse sobre a excelência de cuidados, reconhecendo as suas debilidades e vícios sistemáticos, para levar a mudanças de comportamento que levem ao melhoramento dos cuidados.

4.3. Fatores facilitadores na implementação do modelo SafeCare

Para o sucesso da SCE, é necessário suporte genuíno por parte dos gestores e sentimento de posse (Dilworth, 2013). Deve ser um processo planeado, lógico, contemplando todas as possíveis dificuldades relacionadas com a sua implementação.

Os fatores facilitadores apontados pelos enfermeiros foram o apoio do supervisor major, a comunicação, o espaço para reflexão de práticas e a relação de pares.

Um supervisor tem um papel importante e exigente no aconselhamento dos seus supervisionados, na prevenção do *burnout* e na promoção da resiliência. O seu apoio é fulcral para a implementação da SCE: leva ao aumento da auto-estima, confiança e conhecimentos dos profissionais envolvidos, levando à diminuição do stress emocional associado. Este orienta os supervisionados, define objetivos dos conhecimentos e técnicas que estes devem atingir, garantindo o cumprimento dos deveres éticos no local de trabalho (Bajad, Gaikwad, Spearpoint, & Srivastava, 2019). O ganho de competências permite aos supervisionados o desenvolvimento de capacidades para a resolução dos problemas quotidianos vigentes, aumentando a sua intervenção na participação na prática reflexiva (Bajad, Gaikwad, Spearpoint, & Srivastava, 2019).

Um supervisor deve ter boa capacidade de comunicação e ser um bom ouvinte, ser uma pessoa com integridade e credibilidade perante os seus pares (Sloan, 1998).

Corey, Haynes, Moulton e Muratori (2010) defendem que, a determinada altura da sua vida profissional, os profissionais de saúde serão inevitavelmente colocados no papel de supervisores ou de supervisados. Esta prática beneficia quer os profissionais, quer a organização, melhorando a prática. E, naturalmente, os supervisores também necessitaram de ser supervisados (Sloan, 1998).

E8 “(...) acho que é facilitador o facto de termos o apoio da supervisora major, acho que é muito facilitador, porque ela apoia e se tivermos alguma dúvida podemos entrar em contacto com ela sempre”

As características, atitude e conhecimento do supervisor são determinantes *major* para o sucesso da implementação do MSCE (Bajad, Gaikwad, Spearpoint, & Srivastava, 2019). Um supervisor que não tenha capacidade de transmitir adequadamente os seus conhecimentos e ideias, que saliente apenas os aspetos negativos e que não reconheça o progresso individual não irá conseguir incutir confiança na sua equipa (Kilminster & Jolly, 2000). Isto leva a que os supervisionados não partilhem os problemas observados na prática clínica, conduzindo à perpetuação dos mesmos.

A comunicação é uma necessidade em todas as áreas, não sendo a enfermagem uma exceção. Melhora as relações interpessoais e ajuda na prestação de cuidados de excelência ao permitir identificar o que pode estar a falhar. Isto é sem dúvida importante para evitar lapsos sistemáticos. De outra forma, a reflexão sobre a prática clínica vigente é um componente vital na SCE (Winstanley & White, 2003), nos trabalhos de equipa em geral e na enfermagem em particular. A supervisão em grupo pode ser mais eficaz que a individual, pela participação na discussão por parte dos outros colegas e pela discussão de diferentes pontos de vista (Winstanley, 2001).

Foram pontos salientados pelos enfermeiros:

E3 “Sobretudo a comunicação”

E5 “A comunicação, estes espaços, estas reuniões com a Enfermeira Supervisora Major, em que nós debatemos, em que nós falamos, em que, inicialmente, eu acho que de uma forma destrutiva, porque era isso que a equipa estava habituada, (...) hoje, nós conseguimos conversar das coisas, mas sem as coisas menos boas no meio, sem estar a fustigar este elemento ou outro... De forma positiva, discutimos as coisas e chegamos a conclusões.”

O viés da superioridade ilusória, proposto pela primeira vez por Kruger e Dunning (1999), defende que indivíduos com pouca habilidade/conhecimento numa determinada tarefa frequentemente sobrestimam as suas capacidades, não se apercebendo dos seus erros. Um MSCE assente na prática reflexiva pode auxiliar neste processo de correção de erros e melhoria da prática clínica, possibilitando a transmissão de uma mensagem fulcral à equipa sem quebrar relações de confiança. Isto é conseguido através da comunicação e da transmissão de feedback negativo numa forma positiva.

Uma revisão (Lindahl & Norberg, 2002) sobre a SCE em regime de cuidados intensivos, demonstrou que os profissionais envolvidos viam a SC como um espaço de partilha de emoções e de práticas, cumprindo a função restaurativa de Proctor:

E1"(...) o facto de termos um espaço onde podemos apresentar as nossas ideias, as nossas dificuldades, as nossas preocupações, é um espaço que automaticamente se podem identificar problemas, se podem identificar situações que podem ser melhoradas e isso, lá está, para se melhorar na prática tem que se ter um diagnóstico, portanto, primeiro passa pelo diagnóstico para depois se poder ter um plano de tratamento e depois termos resultados, o caminho é este. Este modelo possibilita isso."

E4 "(...) uma capacidade de autoanálise (...) estamos, naturalmente, predispostos a podermos refletir sobre nós próprios"

E9 "Se calhar poder exprimir o que sentimos ou achamos que está menos bem"

Launer (2016) defende que quer o supervisor quer o supervido devem discutir o que correu bem e o que se poderia ter feito para melhorar o nível de cuidados. Alguns dos fundamentos da relação supervisor-supervisados passam por um ambiente de trabalho saudável, confiança inter-pares e a não-existência de uma cultura de culpa (Corey, Haynes, Moulton, & Muratori, 2010). A decisão partilhada e a discussão das suas próprias práticas ajudam a motivar e a integrar os supervisados (Launer, 2016). Isto permite a discussão de práticas com intuito formativo e construtivo.

Cultivar um ambiente de trabalho positivo é fundamental, uma vez que enfermeiros que estejam a trabalhar em ambientes nefastos/complexos estão mais propensos a desenvolver stress e *burnout* (Dhaini *et al.*, 2017; White, Aiken & McHugh, 2019). Sabe-se que um espaço de trabalho com boa relação de pares ajuda a minimizar o erro e a manter o nível de cuidados (Kim, Yoo, & Seo, 2018). Para além disso, a SCE promove uma maior resiliência e o

desenvolvimento de estratégias de *coping* por parte do enfermeiro que desempenhar funções num ambiente complexo (Gonge & Buus, 2011).

A SCE pode ser uma solução pró-ativa no auxílio da enfermagem, cultivando a boa relação entre pares e uma cultura de crescimento partilhado sustentado, proporcionando uma prática segura. Os enfermeiros referem como fator facilitador para a implementação do modelo SafeCare a relação de pares existente:

E2 “O facto de serem colegas de trabalho, acho que é facilitador. Gosto muito da equipa, dos meus colegas de trabalho”;

E6 “(...) acho que a equipa que temos nos permite fazer algo (...) A relação entre pares”

Está demonstrado que a SCE é um método de melhorar condições de trabalho e da prática clínica (Parlour & Slater, 2014), embora continue subutilizado. Relatos por parte de enfermeiros supervisionados reportam uma sensação de empoderamento, com aumento da satisfação laboral (Pollock *et al.*, 2017).

4.4. Fatores dificultadores na implementação do modelo SafeCare

Os modelos de supervisão têm maior probabilidade de insucesso se não forem cuidadosamente planeados. O estudo realizado por Bishop (1998) chegou à conclusão que as dificuldades e barreiras fundamentais para o sucesso da SCE englobam: a sobrecarga de trabalho; a falta de tempo; os escassos recursos humanos qualificados; a falta de apoio dos supervisores clínicos; as conceções erradas dos enfermeiros sobre a SCE. De outra forma, Rogan (2009) reporta ainda como dificuldade para a implementação a falta de motivação e o cansaço emocional e mental dos enfermeiros.

Vários autores (Chilvers & Ramsey, 2009; Duarri & Kendrick, 1999; Jones, 1999; Wallace, 1999) referem que, na sua generalidade, uma das preocupações mencionadas na literatura, quando se fala na implementação de um modelo de SCE, é o fator tempo.

Presentemente, o nível de trabalho imposto ao enfermeiro prestador de cuidados já é excessivo. Se lhe for atribuída uma responsabilidade suplementar como a SC, muitas vezes feita fora do horário de trabalho, então o seu nível de trabalho torna-se ainda mais exacerbado.

Cross, Moore e Ockerby (2010) afirmam que o tempo é uma das maiores barreiras a implementação da supervisão clínica num serviço hospitalar, dada a imprevisibilidade associada aos cuidados aos clientes e a rotação dos profissionais; a supervisão clínica não é vista como uma prioridade.

Os dados recolhidos das entrevistas corroboram com a literatura, e de facto o tempo é apontado como um dos fatores que mais dificulta a gestão da SCE:

E1 “(...) é assim, sob o ponto de vista prático dificuldade por assim dizer, não vejo nenhuma; A questão da gestão do tempo (..) isso é feito em horário de serviço, portanto, não há prejuízo por aí. Portanto, falar sobre o serviço em si, sobre aquilo que realmente nos preocupa, aquilo que achamos que não está bem, aquilo que se pode melhorar, nunca trará nenhum prejuízo.”

E3 “(...) a gestão do tempo”

E6 “Neste momento, acho que é mesmo, o tempo... essencialmente o tempo”

E7 “(...) mas o tempo se calhar, a organização do serviço no sentido de nos proporcionar tempo para isto (...) Se queremos fazer alguma coisa temos que fazer no nosso tempo. (...) Para as vezes ler investigar, o próprio serviço em si não dá muito tempo para podermos fazer esse trabalho”

Devido à elevada carga de trabalho e/ou a escassez de tempo para a prestação de cuidados, a reflexão “nos” e “sobre” os cuidados é resumida ou aplicada em segundo plano (Waskett, 2010; Butterworth, Bishop & Carson, 1996; Thomas, 1995).

Koivu (2011) expõem duas barreiras para a implementação da SC: a barreira organizacional e a barreira pessoal. A primeira inclui os conflitos profissionais e políticos, a falta de entendimento e os incómodos do tempo/recursos (nomeadamente os turnos rotativos/desgastantes). A barreira pessoal reconhece nos enfermeiros envolvidos as emoções, o medo de mudança, o défice de confiança e de conhecimentos baseados na evidência, que irrefletidamente se integram na prática, ou mesmo a falta de competências, além do desconhecimento em relação à SC e seus objetivos.

E4 “(...) a questão do roulement, tipo de trabalho por turnos que ao fim de vários anos produz efeitos nefastos individualmente a cada um, e depois consequentemente se põe no trabalho para com o doente”

Isto pode ser escamoteado através de horários flexíveis de sessões de SC, assegurando que estas se realizam numa altura em que abranja o maior número possível de enfermeiros. Esta medida pode ajudar a combater a falta de tempo da equipa de enfermagem (McKeown & Thompson, 2001).

Assim, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho constituem barreiras à implementação e manutenção da SC (Dilworth, 2013), sendo considerado fundamental ter tempo dedicado à discussão do trabalho e ao exercício reflexivo (Cross, Moore & Ockerby, 2010; NHS, 2009). Esta falta de tempo e sobrecarga de trabalho, deve-se sobretudo à escassez de recursos humanos e gestão organizacional. Evidência recente salienta a correlação entre a escassez de recursos e a não prestação de cuidados de enfermagem de excelência, com ameaça à segurança do cliente (Hessels, Flynn, Cimiotti, Cadmus & Gershon, 2015; Kim, Yoo & Seo, 2018).

