

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

IDENTIFICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE DO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL: CONTRIBUTO PARA UM
PROGRAMA DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Margarida Reis Santos

Coorientação:

Mestre Regina Maria Pires

Joana Isabel Ramos Vieira

Porto | 2014

AGRADECIMENTOS

Fruto do entusiasmo, esforço e dedicação depositados neste trabalho, não posso deixar de expressar o meu agradecimento a quem contribuiu para a sua realização:

- à Professora Doutora Margarida Reis Santos, por me inculir o interesse por esta área, pelo incentivo e pelos momentos de aprendizagem e crescimento;
- à Mestre Regina Pires, pelo suporte, pela dedicação e pelos momentos de partilha e reflexão;
- ao Professor Doutor Filipe Pereira, pela disponibilidade, objetividade e pelos imprescindíveis contributos para este trabalho;
- a todos os que participaram nesta investigação, pela forma amistosa com que sempre me trataram e pela proatividade com que contribuíram para este estudo;
- aos meus colegas de trabalho, pelo interesse demonstrado e pela disponibilidade e incentivo;
- aos meus amigos, pelo apoio e amizade incondicional sem os quais nada faria sentido;
- à minha família, pela compreensão e motivação.

MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSN – Administração Regional de Saúde do Norte

DGS – Direção Geral de Saúde

CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros

Cit.por – Citado por

CS – Centro de Saúde

DoH – *Department of Health*

DP – Desvio Padrão

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Et al. – e outros

M – Média

n – amostra

nº – número

NHS – *National Health Service*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PNS – Plano Nacional de Saúde

RCN – *Royal College of Nursing*

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*®

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados

% – Percentagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM	5
2. QUALIDADE EM SAÚDE	13
2.1. Indicadores de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	16
3. PRESTADOR DE CUIDADOS	19
4. MATERIAL E MÉTODOS	23
4.1. Finalidade e Objetivos do Estudo	23
4.2. Tipo de Estudo	24
4.3. População	26
4.4. Contexto do Estudo	27
4.5. Considerações Éticas	28
5. ESTUDO I – A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM E OS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	31
5.1. Objetivos	31
5.2. População e Amostra	31
5.3. Colheita de Dados	32
5.4. Tratamento de Dados	36
5.5. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	38
5.5.1. Indicadores de Processo	41
5.5.2. Indicadores de Resultado	49
5.5.3. Representações sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem	56
6. ESTUDO II – RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	69
6.1. População e Amostra	69
6.2. Colheita de Dados	70
6.3. Tratamento de Dados	71
6.4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	72

7. ESTUDO III – RANKING DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	77
7.1. Colheita de Dados	77
7.2. Tratamento de Dados	79
7.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	80
CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	107
ANEXO I: Modelo de Consentimento Informado – Estudo I.....	109
ANEXO II: Autorização da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte	115
ANEXO III: Parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados.....	119
ANEXO IV: Autorização do Diretor Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso.....	123
ANEXO V: Guião da entrevista	127
ANEXO VI: Questionário sociodemográfico – Estudo I.....	133
ANEXO VII: Relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI	139
ANEXO VIII: Email enviado aos peritos	155
ANEXO IX: Indicadores mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI.....	159
ANEXO X: Modelo de Consentimento Informado – Estudo III.....	169
ANEXO XI: Ranking e scores ponderados dos indicadores de qualidade do exercício profissional – Estudo III	173

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Desenho da investigação	26
FIGURA 2: Estrutura triangular para as questões de um <i>focus group</i>	34
FIGURA 3: Desenho do estudo I.....	36
FIGURA 4: Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian	41
FIGURA 5: Desenho do estudo II.....	71
FIGURA 6: Desenho do estudo III.....	79

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Categorias e subcategorias referentes à área temática Indicadores de Processo	42
QUADRO 2: Categorias e subcategorias referentes à área temática Indicadores de Resultado	50
QUADRO 3: Representações sobre a SCE	57
QUADRO 4: Consenso dos indicadores de qualidade do exercício profissional	74
QUADRO 5: <i>Ranking</i> dos 10 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCL.....	83

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Idade, tempo de exercício profissional.....	38
TABELA 2: Caracterização sociodemográfica e profissional.....	39
TABELA 3: Experiência de supervisão.....	40
TABELA 4: Caracterização sociodemográfica e profissional dos peritos.....	73
TABELA 5: Idade, tempo de exercício profissional dos peritos.....	73
TABELA 6: Idade, tempo de exercício profissional dos enfermeiros.....	80
TABELA 7: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros.....	81
TABELA 8: Experiência de supervisão dos enfermeiros.....	82

RESUMO

A qualidade é considerada como uma das metas prioritárias em saúde, sendo uma das áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem, pelo que se tem assistido à crescente implementação de medidas que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. O uso de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a revelar-se como uma estratégia importante quer para a avaliação dos cuidados prestados por estes profissionais, quer para a mudança de comportamentos, contribuindo para os ganhos em saúde. Enquanto veículo promotor de reflexão, de suporte e de desenvolvimento profissional, a Supervisão Clínica em Enfermagem tem-se consolidado no seio da profissão, no sentido de promover a qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Face ao crescente envelhecimento populacional, ao aumento do número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes no seio das famílias, e à falta de recursos da comunidade para dar resposta às suas necessidades, considerou-se importante desenvolver este trabalho no âmbito das Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

A presente investigação teve como finalidade fornecer subsídios para a construção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem que contribua para a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, através da identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Neste sentido, o estudo teve como objetivos: identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; conhecer a opinião dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; obter consenso, entre os enfermeiros, sobre a relevância dos indicadores adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; e identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

A investigação teve como participantes os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso. Utilizou-se uma abordagem mista de natureza descritiva e transversal.

Os indicadores que emergiram ao longo da investigação enquadram-se na lógica da tríade de avaliação da qualidade de Donabedian e centram-se, maioritariamente, nas dimensões do conhecimento e da aprendizagem de capacidades por parte do prestador de cuidados face às necessidades da pessoa dependente.

A identificação destes indicadores constituiu um contributo importante para a Supervisão Clínica em Enfermagem, na medida em que são um subsídio inestimável para a monitorização do exercício profissional dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

Palavras-chave

Supervisão Clínica em Enfermagem; Indicadores de Qualidade; Prestador de Cuidados.

ABSTRACT

Identification of quality indicators of professional practice: contribution to a Clinical Supervision in Nursing program

Quality is considered as one of the priority goals in health, being one of the areas sensitive to nursing care, so it has been witnessed the growing implementation of measures that contribute to the continuous improvement of quality of health services. The use of quality indicators of the professional practice of nurses has been proved as an important strategy both for the assessment of care provided by these professionals, and for the change in behaviors, contributing to gains in health. As a vehicle promoter of reflection, support and professional development, Clinical Supervision in Nursing has been consolidated within the profession, to promote the quality and safety of care provided by nurses.

In view of the increasing aging population, the increasing number of people with chronic and disabling diseases within families, and lack of community resources to meet their needs, it was considered important to develop this research with the nurses that work in the Integrated Continuous Care at Home Teams.

This research was intended to provide subsidies to build a program of Clinical Supervision in Nursing that contributes to the quality of care provided by nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams, by identifying indicators of quality of professional practice of nurses. In this sense, the study had as its objectives: identify the indicators that nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams consider adequate to monitor the quality of professional practice within the caregiver; know the opinion of nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams on Clinical Supervision in Nursing and its contribution to improving the quality of professional practice within the caregiver; obtain consensus, among the nurses, about the importance of adequate indicators for monitoring the quality of professional practice within the caregiver; and identify indicators that nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams consider most relevant and priority for monitoring the quality of professional practice within the caregiver.

The investigation had as participants the nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams of Grouping Health Centers of Alto Tâmega and Barroso. We used a mixed approach of descriptive cross-sectional nature.

The indicators that emerged throughout the investigation fit on logic of the triad of quality evaluation of Donabedian and focus, mainly, on the dimensions of knowledge and learning skills by the caregiver to meet the dependent person needs.

The identification of these indicators was an important contribution to the Clinical Supervision in Nursing, since they are an invaluable resource for monitoring the professional practice of nurses of Integrated Continuous Care at Home Teams.

Keywords

Clinical Supervision in Nursing; Quality Indicators; Caregiver.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) tem vindo a sugerir novas diretrizes e políticas essenciais à prestação de cuidados de qualidade aos clientes. A melhoria da qualidade apresenta-se então como um desafio para todos os profissionais de saúde. Em Portugal, a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) enquanto veículo promotor da reflexão, da segurança e da qualidade dos cuidados, tem vindo a ganhar cada vez mais destaque, sendo variada a oferta formativa disponibilizada quer pelas instituições de saúde, quer pelas instituições de ensino superior, neste âmbito, o que se traduz num aumento da investigação e evidência disponível, nesta área.

Embora seja considerada um fator de qualidade e por esse motivo tenha sido evidenciada a necessidade de introduzir a Supervisão Clínica (SC) de forma sistemática na prática de enfermagem, verifica-se que as equipas de gestão das organizações de saúde, de uma forma geral, atribuem-lhe um carácter opcional, pelo que, numa época de excesso de trabalho e baixos recursos, acaba por não ser implementada (Fowler, 2014).

Ao longo dos anos a SCE tem sido considerada um mecanismo de promoção da qualidade e da segurança dos cuidados (Abreu, 2007), podendo ser entendida como um processo de melhoria da prática clínica e de redução do *burnout* dos profissionais (Brunero, 2012). Apesar de já se conhecerem as inúmeras vantagens associadas à sua implementação, urge a necessidade de se realizar mais investigação nesta área, de forma a dar visibilidade ao contributo essencial da SCE na prática clínica. A identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional que traduzam os ganhos em saúde por parte dos enfermeiros, vislumbra-se como uma área a ser desenvolvida, atendendo às crescentes metas de padrões de qualidade em saúde. “As discussões sobre os contornos da problemática da prestação de cuidados de saúde têm levado os enfermeiros a profundas reflexões sobre as suas práticas.” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 89), verificando-se uma crescente preocupação, no que concerne à construção e validação de indicadores que possam aferir a qualidade da sua prática. É sem dúvida imprescindível que os enfermeiros implementem ações e elaborem instrumentos que permitam avaliar os níveis de qualidade dos serviços prestados, sendo os indicadores considerados como meio de avaliação dos cuidados e de identificação de oportunidades de melhoria (Nora & Silva, 2008).

Nas últimas décadas tem vindo a ser argumentada a pertinência da implementação de políticas de promoção e de melhoria da qualidade do exercício profissional que envolvam a SCE como um processo que contribui para este desiderato, regendo-se, para tal, por indicadores de qualidade que guiem a prática clínica. A presente investigação surge então no âmbito das dinâmicas supervisivas, enquanto fator importante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros, constituindo-se como um contributo para uma investigação mais abrangente intitulada “Conceção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários”, que está a ser desenvolvida pela Mestre Regina Pires, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alto Tâmega e Barroso, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem.

Através da revisão bibliográfica efetuada, da discussão com peritos e da experiência profissional emergiu uma questão que serviu de base para este trabalho: quais os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos prestadores de cuidados, que devem ser considerados na construção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem?

Tendo como ponto de partida esta questão, efetuou-se pesquisa bibliográfica com o intuito de determinar o estado da arte, recorrendo-se a artigos de investigação, livros, teses de mestrado e doutoramento obtidos através de bases de dados e motores de busca. Os descritores foram – Supervisão Clínica em Enfermagem, qualidade, indicadores, prestador de cuidados e Equipas de Cuidados Continuados Integrados – quer em português, quer em inglês, dando-se preferência à literatura dos últimos cinco anos. Não obstante, para o desenvolvimento deste trabalho foram tidos em consideração estudos anteriores a 2009, sempre que a informação se considerava relevante para a discussão e interesse do mesmo.

Os objetivos desta investigação foram: identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; obter consenso, entre os enfermeiros, sobre a relevância dos indicadores adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; e identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

A investigação de cariz qualitativo e quantitativo, do tipo transversal, engloba três estudos que, embora distintos se relacionam entre si. Encontra-se estruturada em sete capítulos. No primeiro, segundo e terceiro capítulos, apresenta-se, respetivamente, o enquadramento teórico subjacente à SCE, qualidade em saúde e prestador de cuidados. No quarto procede-se a uma breve explanação da investigação em termos metodológicos, elencando-se a sua finalidade e objetivos, o tipo de estudo, a população e o respetivo contexto e, ainda, as considerações éticas que estiveram inerentes ao longo deste processo. O quinto capítulo reporta-se ao estudo I, relativo à SCE e os indicadores de qualidade do exercício profissional. No sexto capítulo apresenta-se o estudo II, relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional. O estudo III, *ranking* dos indicadores de qualidade do exercício profissional encontra-se descrito no sétimo capítulo. Por último, na conclusão, salientam-se os aspetos principais desta investigação, abordando as suas limitações e tecendo algumas sugestões para futuros estudos.

1. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A SCE está cada vez mais presente nos espaços formativos das escolas de enfermagem e nas organizações de saúde. A crescente produção de evidência científica nesta área, os benefícios que acarreta para os supervisores, supervisados e clientes pode torná-la fulcral para a qualidade dos cuidados prestados e, simultaneamente, para a satisfação profissional dos enfermeiros. O investimento em SCE é considerado indispensável para alcançar um percurso de qualidade, quer no âmbito da formação em enfermagem, quer a nível do exercício profissional (Santos et al., 2006).

Ao longo do tempo foram várias as definições de SCE que emergiram, tendo em consideração quer a multiplicidade socioclínica dos contextos de saúde, quer os avanços na investigação (Abreu, 2007). Uma das mais comumente citadas na literatura é a do *Department of Health* (DoH) do Reino Unido que em 1993 definiu a SC como “(...) um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem, que permite aos profissionais desenvolverem conhecimentos e competências, assumirem responsabilidades pela sua prática e promoverem a proteção e segurança dos clientes em situações clínicas complexas.” (Cit. por DoH, 2000, p.1). De uma forma geral, as diversas definições salientam que a SC se focaliza no desenvolvimento de conhecimentos e competências e na promoção de práticas reflexivas, em torno de um ambiente de suporte, em que os intervenientes podem avaliar, refletir e desenvolver a sua prática clínica (Winstanley & White, 2003). De facto, é através da mesma que os supervisados poderão refletir sobre situações específicas da sua prática, de que forma agiram e quais as implicações que determinada ação trará para o futuro sendo que o supervisor lhes proporcionará um ambiente de suporte, oferecendo *feedback* construtivo e visando a qualidade na *performance* dos seus supervisados (Fowler, 2011).

A SCE está, portanto, intimamente relacionada com os processos de qualidade, certificação e formação profissional (Silva, Pires & Vilela, 2011). A sua implementação tem vindo a ser considerada importante pelos benefícios que proporciona à prestação de cuidados e aos enfermeiros, quer individualmente, quer enquanto grupo profissional (Lyth, 2000), podendo ser percecionada como uma estratégia de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Rääkkönen, Perälä &

Kahanpää, 2007) e, simultaneamente, como uma ferramenta útil de reflexão sobre a prática e o desenvolvimento profissional (Kilcullen, 2007). A SCE pode, então, ter efeitos positivos na satisfação profissional, no aumento de conhecimentos e competências dos enfermeiros, no sentimento de segurança em situações clínicas complexas e no desenvolvimento pessoal (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001). Um dos maiores benefícios apontados à SCE é o facto de poder fornecer suporte aos profissionais (Kilcullen, 2007). São ainda reportadas como vantagens a melhoria da autoestima, motivação e prestação de cuidados, bem como o aumento da confiança, de espaços para discussão e, ainda, a diminuição dos níveis de *stress* (McKeown & Thompson, 2001). Os estudos de Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja (2006), corroboram o afirmado, ao concluírem que a SCE melhora os níveis de *burnout*, a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados. Desta forma, a SCE desempenha um papel essencial no suporte profissional, na qualidade dos cuidados, na gestão do risco clínico e no desempenho profissional (Pitman, 2011). Os enfermeiros consideram necessária a implementação da SC (Circenis & Millere, 2012) e os que são alvo desse processo sentem-se mais valorizados, confiantes e apresentam melhores relações com os pares e restantes profissionais (*Royal College of Nursing* (RCN), 1999).

O início da SC remonta ao século X, época em que os povos árabes utilizavam a supervisão como estratégia de orientação e promoção da qualidade na ótica clínica (Abreu, 2007). Em enfermagem, apesar de o seu início não poder ser atribuído a Florence Nightingale, foi com os seus trabalhos que começou a ser sistematizada e enquadrada nas áreas de formação e administração (Abreu, 2007). O seu desenvolvimento aparece relacionado à utilização da psicanálise, sendo que, no que se refere às ciências de enfermagem, emerge em 1943, essencialmente associada à enfermagem psiquiátrica, surgindo em 1982 o *Registered Mental Health Nurse Syllabus* que formalizou a posição da SC no seio da profissão (RCN, 1999). Nos Estados Unidos da América, a partir dos anos 30 do século XX, a SC começou a atingir o seu auge através de conferências sobre a temática (Yegdich, 1999). Por sua vez, na Europa, mais especificamente no Reino Unido, no início do século XX, a SCE adquiriu novas proporções com o caso da enfermeira *Beverley Allit* que originou atentados à integridade e mesmo a morte de utentes (Garrido, Simões & Pires, 2008). Após estes acontecimentos várias questões sobre a SC e o suporte fornecido aos profissionais de saúde foram equacionadas, incrementando-se o interesse pela implementação de práticas supervisivas, que passaram a ser consideradas imprescindíveis e fundamentais (RCN, 1999; Abreu, 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008).

No que diz respeito à realidade portuguesa, a SCE tem vindo a ser associada a três marcos do desenvolvimento da profissão: “(...) o movimento de educação permanente, na década de 70; os estudos em matéria de qualidade e cuidados de enfermagem; os processos de certificação da qualidade.” (Abreu, 2007, p. 181). A investigação neste âmbito é, geralmente, relativa ao contexto de ensino clínico na formação inicial dos profissionais, escasseando estudos nacionais no âmbito das práticas de supervisão em contexto de indução profissional e formação contínua, tendo-se desenvolvido trabalhos nesta área no campo das Ciências da Educação e ao nível da supervisão pedagógica (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). No seu estudo, Pinto (2013) constatou que apesar de a maioria dos enfermeiros participantes ter experienciado o papel quer de supervisor, quer de supervisionado, poucos tinham formação específica em SCE. Recentemente, em 2009, a Ordem dos Enfermeiros (OE) desenvolveu um Modelo de Desenvolvimento Profissional que visa a validação e certificação de competências, através da implementação de períodos de prática tutelada, recorrendo a um modelo de SCE (OE, 2010a).

De acordo com a literatura, são vários os modelos de SCE que poderão ser adotados. Um modelo pode ser entendido como um quadro concetual, no qual se encontra descrito e organizado um conjunto de conceitos ou ideias que permitem ao indivíduo orientar o pensamento, fazer uma leitura dos fenómenos e possuir um referencial para a ação (Abreu, 2007). A escolha por um modelo de SCE relaciona-se com o interesse pessoal, uma vez que todos abrangem aspetos como o suporte pessoal e profissional, o desenvolvimento de conhecimentos e competências, bem como a garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes (*National Health Service* (NHS), 2009). A multiplicidade de modelos existentes no âmbito da SCE conduz a que estes sejam classificados e agrupados por categorias que se baseiam nos pressupostos filosóficos e concetuais (Garrido, Simões & Pires, 2008). Diversos agrupamentos foram surgindo ao longo dos anos, de acordo com os diferentes autores, pelo que é extensa a sua classificação. Contudo tal como Cruz, Carvalho e Sousa (2012) consideramos que um modelo de SCE deve ser concetualizado pelos atores envolvidos no processo de SC de uma forma flexível, para dar resposta às necessidades dos enfermeiros *in loco*.

De uma forma geral, podem ser considerados como atores envolvidos nos processos de SCE: o supervisor, o supervisionado e o cliente (Hyrkäs & Lehti, 2003). O supervisor visa assegurar um ambiente organizado e de compreensão, em que os seus supervisionados tenham oportunidade de atingir os objetivos acordados no processo supervisiivo (Kilminster et al., 2007). Entre outras, pretende-se que este enfermeiro tenha a capacidade de: refletir;

motivar; negociar; advogar; organizar; gerir; ensinar; fornecer *feedback* construtivo e suporte; promover a autonomia; resolver problemas (Kilminster et al., 2007); saber ouvir; observar; analisar e liderar (Garrido, Simões & Pires, 2008). Para além do referido é indispensável que seja um profissional competente, imparcial, e empático, que apresente competências científicas, comunicacionais e didáticas, o que o torna, simultaneamente, um modelo para o supervisionado (Abreu, 2007; Garrido, Simões & Pires, 2008). É fulcral que atenda às necessidades formativas do supervisionado, bem como às suas motivações, capacidades e competências profissionais com o intuito de adequar a sua ação (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Importa ainda salientar, que o supervisor deve ser preparado para o desempenho deste papel e, também, ser alvo de supervisão, para que aprenda com a sua experiência e desenvolva competências nesta prática (Williams & Irvine, 2009).

Por sua vez, o supervisionado tem, entre outras, a necessidade de obter *feedback* acerca das suas práticas, que lhe seja proporcionada avaliação periódica, tempo para a sua formação profissional, bem como, um ambiente seguro para o desempenho das suas funções (Kilminster et al., 2007). Paralelamente a estas necessidades, tem também deveres, como por exemplo, ser responsável pela sua aprendizagem e desempenhar um papel ativo no processo superviso (Pittman, 2011). A SCE permite-lhe integrar as experiências da prática com os conhecimentos teóricos, refletir sobre soluções para os problemas com os quais se confronta, diminuir os níveis de *stress* e construir a sua própria identidade profissional (Žorga, 2002). Cheater e Hale (2001) pediram a um grupo de enfermeiros que classificassem a SCE numa escala de um (“a SCE é uma perda de tempo”) a sete (“a SCE é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados”), tendo a maioria dos participantes avaliado-a entre cinco e seis. Estes resultados são consonantes com os encontrados por Rocha (2013) e Pinto (2013), que concluíram que a maioria dos enfermeiros considera que a SCE é importante quer para o desenvolvimento profissional, quer para exercer funções de supervisor clínico.

Alguns estudos reportam a SCE como vetor para a melhoria da segurança e qualidade dos cuidados prestados e, ainda, para a satisfação dos clientes (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Cheater & Hale, 2001; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Rääkkönen, Perälä & Kahanpää, 2007). Com efeito, poderá significar cuidados de melhor qualidade e diminuição do número de indemnizações pedidas por má prestação de cuidados (Hyrkäs, Lehti & Paunonen-Ilmonen, 2001), podendo acarretar benefícios para os clientes de forma direta ou indireta: a primeira através da reflexão sobre a prática e desenvolvimento profissional, sendo os clientes cuidados por profissionais com

mais conhecimentos e competências; a segunda por níveis mais baixos de *burnout* e doenças profissionais, bem como melhores *standards* de cuidados (RCN, 1999). Apesar de ainda serem escassos os estudos sobre o benefício da SCE para a recuperação dos clientes, importantes progressos têm sido efetuados com vista a verificar estes efeitos, essencialmente através do registo das intervenções clínicas que melhoram os cuidados aos clientes, da avaliação das mudanças nos resultados com os clientes, e na perceção dos efeitos que os profissionais de saúde têm da recuperação dos clientes (Butterworth et al., 2008).

A relação supervisiva é central ao processo de supervisão (Garrido, 2004) sendo importante que, quer supervisor, quer supervisionado, sejam capazes de trabalhar construtivamente (Cunha, 2008). A clara definição de papéis dos diversos intervenientes nesta dinâmica é considerada um elemento essencial para a criação de um ambiente em que as preocupações dos supervisionados possam ser livremente exploradas (Alleyne & Jumaa, 2007). Esta relação pode ser afetada por vários fatores, como as expectativas de cada um dos intervenientes relativamente à supervisão, as experiências anteriores, o conhecimento sobre SCE, bem como os papéis e responsabilidades que cada um assume (Cunha, 2008). Rääkkönen, Perälä e Kahanpää (2007), concluíram que se os supervisores se preocuparem com as perceções dos supervisionados conseguem mais facilmente identificar as suas necessidades. Os principais alicerces para a relação supervisiva são a confiança mútua, a capacidade do supervisor afirmar os seus supervisionados no seu papel como profissionais e como seres humanos sensíveis (Severinsson, 2001). O facto de o supervisionado poder escolher o seu supervisor é uma das razões para a melhoria da qualidade da relação supervisiva, uma vez que o supervisionado se sente mais confiante e comprometido com o processo (Winstanley & White, 2003).

No que concerne ao processo de implementação da SCE, este pode ser organizado em diferentes tipos: individual (supervisor-supervisionado, em que o supervisor pode ser da mesma área ou de uma área diferente); em grupo (supervisor-grupo de supervisionados, em que o supervisor pode ser da mesma área ou de uma área diferente); em relação de paridade (em que não há hierarquia e os participantes se supervisionam entre si, podendo ser individual ou em grupo); em tríade (em que há um terceiro elemento que fornece *feedback* ao supervisor e supervisionado); em rede (envolve supervisão de profissionais de áreas similares mas que não trabalham em conjunto regularmente) (RCN, 1999; *Chartered Society of Physiotherapy*, 2005; NHS, 2009).