E3 “(...) às vezes também temos poucos recursos humanos”

E4 “(...) a questão de horários altamente sobrecarregados (...), falta e recursos humanos)”

Segundo Gifford (2002), as estratégias que, por vezes, até podem economizar os custos de mão-de-obra, a médio prazo revelam-se prejudiciais para as organizações. Os efeitos da desvinculação de um enfermeiro refletem-se nos restantes, fomentando um aumento da carga de trabalho para os demais e a perda de profissionais experientes. Esta situação, como referem Robertson e Dowd (1996), citados por Gifford (2002), pode diminuir a satisfação no trabalho e aumentar o *burnout*. Pode ainda diminuir a qualidade dos cuidados prestados devido a cargas de trabalho elevadas e à diminuição do número de profissionais experientes.

Consequentemente, mais erros são cometidos e o efeito negativo no cliente pode tornar-se mais pesado, originando um aumento do número de reclamações. A implementação da SCE, que visa a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, leva a um ganho direto e indireto no nível de cuidados. A SCE leva também à diminuição de *stress* e *burnout*, proporcionando uma maior satisfação laboral (Hartz, 1989).

Os hospitais são geridos, essencialmente, através de administrações hierárquicas verticais, com pequeno espaço de manobra para a descentralização de tarefas e

responsabilidades administrativas nos enfermeiros, não sendo de esperar que aconteçam mudanças significativas num cenário de introdução da SCE. Os constrangimentos financeiros e a limitação dos recursos humanos assumem-se como um obstáculo para a implementação do SC (Munson, 2002).

Por outro lado, a gestão organizacional estrutural influencia também na prestação de cuidados adequados. Tem-se verificado uma progressiva diminuição das salas de trabalho de enfermagem, espaços adequados à prestação de cuidados que cada área exige, estando já identificado na literatura a falta de espaço físico (para reunir, por exemplo) como um fator limitador à implementação da SCE (Brunero & Lamont, 2012):

E3 “(...) e a falta de estrutura física. Os utentes cresceram muito, o serviço em si e os projetos cresceram muito, mas a estrutura física é a mesma que quando abriu hospital”

E4 “(...) falta de recursos materiais”

E7 “(...) ter condições em termos de serviço, isso facilitaria, nós não temos espaço físico”

Embora os resultados de instigação demonstrem benefícios na prática profissional e ganhos na qualidade dos cuidados com implementação da supervisão clínica, Butterworth (2008) faz referência a barreiras/dúvidas que se colocam à sua implementação e método, contribuindo para isso a pouca evidência relativa aos benefícios para os clientes.

Importa salientar que a ausência de consenso acerca do conceito de supervisão, a dificuldade na adequação/adaptação dos intervenientes no processo supervisivo e a diversidade dos contextos em que é utilizada, leva à existência de uma diversidade acerca do que pretende ser a supervisão.

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

Munson (2002) refere os argumentos usados na SC e reitera que com frequência os atores não têm noção dos custos envolvidos na relação supervisiva. A falta de planeamento,

os atrasos, as sessões canceladas, a comunicação pouco pertinente e a especulação clínica tornam o processo caro e injustificável. Na opinião do autor, este é um argumento fraudulento muito utilizado pelas administrações de cariz burocrático, já que os custos conseguidos através da eliminação da supervisão são mínimos quando comparados com os da produtividade acrescida que se consegue através da implementação dessa mesma supervisão (Munson, 2002).

Gifford (2002) acrescenta que, um dos obstáculos frequentemente apresentados prende-se com a contenção de custos; na maioria das vezes leva as organizações a reduzir o trabalho e a corrigir as suas expectativas no aumento de produtividade, socorrendo-se de medidas de eficiência.

Na mesma linha de pensamento, Waskett (2010) refere que a implementação de um modelo de SC sem o suporte da instituição e sem uma cultura efetiva de SC acarreta uma maior probabilidade de insucesso do processo.

O processo de mudança pode ter um efeito devastador sobre as pessoas, expondo-as a sentimentos de perda, stress, dúvidas e impulsividade; por outro lado, pode trazer sentimentos de conforto, como a experiência, o orgulho e a realização (Glenn, 2010).

De outro modo, as conceções erróneas atribuídas ao termo de supervisão, como sendo inspeção e revisão do trabalho mediante políticas e protocolos pré-definidos, suscitam apreensão por parte dos profissionais de saúde, encarando a figura do supervisor como revisor. Inicialmente o termo supervisão estava associado apenas a inspeção, em que um indivíduo/enfermeiro mencionado como supervisor, através da verificação das práticas, pretendia identificar o que estava errado na atuação dos profissionais, designadamente na execução de procedimentos técnicos (Garrido, 2004).

Daí que seja fundamental que os profissionais e os gestores de enfermagem percebam e se envolvam no desenvolvimento da SC nas instituições de saúde (Butterworth, Bishop & Carson, 1996).

Percebe-se ainda que, sendo a implementação de um processo de supervisão clínica, devidamente planeado e estruturado, com intervenção reflexiva da prática, segundo as necessidades do contexto, os resultados não sejam imediatos, mas a médio-longo prazo, o que dificulta a sustentabilidade e envolvimento contínuo da organização.

Thomas (1995) alertam para o facto de nos serviços com elevada afluência de utentes e de carga de trabalho, como é o caso do Serviço de Urgência (SU), a supervisão ser *“a primeira*

atividade a ser renunciada e a última a ser reinstalada". Cutcliffe (1998), por seu lado, consideram que nem sempre a estrutura e a cultura dos serviços nacionais de saúde facilitam a sua implementação.

E1 "Essa é a maior dúvida, não é?! Ou seja, nós podemos elencar uma série de diagnósticos, podemos, de facto, traçar um excelente plano de tratamento para esses problemas, mas se depois quem decide, e isso é uma decisão política, não se consegue fazer nada. Portanto, o trabalho está bem identificado, o trabalho está bem feito, o tratamento até tem tudo para dar certo, mas se não derem os meios, as condições, nem houver a vontade política, e esse é o ponto, e esse é o ponto"

E2 "(...) não encaro a supervisão clínica como algo mau. O contexto é que é adverso"

E4 "(...) este é um serviço que funciona dia a dia, é um serviço reativo, age por forma reativa, e não ativa, não pensada, não organizada, não com uma política institucional, com orientações estratégicas"

E6 "(...) sinto falta de alguma formação, para perceber também o que é que é pedido, o que é que é previsto, e aí sim, tenho tentado perceber qual é o objetivo e o que é que se pretende fazer em concreto"

E9 "Não ter visto ainda nada na prática."

As barreiras para a implementação da SC podem advir de fatores individuais e, de uma forma mais ampla, de fatores organizacionais.

Bush (2005) já se pronunciara em idêntico sentido, referindo que as barreiras para a implementação da SC admitem fatores pessoais e organizacionais, onde as dificuldades pessoais se reportam aos sentimentos vivenciados pelos indivíduos no processo de implementação, designadamente o medo de mudança, a falta de confiança, conhecimentos, habilidades, a incapacidade de reconhecer a necessidade de supervisão e a teimosia em abdicar das rotinas e hábitos de trabalho. Por outro lado, as barreiras organizacionais englobam a imposição da SC pela organização, o apoio da organização, a escolha dos supervisores, a hesitação por parte dos supervisados no que diz respeito à confidencialidade e à segurança, de forma a não haver repercussões.

De outra forma, o líder é aquele que consegue exercer influência sobre os outros, dentro de um sistema social (Buchanan & Huczynski, 1997). O supervisor tem que ser, por definição, um líder nato. Um líder vai buscar a força de liderança dentro do grupo (Adair, 1988),

percecionando a equipa que irá sofrer uma mudança na sua prática clínica como um grupo, e não como indivíduos. Um líder pode tentar a mudança no sistema social, mas não nos indivíduos que o constituem. Assim, este pode apresentar-se como fator facilitador para a implementação da SCE, ou por outro lado, dificultador no caso de não reunir as características e competências necessárias.

São competências do supervisor a capacidade de providenciar um *feedback* construtivo, conseguir de orientar e formar um ambiente de aprendizagem saudável (Moseley & Davies, 2008). A falta de competências de um supervisor condena, *a priori*, a implementação de um modelo de SC eficaz e duradouro.

E2 “(...) pelo facto de já trabalharmos há muitos anos juntos retira, se calhar, alguma autoridade por parte do supervisor relativamente ao supervisionado, ou alguma chamada de atenção pode não ser bem interpretada por parte do supervisionado”

E8 “A nível dos supervisores que temos, inclusive, houve agora uma mudança, mas, pelo menos a supervisora que era do meu grupo, a nível de motivação e de disposição, era zero, da parte dela”

Williams e Irvine (2009) realçam como principal barreira falta de tempo dos enfermeiros supervisores para executar supervisão efetiva. Clough (2003) afirma que a falta de supervisores treinados e a relutância dos profissionais em discutirem a sua prática com outros constituem também barreiras à supervisão clínica.

A maioria das vezes as instituições elegem como enfermeiro supervisor o responsável pelos serviços, decisão essa que acarreta várias discordâncias. Como expõe Cutcliffe (2001), cit. por (Garrido, 2004), o supervisor deve coadjuvar na confiança de quem carece de apoio nas práticas, não devendo, por isso, ser designado pela organização. Alarcão & Tavares (2003, p. 58) referem que o supervisor deve ser entendido:

(...) como alguém, com mais experiência e com conhecimentos mais consolidados, claros e reflectidos sobre situações, dificuldades e problemas semelhantes, que é antes de mais um colega, um profissional que adopta uma relação adulta de acolhimento, ajuda e formação numa relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável.”

O papel do supervisor clínico em enfermagem vai além de suportar e fomentar a formação e a atividade profissional dos supervisionados, impulsionando a mudança positiva, monitorizar, desafiar, educar, recomendar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos supervisionados (Cottrell & Smith, 2005).

O seu contributo torna-se de extrema importância, nomeadamente para a ascensão a uma prática com o máximo de qualidade, onde se salienta a eficácia e a qualidade do relacionamento supervisão como condições basilares para o seu sucesso (Garrido, 2004).

Thomas (1995) alerta para o facto que, caso isto não se verifique, *“a falta de estrutura de supervisão que, frequentemente, fazem o supervisionado questionar o papel do supervisor”*. McKenna (2010) enumera os seguintes obstáculos a ter em conta na implementação de um MSCE: disponibilidade e qualidade dos supervisores; falta de bases de dados que identifiquem os supervisores qualificados e disponíveis; supervisão irregular sem contratos formais ou política de supervisão; constrangimentos financeiros e dinâmicas de poder entre supervisores e supervisionados que podem criar tensões na relação supervisão.

Os supervisores necessitam de apoio que lhes permita refletir sobre o seu papel de líder e de guia, ajudando-os a aprofundar os seus conhecimentos e a transmiti-los melhor aos supervisionados.

Por fim, o supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os supervisionados, estimulando-os e motivando-os individualmente para que vençam as suas expectativas pessoais, facultando o auxílio e orientações necessárias.

Hyrkäs *et al.* (2006) e Edwards *et al.* (2006) referem que, a implementação cobre-se de limitações ligadas ao supervisor, ao supervisionado e à organização que os integra, tornando-se essencial que as práticas supervisivas sejam moldadas aos contextos, às práticas dominantes e à própria cultura organizacional, para que as alterações a introduzir ajudem no sucesso do processo de supervisão (Koivu, 2011).

4.5. Contributos da implementação do modelo SafeCare

Reflexão e a aprendizagem contínua são componentes essenciais de todas as profissões. Os profissionais têm que ter a capacidade de gerir a sua educação pós-graduada, para se

adaptarem a um mundo laboral em mudança constante (Howatson-Jones, 2003). Dearing (1997) define esta procura pela atualização e melhoramento constante como a busca pela realização plena e o cumprimento do seu potencial máximo.

A SC necessita de desenvolvimento profissional contínuo, que é definido como o processo de aprendizagem individual e/ou em equipa para se satisfazer as necessidades dos clientes (Lugon & Secker-Walker, 1999; Wood, 2004). É uma condição *sine qua non* para o estabelecimento da SC, uma cultura profissional que valorize a aprendizagem e o desenvolvimento profissional *lifelong* (Weight, Phipps, & Jackson, 1999). Isto não se refere só à necessidade que o enfermeiro tem em se manter atualizado, mas também implica um olhar crítico e reflexivo sobre a prática profissional e os aspetos que nela intervenham. Os enfermeiros precisam do conhecimento, *skills* e competências certas na sua prática clínica. A SC apoia a prática, capacitando os enfermeiros a manter e a melhorar o *standart of care* (Giroto, 2001):

E3 “Acho que temos que evoluir, temos que aprender, de forma que, a esse nível temos que obter novas experiências”

E4 “Nesse sentido, acredito que pode, de facto, contribuir para uma melhoria individual e da equipa em consequência” (...) “Cá está, numa perspetiva estruturada, naquilo que é a própria supervisão clínica, (...) o resultado final será não só a equipa estar mais esclarecida, mais motivada (...) existe uma organização, existem protocolos, existem normas de atuação”

E5 “Acho que a grande vantagem que eu consegui descobrir até hoje, (...) sentarmonos, refletirmos, pensarmos (...) Considero muito vantajoso, sim! E acho que todos nós crescemos, e todos nós melhoramos (...) Porque acho que quando nós refletimos, quando nós debatemos, percebemos como é que as coisas podem ser feitas da melhor forma, é segurança para nós, é tranquilidade para nós”

E8 “Acho que, a nível de supervisão, a pessoa fazendo uma reflexão, fazendo mudanças a nível de protocolos, de organização, vai melhor a nossa prestação de cuidados”

E9 “(...) maior motivação na prestação dos cuidados, e uma comunicação maior entre equipa, provavelmente.”

Rigge (1999) defende que é competência da entidade patronal assegurar o desenvolvimento profissional do *staff*. Weight, Phipps e Jackson (1999) defendem que é na

educação e na prática clínica que os profissionais recebem os principais determinantes da qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

Segundo os ensinamentos de Proctor (1986), o desenvolvimento pessoal enquadra-se na função formativa. Os supervisados, através dos princípios da aprendizagem constante, com o tempo apropriado e com o aval dos supervisores, iram-se também tornar supervisores (Howatson-Jones, 2003). Estes objetivos devem ser definidos *a priori*, definindo o que se espera de cada um dos intervenientes.

O desafio da implementação da supervisão clínica em enfermagem ganha forma no contexto das exigências que se fazem sentir atualmente ao nível dos padrões de qualidade sobre os quais as instituições se administram. Assume um papel cada vez mais importante enquanto processo de melhoria da qualidade e de desenvolvimento pessoal e profissional.

E2 “(...) a melhoria dos cuidados. No essencial parece-me ser esse o objetivo (...) e é um princípio muito importante.”

E3 “(...) o objetivo major, seria a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem, que eu acho que beneficiava bastante.”

E4 “(...) a questão da reflexão pessoal (...) O facto de colocar a equipa em trabalho conjunto, em reflexão conjunta, ajuda a essa maturação, e termos de consciencialização daquilo que é a problemática, daquilo que é o dia a dia do serviço, o dia a dia de cada um (...) cuidados mais eficientes, em termos de busca de resultado final, daquilo que se espera que é a recuperação do doente.”; “(...)penso que neste trabalho a desenvolver, estamos a tentar melhorá-las, colmata-las, e por isso, eu creio que, é desejável, e espero que isso vá acontecer, vamos perceber isso, acho que já estamos a perceber isso, irá acontecer uma melhoria em termos de prestação de cuidados. Os cuidados, eventualmente, acredito que possam vir a tornar-se mais seguros”

E5 “(...) eu acho que isto é muito bom para tudo. Para a prestação de cuidados”

E6 “A mim faz-me sentido que, tudo o que é feito... em termos de supervisão clínica e mesmo entre pares, eu acho que nós acabamos por, em tudo, tentar adequar a nossa prática no melhor sentido, na melhor qualidade”

E7 “(...) através da SC nós conseguimos melhorar sempre os cuidados e fazer as coisas de maneira mais sistematizada, e não só quase uma tarefa”

E8 “vai melhor a nossa prestação de cuidados, que depois vai-se refletir na qualidade dos cuidados para o utente”

Na sociedade atual, em que a população está cada vez mais diferenciada e que possui mais conhecimentos sobre a sua Saúde, torna-se muito importante a melhoria da SCE com o fim da melhoria dos cuidados.

Cruz (2008, p. 112) refere que já existe “(...) evidência científica que a supervisão clínica tem efeitos positivos a diferentes níveis, pelo que a sua adoção como estratégia de qualidade é cada vez mais urgente no nosso País”.

A SCE pode ter um papel a desempenhar na prevenção de erros e na segurança dos cuidados. A evidência disponível demonstra que minimizar o risco é influenciado pelo contexto ambiental e organizacional vigente (Vicent, Taylor-Adams, & Chapman, 2000). Recentemente, não têm sido efetuados estudos que relacionam a implementação de processos de supervisão com o erro clínico; contudo um estudo de 2016 (Esfahani, Varzaneh, & Changiz, 2016) demonstrou que a adoção de um MSCE levou à diminuição do erro associado à administração de medicação de alto-risco numa unidade de cuidados intensivos. Os eventos adversos ocorrem devido a uma falha no sistema e não uma falha individual (West, 2000).

Os principais objetivos da SCE são simultaneamente melhorar os cuidados clínicos prestados ao cliente e ser um facilitador do desenvolvimento profissional (Butterworth & Faugier, 1992).

Markey *et al* (2020) abordam o conceito de cuidados omitidos, incompletos ou atrasados, com impacto nefasto para o cliente (Kalisch, Landstorm, & Hinshaw, 2009), uma situação cada vez mais recorrente na prática atual de Enfermagem (Recio-Saucedo, Dall'Ora, & Maruotti, 2018). Os autores postulam que a SCE pode ser uma solução orientada para este problema, apoiando os enfermeiros num ambiente de prestação de cuidados de saúde com cada vez mais carga assistencial.

Enfermeiros não satisfeitos com o seu trabalho tem uma probabilidade 2,6 vezes superior de não proporcionar um nível de cuidados de excelência aos clientes; quando comparado com enfermeiros em *burnout*, esta probabilidade sobe para cinco vezes (White, Aiken, & McHugh, 2019).

E4 “(...) a sistematização de cuidados mais seguros”

E5 “(...) para a segurança dos doentes”; “(...) é segurança para os doentes, é tranquilidade para os doentes, e acho que é só benefícios.”

E6 “(...) melhor proteção e segurança nos utentes que temos”

E9 “Diminuição dos erros a nível do trabalho”

Relembrando os ensinamentos de Proctor (1986) sobre a função restaurativa, ao providenciar tempo dedicado à SCE, tempo reflexivo sobre a prática clínica, com discussão entre pares, cria confiança, sentimento de satisfação laboral, reduz o stress e o *burnout* (Gonge & Buus, 2011).

Para além disso, a SCE contribui para o empoderamento dos profissionais para lidar com situações desafiantes (Kuhne, Maas, Wiesenthal, & Weck, 2019) e leva ao desenvolvimento de resiliência através da gestão de emoções, expectativas e desenvolvimento de estratégias de *coping* (Francis & Bulman, 2019).

4.6. Estratégias adotadas durante a implementação do modelo SafeCare

A SCE contribuí para uma prática clínica de excelência e segura, através da prática reflexiva e do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Lilley, David, & Hinson, 2007).

Uma cultura de aprendizagem pode ser estabelecida com processos que fomentam a aprendizagem, ferramentas que incentivem o ensino (técnicas de resolução de problemas) e com as capacidades e motivação para aprender novos conhecimentos (Skyrme & Farage, 1995).

E1 “(...) falar sobre as várias questões do serviço, transversais, umas mais ao próprio serviço, outras mais ao próprio hospital”; “refletirmos na nossa prática diária, porque muitas vezes fazemos as coisas já de forma automática e acabamos por não pensar porque é que fizemos assim, e porque não fizemos diferente, e se há vantagens ou se há desvantagens (...) automaticamente estamos a caminhar para questionar se

estamos a fazer bem, se não estamos a fazer bem, se é possível melhorar, e isso permite um crescimento, com vista para o melhor"

E2 "(...) vamos abordando, mas mesmo assim acho que é um bocadinho informal... vamos falando sobre um ou outro problema, mas também a verdade (...) é mais a reflexão (...) Não fazemos muito (debates)"; "o pior que podemos fazer é não falar sobre o problema... portanto, o problema tem que ser abordado, o problema ou a situação, não tem que ser forçosamente um problema, a mesma situação pode ter várias abordagens. Se pretendemos mudar as abordagens teremos que falar sobre elas (...) O objetivo aqui não é ofender, é debruçarmo-nos sobre a prática e em que haver predisposição de todos para podermos fazer isso"

E3 "(...) tem sido mais debate (...) O nosso objetivo é partilha"

E5 "Para já, temos refletido muito, sobre tudo e mais alguma coisa. Agora acho que começamos a evoluir. (...) dinâmicas que nos permitam pensar, mas também que nos permitam atravessar a barreira"

E6 "Existe espaço de reflexão e debate, sim, com partilha de algumas situações que possam ter ocorrido (...) é uma mais valia, faz sentido, e tem que acontecer"

E7 "(...) para já acho que o facto de nós termos tido as reuniões também nos ajuda bastante a refletir sobre as práticas, e ao refletir sobre elas se vê mais a necessidade de mudar"

Aproveitar as reuniões pré-existentes pode ser útil para informar os enfermeiros sobre a SCE, estabelecer objetivos e implementar os princípios da SCE, enquanto se esclarecem eventuais crenças erróneas. Este método de discussão entre pares proporciona um espaço reflexivo que pode potenciar melhoria das práticas e combater o "missed care"; também tem potencial para ajudar a lidar com alguma renitência dos enfermeiros à SCE, uma vez que não é imposto pelas chefias (Howatson-Jones, 2003).

E1 "(...) a metodologia que nós temos adotados, fazer as reuniões, dividir em grupos, falar sobre as várias questões do serviço "

E6 "Nós temos tido reuniões mensais com a Supervisora Major"

E7 "Acho que para mudar alguma coisa precisamos pensar sobre o assunto e, no fundo, nessas reuniões temos parado e pensado sobre isso"

E8 “(...) nós estávamos inicialmente divididos em dois grupos, no caso com dois supervisores, um para cada grupo (...) as reuniões (discussões de casos)”

Como já previamente referido, a existência de horários flexíveis das sessões de SC, assegurando que estas se realizam numa altura em que abranja o maior número possível de enfermeiros, pode ajudar a combater a falta de tempo da equipa de enfermagem (McKeown & Thompson, 2001).