Ainda há falta de consenso sobre como o processo de SCE deve ser implementado e com que frequência (Wright, 2012), contudo surgem estudos que indicam que as sessões devem ser realizadas quatro a seis vezes por ano com a duração de cerca de uma a duas horas por sessão (NHS, 2009) ou, no mínimo, durante uma hora, mensalmente (Winstanley, 2001; Edwards et al., 2005; Winstanley & White, 2011) e que poderão ser ajustadas mediante a necessidade do supervisionado (TePou, 2009). Edwards e colaboradores (2005) concluíram que os supervisionados percecionavam melhor as sessões de SC se tivessem escolhido o seu supervisor e se as mesmas decorressem fora do local de trabalho, pelo que a escolha do tipo de supervisão, local e duração são fundamentais para o sucesso da mesma. O supervisor pode recorrer a diversas estratégias de SCE, tais como, demonstração, observação, apoio, *feedback*, análise crítico-reflexiva das práticas, análise da documentação dos cuidados de enfermagem, entre outras, tendo sido comprovado o desejo por parte dos enfermeiros de que as estratégias de SCE sejam mais frequentemente implementadas do que são na atualidade (Rocha, 2013). É essencial que todo o processo seja submetido a avaliação já que só assim se consegue assegurar a sua efetividade (TePou, 2009). O processo de SC deve ser perspectivado na sua globalidade, isto é, tendo em consideração o *feedback* por parte dos clientes, a supervisão a nível multiprofissional, a revisão dos registos e documentos, e as avaliações formais (Kilminster et al., 2007).

As organizações de saúde desempenham um papel vital para que a SC possa ser implementada de forma efetiva, sendo crucial que se criem condições e políticas bem definidas de SC, uma vez que estes contextos se constituem como locais privilegiados de formação dos enfermeiros (Garrido, Simões & Pires, 2008).

As razões para frequentar sessões de SCE diferem bastante entre os supervisionados, dependendo da cultura organizacional em que se inserem. A conceção sobre SC por parte dos enfermeiros chefes, e a sua relação com os membros das equipas de enfermagem afeta a adesão dos enfermeiros à SC (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011). Para além das barreiras pessoais para a participação em sessões de SCE, existem também barreiras organizacionais que resultam de conflitos políticos e profissionais, falta de conhecimento, falta de tempo e falta de recursos (Koivu, Hyrkäs & Saarinen, 2011). No que respeita às barreiras pessoais, Cottrell (2002) sugere quatro tipos de resistência para a adoção da SCE: política de menor esforço; oposição; insubordinação e desconfiança. Butterworth e colaboradores (2008) identificaram como causas desta resistência o facto de alguns enfermeiros considerarem que a SCE lhes provoca aumento dos níveis de *stress* e ansiedade, sentirem-se controlados e ameaçados, bem como terem receio quanto às questões de confidencialidade. Esta

resistência tem portanto de ser transformada em compromisso, aceitação, lealdade e confiança (Cottrel, 2002).

Se por um lado autores como Wright (2012) consideram que a SCE tem sido implementada por “moda ou mania” dos enfermeiros, sem uma clara comprovação dos seus benefícios, por outro há pouca evidência de que a SCE seja uma experiência negativa (Butterworth et al., 2008), devendo existir um investimento nesta área. Um dos objetivos principais da SC é assegurar os melhores *standards* de cuidados, prestados por profissionais competentes, confiantes e apoiados nas suas práticas, sendo a SC reconhecida em diferentes áreas, quer pelo suporte aos profissionais quer pela segurança dos clientes, em sistemas de saúde com políticas cada vez mais complexas (Newton, 2013). Considerando que os enfermeiros exercem um papel fundamental nas equipas de saúde, não só pelo foco do seu exercício profissional, mas também, pela natureza das suas funções, uma vez que são os profissionais que mais tempo passam com os seus clientes, a relevância das suas decisões é de tal forma colossal que negligenciar os efeitos positivos da SCE é um grave erro (Cruz, 2008).

2. QUALIDADE EM SAÚDE

A qualidade é, atualmente, uma exigência incontornável em todos os ramos da atividade humana (Garrido, Simões & Pires, 2008), variando os conceitos utilizados para a descrever consoante a época, os países e os indivíduos (OMS, 2003). Com o crescente desenvolvimento socioeconómico e científico e com as políticas organizacionais de gestão de recursos e de custos a nível financeiro, cada vez mais a atenção se centra nos sistemas de saúde e na sua qualidade. A definição, a nível internacional, de metas ambiciosas em saúde e os apoios para o desenvolvimento das mesmas, gera uma crescente preocupação em avaliar o desempenho no âmbito da saúde (Kruk & Freedman, 2008). Nos dias de hoje, a qualidade é vista como uma componente estratégica na maioria dos países, independentemente do seu grau de desenvolvimento (Serapioni, 2009) sendo várias as organizações que criaram departamentos e projetos responsáveis por estas questões, como por exemplo, o departamento *Health Metrics Network* da OMS, *Agency for Healthcare Research & Quality*, *National Database of Nursing Quality Indicators* e Departamento de Qualidade em Saúde.

A definição de qualidade em saúde é alvo de algumas discrepâncias devido às mudanças nas políticas de saúde e nas perceções individuais sobre o que é a qualidade (OMS, 2003), não sendo um conceito simples ou unívoco, mas antes complexo e polivalente (Serapioni, 2009). A título de exemplo, nos diversos sistemas de saúde europeus foram identificados cerca de 60 diferentes abordagens relativas a este conceito (Quinti, 2001, Cit. por Serapioni, 2009). Tendo por base a OMS (2003) a qualidade pode ser entendida como uma característica ou propriedade de alguma coisa que possui um elevado nível de excelência. É de realçar que o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016, adota a definição proposta pelo Programa Ibérico (programa que pretendeu desenvolver estratégias conjuntas na área da qualidade), em 1990, que refere que a qualidade se reporta à “(...) prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes.” (Campos, Saturno & Carneiro, 2010, p.12). Pode também considerar-se que se sistematiza numa filosofia de gestão, promovendo uma maior eficácia e eficiência dos serviços, bem

como a simplificação de processos e procedimentos e, ainda, a satisfação das necessidades dos clientes (Abreu, 2007). A Lei de Bases da Saúde nº 27/2002 confere especial destaque às políticas de qualidade, sendo perentória ao afirmar que deve ser garantido aos clientes a prestação de cuidados de qualidade e assegurada a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados (Decreto-Lei, 27/2002). É ainda de realçar que é salvaguardado pela Direção Geral de Saúde (DGS) que “O acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.” (DGS, 2012a, p.2).

Numa perspetiva histórica, verifica-se que o conceito de qualidade e as suas metodologias foram divulgados a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa e aplicados na área da saúde pelos trabalhos de Donabedian, surgindo estudos neste âmbito desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos, Saturno & Carneiro, 2010). Acredita-se que os primeiros estudos tenham sido realizados por romanos, incidindo sobre a eficiência dos seus hospitais militares. Posteriormente, foram relevantes os trabalhos realizados por monges que teriam de justificar os cuidados que prestavam aos seus clientes (Garrido, Simões & Pires, 2008). O primeiro documento relativo à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, remonta ao século XVII, em Inglaterra, pelas mãos de John Howard e Elizabeth Fry (Sale, 2000).

O conceito geral de qualidade que prevaleceu ao longo de vários anos emergiu após a segunda guerra mundial, associado às filosofias de controlo da qualidade industrial (Mezomo, 2001). É a partir do século XX que este conceito surge associado ao atendimento das reais necessidades dos clientes, antecipação das suas necessidades e superação das suas expectativas, numa lógica de promoção e desenvolvimento contínuo (Pereira, 2009).

Em Portugal, embora tenha sido uma preocupação constante ao longo dos anos, é relativamente recente a apoteose atribuída à qualidade em saúde (Garrido, Simões & Pires, 2008). Somente em 1997 o Ministério da Saúde instituiu uma política de qualidade para o seu setor, com o intuito de desenvolver e implementar sistemas de qualidade. Em 1999, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde, que de acordo com as estratégias de qualidade definidas pelo governo, escolhia as políticas para a sua implementação, tendo estado em vigor até 2006, altura em que foi extinto (Lopes, 2007). Com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde, foi celebrado um acordo entre o Ministério da Saúde e o *Health Quality Service*, dando origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais

que adotava a metodologia do *King's Fund Health Quality Service* (DGS, 2009). No PNS de 2004-2010 identificou-se a existência de uma escassa cultura de qualidade associada a um défice na organização dos serviços de saúde, bem como a falta de indicadores, pelo que foi decidido adotar-se um novo modelo de acreditação hospitalar, o modelo da *Joint Commission International* (DGS, 2004a). Com a aprovação do Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de Dezembro, a DGS assume competências na área do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português, criando o Departamento da Qualidade na Saúde e aprovando uma Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que visa definir prioridades nesta área. Atualmente, através de um protocolo de colaboração e cooperação celebrado entre a DGS e a *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* em 2009, foi adquirido o direito exclusivo da utilização do Modelo de Acreditação *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* para as diversas organizações de saúde (DGS, 2009), que se encontra em vigor através do Plano Nacional de Acreditação em Saúde de 2011. Pretende-se com este plano uma mudança cultural, com vista a que o paradigma de cuidados deixe de ser centrado na organização, mas antes no cliente (DGS, 2009). Em Portugal, a qualidade passou a fazer parte do discurso quotidiano e é comum a tendência para se tornar num alicerce das escolhas e tomadas de decisão, não só do Estado, como de todas as organizações e indivíduos (Abreu, 2003).

Nas últimas décadas foram vários os estudos que surgiram na área da qualidade em saúde, destacando-se os trabalhos de Avedis Donabedian (Du Moulin, van Haastregt & Hamers, 2010). De acordo com este autor, a avaliação da qualidade em saúde pode ser perspectivada numa vertente tridimensional: estrutura (reporta-se aos atributos do cenário onde são prestados os cuidados); processo (refere-se ao que é efetuado na prestação de cuidados) e resultado (diz respeito aos efeitos dos cuidados na saúde dos clientes) (Donabedian, 2003). Segundo Franco (2010), para avaliar a qualidade dos cuidados é indispensável representar os conceitos e definições gerais em indicadores validados e calibrados pelos atributos desta tríade.

Tendo em consideração as atuais mudanças nas organizações de saúde, bem como os padrões de saúde/doença, as crescentes exigências da sociedade, a criação de novas tecnologias e a formação dos profissionais, os enfermeiros devem encarar a qualidade como uma meta operacional (Abreu, 2007).

2.1. Indicadores de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Há uma crescente preocupação em demonstrar a eficácia e eficiência nos cuidados prestados em saúde e em comunicar esses resultados aos responsáveis pelas organizações (McCance et al., 2011). De acordo com Petronilho (2008), o grupo profissional na área da saúde que mais decisões toma e mais atos pratica são os enfermeiros, sendo, simultaneamente, o maior grupo profissional. Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros não é tarefa fácil, uma vez que é uma área complexa, sendo difícil isolar os diversos fatores que interferem no impacto causado pelos enfermeiros e, talvez por isso, sejam poucos os trabalhos existentes nesta área (*National Health System Quality Improvement Scotland*, 2005).

Importa clarificar que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, que não “(...) 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.” (OE, 2002, p.4). Desta forma, “A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a acção de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde.” (Pereira, 2009, p.69).

Face à natureza dos cuidados de enfermagem, é vital que se reflita sobre a importância da informação que lhe está associada e o valor que a mesma pode ter para a qualidade (Pereira, 2009), sendo cada vez maior o interesse pelo desenvolvimento de sistemas de informação em saúde, por parte das organizações, com vista à produção e acesso à informação em tempo útil (Petronilho, 2008). É através dessas informações que se visa a melhoria do desempenho dos profissionais, recorrendo-se para tal à transformação da informação em indicadores que se prestam a estabelecer metas e a avaliar a produção de programas e serviços de saúde (Bittar, 2001; Pereira, 2009; Gabriel, 2011). Embora já existam alguns estudos nesta área, tem sido difícil traduzir objetivamente qual o contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde dos seus clientes, uma vez que há falta de indicadores do seu exercício profissional (Petronilho, 2008).