E4 “Temos estado a fazer trabalho de grupo, de acordo com as temáticas que foram levantadas, as temáticas mais pertinentes, mais críticas aqui no serviço”; “Em termos de supervisão clínica penso que estas funcionam bem, põem a equipa a trabalhar em conjunto, com plano definido, com objetivos, com as questões que são problemáticas, estão clarificadas, estão definidas e estamos envolvidos. Em termos de metodologia, eu penso que este método de supervisão clínica funciona.”; “a dinamização da equipa da forma que está a ser feita, eu penso que é excelente”

E5 “Neste momento, nós vamos separar-nos em grupos para vários subtemas, para cada um trabalhar esses temas e depois fornecermos informação ao resto do grupo (...) nós temos debatido coisas que nós achamos que não estão bem, agora vamos trabalhar essas coisas”

E8 “(...) estamos a trabalhar onde existem mais dificuldades, e é nesse sentido que estamos a trabalhar, desenvolver as estratégias onde se note mais dificuldade em avançar”

E9 “Nós ficamos de melhorar um panfleto (...) entretanto, houve uma pausa, a nível das reuniões de grupo, e estamos em standby. (...). Neste momento, ficamos de elaborar alguns trabalhos numa divisão inter-grupos. (...). Globalmente parecem-me adequadas. (...) uniformização da informação, acho que é esse o objetivo”

Uma organização que tem uma cultura de aprendizagem/desenvolvimento pessoal, prepara os seus membros para lidar com a mudança constante e com a complexidade que isto acarreta (Mullins, 1996). Para além de incentivar a eficácia e eficiência, torna o ambiente na organização mais alegre e saudável.

CONCLUSÃO

A supervisão clínica em enfermagem é amplamente aceite, pelos investigadores, como um mecanismo formal de suporte e de apoio contínuo dos profissionais. Esta, proporciona o desenvolvimento das práticas baseadas na evidência, através do uso sistemático e contínuo da reflexão, permitindo o desenvolvimento de padrões de qualidade de cuidados, prevenindo o risco clínico, entre outros aspetos. Assim sendo, a SCE é uma estratégia fundamental para a melhoria da qualidade e segurança da prática clínica, através do suporte que proporciona aos enfermeiros, perspetivando o desenvolvimento profissional decorrente do processo de aprendizagem ao longo da vida e da partilha de experiências colaborativas nos contextos das práticas. Constitui um ambiente privilegiado de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências profissionais.

É a necessidade de melhorar e desenvolver continuamente os conhecimentos, competências e habilidades que contribui para a importância da formação contínua. Trata-se da incorporação da prática baseada na evidência e da promoção da reflexão da prática clínica, que culmina num nível superior de desempenho profissional dos enfermeiros e no aperfeiçoamento permanente das suas práticas.

Os processos supervisivos facilitam a melhoria do exercício profissional, contribuindo para o aumento da satisfação e vinculação, bem como melhoria das relações interprofissionais. Facto que contribui para a harmonia na equipa e, simultaneamente, promove ganhos em saúde pelo elevado potencial de tomada de decisão clínica da equipa, conceção e prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Aos clientes é-lhes disponibilizado cuidados centrados nas suas necessidades, planeados tendo por base a melhor e mais recente evidência científica, promovendo a responsabilização profissional e, conseqüente, prática clínica segura. A par da melhoria da satisfação dos clientes e da otimização na produção de ganhos, fala-se também na uniformização e normalização das práticas. A incorporação da inovação na prática clínica tem impacto positivo nos clientes, que beneficiam de uma eficácia e eficiência nos cuidados disponibilizados pelos enfermeiros.

Para o sucesso dos processos de SC, estes devem dar resposta às necessidades previamente identificadas pela equipa, com vista ao desenvolvimento de estratégias diretas

ou indiretas, individuais ou coletivas, que permitam o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros. Dependem, ainda, do comprometimento dos atores e organização e da sua adaptabilidade às características e recursos do contexto organizacional.

A realização do presente estudo teve por base a escassa evidência acerca da implementação de modelos de SCE em Portugal. Assim, pretendeu-se abordar uma das lacunas na literatura, que diz respeito à perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação de um modelo de SCE, desenvolvendo um estudo descritivo e exploratório, ancorado no paradigma qualitativo.

O carácter desafiador da realização deste trabalho, consistiu não só no desenvolvimento de *know how* acerca da temática, como também na realização do processo de investigação.

Como ponto de partida desenvolveu-se a questão “Qual a perspetiva dos enfermeiros supervisionados acerca da implementação do modelo SafeCare?”, de onde emergem os seguintes objetivos: compreender a motivação, vantagens e desvantagens percecionadas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação do modelo SafeCare; identificar fatores facilitadores e dificultadores para a sua implementação; os contributos para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e para a segurança e qualidade dos cuidados; e estratégias de supervisão clínica que facilitam a implementação do modelo SafeCare.

Em função da metodologia selecionada, dos dados obtidos e do tratamento dos mesmos, foram identificadas seis categorias relevantes (e respetivas subcategorias) para descrever a perspetiva dos enfermeiros supervisionados quanto à implementação do modelo SafeCare.

De uma forma geral, embora os participantes reconheçam vantagens na implementação de um MSCE, são vários os fatores que condicionam a sua motivação e disponibilidade para a participação. Entende-se que, no que concerne à motivação intrínseca, a SC não é familiar para os enfermeiros, não sendo, assim, reconhecida como importante para a sua realização profissional. Na motivação extrínseca assiste-se a uma falta de fé quanto às políticas institucionais de melhoria das condições de trabalho e ambiente organizacional, com conseqüente baixa expectativa quanto à implementação do modelo SafeCare.

Quanto às vantagens da implementação do modelo SafeCare percecionadas pelos enfermeiros supervisionados, estas referem-se às mudanças de práticas, à uniformização dos cuidados e a uma equipa mais motivada. Saliencia-se a importância de contornar as

inevitáveis forças resistentes à mudança. Por outro lado, os enfermeiros supervisionados não referiram ter percebido desvantagens com a implementação do modelo SafeCare.

Quanto aos fatores facilitadores para a sua implementação, os enfermeiros salientam o apoio do supervisor *major*, a comunicação, o espaço para reflexão de práticas e a relação de pares. É reconhecido por parte dos enfermeiros supervisionados a importância do papel do enfermeiro supervisor como suporte e apoio. Entende-se a necessidade da comunicação em qualquer que seja a área, na melhoria das relações de pares, que fomenta o *team building*, o trabalho em equipa, facilitando a criação de espaços de partilha e reflexão da e na prática.

De outra forma, e como o que não está planeado tem maior probabilidade de insucesso, torna-se importante perceber as fragilidades e ameaças à implementação da SC no contexto. De uma forma geral, estas centraram-se muito em questões estruturais (horários rotativos, rotação de profissionais, escassez de recursos humanos, físicos e materiais) e organizacionais (competência dos supervisores e falta de cultura de SC). Isto corrobora com a ausência de desvantagens percebida pelos enfermeiros neste contexto, apontando como fatores dificultadores aspetos de índole organizacional. De salientar um aspeto apontado pelos enfermeiros como dificultador – a competência dos supervisores – que nos remete para as características e competências dos supervisores e para a importância da sua seleção pelos pares.

Em relação aos contributos, os atores salientam o desenvolvimento profissional, a qualidade e a segurança dos cuidados. De facto, a SC contribui para o empoderamento dos profissionais, no contexto desafiante atual, capacitando-os para a melhoria dos padrões de qualidade e segurança dos cuidados.

Uma cultura de desenvolvimento profissional deve ser estabelecida por meio de processos de aprendizagem constante que fomentem a curiosidade e a prática baseada na evidência. Por conseguinte, estratégias como reuniões, discussão de casos, reflexão e solução para o problema foram identificadas como facilitadoras para a implementação do modelo SafeCare.

De uma forma geral, a SCE é vista como positiva para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. No entanto, existem algumas questões organizacionais e estruturais, já explanadas, que requerem um olhar atento para o sucesso do desenvolvimento da cultura de SC.

A implementação de um MSCE é um processo complexo e suscetível a várias interferências que podem ser negativas ou vantajosas. É importante identificar os fatores dificultadores, delinear estratégias para minimizar e resolver as dificuldades. Nos aspetos percecionados como favoráveis, deve-se investir ainda mais, aumentando as potencialidades de todo o processo. A SCE depende então do envolvimento de todos os intervenientes, assim como da motivação intrínseca e extrínseca e das condições de trabalho proporcionadas aos enfermeiros.

Os resultados apresentados terão impacto para futuras implementações do modelo SafeCare, na abordagem da SC no contexto. O facto de os enfermeiros supervisionados não terem percecionado desvantagens com a implementação do modelo SafeCare posiciona-nos na necessidade de entendimento por parte da organização quanto à importância dos processos supervisivos, com maior apoio e investimento consequente, que fomente a cultura de SC na instituição e nos seus profissionais.

Atendendo à questão de partida e objetivos delineados, a investigadora entende que os mesmos foram atingidos, contribuindo para o aperfeiçoamento de estratégias de implementação da SC.

Tendo em conta os resultados obtidos, considera-se pertinente salientar algumas sugestões: aumento da cultura de SC nos indivíduos envolvidos, nomeadamente enfermeiros gestores, e sua ampliação a toda a instituição – o modelo SafeCare; tornar o modelo SafeCare num modelo de conduta institucional; fomentar a categoria profissional de supervisor relativamente às suas características e competências.

No que diz respeito às limitações deste estudo, podemos apontar o tamanho da amostra (pela exclusão de dois participantes). Relativamente ao desenho do estudo, sendo este qualitativo (pela escassez de dados na literatura) e com obtenção dos dados com base em entrevistas semiestruturadas, o que pode conduzir a algum enviesamento dos dados por parte dos intervenientes. Sugere-se a realização de estudos quantitativos quanto aos indicadores identificados, sensíveis à prática de enfermagem.

Finalmente, entende-se a importância do desenvolvimento de projetos de investigação relacionados com implementação de modelos de SC, que demonstrem a relação causal entre os processos supervisivos e a qualidade e segurança nos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Sinais Vitais, 45, pp. 53-57.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W., Barroso, C., Segadães, M., & Teixeira, S. (2005). *Promotion of Self-Care in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing*. International Journal of Information and Education Technology. Jan;5(1):6-9.
- Adair, J. (1988). *Effective Leadership*. London: Pan Books.
- Alarcão, I., & Canha, B. (2013). *Supervisão e colaboração: Uma relação para o desenvolvimento*. Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica, uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- Augusto, C., Rocha, I., Carvalho, L., & Pinto, C. (2019). *Evaluation of nurses's job satisfaction*. The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences. 565-574.
- Australian College of Nursing. (2019). *Clinical Supervision for Nurses and Midwives (Joint) Position Statement*. Australia.
- Bajad, P., Gaikwad, R., Spearpoint, K., & Srivastava, S. (2019). *The concept of Clinical Supervision at workplace*. International Archives of Integrated Medicine; 6(10): 90-93.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Barroso, C., Carvalho, L., Augusto, C., Teixeira, L., Teixeira, A., & Rocha, I. (2020). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem – modelo SAFECARE*. *Rev Rol enferm*.43(supl 1):50-8.
- Berg, A., & Hansson, W. (2000). *Dementia care nurses' experiences of systematic clinical group supervision and supervised planned nursing care* (Vol. 8(1)). *Journal of Nursing Management*.
- Bishop, V. (1998). *Clinical supervision: what's going on? Results of a questionnaire*. *Nursing Times*. 94,18, 50-3.
- Boamah, S. A., Read, E. A., & Spence Laschinger, H. K. (2017). *Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study*. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1182-1195.
- Bond, M., & Holland, S. (2010). *Skills of Clinical Supervision for Nurses. A Practical Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. Berkshire: Open University Press.
- Brunero, S., & Lamont, S. (2012). *The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital*. *Scand J Caring Sci*; 26; 186–193.
- Buchanan, D., & Huczynski, A. (1997). *Organizational Behaviour: an introductory text*. London: Prentice Hall.
- Bush, T. (2005). *Overcoming the barriers to effective clinical supervision*. . *Nursing Times*, Vol. 101, n.º 2, p. 38-41.
- Butterworth, T. B. (2008). *Wicked Spell or Magic Bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007*. *Nurse Education Today*, 28, p. 262-272.
- Butterworth, T., & Faugier, J. (1992). *Clinical supervision and mentorship in nursing*. London: Chapman and Hall.
- Butterworth, T., Bishop, V., & Carson, J. (1996). *First steps towards evaluating clinical supervision in nursing and health visiting. I. Theory, policy and practice development. A review*. *Journal of Clinical Nursing*. 5: 127-132.
- Buus, N., Delgado, C., Traynor, M., & Gonge, H. (2018). *Resistance to group clinical supervision: A semistructured interview study of non-participating mental health nursing staff members*. *Int J Ment Health Nurs*. Apr;27(2):783-793.

- Buus, N., Lynch, L., & Gonge, H. (2016). *Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: opportunities and challenges*. *Cog Behav Therap*; 9(22):323-34. .
- Campenhoudt, R. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem*. Porto: Uniarte Gráfica.
- Carvalho, L. (2017). *Clinical supervision in nursing – strategy for knowledge and quality of care*. *Rev Rene*. May-June; 18(3):291.
- Carvalho, L., Barroso, C., Pereira, M., Teixeira, A., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. Porto: Uniarte Gráfica.
- Cerasoli, C., Nicklin, J., & Ford, M. (2014). *Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: a 40-year meta-analysis*. *Psychol Bull*.140(4):980-1008.
- Chief Nursing Officer Directorate (CNOD). (2017). *Scottish Government. Nursing 2030 Vision: Promoting Confident, Competent and Collaborative Nursing for Scotland's Future*. Scotland.
- Chilvers, R., & Ramsey, S. (2009). *Implementing a clinical supervision programme for nurses in a hospice setting*. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 15, n.º 12, p. 615-619.
- Clough, A. (2003). *Clinical supervision in primary care*. *Primary Health Care*, vol. 13 (9), p.15-18.
- Corey, G., Haynes, R., Moulton, P., & Muratori, M. (2010). *Clinical supervision in helping profession: a practical guide*. United States of America: Baker.
- Correia, M. S. (2016). *Satisfação profissional dos enfermeiros*. Porto: Dissertação de Mestrado do Curso de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Cottrell, S., & Smith, G. (2005). *The Development of Models of Nursing Supervision in the UK*. URL <http://www.clinical-supervision.com>.

- Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Cross, W., Moore, A., & Ockerby, S. (2010). *Clinical supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital*. *Contemporary Nurse*, Vol. 35, n.º 2, p. 245-253.
- Cruz, S. (2008). *A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto de enfermagem avançada*. *Servir*, 56(5), pp. 112-118.
- Cruz, S. (2012). *Do Ad Hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto.
- Cruz, S., Carvalho, L., & Lopes, E. (2016). *Improving the evaluation of risk of fall through clinical supervision: an evidence*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 217:382-388.
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). *Clinical Supervision in Nursing: the (un)Known Phenomenon*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*.
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2015). *Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*; 171: 153-157.
- Cruz, S., Carvalho, L., Barbosa, P., & Lamas, B. (2015). *Morse fall scale user's manual: Quality in supervision and in nursing practice*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 171: 334-339.
- Cruz, S., Carvalho, L., Lamas, B., & Barbosa, P. (2014). *Improving Quality in the Patients - Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision*. *International Journal of Information and Education Technology*. Dec; 4(6): 526-530.
- Cutcliffe, J. P. (1998). *An alternative training approach to clinical supervision: 2*. *Br J Nurs*. Mar 26-Apr 8;7(6):344-50.
- Cutcliffe, J., Hyrkäs, K., & Fowler, J. (2011). *Handbook of Clinical Supervision - Fundamental international themes*. London: Routledge Handbooks.
- Cutcliffe, J., Sloan, G., & Bashaw, M. (2018). *A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing*. *Int J Ment Health Nurs*. 27(5):1344-63.
- Dearing, R. (1997). *Report of the National Committee of Enquiry into Higher Education: Higher Education in the Learning Society*. London: The Stationery Office.

- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.
- Dhaini, S., Zuniga, F., Ausserhofer, D., Simon, M., Kunz, R., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2017). *Are nursing home care workers' health and presenteeism associated with implicit rationing of care? A cross-sectional multi-site Study*. *Geriatric Nursing*, 38(1), 33–38.
- Diário da Republica. (2014). *Regulamento n.º 533/2014*. II Serie, n.º 233 de 2 de dezembro.
- Dilworth, S. H. (2013). *Finding a way forward: a literature review on the current debates around clinical supervision*. *Contemporary Nurse*, 45, p. 22-32.
- Driscoll, J., Stacey, G., Harrison-Dening, K., Boyd, C., & Shaw, T. (2019). *Enhancing the quality of clinical supervision in nursing practice*. *Nurs Stand*. Apr 26;34(5):43-50.
- Duarri, W., & Kendrick, K. (1999). *Implementing clinical supervision*. *Professional Nurse*; 14: 12, 849-852.
- Edwards, D., Burnard, P., & Hanningan, B. (2006). *Clinical supervision and burnout: The influence of clinical supervision for community mental health nurses*. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007–1015.
- Edwards, D., Cooper, L., Burnard, P., Hannigan, B., Juggesur, T., & Adams, J. (2005). *Factors influencing the effectiveness of clinical supervision*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 12(4):405-14.
- Esfahani, A., Varzaneh, F., & Changiz, T. (2016). *The effect of clinical supervision model on high alert medication safety in intensive care units nurses*. *Iran J Nurs Midwifery Res*. Sep-Oct;21(5):482-486.
- Ferreira, A., Demutti, C., & Gimenez, P. (2010). *A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do Nível Educacional Sobre a sua Percepção no Ambiente de Trabalho*. Rio de Janeiro: SEMEAD.
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusodidacta.
- Francis, A., & Bulman, C. (2019). *In what ways might group clinical supervision affect the development of resilience in hospice nurses?* *International Journal of Palliative Nursing*, 25(8), 387–396.

- Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- Garrido, A., Simões, J., & Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Gifford, B. Z. (2002). *The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life*. *Journal of Healthcare Management*. Vol.47 (1), p. 13-26.
- Girof, E. (2001). *Nurse Education in the New Millennium*. *British Journal of Perioperative Nursing* 11 (8) 352-361.
- Girvin, J. (1996). *Leadership and nursing. Part four: motivation*. *Nurs Manag (Harrow)*. Sep;3(5):16-8.
- Glenn, L. (2010). *Implementing change*. *Journal of Community Nursing*, Vol. 24, p.10–14.
- Gonge, H., & Buus, N. (2011). *Model for investigating the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20, 102–111.
- Gonge, H., & Buus, N. (2015). *Is it possible to strengthen psychiatric nursing staff's clinical supervision? RCT of a meta-supervision intervention*. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 909-921.
- Hall, I. (2018). *Implementing a sustainable clinical supervision model for Isles nurses in Orkney*. *Br J Community Nurs*. Mar 2;23(3):136-139.
- Hartz, A. (1989). *Hospital characteristics and mortality rates*. *New England Journal of Medicine*, 321, pp. 1720-1725.
- Health Service Executive. (2015). *HSE HR Circular 002/15: Supervision Guidelines for Health & Social Care Professionals*.
- Hessels, A., Flynn, L., Cimiotti, J., Cadmus, E., & Gershon, R. (2015). *The impact of nursing practice environment on missed nursing care*. *Clinical Nursing Studies*, 3(4), 60–65.
- Howatson-Jones, I. (2003). *Difficulties in clinical supervision and lifelong learning*. *Nursing Standard*. 17, 37, 37-41.

- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K., & Haatja, R. (2006). *Efficacy of clinical supervision: Influence on job satisfaction, burnout and quality of care*. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 521–535.
- Jones, A. (1999). *Clinical supervision for professional practice*. *Nursing Standard*; 14, 9, 42-44.
- Kadushin, A., & Harkness, D. (2002). *Supervision in Social Work*. New York: Colombia University Press.
- Kalisch, B., Landstorm, G., & Hinshaw, A. (2009). *Missed nursing care: A concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.
- Kilminster, S., & Jolly, B. (2000). *Effective supervision in clinical practice settings: a literature review*. *Medical education*; 34(10): 827-840.
- Kim, K., Yoo, M., & Seo, E. (2018). *Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea*. *Asian Nursing Research*, 12, 121–126.
- Koivu, A. H. (2011). *Stress relief or practice development: varied reasons for attending clinical supervision*. *Journal of Nursing Management*, Vol. 19, p. 644-654.
- Kruger, J., & Dunning, D. (1999). *Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134.
- Kuhne, F., Maas, J., Wiesenthal, S., & Weck, F. (2019). *Empirical research in clinical supervision: A systematic review and suggestions for future studies*. *BMC Psychology*, 7, 54.
- Launer, J. (2016). *Giving feedback to medical students and trainees: rules and realities*. *Postgrad medical journal*, 92(1092): 627-628.
- Leggat, S. G., Bartram, T., Casimir, G., & Stanton, P. (2010). *Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction*. *Health Care Management Review*, 35(4), 355-364.
- Lilley, L., David, M., & Hinson, P. (2007). *Implementing inter-professional supervision within a hospice setting*. *Cancer Nursing Practice*. 6, 2, 25-28.
- Lindahl, B., & Norberg, A. (2002). *Clinical groups supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care*. *J Clin Nurs*; 11: 809–18.

- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lugon, M., & Secker-Walker, J. (1999). *Clinical Governance: making it happen*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Lynch, L., & Happell, B. (2008). *Implementing clinical supervision: Part 1: laying the ground work* (Vol. 17). Int J Ment Health Nurs.
- Markey, K., Murphy, L., O'Donnell, C., Turner, J., & Doody, O. (2020). *Clinical supervision: A panacea for missed care*. J Nurs Manag. Nov;28(8):2113-2117.
- Martins, S. (2004). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Estudo exploratório em Enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Porto: Universidade do Porto.
- McCarthy, V., Goodwin, J., Saab, M., Kilty, C., Meehan, E., Connaire, S., . . . O'Donovan, A. (2021). *Nurses and midwives' experiences with peer-group clinical supervision intervention: A pilot study*. J Nurs Manag. Jul 2.
- McGilton, K. S., Chu, C. H., Shaw, A. C., Wong, R., & Ploeg, J. (2016). *Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review*. Journal of nursing management, 24(8), 1007-1026.
- McKenna, B. T. (2010). *In search of a national approach to professional supervision for mental health and addiction nurses: The New Zealand experience*. Contemporary Nurse, Vol. 34, n.º2, p. 267 – 276.
- McKeown, C., & Thompson, J. (2001). *Implementing clinical supervision*. Nursing Management. 8, 6, 10-13.
- Milne, D. A. (2008). *How does clinical supervision work? Using a “best evidence synthesis” approach to construct a basic model of supervision*. The Clinical Supervisor, 27(2), 170–190.
- Monteiro, E. (2014). *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem: Impacto na Organização*. Porto: Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Moseley, L., & Davies, M. (2008). *What do mentors find difficult?* United Kingdom: University of Glamorgan.: Journal Clinical Nursing. Vol. 17, nº 12, p. 1627-1634.
- Mullins, L. (1996). *Management and Organisational Behaviour*. London: Pitman Publishing.