Os indicadores surgem como uma ferramenta importante para o desenvolvimento da profissão (Pencheon, 2008), podendo ser definidos como unidades de medida de uma atividade com a qual estão relacionados (Mezomo, 2001). São, portanto, ferramentas

utilizadas para medir a *performance*, visando monitorizar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço e descobrindo informações essenciais para a tomada de decisões que reflitam a melhoria da qualidade (Mezomo, 2001). De facto, os indicadores são considerados como uma medida que visa descrever, de forma sucinta, e o mais detalhadamente possível um sistema, ajudando a compreendê-lo, compará-lo e melhorá-lo (Pencheon, 2008), permitindo ainda revelar uma situação de saúde. Podem ser “(...) entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde.” (Pereira, 2009, p. 54).

Os indicadores podem ter três funções essenciais: compreensão ou investigação, melhoria da *performance* ou gestão e responsabilização (Pencheon, 2008). Apesar de desempenharem um papel fundamental na avaliação do desempenho, os indicadores apenas resumem e indicam aspetos de uma determinada realidade (Pencheon, 2008; Pereira, 2009). Importa destacar que, por vezes, as organizações e os seus membros sentem-se vulneráveis e expostos face aos resultados fornecidos pelos indicadores, pelo que adotam uma atitude mais defensiva. Concordamos com McCance e colaboradores (2011) sobre a necessidade de realização de mais investigação nesta área, para que se comece a compreender e aceitar as vantagens, assim como as limitações, que estes instrumentos podem acarretar.

Com a utilização de indicadores é necessário ter em atenção, entre outros, como estes estão definidos, o que é que estão a avaliar, quando são aplicados, a quem ou a quê, e se os resultados obtidos serão fiáveis (Pencheon, 2008). Desta forma, um indicador deve possuir como atributos a utilidade, a robustez, a acessibilidade, a representatividade, respeitar os princípios éticos e ser de fácil compreensão (DGS, 2003).

A identificação de indicadores que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem é um desafio, no entanto, traduz-se na oportunidade de demonstrar a natureza da contribuição dos enfermeiros para a recuperação dos seus clientes (McCance et al., 2011). As mesmas autoras, reportando-se ao relatório da *National Nursing Research Unit*, de 2008, sobre o estado da arte em enfermagem, salientam que: a maioria dos indicadores foca áreas quantificáveis; de uma forma geral, os indicadores referenciados na literatura dizem respeito a taxas de incidência e risco de úlceras por pressão, quedas, infeções, erros de medicação, higienização das mãos, estados nutricionais e apresentação de reclamações; e, por último, que há falta de indicadores que avaliem o impacto dos cuidados de enfermagem e que contribuam para a satisfação dos clientes.

Em Portugal, a DGS, baseando-se nos relatórios de 1999 e 2005 do *Canadian Institute for Health Information*, definiu quatro grandes grupos de indicadores de saúde a serem trabalhados até 2016: estado da saúde (permitem analisar o quão saudável é a população através das dimensões de mortalidade, situação de saúde, incapacidade e bem-estar); determinantes de saúde (permitem o conhecimento de fatores que afetam o estado de saúde através das dimensões de comportamentos, condições de vida e laborais, recursos pessoais e ambientais); desempenho do sistema de saúde (permitem a monitorização do desempenho através de dimensões como aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança); e contexto (permitem a caracterização de determinantes individuais e que contemplam informação importante para a saúde) (DGS, 2012b).

Para a OE, os indicadores destacam-se como “(...) marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população.” (OE, 2007, p.2). Compreende-se então que o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional poderá contribuir para a reforma e modernização dos serviços prestados pelos enfermeiros, através da identificação das áreas a melhorar.

3. PRESTADOR DE CUIDADOS

O progressivo envelhecimento da população, associado ao efeito cumulativo da diminuição da natalidade e mortalidade, tem-se traduzido num aumento da esperança média de vida, paralelamente a uma melhoria do nível de saúde da população (Decreto-Lei, 2006). Estima-se, portanto, que a população se torne cada vez mais envelhecida em toda a União Europeia (*European Commission*, 2009). De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística (2011) referentes aos Censos em 2011, em Portugal, por cada 100 jovens há 131 idosos (com 65 ou mais anos), verificando-se um aumento no índice de dependência dos idosos de 25 para 30 por cada 100 pessoas em idade ativa. De facto, verifica-se um crescimento nos níveis de dependência, quer seja por fatores económicos e sociais, quer seja por situações de doença, sendo cada vez mais uma preocupação por parte da sociedade em geral, a criação de uma rede de suporte, que dê resposta às necessidades dos cidadãos dependentes de terceiros.

Apesar de se verificar uma melhoria do nível de saúde da nossa população, nos últimos 40 anos, constatou-se igualmente o aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, pelo que existem défices a nível nacional na prestação de cuidados de longa duração (Decreto-Lei, 2006). Este tipo de cuidados é necessário em indivíduos que dependem de ajuda de terceiros para as suas atividades de vida diária, existindo dois tipos de prestadores de cuidados: informais (familiares e amigos) ou formais (indivíduos contratados e remunerados para o efeito, podendo os cuidados ser prestados no domicílio ou em instituições) (*European Commission*, 2009). O prestador de cuidados pode ser entendido como “(...) aquele que assiste na identificação, prevenção, ou tratamento da doença ou incapacidade, aquele que atende às necessidades de um dependente.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.115). Para efeitos deste estudo serão considerados os prestadores de cuidados informais.

De acordo com Figueiredo (2009), a família constitui-se como um meio privilegiado de cuidados de suporte à saúde e vida dos seus membros, sendo considerada como parceira, recetora e prestadora de cuidados informais, pelo que deve ser alvo de atenção e de intervenção por parte dos enfermeiros (OE, 2009b). Efetivamente, os cuidados de enfermagem devem ser centrados na família, concebendo-a “(...) como uma unidade em

transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família.” (Figueiredo, 2009, p.31).

Cuidar de uma pessoa dependente implica o desempenho de novas funções e mudanças por parte do prestador de cuidados no desempenho do seu papel (Leite, 2012), não estando este, por norma, consciente das exigências que lhe estão associadas (Cardoso, 2011). Assim, é necessário preparar o prestador de cuidados para o papel e para a promoção e manutenção da qualidade de vida quer da pessoa dependente, quer do próprio cuidador, sendo vital a partilha de informação, o treino e o suporte fornecidos (Guedes, 2011). O aumento e complexidade das atividades desenvolvidas pelo prestador de cuidados, o esforço físico, as alterações a nível emocional e psicológico (como o *stress* e o isolamento social), o dispêndio de tempo por um período indeterminado, a idade, o género, os seus próprios problemas de saúde e, ainda, o aumento de custos a nível financeiro, podem conduzir a uma sobrecarga do prestador de cuidados. Os enfermeiros, pela natureza da relação e proximidade das famílias, poderão contribuir para a melhoria do desempenho do papel de prestador de cuidados e conseqüente diminuição dos níveis de sobrecarga dos mesmos (Figueiredo, 2009).

Atendendo à necessidade de uma prestação de cuidados mais próxima das pessoas em situação de dependência, foi aprovado, em Diário da República, a dinamização da implementação de unidades e equipas de cuidados dirigidas a esta população (Decreto-Lei, 2006). Neste sentido, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados que pretende “(...) prestar os cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (...)” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011, p.8). A prestação de cuidados é assegurada através de quatro tipos de resposta: unidades de internamento (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção, e cuidados paliativos); unidades de ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia); equipa hospitalar (equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos) e equipas domiciliárias (ECCI, e equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

Os Cuidados de Saúde Primários são considerados, pelo Governo, como a base de um sistema de saúde justo, flexível e acessível (Presidência do Conselho de Ministros, 2005). No Programa XVIII do Governo Constitucional o utente é o centro das políticas de saúde, tendo sido estabelecidas, entre outras, reformas que visam a criação de unidades de cuidados na comunidade que abranjam cuidados domiciliários integrados, alargados a todo

o país e com garantia de serviços durante toda a semana (Presidência do Conselho de Ministros, 2009). As ECCI “direcionam a sua intervenção multidisciplinar a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento.” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011, p.10). Têm ainda como missão o apoio na qualificação da prestação de cuidados por parte dos prestadores de cuidados e familiares da pessoa dependente (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011). Desta forma, as ECCI assumem um papel substancial no processo de prestação de cuidados, despertando o interesse por parte das organizações e dos profissionais de saúde, bem como da população em geral. Compreende-se então que o número de trabalhos de investigação efetuados em conjunto com estas equipas tenha vindo a aumentar, uma vez que traduzem, entre outros aspetos, o impacto que as mesmas representam nos ganhos em saúde dos seus clientes.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Nesta etapa pretende-se, de forma resumida, tornar clarividente o caminho percorrido, de modo a atingir os objetivos do estudo. Através da descrição deste percurso o investigador consegue planejar as várias etapas relativas ao processo de investigação, tomando diversas decisões metodológicas que se revelam essenciais para garantir a fiabilidade e qualidade dos resultados do seu estudo (Fortin, 2009). “Cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho.” (Quivy & Campenhoudt, 2008, p.120-121).

4.1. Finalidade e Objetivos

É através da determinação da finalidade e objetivos do estudo que se torna clara a orientação e as escolhas a seguir numa investigação (Polit & Beck, 2011). Este estudo teve como finalidade fornecer subsídios para a construção de um programa de SCE, que contribua para a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros das ECCI, através da identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Os objetivos de um estudo traduzem o que o investigador pretende especificamente alcançar com a investigação, sendo enunciados declarativos que definem a orientação do estudo e que estão intimamente relacionados com o nível de conhecimentos na área em questão (Fortin, 2009). Tendo em conta a questão de investigação, foram elencados os seguintes objetivos:

- Identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;

- Obter consenso, entre os enfermeiros, sobre a relevância dos indicadores adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;

- Identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

4.2. Tipo de Estudo

De acordo com Fortin (2009, p. 133) “A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (...) [consoante se pretenda] descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis, ou ainda verificar hipóteses de causalidade.”. É de realçar que a definição do tipo de estudo implica a “ (...) determinação de uma unidade de observação e de uma unidade de análise, que pode ser um indivíduo, um ou mais grupos de indivíduos, documentos vários ou trabalhos de investigação.” (Pocinho, 2012, p. 28).

O paradigma desta investigação está ancorado nas perspetivas qualitativa e quantitativa. A investigação encontra-se organizada em três estudos descritivos e transversais que embora distintos se relacionam.

O estudo I, teve como objetivo identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados e conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Uma vez que se pretendia explorar e aprofundar esta temática, atendendo à realidade dos participantes, recorreu-se a uma abordagem do tipo qualitativa, através de uma entrevista semiestruturada com recurso a um *focus group*, com enfermeiros de três ECCI.

Após a identificação dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, realizou-se o estudo II, de cariz quantitativo, a fim de aferir, através de consenso de um grupo de peritos, a relevância desses indicadores para a monitorização da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

Posteriormente, realizou-se o estudo III, com o objetivo de estabelecer o *ranking* de indicadores, consensualizados pelo grupo de peritos, relevantes para monitorizar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros das ECCI. Este estudo sustenta-se num paradigma quantitativo tendo-se aplicado um questionário aos enfermeiros das ECCI do ACES do Alto Tâmega e Barroso.

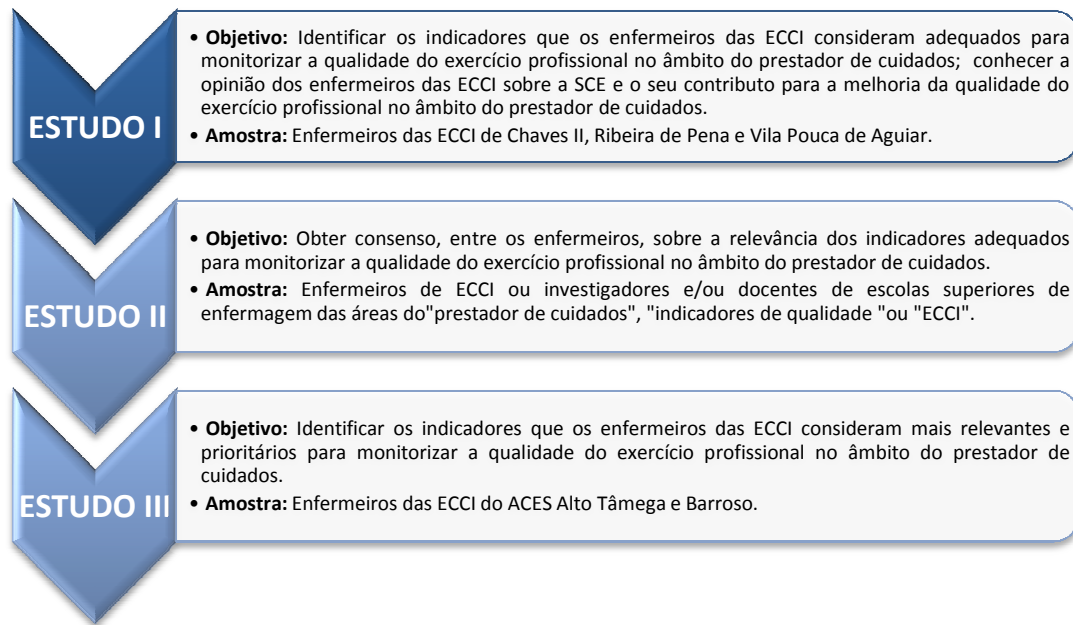
A escolha de uma abordagem mista advém das potencialidades que a combinação de dois paradigmas (qualitativo e quantitativo) encerra no estudo de um fenómeno. Este tipo de metodologia é uma tendência crescente, uma vez que oferece aos investigadores uma alternativa para o estudo de problemas complexos na área da saúde, como os enfrentados atualmente em enfermagem (Driessnack, Sousa & Mendes, 2007). Assim, num único estudo utilizam-se estratégias quer do foro qualitativo, quer do foro quantitativo, para dar resposta às questões de investigação, podendo ser implementadas concomitantemente ou sequencialmente.