- Munson, C. (2002). *Handbook of clinical social work supervision*. Binghamton, NY: The Haworth Social Work Practice Press.
- Myall, M. (2008). *Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing*. Journal of Clinical Nursing. Vol 17, nº 14, p. 1834-1842.
- NHS. (2009). *Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust.
- NHS. (2011). *Supervision Policy*. Derby City: National Health Service Primary Care Trust.
- NHS. (2013). *National Health Service Primary Care Trust: Royal Cornwall Hospitals*. C.S. POLICY.
- Nursing and Midwifery Council. (2018). *The Code: Professional Standards of Practice and Behaviour for Nurses. Midwives and Nursing Associates*.
- O'Shea, J., Kavanagh, C., Roche, L., Roberts, L., & Connaire, S. (2019). *Clinical supervision for nurses working in mental health services: A guide for nurse managers, supervisors and supervisees*. Dublin, Ireland: Office of the Nursing and Midwifery Services Director, Health Service Executive.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato - 1999/2003)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Estatuto: nova redacção conferida pela Lei n.º111/2009 de 16 de setembro*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional - fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Parlour, R., & Slater, P. (2014). *Developing nursing and midwifery research priorities: A health service executive (HSE) North West study*. . Worldviews on Evidence-Based Nursing, 11(3), 200–208. .
- Pitman, S. (2011). *Handbook for clinical supervisors: nursing post-graduate programmes*. . Ireland: Royal College of Surgeons.

- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyn, H. (2017). *A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professional*. . Journal of Advanced Nursing, 1825–1837.
- Proctor, B. (1986). *Supervision: a co-operative exercise in accountability*. Leicester : Leicester National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work.
- Proctor, S. E. (1986). *Evaluation of Nursing Practice in Schools* (Vol. 56). Journal of School Health.
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., & Maruotti, A. (2018). *What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature*. Journal of Clinical Nursing, 27, 2248–2259.
- Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. (14 de junho de 2018). *Regulamento n.º 366/2018, 2.ª série*(13), 16656-16663.
- Ribeiro, E. (2008). *A perspetiva da entrevista na investigação qualitativa*. Evidência, 4, pp. 129-148.
- Rigge, M. (1999). *Patient Expectations of Clinical Governance*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd.
- Rocha, A. (2014). *Supervisão Clínica em Enfermagem para a Segurança dos Cuidados: Perspectiva dos Supervisionados*. Porto: Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Rogan, E. (2009). *Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study*. J Contin Educ Nurs; 40(12):565-70.
- Rogers, E. (1962). *Diffusion of Innovations*. New York: The Free Press.
- Saab, M., Kilty, C., Meehan, E., Goodwin, J., Connaire, S., Buckley, C., . . . Horgan, A. (2020). *Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors*. Collegian.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York NY: Basic Books.
- Silva, A. (2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina*. Servir, 55, pp. 11-19.

- Skyrme, D., & Farage, J. (1995). *Management Insight No 3: the learning organisation*.
- Sloan, G. (1998). *Clinical supervision: characteristics of a good supervisor*. *Nursing Standard*, 12, 40, 42-46.
- Snowdon, D., Hau, R., Leggat, S., & Taylor, N. (2016). *Does clinical supervision of health professionals improve patient safety? A systematic review and meta-analysis*. *Int J Qual Health Care*;28(4):447-55.
- Snowdon, D., Leggat, S., & Taylor, N. (2017). *Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review*. *BMC Health Serv Res*;17(1):786. .
- Teixeira, A., Barandas, V., Carvalho, L., & Barroso, C. (2019). Implementação do Modelo SafeCare. Em L. Carvalho, C. Barroso, M. Pereira, A. Teixeira, F. Pinho, & M. Osório, *Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático* (pp. 36-43). Porto: Uniarte gráfica.
- Teixeira, A., Carvalho, L., & Barroso, C. (2018). *Nurses' perceptions of barriers for implementing EBP in a central hospital in the north of Portugal*. *BMC Health Services Research*. 18 (Suppl 2):684.
- Teixeira, A., Ribeiro, S., Carvalho, L., & Barroso, C. (2019). *Clinical supervision for the development of emotional competence*. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 481-488.
- Teixeira, L., Santos, R., Augusto, C., Barroso, C., & Carvalho, L. (2020). *Supervisão clínica: análise da avaliação da dor pós-operatória em cirurgia de ambulatório*. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 43(1): 244-249.
- Teixeira, L., Silva, M., Barandas, V., Teixeira, A., Barroso, C., & Carvalho, L. (2020). *A prática baseada na evidencia como indicador da supervisão clínica em enfermagem no contexto de cirurgia de ambulatório*. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*; 43(1): 237-243.
- Teixeira, L., Teixeira, A., Barroso, C., & Carvalho, L. (2020). *Supervision in Clinical Practice Indicator: Evidence Based Practice in the Context of Outpatient Surgery*. *Ambulatory Surgery*; September, 263:53-57.
- Teixeira, S., Carvalho, L., & Cruz, S. (2016). *Avaliação do autocuidado como indicador para a supervisão clínica em enfermagem*. *Rev Rene*; maio-jun; 17(3): 356-362.

- Thomas, B. R. (1995). *Multidisciplinary clinical supervision*. British Journal of Nursing, Vol. 4, n.º.15, p. 883-885.
- Turato, E. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa*. São Paulo: Rev Saúde Pública; 39(3):507-514.
- Vicent, C., Taylor-Adams, S., & Chapman, J. (2000). *How to Investigate and Analyse Clinical Incidents: clinical risk unit and association of litigation and risk management protocol*. British Medical Journal 320, 777-781.
- Viveiros, A. (2016). *Liderança e Satisfação dos Enfermeiros com a Supervisão*. Lisboa: Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Wallace, M. (1999). *Lifelong Learning: PREP in Action*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Walsh, K. et al. (2003). *Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team*. International Journal of Nursing Practice, 9(1), 33–39.
- Waskett, C. (2010). *Clinical supervision using the 4S model 1: considering the structure and setting it up*. Nursing Times, Vol. 106, nº 15.
- Weight, T., Phipps, K., & Jackson, N. (1999). *Clinical Governance and Education and Training*. London: Clinical Governance: making it happen.
- West, E. (2000). *Organisational Sources of Safety and Danger: sociological contributions to the study of adverse events*. Quality in Health Care, 9, pg 120-126.
- White, E., Aiken, L., & McHugh, M. (2019). *Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes*. Journal of the American Geriatrics Society, 67(10), 2065–2071.
- Williams, L., & Irvine, F. (2009). *How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration*. Journal of Nursing Management, 17, 474–483.
- Winstanley, J. (2001). *Developing methods for evaluating clinical supervision*. London: Fundamental Themes in Clinical Supervision, Routledge, pp. 210–224.
- Winstanley, J., & White, E. (2003). *Clinical Supervision: Models, Measures and Best Practice*. (Vol. 10). Nurse Researcher.
- Wood, J. (2004). *Clinical supervision*. Br J Perioper Nurs. Apr;14(4):151-6.

Wright, J. (2012). *Clinical supervision: a review of the evidence base* (Vol. 27). Nurs Stand.

Wright, S. (1998). *The Change Obstacle Course: an additional perspective on the change process - changing nursing practice*. London: Arnold.

Yahya, O., Ismaile, S., Allari, R., & Hammoudi, B. (2019). *Correlates of nurses' motivation and their demographic characteristics*. Nurs Forum. 54(1):7-15.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTAS



GUIÃO DE ENTREVISTA

TEMA: Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem:
perspetiva dos enfermeiros supervisionados

Este estudo realiza-se no âmbito do Curso do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto, inserido no Projeto C-S2AFECARE-Q, com os objetivos:

- Compreender a motivação dos enfermeiros para a implementação do modelo SafeCare;
- Reconhecer as vantagens/desvantagens percecionadas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação do modelo SafeCare;
- Identificar fatores facilitadores e dificultadores para a implementação do modelo SafeCare;
- Identificar os contributos da implementação de um MSCE para a segurança e qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Identificar estratégias de supervisão clínica que facilitam a implementação do modelo SafeCare.

PARTE I

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1. Sexo:

- Feminino
- Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

- Solteiro (a)
- Casado (a)/ União de facto
- Divorciado (a)
- Viúvo (a)

4. Formação académica/ profissional

- Licenciatura ou equivalente legal
- Especialidade

Qual? _____

- Mestrado

Qual? _____

- Doutoramento

Qual? _____

- Outra

Qual? _____

5. Categoria profissional:

- Enfermeiro
- Enfermeiro graduado
- Enfermeiro especialista

6. Tempo de exercício profissional: _____ anos e _____ meses

6.1. Tempo de exercício profissional no serviço atual: _____ anos e _____ meses

7. Tipo de vínculo institucional:

Contrato de trabalho em funções públicas (CTFP)

Contrato individual de trabalho

Tempo indeterminado

Termo certo

Termo incerto

Outro

Qual? _____

8. Tipo de horário praticado:

Fixo

Roulement

9. Formação pós-graduada em Supervisão Clínica:

Sim

Tipo de formação: _____

Não

10. Teve experiência anterior enquanto enfermeiro supervisionado?

Sim

Não

10.1. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, como descreve a sua experiência enquanto enfermeiro supervisionado?

Positiva

Negativa

Indiferente

11. Teve experiência anterior enquanto supervisor?

Sim

Não

11.1. Se respondeu afirmativamente à questão anterior, que tipo de experiência possui?

- Supervisão de estudantes
- Supervisão de pares
- Ambas

12. Como descreve a sua experiência enquanto supervisor?

- Positiva
- Negativa
- Indiferente

PARTE II

<i>Tema</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Perguntas orientadoras</i>	<i>Observações</i>
A. Legitimação da entrevista, questões de natureza ética e motivação para a entrevista	<p>a) Legitimar a entrevista;</p> <p>b) Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação;</p> <p>c) Motivar o entrevistado a participar na entrevista.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação da investigadora; 2. Clarificação do tipo de estudo, contexto onde será realizado e finalidade; 3. Dar a conhecer os objetivos da entrevista; 4. Solicitar o contributo do entrevistado, salientando a sua importância para o estudo e a sua experiência de participação na implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem no Centro Hospitalar; 5. Explicar os procedimentos éticos a serem adotados na investigação; <ol style="list-style-type: none"> 5.1. informar da confidencialidade e anonimato de todas as informações fornecidas; 5.2. informar que a qualquer momento poderá parar a entrevista; 5.3. informação que, se o desejar, no final do estudo pode ter acesso aos resultados obtidos; 	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação; - Negociar a gravação áudio da entrevista; - Colocar o gravador num local discreto; - Autorização escrita; - Pedido de autorização para dar início à gravação áudio da entrevista.

		<p>6. Apresentação, explicação e justificação do consentimento informado:</p> <p>6.1. Assinatura, em duplicado, da declaração de consentimento informado;</p> <p>6.2. Fornecer cópia da declaração de consentimento informado ao participante.</p> <p>7. Solicitar autorização para a utilização do gravador áudio e justificar a sua necessidade</p>	
B. Caracterização sociodemográfica e profissional do Entrevistado	a) Caracterizar os participantes do estudo	1. Preenchimento pelo participante do formulário designado <i>“Parte I - Caracterização sociodemográfica e profissional do entrevistado”</i>	
C. Perspetiva dos Enfermeiros Supervisionados sobre um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem contextualizado	- Compreender a predisposição/motivação dos enfermeiros para a implementação de um modelo de supervisão;	<p>1. Como é que tomou conhecimento sobre o tema de modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem Contextualizado?</p> <p>2. Integrar um projeto desta natureza faz parte do seu interesse pessoal/profissional?</p>	Reconhecimento, interesse pessoal ou profissional

	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as vantagens percebidas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem; - Identificar fatores facilitadores para a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na perspectiva dos enfermeiros supervisionados; - Reconhecer as desvantagens percebidas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem; - Identificar fatores dificultadores para a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na perspectiva dos enfermeiros supervisionados; 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Considera a equipa motivada para aderir e participar na implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem? 4. Na sua perspectiva, quais as vantagens/benefícios da implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem? 5. Quais os fatores que identifica como facilidades para o exercício do papel de Enfermeiro Supervisado? 6. Identifica possíveis desvantagens/prejuízos decorrentes da implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem? 7. Quais os fatores que identifica como dificultadores para o exercício do papel de Enfermeiro Supervisado? <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Na sua perspectiva, que dificuldades poderão ser sentidas pelos outros Enfermeiros Supervisados? 8. Na sua opinião, a nível institucional estão reunidas as condições para a implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem de forma sistematizada/sustentada? 	<p>Fatores: motivação/envolvimento, tempo, posição da instituição/organização, competências/ conhecimento, relação supervisiva</p>
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender em que medida o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros; - Compreender em que medida o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem; - Conhecer as expectativas dos enfermeiros supervisionados para a implementação de um modelo de supervisão cínica em enfermagem; 	<p>9. Qual a contribuição da Supervisão Clínica em Enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados?</p> <p>10. Qual a contribuição da Supervisão Clínica em Enfermagem para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros?</p> <p>10.1. Tendo em conta os indicadores predefinidos - Inteligência Emocional e a Prática Baseada na Evidência – para o modelo de Supervisão Clínica, na sua opinião qual o contributo dos mesmos para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros?</p> <p>11. Quais as suas expetativas para a implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem?</p> <p>12. Quais as estratégias supervisivas adotadas na implementação do modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem?</p> <p>12.1. Qual a sua opinião sobre as estratégias adotadas? Porquê?</p> <p>12.2. Em que medida poderão contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e profissional? Porquê?</p>	<p><i>Estratégias Supervisivas:</i> orientação, observação, demonstração, <i>feedback</i>, apoio, formulação de questões reflexivas, análise de casos e documentação, reuniões, debates e discussões, relatório reflexivo, estratégias de</p>
--	--	--	---

		<p>13. Que contributo quer deixar para a continuidade da implementação do modelo de supervisão clínica em enfermagem na perspetiva da sua otimização e de encontro às suas expetativas?</p> <p>14. Existe mais alguma experiência que queira partilhar?</p> <p>15. Existe mais algum assunto relacionado com o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem contextualizado que considere importante abordar?</p>	<p>supervisão à distância: telefone, <i>e-mail</i>, <i>skype</i>®, auto supervisão (...).</p>
D. Finalização e agradecimentos	a) Agradecer a disponibilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agradecer a colaboração do entrevistado; 2. Dar oportunidade ao entrevistado de fazer referência se o desejar, a algum assunto/aspecto particular; 3. Terminar a entrevista. 	

**ANEXO II – DOCUMENTO INFORMATIVO E DE CONSENTIMENTO
INFORMADO**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a Lei Nº67/98 de 26 de outubro e a *Declaração de Helsínquia* da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008)

IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS SUPERVISADOS

Caro (a) colega,

No âmbito do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a estudante Vanda Celina Carvalho Barandas, encontra-se a desenvolver um trabalho de investigação intitulado “Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem: perspetivas dos enfermeiros supervisionados”, sob a orientação dos Professores Doutores Luís Carvalho e Cristina Pinto.

Este trabalho insere-se no projeto de Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados (SafeCare) resultante da parceria entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e um Centro Hospitalar Universitário da região do Porto, tendo como objetivos:

- Compreender a predisposição dos enfermeiros para a implementação de um modelo de supervisão;
- Conhecer as expectativas dos enfermeiros supervisionados para a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem;
- Identificar fatores dificultadores para a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na perspetiva dos enfermeiros supervisionados;
- Identificar fatores facilitadores para a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem na perspetiva dos enfermeiros supervisionados;
- Reconhecer as vantagens percecionadas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem;
- Reconhecer as desvantagens percecionadas pelos enfermeiros supervisionados com a implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem;
- Compreender em que medida o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros;
- Compreender em que medida o modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem implementado contribui para a segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem;
- Elaborar propostas para a melhoria do modelo de supervisão clínica em enfermagem;

- Identificar estratégias de supervisão clínica em enfermagem facilitadoras à implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem no contexto estudado.

A sua participação nesta entrevista é de grande relevância e necessário para a concretização deste trabalho de investigação, aprovado pelo Conselho de Administração do Centro Hospitalar. Durante todo o processo, assegura-se o cumprimento dos pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza, designadamente o direito ao anonimato e à confidencialidade. Demais informa-se que, a sua participação é voluntária, podendo, a qualquer momento, recusar-se a continuar a participar no presente estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

Quando concluída a investigação, todos os dados relativos aos intervenientes que possam conduzir à sua identificação serão destruídos. Se for do seu interesse, poderão ser facultados os resultados finais do estudo.

Eu, (NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE) _____,
declaro que, após a compreensão clara de todos os pressupostos supracitados, aceito participar no estudo dando autorização, para recolha, gravação em áudio e uso dos dados nas publicações que venham a ser efetuadas.

LOCAL:

ASSINATURA DO ENTREVISTADO (A):

DATA:

___ / ___ / ___

ASSINATURA DA INVESTIGADORA:

Para qualquer esclarecimento ou informação adicional, poderá contactar-me:

Email – vanda.celina@gmail.com

Telemóvel - 912578455

ANEXO III – TABELA DE CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO ESTUDO

<u>Categorias</u>	<u>Sub-categorias</u>	<u>Unidade de registo</u>
Motivação	Intrínseca (conhecimento sobre SCE; objetivo/interesse; expectativas)	<p><i>E1 "Foi no contexto aqui do próprio serviço, que nos foi informado deste projeto, quais os objetivos e, portanto, foi daí que surgiu o conhecimento"</i></p> <p><i>E3 "Tomei conhecimento quando vocês vieram cá apresentar o projeto"</i></p> <p><i>E6 "Só na apresentação do projeto é que tive contacto, até à data não tinha, ouvia falar, mas não tinha tido qualquer contacto"</i></p> <p><i>E7 "Foi em uma reunião que vieram cá da escola"</i></p> <p><i>E1 "como desconhecida não fazia parte dos objetivos"</i></p> <p><i>E4 "Pessoalmente não tenho interesse, não é uma área para a qual esteja muito motivado em termos de exploração, sou um enfermeiro que está direcionado, a minha motivação é prestação de cuidados"</i></p> <p><i>E8 "Sim, sim, faz. Acho que traz vantagens, muitas vantagens. Apesar de, não ser muito reconhecido, e as pessoas não terem essa perceção, traz muitas vantagens"</i></p> <p><i>E9 "Desde que seja para adquirir novos conhecimentos, faz parte."</i></p> <p><i>E1 "as minhas expectativas são baixas. Primeiro porque não gosto de criar expectativas altas, e por outro, como tenho muita dúvida na parte da vontade política de mudar alguma coisa ponho sempre aqui umas reticências porque se não houver vontade política (...)"</i></p> <p><i>E2 "Desde o início digo não estamos em contexto adequado para a implementação disto... por melhor que seja o conceito, as minhas expectativas também não serão muito elevadas"</i></p>

		<i>E4 "Isto só pode dar passos em frente, não é possível manter-se estagnado, e muito menos andar para trás, não! A minha expectativa é muito, muito elevada."</i>
	Extrínseca (equipa não motivada)	<p><i>E1 "A grande maioria da equipa não está, propriamente, motivada"</i></p> <p><i>E2 "(...) o nível de motivação, por todos os motivos e mais alguns, essencialmente relacionados com o contexto de trabalho da própria carreira de enfermagem na administração pública, não permite encarar apenas positivamente este tipo de atividades"</i></p> <p><i>E6 "Alguns elementos sim, outros, por circunstâncias profissionais, que acho que são conhecidas de todos e publicas, não encontram alguma motivação"</i></p> <p><i>E7 "Se for a responder sinceramente acho que não estão muito motivados"</i></p> <p><i>E8 "A equipa no geral, não. Penso que existe muita relutância dos colegas em avançar... digamos, eu penso que apesar de ter sido explicado, explicado muito bem, o que é a supervisão clínica, existe relutância, porque os colegas acham, daquilo que perceciono, que é trabalhar para os outros, ou que estão a ser avaliados, e a mudança causa-lhes renitência"; "Uma das barreiras que temos, é as vezes a falta de motivação da equipa... e às vezes um ou dois quererem avançar, não é fácil, porque estão sempre a puxar-nos um bocado para trás, para não avançarmos."</i></p>
Vantagens	Mudança de práticas	<i>E1 "A vantagem, e falo no campo teórico, porque isto só terá vantagem se houver uma aplicação prática, é de facto debater os problemas, portanto, pôr o dedo na ferida, portanto, se não se falar nos problemas os problemas continuam, e não se toma qualquer tipo de atitudes para se poder resolver. Portanto, é muito importante falar sobre as coisas, o que é que está bem, o que é que não está bem, o que é que se pode fazer diferente"</i>

		<p>E7 “Eu acho que a vantagem é sempre a de tentar que as coisas melhorem e evoluam no bom sentido, para que as pessoas consigam fazer coisas novas e diferentes, mais organizadas”</p> <p>E8 “Eu acho que traz vantagens, porque dá para a gente fazer uma análise daquilo que há necessidade em mudar ou melhorar, e traz vantagem porque começamos a implementar mudanças, a nível de organização”</p>
	Uniformização dos cuidados	E6 “Essencialmente, eu acho que, permite que os cuidados, todos eles passem a ser uniformizados, e que, acima de tudo, se consiga prever, preparar, planear, avaliar, e a partir da avaliação potenciar uma melhoria interna, quer enquanto profissional, quer na prestação direta”
	Motivação da equipa	<p>E8 “(...) e nós mesmos sentimo-nos mais motivados para realizar as coisas”</p> <p>E9 “Desde que seja para trazer novos fatores motivacionais para trabalhar enquanto equipa, vejo isso como vantagem”</p>
Fatores facilitadores	Apoio Supervisor Major	E8 “(...) acho que é facilitador o facto de termos o apoio supervisora major, acho que é muito facilitador, porque ela apoia e se tivermos alguma dúvida podemos entrar em contacto com ela sempre”
	Comunicação	<p>E3 “Sobretudo a comunicação”</p> <p>E5 “A comunicação, estes espaços, estas reuniões com a Enfermeira Supervisora Major, em que nós debatemos, em que nós falamos, em que, inicialmente, eu acho que de uma forma destrutiva, porque era isso que a equipa estava habituada, (...) hoje, nós conseguimos conversar das coisas, mas sem as coisas menos boas no meio, sem estar a fustigar este elemento ou outro... De forma positiva, discutimos as coisas e chegamos a conclusões.”</p>