A presente investigação teve como propósito identificar os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, enquadrando-se numa tipologia descritiva. O estudo do tipo descritivo visa discriminar os fatores ou conceitos determinantes, que eventualmente possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2009). De acordo com Pina (2005, p. 11) “Um estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas estimar parâmetros de uma população (...) e têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação.”. Neste tipo de estudo, o pesquisador observa, descreve e documenta aspetos relacionados com o objeto de estudo, não existindo manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenómeno (Sousa, Driessnack & Mendes, 2007).

Quanto à sua natureza, pode-se afirmar que esta investigação é do tipo transversal, uma vez que a recolha de dados, para cada estudo, foi realizada num único momento.

Na figura 1, encontra-se representado esquematicamente o desenho geral da investigação.

FIGURA 1: Desenho da investigação



4.3. População

A população de um estudo diz respeito ao conjunto de elementos ou indivíduos que o investigador está interessado em estudar (Polit & Beck, 2011). Após a definição da população o investigador recorre à amostragem para escolher um subconjunto da população que a represente, e que seja objeto do estudo (Fortin, 2009).

Uma vez que este estudo se constitui como um contributo para uma investigação mais alargada no âmbito da SCE, optou-se por incluir os enfermeiros das ECCI do ACES do Alto Tâmega e Barroso, que integram esse estudo. Assim, no estudo I e III desta investigação, recorreu-se aos enfermeiros das ECCI do ACES do Alto Tâmega e Barroso, que incorpora sete ECCI: Boticas; Chaves I; Chaves II; Montalegre; Ribeira de Pena; Valpaços e Vila Pouca de Aguiar. De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) os enfermeiros das ECCI devem assegurar a prestação de cuidados "(...) todos os dias do ano, no horário de funcionamento das 8 às 20 horas nos dias úteis e, conforme as necessidades, aos fins-de-semana e feriados, com garantia mínima das 9 às 17h (...)" (UMCCI, 2007, p.12). Devem igualmente garantir o atendimento telefónico ao utente e/ou prestador de cuidados. Os clientes destas equipas são pessoas em situação de dependência e familiares/prestadores de cuidados, com necessidade de cuidados nas seguintes áreas: cuidados domiciliários de enfermagem a nível preventivo, curativo, de

reabilitação e paliativo e, também, em ações de educação para a saúde (UMCCI, 2007). As equipas de enfermagem dos ACES do Alto Tâmega e Barroso apresentam uma dinâmica proativa, tendo inclusivamente sido premiadas em 2013, através da campanha “Missão Sorriso” com o projeto “Reabilitar para bem Respirar”, desenvolvido pelas Unidades de Cuidados Continuados deste ACES (Notícias de Vila Real, 2013).

Relativamente ao estudo II, recorreu-se a um grupo de peritos nas áreas do “prestador de cuidados”, “indicadores de qualidade” e “ECCI”, constituído por enfermeiros que trabalhassem em ECCI, e ainda a investigadores e/ou docentes de escolas superiores de enfermagem. A escolha dos peritos teve por base a sua acessibilidade, local de trabalho e o seu percurso académico, sendo garantido que nenhum dos participantes do estudo I e III participasse nesta fase.

4.4. Contexto do Estudo

De acordo com o Relatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2010, uma ECCI é constituída, geralmente, por um médico, quatro enfermeiros, um assistente social, um psicólogo, um fisioterapeuta e dois outros profissionais (UMCCI, 2010). O ingresso neste tipo de cuidados faz-se através de uma Equipa Coordenadora Local, que mediante proposta do hospital ou centro de saúde, através de avaliação médica, de enfermagem e social, e dos objetivos de intervenção para o cliente, analisa e decide a situação e a necessidade de cuidados, referenciando para a tipologia de cuidados mais adequada da rede (UMCCI, 2007).

No ACES do Alto Tâmega e Barroso, local onde se realizou a investigação, todos os Centros de Saúde (CS) Boticas, Chaves I, Chaves II, Montalegre, Ribeira de Pena, Valpaços e Vila Pouca de Aguiar incorporam Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade e ECCI. Este ACES abrange cerca de 94 000 habitantes com um índice de envelhecimento e dependência de idosos que tem vindo a aumentar de forma mais acentuada do que na região norte e no continente, e com uma taxa de natalidade em decrescendo (Ministério da Saúde, 2012). A esperança de vida à nascença é de 79,3 anos e apesar de ter vindo a aumentar continua inferior à da região norte e do continente (Ministério da Saúde, 2012). Entre as principais causas de internamento hospitalar salientam-se a pneumonia, as doenças hepáticas, diabetes *mellitus*, acidentes de viação e tumores malignos, sendo os últimos uma das principais causas de morte (Ministério da Saúde, 2012).

O rendimento mensal médio dos trabalhadores por conta de outrem, assim como o poder de compra *per capita*, é inferior ao da região norte e continente e a proporção de pensionistas tem vindo a crescer (Ministério da Saúde, 2012). É ainda de referir que “As infraestruturas ambientais abrangem, a maior parte da população: 87% é servida por sistemas públicos de abastecimento de água, 75% por sistemas de drenagem de águas residuais e 71% por estações de tratamento de águas residuais.” (Ministério da Saúde, 2012, p.1).

É de realçar que os enfermeiros destas ECCL asseguram cuidados numa área geográfica de cerca de 2922 km² (Associação de Municípios do Alto Tâmega, 2008).

4.5. Considerações Éticas

A qualquer investigação estão subjacentes questões morais e éticas que podem entrar em conflito com o rigor da mesma (Fortin, 2009). Tendo em consideração os diversos dilemas éticos com que os investigadores se confrontam nas suas pesquisas, têm sido desenvolvidos códigos de ética para orientar os pesquisadores (Polit & Beck, 2011).

A investigação clínica, apesar de ter como objetivo o desenvolvimento do conhecimento que possa contribuir para a melhoria da condição de saúde dos clientes, precisa de dar resposta aos requisitos éticos que asseguram o bem comum dos participantes (Ministério da Saúde, 2010). Os direitos do indivíduo que devem ser absolutamente protegidos numa investigação são o direito “(...) à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à protecção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo.” (Fortin, 2009, p.128).

Ao longo deste estudo foi uma preocupação constante respeitar os requisitos éticos:

- princípio da não maleficência – foi assegurada que a participação no estudo não acarretaria qualquer tipo de risco ou malefício para o participante, e que da sua recusa não advinha qualquer tipo de dano;
- respeito pela justiça – primou-se por um tratamento justo e equitativo de todos os participantes ao longo da investigação, cumprindo todos os compromissos assumidos, estando o investigador sempre disponível para dar resposta às questões e necessidades, relacionadas com o estudo;

- direito à autodeterminação – a participação no estudo foi opcional e voluntária e todos os participantes foram informados que podiam abandoná-lo, a qualquer momento, sem nenhuma consequência; paralelamente foi salvaguardado que todas as opiniões eram importantes e válidas, não sendo sujeitas a qualquer tipo de crítica desconstrutiva ou coerção;
- direito à privacidade – foi assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados, não sendo em qualquer momento da investigação ou do trabalho resultante da mesma identificado algum participante; para a transcrição da entrevista e respetiva abordagem ao longo deste trabalho, os participantes foram identificados como E1 (entrevistado 1), E2, E3, até E11; para a recolha de dados através de questionários foram facultados dois envelopes, um para os questionários, outro para os consentimentos informados, de forma a que os participantes não fossem associados aos respetivos questionários; os dados recolhidos foram conservados pela investigadora e no final, aqueles que podiam eventualmente identificar os participantes foram destruídos;
- consentimento informado – foi fornecido aos participantes o modelo de consentimento informado, preconizado pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), onde foram explicitados os objetivos do estudo e a sua problemática, bem como garantido o respeito pelos princípios éticos (Anexo I);

Com o intuito de respeitar estes princípios, foi solicitado e obtido o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN (Anexo II), da Comissão Nacional de Proteção de Dados (Anexo III), e também do Diretor Executivo e da Enfermeira Supervisora do ACES do Alto Tâmega e Barroso (Anexo IV).

5. ESTUDO I - A SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM E OS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

O desenvolvimento de um trabalho de investigação deve pautar-se pela incessante procura de respostas face às necessidades da população, sendo que após a elaboração do plano de investigação, este deve ser colocado em execução e explicitado oportunamente (Fortin, 2009). Pretende-se neste capítulo clarificar as diversas etapas subjacentes ao estudo I. Destacam-se como etapas principais a colheita, análise e interpretação dos resultados (Fortin, 2009).

5.1. Objetivos

Neste primeiro estudo objetivou-se:

- Identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Conhecer opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

5.2. População e Amostra

A população do estudo compreendeu os enfermeiros das ECCI do ACES do Alto Tâmega e Barroso. A amostra foi constituída pelos enfermeiros das ECCI de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar. A escolha destas três ECCI relaciona-se com o facto de estarem previamente envolvidas na investigação a que este trabalho visa dar contributos⁽¹⁾. No decurso do estudo a investigadora ministrou formação sobre SCE a todos os enfermeiros dos CS de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar, pelo que se

(1) "Conceção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários" desenvolvida pela Mestre Regina Pires, no âmbito do Doutoramento em Enfermagem.

considerou estes participantes como informantes privilegiados para a realização da presente investigação.

Como critérios de inclusão no estudo definiu-se ser enfermeiro numa destas ECCI e aceitar participar no estudo. Os participantes foram selecionados através de um processo de amostragem não probabilística. Este tipo de amostragem é aquela na qual os sujeitos não têm a mesma probabilidade de serem selecionados para integrar a amostra (Fortin, 2009). Segundo a mesma autora, este tipo de amostragem tem o risco de ser menos representativa contudo, nem sempre é fácil aceder a toda a população, pelo que muitas vezes se opta por este tipo de amostragem, que tem também a vantagem de ser simples de organizar e pouco onerosa.

5.3. Colheita de Dados

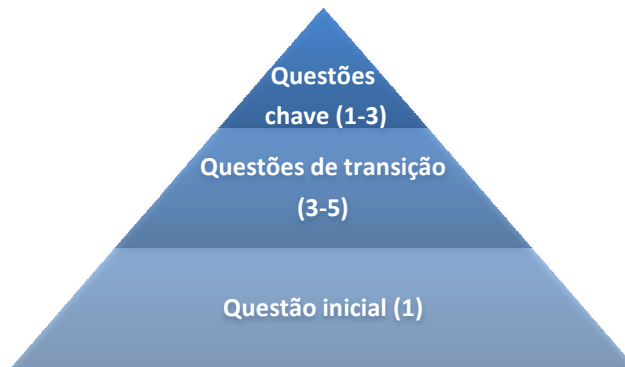
Existem diversos métodos para a recolha de dados de acordo com a natureza do problema de investigação (Fortin, 2009). É função do investigador definir qual o tipo de instrumento que melhor se adequa aos objetivos do estudo e às questões de investigação. Apesar de existir uma panóplia de métodos de colheita de dados, certas problemáticas não podem ser estudadas satisfatoriamente devido à falta de instrumentos pertinentes, sendo necessário que o investigador crie instrumentos de medida apropriados ao objeto de estudo (Fortin, 2009).