	Espaço reflexão de práticas	<p>E1 "(...) o facto de termos um espaço onde podemos apresentar as nossas ideias, as nossas dificuldades, as nossas preocupações, é um espaço que automaticamente se podem identificar problemas, se podem identificar situações que podem ser melhoradas e isso, lá está, para se melhorar na prática tem que se ter um diagnóstico, portanto, primeiro passa pelo diagnóstico para depois se poder ter um plano de tratamento e depois termos resultados, o caminho é este. Este modelo possibilita isso."</p> <p>E4 "(...) uma capacidade de autoanálise (...) estamos, naturalmente, predispostos a podermos refletir sobre nós próprios"</p> <p>E9 "Se calhar poder exprimir o que sentimos ou achamos que está menos bem"</p>
	Relação de pares	<p>E2 "O facto de serem colegas de trabalho, acho que é facilitador. Gosto muito da equipa, dos meus colegas de trabalho";</p> <p>E6 "(...) acho que a equipa que temos nos permite fazer algo (...) A relação entre pares"</p>
Fatores dificultadores	Falta de tempo	<p>E1 "(...) é assim, sob o ponto de vista prático dificuldade por assim dizer, não vejo nenhuma "; "A questão da gestão do tempo (..) isso é feito em horário de serviço, portanto, não há prejuízo por aí. Portanto, falar sobre o serviço em si, sobre aquilo que realmente nos preocupa, aquilo que achamos que não está bem, aquilo que se pode melhorar, nunca trará nenhum prejuízo."</p> <p>E3 "(...) a gestão do tempo"</p> <p>E6 "Neste momento, acho que é mesmo, o tempo... essencialmente o tempo"</p> <p>E7 "(...) mas o tempo se calhar, a organização do serviço no sentido de nos proporcionar tempo para isto (...) Se queremos fazer alguma coisa temos que fazer no nosso tempo", " , para as vezes ler investigar, o próprio serviço em si não dá muito tempo para podermos fazer esse trabalho"</p>
	Escassez de recursos humanos	<p>E3 "(...) às vezes também temos poucos recursos humanos"</p> <p>E4 "(...) a questão de horários altamente sobrecarregados (...), falta e recursos humanos)"</p>

	Recursos físicos e materiais	<p>E3 "(...) e a falta de estrutura física. Os utentes cresceram muito, o serviço em si e os projetos cresceram muito, mas a estrutura física é a mesma que quando abriu hospital"</p> <p>E4 "(...) falta de recursos materiais"</p> <p>E7 "(...) ter condições em termos de serviço, isso facilitaria, nós não temos espaço físico"</p>
	Horários	<p>E4 "(...) a questão do rolemount, tipo de trabalho por turnos que ao fim de vários anos produz efeitos nefastos individualmente a cada um, e depois conseqüentemente se põe no trabalho para com o doente"</p>
	Competências dos supervisores	<p>E2 "(...) pelo facto de já trabalharmos há muitos anos juntos retira, se calhar, alguma autoridade por parte do supervisor relativamente ao supervisionado, ou alguma chamada de atenção pode não ser bem interpretada por parte do supervisionado"</p> <p>E8 "A nível dos supervisores que temos, inclusive, houve agora uma mudança, mas, pelo menos a supervisora que era do meu grupo, a nível de motivação e de disposição, era zero, da parte dela"</p>
	Falta de cultura SC	<p>E1 "Essa é a maior dúvida, não é?! Ou seja, nós podemos elencar uma série de diagnósticos, podemos, de facto, traçar um excelente plano de tratamento para esses problemas, mas se depois quem decide, e isso é uma decisão política, não se consegue fazer nada. Portanto, o trabalho está bem identificado, o trabalho está bem feito, o tratamento até tem tudo para dar certo, mas se não derem os meios, as condições, nem houver a vontade política, e esse é o ponto, e esse é o ponto"</p> <p>E2 "(...) não encaro a supervisão clínica como algo mau. O contexto é que é adverso"</p> <p>E4 "(...) este é um serviço que funciona dia a dia, é um serviço reativo, age por forma reativa, e não ativa, não pensada, não organizada, não com uma política institucional, com orientações estratégicas"</p> <p>E6 "(...) sinto falta de alguma formação, para perceber também o que é que é pedido, o que é que é previsto, e aí sim, tenho tentado perceber qual é o objetivo e o que é que se pretende fazer em concreto"</p> <p>E9 "Não ter visto ainda nada na prática."</p>

contributos	Desenvolvimento profissional	<p>E3 <i>“Acho que temos que evoluir, temos que aprender, de forma que, a esse nível temos que obter novas experiências”</i></p> <p>E4 <i>“Nesse sentido, acredito que pode, de facto, contribuir para uma melhoria individual e da equipa em consequência”</i></p> <p>(...) <i>“Cá está, numa perspetiva estruturada, naquilo que é a própria supervisão clínica, (...) o resultado final será não só a equipa estar mais esclarecida, mais motivada (...) existe uma organização, existem protocolos, existem normas de atuação”</i></p> <p>E5 <i>“Acho que a grande vantagem que eu consegui descobrir até hoje, (...) sentarmo-nos, refletirmos, pensarmos (...) Considero muito vantajoso, sim! E acho que todos nós crescemos, e todos nós melhoramos (...) Porque acho que quando nós refletimos, quando nós debatemos, percebemos como é que as coisas podem ser feitas da melhor forma, é segurança para nós, é tranquilidade para nós”</i></p> <p>E8 <i>“Acho que, a nível de supervisão, a pessoa fazendo uma reflexão, fazendo mudanças a nível de protocolos, de organização, vai melhor a nossa prestação de cuidados”</i></p> <p>E9 <i>“(…) maior motivação na prestação dos cuidados, e uma comunicação maior entre equipa, provavelmente.”</i></p>
	Qualidade dos cuidados	<p>E2 <i>“(…) a melhoria dos cuidados. No essencial parece-me ser esse o objetivo (...) e é um princípio muito importante.”</i></p> <p>E3 <i>“(…) o objetivo major, seria a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem, que eu acho que beneficiava bastante.”</i></p> <p>E4 <i>“(…) a questão da reflexão pessoal (...) O facto de colocar a equipa em trabalho conjunto, em reflexão conjunta, ajuda a essa maturação, e termos de consciencialização daquilo que é a problemática, daquilo que é o dia a dia do serviço, o dia a dia de cada um (...) cuidados mais eficientes, em termos de busca de resultado final, daquilo que se espera que é a recuperação do doente.”; “(...)penso que neste trabalho a desenvolver, estamos a tentar melhorá-las, colmata-las, e por isso, eu creio que, é desejável, e espero que isso vá acontecer, vamos perceber isso, acho que já estamos a perceber isso, irá acontecer uma melhoria em termos de prestação de cuidados. Os cuidados, eventualmente, acredito que possam vir a tornar-se mais seguros”</i></p>

		<p>E5 "(...) eu acho que isto é muito bom para tudo. Para a prestação de cuidados"</p> <p>E6 "A mim faz-me sentido que, tudo o que é feito... em termos de supervisão clínica e mesmo entre pares, eu acho que nós acabamos por, em tudo, tentar adequar a nossa prática no melhor sentido, na melhor qualidade"</p> <p>E7 "(...) através da SC nós conseguimos melhorar sempre os cuidados e fazer as coisas de maneira mais sistematizada, e não só quase uma tarefa"</p> <p>E8 "vai melhor a nossa prestação de cuidados, que depois vai-se refletir na qualidade dos cuidados para o utente"</p>
	Segurança dos cuidados	<p>E4 "(...) a sistematização de cuidados mais seguros"</p> <p>E5 "(...) para a segurança dos doentes"; "(...) é segurança para os doentes, é tranquilidade para os doentes, e acho que é só benefícios."</p> <p>E6 "(...) melhor proteção e segurança nos utentes que temos"</p> <p>E9 "Diminuição dos erros a nível do trabalho"</p>
Estratégias	Reuniões	<p>E1 "(...) a metodologia que nós temos adotados, fazer as reuniões, dividir em grupos, falar sobre as várias questões do serviço"</p> <p>E6 "Nós temos tido reuniões mensais com a Supervisora Major"</p> <p>E7 "Acho que para mudar alguma coisa precisamos pensar sobre o assunto e, no fundo, nessas reuniões temos parado e pensado sobre isso"</p>
	Discussão de casos	<p>E8 "(...) nós estávamos inicialmente divididos em dois grupos, no caso com dois supervisores, um para cada grupo (...) as reuniões (discussões de casos)"</p>
	Reflexão	<p>E1 "(...) falar sobre as várias questões do serviço, transversais, umas mais ao próprio serviço, outras mais ao próprio hospital"; "refletirmos na nossa prática diária, porque muitas vezes fazemos as coisas já de forma automática e acabamos por não pensar porque é que fizemos assim, e porque não fizemos diferente, e se há vantagens ou se há desvantagens (...)"</p>

		<p><i>automaticamente estamos a caminhar para questionar se estamos a fazer bem, se não estamos a fazer bem, se é possível melhorar, e isso permite um crescimento, com vista para o melhor"</i></p> <p><i>E2 "(...) vamos abordando, mas mesmo assim acho que é um bocadinho informal... vamos falando sobre um ou outro problema, mas também a verdade (...) é mais a reflexão (...) Não fazemos muito (debates)"; "o pior que podemos fazer é não falar sobre o problema... portanto, o problema tem que ser abordado, o problema ou a situação, não tem que ser forçosamente um problema, a mesma situação pode ter várias abordagens. Se pretendemos mudar as abordagens teremos que falar sobre elas (...) O objetivo aqui não é ofender, é debruçarmo-nos sobre a prática e em que haver predisposição de todos para podermos fazer isso"</i></p> <p><i>E3 "(...) tem sido mais debate (...) O nosso objetivo é partilha"</i></p> <p><i>E5 "Para já, temos refletido muito, sobre tudo e mais alguma coisa. Agora acho que começamos a evoluir. (...) dinâmicas que nos permitam pensar, mas também que nos permitam atravessar a barreira"</i></p> <p><i>E6 "Existe espaço de reflexão e debate, sim, com partilha de algumas situações que possam ter ocorrido (...) é uma mais valia, faz sentido, e tem que acontecer"</i></p> <p><i>E7 "(...) para já acho que o facto de nós termos tido as reuniões também nos ajuda bastante a refletir sobre as práticas, e ao refletir sobre elas se vê mais a necessidade de mudar"</i></p>
	<p>Soluções para problemas</p>	<p><i>E4 "Temos estado a fazer trabalho de grupo, de acordo com as temáticas que foram levantadas, as temáticas mais pertinentes, mais críticas aqui no serviço"; "Em termos de supervisão clínica penso que estas funcionam bem, põem a equipa a trabalhar em conjunto, com plano definido, com objetivos, com as questões que são problemáticas, estão clarificadas, estão definidas e estamos envolvidos. Em termos de metodologia, eu penso que este método de supervisão clínica funciona."; "a dinamização da equipa da forma que está a ser feita, eu penso que é excelente"</i></p>

		<p><i>E5 “Neste momento, nós vamos separar-nos em grupos para vários subtemas, para cada um trabalhar esses temas e depois fornecermos informação ao resto do grupo (...) nós temos debatido coisas que nós achamos que não estão bem, agora vamos trabalhar essas coisas”</i></p> <p><i>E8 “(...) estamos a trabalhar onde existem mais dificuldades, e é nesse sentido que estamos a trabalhar, desenvolver as estratégias onde se note mais dificuldade em avançar”</i></p> <p><i>E9 “Nós ficamos de melhorar um panfleto (...) entretanto, houve uma pausa, a nível das reuniões de grupo, e estamos em standby. (...) Neste momento, ficamos de elaborar alguns trabalhos numa divisão inter-grupos. (...) Globalmente parecem-me adequadas. (...) uniformização da informação, acho que é esse o objetivo”</i></p>
--	--	--