Neste estudo, os dados foram recolhidos através de uma entrevista semiestruturada com recurso a um *focus group*. A entrevista semiestruturada é a mais utilizada em investigação social, não sendo inteiramente aberta ou encaminhada por um grande número de perguntas precisas, mas antes por uma série de perguntas guia, que não precisam de ser necessariamente aplicadas na ordem prevista, possibilitando ao investigador encaminhar a entrevista em função dos objetivos (Pocinho, 2012). É o método de colheita de dados de eleição em investigações qualitativas. Caracteriza-se pela comunicação entre duas ou mais pessoas, exprimindo o participante a sua opinião sobre determinado tema sugerido pelo investigador, que tem como papel ser facilitador e condutor da discussão. Para a sua realização foi elaborado um guião de entrevista semiestruturado (Anexo V), que versava como temas principais a SCE e os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros das ECCI no âmbito do prestador de cuidados. A sua constituição organizou-se em seis blocos temáticos: bloco I – legitimação da

entrevista, procedimentos éticos e motivação dos participantes; bloco II – caracterização dos participantes; bloco III – caracterização das práticas dos enfermeiros da ECCL; bloco IV – utilização de indicadores; bloco V – contributo da SCE; bloco VI – finalização. Um guião semiestruturado inclui algumas questões abertas ou tópicos que estimulem a troca de ideias, e o moderador é livre de colocar questões específicas relacionadas com o decurso da discussão que não tenham sido previamente definidas (Redmond & Curtis, 2009, Cit. por Doody, Slevin & Taggart, 2013a).

O *focus group*, é uma técnica de colheita de dados considerada rica, pois permite dinâmicas de grupo que facilitam a participação dos intervenientes e a obtenção de uma grande quantidade de informação, principalmente em áreas sensíveis, como a da enfermagem (Papastavrou & Panayiotou, 2012). É muito utilizado para explorar os pensamentos, ideias, atitudes e experiências dos participantes em relação a um tema em particular (Plummer-D’Amato, 2008). O uso do *focus group* como uma ferramenta de pesquisa em enfermagem tem vindo a tornar-se cada vez mais popular, uma vez que permite obter e explorar informação distinta através da interação grupal, que seria dificilmente obtida pela colheita de forma individual (Doody, Slevin & Taggart, 2013b). Esta técnica de colheita de dados consiste na realização de uma entrevista de grupo em que se pretende explorar a opinião dos participantes, podendo revelar níveis de compreensão e informação distintos, não alcançáveis com outro tipo de técnicas de colheita de dados (Doody, Slevin & Taggart, 2013a). O *focus group* não pretende alcançar consenso, mas antes capturar as diferentes perspetivas do grupo, sendo considerada uma ferramenta versátil e valiosa para o investigador (Shrimpton, 2013) e, simultaneamente, única, pois combina a entrevista, a observação participante e a interação grupal (Plummer-D’Amato, 2008).

No *focus group* é aconselhada uma estrutura triangular (figura 2) de organização das questões, em que é efetuada uma pergunta inicial mais ampla, seguida de três a cinco questões de transição que conduzirão até às questões principais (uma a três questões), o que facilita a condução das respostas dos participantes durante a discussão (Huntworth, 1996, Cit. por Plummer-D’Amato, 2008). Nesta investigação, a questão inicial incidiu sobre o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros das ECCL e a caracterização das respetivas áreas de prestação de cuidados, estando as questões de transição direcionadas para o trabalho desenvolvido com os prestadores de cuidados e para a documentação dos cuidados prestados, sendo delineadas como questões chave, as inerentes aos indicadores de qualidade do exercício profissional e à SCE.

FIGURA 2: Estrutura triangular para as questões de um *focus group*

Fonte: Adaptado de Hurtworth, 1996 in Plummer-D'Amato, 2008.

Para a realização do *focus group* foi necessária uma preparação prévia do terreno. Numa primeira fase, foi agendada uma reunião com a enfermeira supervisora com o intuito de explicar os objetivos e a metodologia do estudo, motivar a participação e agilizar a realização do *focus group*. A enfermeira supervisora encarregou-se de contactar as enfermeiras chefes dos CS responsáveis por cada uma das três ECCI em estudo. Numa primeira instância ponderou-se a realização de três *focus group*, um por cada ECCI, mas atendendo ao reduzido número de enfermeiros por cada ECCI, ao interesse de estimular a discussão e explorar a opinião dos participantes através de um momento de partilha e reflexão conjunto, bem como à disponibilidade demonstrada pelos mesmos em se deslocarem para se reunir todo o grupo num CS, optou-se pela realização de apenas um *focus group*. Assim, o investigador contactou telefonicamente cada uma das enfermeiras chefes de forma a agendar o *focus group*, tendo sido estas a decidir o local, dia e hora para a sua realização. O *focus group* decorreu no CS de Vila Pouca de Aguiar, uma vez que era o local mais próximo e acessível a todos os participantes (a cerca de 41 km do CS de Chaves II, e a cerca de 23 km do CS de Ribeira de Pena), facilitando a sua deslocação. A escolha do local para a realização do *focus group* é crucial para a adesão dos participantes e para que se crie um ambiente favorável à interação grupal (Mazza, Melo & Chiesa, 2009), motivo pelo qual foi deixado ao critério dos participantes. Estiveram presentes 11 enfermeiros das ECCI de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar, de entre os quais as três enfermeiras chefes e a enfermeira supervisora. O número de participantes recomendado para um *focus group* é de oito a doze (Stewart, Shamdasani & Rook, 2007), contudo não é consensual o número de participantes descrito na literatura e são vários os fatores que interferem nesta decisão (Doody, Slevin & Taggart, 2013b). Existem ainda estudos que defendem que o número de participantes pode variar entre quatro a doze, contudo o mais

importante é que o investigador tenha a quantidade suficiente de participantes que lhe permita trabalhar, o que está relacionado com o *background* dos mesmos, a complexidade do tema e a experiência do moderador (Krueger, 2006, Cit. por Doody, Slevin & Taggart, 2013b).

No dia combinado para a realização do *focus group*, as investigadoras compareceram cerca de 20 minutos mais cedo para se encontrarem com a enfermeira chefe do CS de Vila Pouca de Aguiar e organizarem a sala disponibilizada. Era uma sala de médias dimensões, distanciada da entrada e sala de espera dos utentes, com iluminação natural, arejada, livre de ruído, com uma mesa retangular ampla e diversas cadeiras, confortáveis, que foram dispostas em torno da mesa, em círculo, de forma a facultar o contacto visual entre todos os participantes. Durante a realização do *focus group*, a porta da sala e as janelas mantiveram-se fechadas, as persianas abertas de forma a permitir a iluminação da sala, a temperatura média rondava os 19°C. Estas características refletem as sugeridas por Doody, Slegan e Taggart (2013a), em que o *focus group* deve ser realizado: numa sala nem muito pequena (para evitar a ideia de sobrelotação), nem muito grande (para evitar o eco); a temperatura amena; a iluminação adequada; os assentos confortáveis; a distribuição dos participantes em círculo de forma a facultar a visualização entre todos; a localização longe do ruído; os telefones desligados.

Para criar um momento de socialização e um ambiente propício à partilha livre de opiniões foi organizado um lanche que se veio a traduzir como um ótimo período de “quebra-gelo”. Para a gravação da entrevista recorreu-se à utilização de dois gravadores colocados em locais estratégicos com o intuito de gravar a opinião de todos os participantes, tendo-se solicitado aos enfermeiros que falassem um de cada vez, para evitar a sobreposição de discursos e facilitar a posterior transcrição da entrevista.

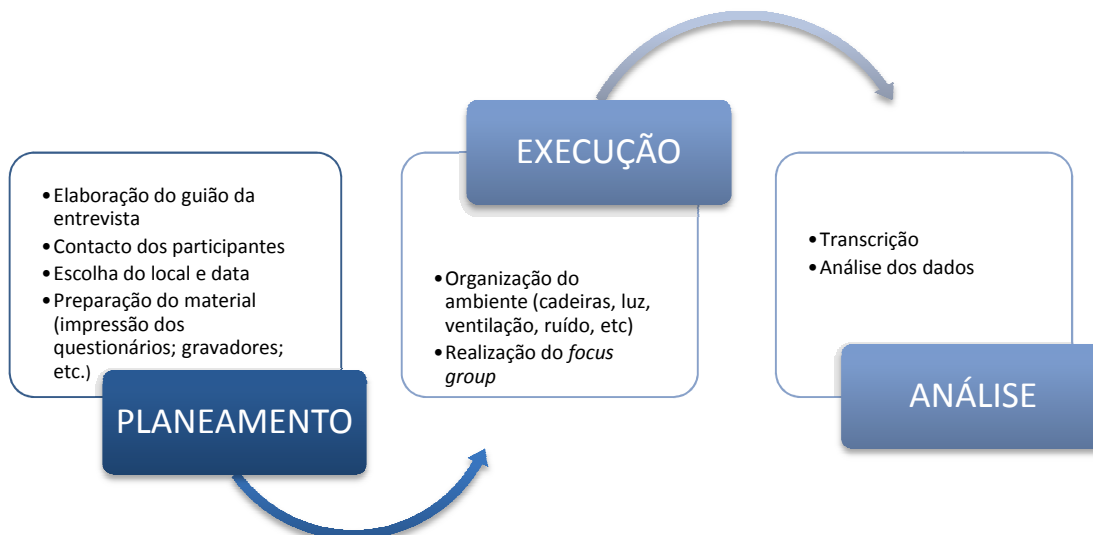
Uma das investigadoras desempenhou o papel de observador, enquanto outra investigadora, mais experiente e já familiarizada com os participantes e com a investigação, desempenhou o papel de moderador, o que veio sem dúvida facultar a interação grupal e criar mais rapidamente um ambiente de partilha e discussão. Os participantes tendem a sentir-se mais confortáveis com um só moderador, alguém que considerem a pessoa mais adequada para efetuar as questões e através da qual as suas opiniões poderão ser amplamente discutidas (Krueger & Casey, 2000). O recurso a um moderador experiente facilita a realização do *focus group*, já que consegue de forma subtil passar de uma questão para outra, incentivar os participantes a partilhar a sua opinião livremente, num ambiente de suporte, facultando a diversidade de ideias e reflexões (Doody, Slevin & Taggart, 2013a).

De uma forma geral, o moderador tem o papel de esclarecer a dinâmica das discussões, bem como estimular o debate, efetuar sínteses e limar aspetos relevantes, enquanto o observador tem como função registar a dinâmica grupal, com vista a facultar a transcrição dos dados, mas também, de colaborar com o moderador na gestão do tempo, equipamento e na própria discussão (Dall’Agnol & Trench, 1999). Neste sentido, o observador auxiliou o moderador na gestão da entrevista e efetuou notas de campo que facultaram, posteriormente, a análise dos dados recolhidos. É de destacar que foi possível observar ao longo do *focus group*, por diversas vezes, que quando um dos participantes estava a falar, outros demonstravam concordância com o que estava a ser dito através de comunicação não verbal.

O *focus group* teve uma duração de duas horas e 10 minutos, remetendo para o que é preconizado pela literatura, em que a duração pode variar entre uma hora e meia a duas horas e meia (Stewart, Shamdasani & Rook, 2007), de forma a não criar cansaço entre os participantes e manter o foco da discussão. Importa realçar que no início os participantes preencheram o questionário sociodemográfico (Anexo VI).

Na figura 3 apresenta-se a representação esquemática do estudo I.

FIGURA 3: Desenho do estudo I



5.4. Tratamento de Dados

Tendo em consideração que os dados por si só não respondem às questões de pesquisa é fulcral analisá-los sistematicamente, de forma a serem detetados padrões e

tendências (Polit & Beck, 2011). É nesta fase que o investigador explica com recurso à evidência científica os resultados que obteve propondo recomendações (Fortin, 2009). Traduz o momento de reflexão crítica da investigação em que se transformam os dados em interpretações teoricamente sustentadas (Teixeira, Nitschke & Paiva, 2008)

O tratamento de dados é uma das etapas mais importantes no processo de investigação já que permite ao investigador atribuir significado aos dados recolhidos. É nesta fase que se poderão descrever os fenómenos e verificar relações (Fortin, 2009).

Após a realização do *focus group* efetuou-se a sua transcrição e posteriormente procedeu-se à análise dos dados. A análise dos dados resultantes do *focus group* é uma das etapas cruciais, contudo é por vezes difícil tendo em consideração que apesar de existirem algumas sugestões de análise na literatura não há um processo consensual (Papastavrou & Panayiota, 2012; Doody, Slevin & Taggart, 2013c). Utilizou-se como metodologia a análise de conteúdo, uma vez que incide sobre mensagens variadas, permitindo tratar de forma metódica informações e testemunhos com um certo grau de profundidade e complexidade, tendo um campo de aplicação muito vasto (Quivy & Campenhoudt, 2008). As principais vantagens da sua utilização são a forma metódica e sistemática de construção da análise e a sua adequação ao estudo do não dito (Quivy & Campenhoudt, 2008).

Terminada a transcrição da entrevista foi efetuada uma leitura flutuante da mesma e, posteriormente, definidas as áreas temáticas emergentes e as respetivas categorias, tendo por base o recurso à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Para esta autora, a análise de conteúdo organiza-se em torno de três pólos cronológicos:

- a pré-análise – que “Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo 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, 2011, p. 121);
- a exploração do material – que “(...) consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função das regras previamente formuladas.” (Bardin, 2011, p. 127);
- o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação – em que “Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos («falantes») e válidos. (...) O analista tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis pode então propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos (...)” (Bardin, 2011, p. 127).

O processo de análise de dados requer tempo e meticulosidade, tornando-se num desafio principalmente para os investigadores principiantes. O esforço para a sua interpretação “(...) oscila entre dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade.” (Bardin, 2011, p. 11). Neste sentido, importa salvaguardar que há sempre algum grau de inferência na análise dos dados.

A análise de conteúdo foi realizada tendo por base os objetivos do estudo, motivo pelo qual se centrou na identificação dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros das ECCI no âmbito do prestador de cuidados e na sua opinião sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

Neste estudo, a categorização foi realizada *à posteriori*. Para se obter um conjunto de boas categorias, tendo em consideração que este não é um processo fácil, a autora supracitada sugere qualidades que estas devem possuir: a exclusão mútua (cada elemento só pode existir em uma divisão); a homogeneidade (utiliza-se o mesmo princípio de classificação para a organização da análise); a pertinência (cada categoria está adequada ao material de análise e quadro teórico definido); a objetividade e a fidelidade (as diversas partes do material são codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a múltiplas análises); a produtividade (quando são facultados resultados ricos, em por exemplo novas inferências, hipóteses).

5.5. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Os participantes do estudo foram 11 enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 53 anos (tabela 1), situando-se a média de idades nos 44 anos com um desvio padrão de 8,49 anos. O tempo de exercício profissional variou entre os sete e os 31 anos (M=21,44 anos; DP= 8,52 anos). No que concerne ao tempo de exercício profissional na ECCI, este variou entre os dois e os cinco anos (tabela 1). Estes dados refletem a recente criação deste tipo de unidades, promulgada pelo Decreto-Lei nº 101/2006.

TABELA 1: Idade, tempo de exercício profissional

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
IDADE	11	30	53	44,18	8,49
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	11	7	31	21,44	8,52
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ECCI	11	2	5	3,50	1,31

Dos 11 participantes 90,9% (n=10) eram do sexo feminino (tabela 2). Estes resultados coadunam-se com os dados estatísticos apresentados pela OE relativos ao ano de 2013, que referem que a maioria dos enfermeiros é do sexo feminino (OE, 2014). Relativamente à categoria profissional (tabela 2), 18,2% dos enfermeiros (n=2) eram generalistas, 45,5% (n=5) eram especialistas. No que diz respeito às habilitações académicas e profissionais (tabela 2), todos os participantes eram licenciados, nove possuíam também uma especialidade e um possuía o mestrado. Estes resultados corroboram os dados da OE (2014) que referem que o número de enfermeiros especialistas ativos tem aumentado nos últimos anos. No que respeita ao local onde exerciam funções 27,3% pertenciam à ECCI de Chaves II, 27,3% (n=3) à ECCI de Ribeira de Pena e 36,4% (n=4) à ECCI de Vila Pouca de Aguiar. Um dos participantes não respondeu a esta questão pois atendendo à sua categoria profissional, enfermeira supervisora, não estava adstrita a nenhuma ECCI em particular.

TABELA 2: Caracterização sociodemográfica e profissional

	N	%
SEXO		
Feminino	10	90,9
Masculino	1	9,1
Total	11	100,0
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiro	2	18,2
Enfermeiro Especialista	5	45,5
Enfermeiro Chefe	3	27,3
Enfermeiro Supervisor	1	9,1
Total	11	100,0
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS		
Licenciatura (Lic.)	1	9,1
Lic. e Especialidade	9	81,8
Lic. e Mestrado	1	9,1
Total	11	100,0
ECCI ONDE EXERCE FUNÇÕES		
Chaves II	3	27,3
Ribeira de Pena	3	27,3
Vila Pouca de Aguiar	4	36,4
Não respondeu	1	9,1
Total	11	100,0

Quanto à experiência de supervisão (tabela 3) a maioria (72,7%; n=8) referiu que já tinha sido supervisada, considerando 87,5% (n=7) esta experiência como positiva. Por sua vez, 63,6% (n=7) dos participantes mencionaram já ter exercido funções de supervisor, 85,7% (n=6) em contexto de supervisão de estudantes e de pares, e um participante em

contexto de supervisão de estudantes, tendo todos considerado a experiência como positiva.

TABELA 3: Experiência de supervisão

	n	%
EXPERIÊNCIA COMO SUPERVISADO		
Sim	8	72,7
Não	3	27,3
Total	11	100,0
Opinião		
Positiva	7	87,5
Indiferente	1	12,5
Total	8	100,0
EXPERIÊNCIA COMO SUPERVISOR		
Sim	7	63,6
Não	4	36,4
Total	11	100,0
Opinião		
Positiva	7	100,0
Total	7	100,0
Contexto		
Estudantes	1	14,3
Pares e Estudantes	6	85,7
Total	7	100,0

Ressalva-se que quando questionados acerca da importância da SCE para o desenvolvimento profissional a maioria (81,8%; n=9) dos participantes considerou-a importante e 18,2% (n=2) indiferente. Estes resultados corroboram os de outros autores (Rocha, 2013; Pinto, 2013), em que a maioria dos participantes considerou a SCE importante para o desenvolvimento profissional.

Após análise detalhada do discurso dos enfermeiros entrevistados identificaram-se três áreas temáticas: Indicadores de processo; Indicadores de resultado; Representações sobre a SCE. As áreas temáticas Indicadores de processo e Indicadores de resultado remetem-nos para o modelo de avaliação da qualidade de Donabedian (figura 4), pelo que se optou por organizar a análise de conteúdo tendo em consideração este modelo.

De acordo com Donabedian (2003), a tríade, estrutura, processo e resultado, pelo seu cariz intuitivo e pela sua simplicidade, tem sido amplamente difundida e aceite.

FIGURA 4: Modelo de avaliação da qualidade de Donabedian



Donabedian (2003) refere que a estrutura, o processo e o resultado se relacionam entre si, e que as inferências sobre a qualidade não são possíveis a não ser que se tenha em consideração esta relação, sendo que a estrutura influencia o processo, e o processo influencia o resultado, numa realidade complexa, com causas e efeitos, em que cada um tem as suas funções e limitações. Embora a estrutura e o processo sejam precursores dos resultados, não são suficientes para ótimos resultados, uma vez que estes são também dependentes de outros fatores que ultrapassam os cuidados prestados pelos profissionais de saúde (Larson & Muller, 2002). Importa sublinhar que a estrutura, o processo e o resultado não são atributos da qualidade, mas antes tipos de informação através da qual se pode inferir se a qualidade é boa ou má (Donabedian, 2003).

Os indicadores de estrutura, contudo, não serão alvo de análise, uma vez que não se coadunam com os objetivos previamente definidos para a investigação. Esta decisão consubstancia-se com a natureza da vertente de estrutura, que se reporta às condições em que os cuidados são prestados, incluindo recursos materiais (como instalações e equipamento), recursos humanos (como número de profissionais e respetivas qualificações) e características organizacionais (como organização dos profissionais, presença de ações de formação e investigação, tipo de supervisão e avaliação de desempenho) (Donabedian, 2003).

5.5.1. Indicadores de Processo

A vertente de processo da tríade de Donabedian, reporta-se às atividades que constituem os cuidados de saúde prestados pelos profissionais (incluindo o diagnóstico,

tratamento, reabilitação, prevenção e educação dos clientes), mas tem também em consideração os contributos do próprio cliente e respetiva família (Donabedian, 2003).

Neste âmbito, emergiram do discurso dos participantes quatro categorias, “ensinar”, “instruir”, “treinar” e “orientar”, e 15 subcategorias (quadro 1). Estas categorias remetem fundamentalmente para ações dos enfermeiros do tipo “informar”, que se refere a “(...) comunicar alguma coisa a alguém.” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p. 97).

QUADRO 1: Categorias e subcategorias referentes à área temática Indicadores de Processo

Categorias	Subcategorias
Ensinar	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica
Instruir	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levantar
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre autocuidado higiene
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se
Treinar	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre levantar
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre autocuidado higiene
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre transferência
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre posicionamento
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre alimentar-se
Orientar	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o psicólogo
	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o serviço social

Pretendendo ajudar os clientes a atingir o máximo potencial de saúde, os enfermeiros desempenham uma função primordial na identificação das suas necessidades, na promoção da saúde e na prevenção de complicações. O fornecer informação sistematizada é uma das primeiras etapas, e das mais frequentes, na prestação de cuidados de enfermagem que visa dotar o cliente de conhecimento. A educação para a saúde é um dos meios de promoção da saúde através do fornecimento de informação relevante, sobre a mesma, e do apoio e educação na manutenção das capacidades do indivíduo, sendo reconhecido pelos enfermeiros o potencial da educação para a saúde e a utilização de estratégias de ensino aprendizagem na interação com os clientes (OE, 2012).

Efetivamente, intervenções de enfermagem no âmbito do ensinar, desempenham cada vez mais um papel imprescindível para a obtenção de ganhos em saúde, através da aquisição e/ou modificação de comportamentos por parte dos clientes. De acordo com o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE), ensinar, é um tipo de informar que se refere a “(...) dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.” (CIE, 2011, p.96). Aos enfermeiros, enquanto agentes promotores da aprendizagem, compete a identificação das necessidades em conhecimento dos seus clientes e a correta documentação das intervenções aplicadas, com o intuito de se poderem criar indicadores que traduzam o trabalho desempenhado para a aquisição de melhores padrões de qualidade.

Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria “Ensinar”, à qual estão subjacentes indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que traduzem os ganhos em saúde nesta área.

Os enfermeiros entendem que desempenham uma ação fundamental no que respeita ao regime terapêutico dos seus clientes. A importância atribuída ao ensino ao prestador de cuidados sobre o regime terapêutico, faz com que emergja do seu discurso o indicador “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico”. A adesão por parte do cliente e respetivo prestador de cuidados ao regime terapêutico assume particular importância para a obtenção de ganhos em saúde. Algumas destas atividades de adesão incluem: “(...) tomar os medicamentos de forma apropriada; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; fazer mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do *stress*, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados.” (OE, 2009b, p.9).

“Temos uma ação em termos de gestão do regime terapêutico. (...) nós tentamos educar e sensibilizar o prestador de cuidados para participar na gestão do regime terapêutico do utente e explicar as implicações que a sua não colaboração pode ter. (...) a visita domiciliária tem sempre uma componente de carácter educativo à família e ao prestador de cuidados.” E1.

Estes resultados corroboram as conclusões de Griffiths e colaboradores (2004), que no seu estudo constataram que a maioria dos participantes necessitava de algum tipo de formação sobre a sua medicação. Quer o utente e, neste caso em particular, quer o prestador de cuidados, exercem um papel essencial na adesão ao regime terapêutico e na sua gestão de forma eficaz. É, portanto, essencial realçar que,

(...) a educação em geral e a educação para a saúde em particular, são ferramentas fundamentais que devem ser utilizadas e aproveitadas pelos profissionais de saúde para melhorar a adesão ao regime terapêutico. Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adopção de estilos de vida saudáveis. (Machado, 2009, p. 56).

São vários os estudos que mencionam que existe relação entre os comportamentos de adesão e a satisfação do cliente (Sousa, Peixoto e Martins, 2008), e que clientes satisfeitos são mais colaborantes e motivados (Ascensão, 2010). Na nossa investigação a satisfação dos clientes foi muito reportada e valorizada pelos enfermeiros:

“Podes pôr o indicador satisfação (...) do prestador de cuidados.” E3; “Deve haver algum indicador no âmbito da satisfação.” E6; “O indicador que eu proponho é a satisfação do prestador de cuidados.” E8.

A mais recente metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários dá ênfase aos ganhos em satisfação dos utentes, enquanto princípio geral e uma das grandes áreas a ser atingida, realçando que as diferentes unidades prestadoras de cuidados devem “(...) basear-se em indicadores que monitorizam a evolução de processos ou resultados da atividade assistencial, que a evidência científica demonstra que podem conduzir a ganhos em saúde, ganhos de acessibilidade ou ganhos de satisfação (...)” (Administração Central do Sistema de Saúde, 2013, p.4). Apesar de cuidados de qualidade terem significados diferentes para pessoas diferentes, os enfermeiros devem tentar atingir os mais elevados níveis de satisfação dos seus clientes (OE, 2002).

Para além da transmissão de informação aos prestadores de cuidados sobre o regime terapêutico, os participantes realçaram, também, a prevenção da contaminação, como uma das áreas em que intervêm. Compete aos enfermeiros identificar situações de risco e criar propostas de resolução para os problemas (OE, 2009a), uma vez que se encontram numa posição privilegiada, sendo a primeira linha de intervenção e de contacto com os utentes (OE, 2013). Desta forma, para além da identificação dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, o enfermeiro deve executar adequadamente os cuidados de enfermagem necessários (Decreto-Lei, 1996).

Emerge do discurso dos participantes o indicador “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação”, sendo destacados os cuidados relacionados com a prevenção da contaminação por bacilo de *Koch*:

“Nós preparamos e ensinamos os prestadores de cuidados sobre os tuberculostáticos.” E1; “(...) sim, sobre os tuberculostáticos.” E2; “Ensinamos sobre a prevenção da contaminação a nível dos prestadores de cuidados, ensinamos que a toma assistida tem de ser dada pelo enfermeiro (...) agora existem todas as outras áreas envolventes, todos aqueles conteúdos da prevenção da contaminação que têm de ser trabalhados.” E4.

A tuberculose é a doença infecciosa que mais pessoas mata em todo o mundo, estimando-se que um terço da população mundial se encontra infetada pelo bacilo de *Koch* (DGS, 2005). Em Portugal, verifica-se uma diminuição acentuada do nível endémico desta doença (DGS, 2005). No ACES do Alto Tâmega e Barroso tem-se assistido a uma evolução na taxa de notificação da tuberculose variável ao longo do tempo, apresentando uma taxa de incidência inferior à de Portugal e da região norte (Ministério da Saúde, 2012), registando-se em 2012 o valor mais baixo de número de casos de tuberculose dos últimos 12 anos (Correia & Capucho, 2013).

O papel que os participantes referem exercer nesta área está de acordo com o mencionado no *guia orientador de boas práticas para a tuberculose* (OE, 2013, p.7),

(...) os enfermeiros encontram-se numa posição única para identificar as necessidades da pessoa com tuberculose, diagnosticar, prescrever e implementar as intervenções de Enfermagem, assim como avaliar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem. Ou seja, o enfermeiro, para além de assegurar a administração da terapêutica prescrita, confere eficácia a diferentes medidas de controlo da tuberculose por si prescritas. Estas têm de ser flexíveis e basear-se não só nas necessidades da pessoa, mas também nas da sua família e comunidade (...).

Os enfermeiros das ECCL exercem funções a clientes que exigem cuidados contínuos e específicos. A zona demográfica em que os nossos participantes atuam (no interior do país), a carência de equipamento adaptativo e de condições habitacionais em função das necessidades dos clientes e respetivos prestadores de cuidados, são algumas das preocupações que crescem a estes profissionais. Aos enfermeiros compete criar e gerar bolsas de ajudas técnicas, utilizando para o efeito os recursos da comunidade (OE, 2009a). Da análise da entrevista foi possível destacar o indicador “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica”:

“Aquilo que nós ensinamos sobre ajudas técnicas. Se eles precisam ou não de ajudas técnicas adequadas. Eles podem ter o direito de comprarem ou não, mas no entanto não desconhecem [a sua existência e importância].” E3.

Os dispositivos de ajuda técnica correspondem a equipamentos e/ou instrumentos que visam diminuir ou eliminar um défice funcional da pessoa potenciando a sua autonomia, sendo o ensino e o treino para o uso destes dispositivos intervenções dos

profissionais das ECCI (UMCCI, 2011). De acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, uma das estratégias de intervenção para adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas é, entre outras, a orientação dos prestadores de cuidados sobre os tipos e adequação de ajudas técnicas pela rede de cuidados continuados (DGS, 2004b).

Os nossos resultados não suportam os obtidos por Louro (2009), que constatou que 90,8% dos prestadores de cuidados não receberam qualquer informação sobre os dispositivos de ajuda técnica a que poderiam recorrer para a prestação de cuidados no domicílio. Entre as dificuldades referidas pelos prestadores de cuidados, no mesmo estudo, destacam-se, por esta ordem, a falta de informação, a falta de ajudas técnicas e as dificuldades relacionadas com os cuidados diretos à pessoa dependente.

Aliada à aprendizagem cognitiva, encontra-se a aprendizagem de capacidades, sendo que os enfermeiros exercem atividades significativas no que concerne à aquisição de competências por parte dos indivíduos. Efetivamente, intervenções de enfermagem no âmbito do “instruir” e do “treinar” surgem de forma indissociada. Tendo em consideração o crescente número de pessoas dependentes integradas no seio da família, é fulcral identificar as necessidades vivenciadas pelas mesmas e pelos prestadores de cuidados no desempenho do seu papel. É importante “(...) assegurar a preparação adequada do membro da família prestador de cuidados, nomeadamente, através da dotação de conhecimentos e capacidades instrumentais, para a reintegração no seio da família.” (OE, 2009a, p.18).

Os participantes realçam o papel fundamental que os enfermeiros, das ECCI, assumem no âmbito do autocuidado, enquanto atividade executada pelo próprio, podendo-se definir como “(...) tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida diária.” (CIE, 2011, p.41). A OE (2002) preconiza que os enfermeiros devem maximizar o bem-estar dos clientes e complementar e/ou suplementar as atividades de vida diária das quais o cliente é dependente, entre elas o autocuidado. Aos enfermeiros que trabalham nas ECCI compete, também, procurar criar condições, utilizando e gerindo os recursos disponíveis para a manutenção dos clientes no seu ambiente domiciliário, com qualidade e segurança, bem como contribuir para a continuidade dos cuidados prestados (OE, 2009a).

Neste sentido, emerge do discurso dos participantes a categoria “Instruir”, à qual estão subjacentes indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros:

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levantar”:

“Nós instruímos o prestador de cuidados sobre como levantar o doente.” E3.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre autocuidado higiene”:

“Instruímos o prestador de cuidados sobre como prestar os cuidados de higiene ao doente.” E1.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência”:

“Instruímos, também, o prestador de cuidados sobre as transferências.” E2.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento”:

“E também instruímos os prestadores de cuidados sobre os posicionamentos.” E2.

e, “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se”:

“Nós instruímos o prestador de cuidados sobre como alimentar o doente.” E4.

É crucial sublinhar que “instruir” refere-se a “(...) fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa.” (CIE, 2011, p. 97).

Prosseguindo a análise da informação proveniente da entrevista foi ainda identificada na área temática Indicadores de Processo a categoria “Treinar”. De acordo com o CIE (2011) “treinar” reporta-se a “(...) desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.” (CIE, 2011 p.100). A esta categoria estão adstritos indicadores de qualidade do exercício profissional como:

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre levantar”:

“Nós treinamos o prestador de cuidados sobre como levantar o doente.” E3.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre autocuidado higiene”:

“(...) treinamos o prestador de cuidados sobre como prestar os cuidados de higiene ao doente.” E1.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre transferência”:

“Nós treinamos, também, o prestador de cuidados sobre as transferências.” E2.

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre posicionamento”:

“E, também treinamos o prestador de cuidados sobre os posicionamentos.” E2.

e, “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre alimentar-se”:

“Nós treinamos o prestador de cuidados sobre como alimentar o doente.” E4.

No seu estudo, Andrade (2009a, p. 68-69) afirmou que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros com os prestadores de cuidados consistiam na “(...) informação, aconselhamento, apoio, treino de habilidades técnicas para a prestação de cuidados (...)”.

O trabalho desenvolvido na rede de cuidados continuados integrados tem como princípio, entre outros, a “(...) multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados (...)” (OE, 2009a, p.4). O trabalho em equipa baseia-se neste princípio, em que profissionais constroem na prática e interagem entre si para a resolução de problemas (Neves, 2012). Os enfermeiros exercem um papel importante para a identificação das necessidades dos clientes em cuidados mais especializados e para o seu encaminhamento o mais precoce possível. Atendendo a estas práticas emergiu do discurso dos participantes intervenções no âmbito do “Orientar”, que se traduz numa das categorias desta área temática. “Orientar” refere-se a “(...) dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde.” (CIE, 2011, p. 98).

Os enfermeiros devem encaminhar e orientar os seus clientes para os recursos ou profissionais mais adequados, quando os problemas identificados não possam ser

resolvidos exclusivamente pelo enfermeiro (Decreto-Lei, 1996). Nesta categoria emergiram os indicadores:

“Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o psicólogo”:

“Nós temos o nosso psicólogo. Encaminhamos e ele faz as visitas com a regularidade que ele acha pertinente, por vezes até ajuda, depende das características de cada prestador de cuidados.” E1.

e, “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o serviço social”:

“Quando os prestadores de cuidados não têm capacidades para fazer face ao que se pretende, minimizamos isso com o apoio da assistente social. Por exemplo em Chaves acionam as tais empresas que vão lá por causa dos autocuidados (...). Há pessoas que de facto não conseguem dar resposta. Mas há empresas que dão respostas (...) para ajudar o prestador de cuidados. Só isso, porque de resto, são suportados pelas equipas.” E3.

As ECCI contemplam apoio social domiciliário, pelo que os enfermeiros orientam para o serviço social no sentido de tentar suprir ou minimizar eventuais necessidades por parte da pessoa dependente e respetivos prestadores de cuidados.

Importa referir que as características detalhadas dos processos dos cuidados de saúde podem facultar discriminados e válidos julgamentos sobre a qualidade dos cuidados (Donabedian, 2003). Os processos de cuidar estão mais direcionados para os resultados do que para as características da estrutura, pelo que podemos afirmar que determinadas características do processo significam qualidade, porque se sabe (ou se acredita) que contribuem para resultados desejáveis (Donabedian, 2003). Uma das vantagens atribuída ao processo é que este pode ser considerado contemporâneo, ou seja, refere-se a cuidados que estão a ocorrer no momento, podendo dar indicações imediatas sobre a qualidade dos cuidados, além de que a informação é facilmente obtida (Donabedian, 2003).

5.5.2. Indicadores de Resultado

A vertente do resultado diz respeito às mudanças (desejáveis ou indesejáveis) nos indivíduos e na população, que possam ser atribuídas aos cuidados de saúde, incluindo mudanças no estado de saúde e mudanças nos comportamentos e nos conhecimentos

adquiridos pelos clientes e respetiva família, que possam influenciar os cuidados (Donabedian, 2003).

No quadro 2 encontram-se esquematizadas as categorias emergentes do discurso dos participantes, bem como, as respetivas subcategorias relativas a esta área temática.

QUADRO 2: Categorias e subcategorias referentes à área temática Indicadores de Resultado

Categorias	Subcategorias
Conhecimento	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência
	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação
Aprendizagem de capacidades	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência
	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação
Papel de prestador de cuidados	Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado
Suporte	Ganhos em suporte percecionado pelo prestador de cuidados
Envolvimento	Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente

De uma forma geral, a evidência científica aponta no sentido da preparação dos prestadores de cuidados para o desempenho do seu papel através do conhecimento e aprendizagem de capacidades sobre as áreas inerentes à satisfação das necessidades da pessoa dependente. Desta forma, têm sido referenciados indicadores relativos aos ganhos em conhecimento e aprendizagem de capacidades por parte do prestador de cuidados. Este tipo de indicadores faculta aos profissionais orientações para a promoção da adaptação do prestador de cuidados para fazer face ao novo papel, nomeadamente no que diz respeito ao “saber e saber-fazer” e como dar uma resposta adequada às suas necessidades (Petronilho, 2008).

Tendo por base o CIE (2011, p. 45) conhecimento é o “(...) conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas,

conhecimento e reconhecimento da informação.”. Este encontra-se na base para a preparação do prestador de cuidados para cuidar da pessoa dependente. Da análise do discurso dos participantes emergiu a categoria “Conhecimento”.

A OE (2007) destaca como indicadores a modificação do estado do diagnóstico no que se refere ao conhecimento do prestador de cuidados sobre os diferentes focos, como autocuidado alimentar-se, higiene, vestuário, transferir-se, uso do sanitário, adesão à vacina, aspiração, queda, desidratação, gestão dos analgésicos, rigidez articular, e úlceras de pressão. Do discurso dos participantes emergiram indicadores de qualidade do exercício profissional tais como: “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência”; “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação”:

“Se calhar nesta fase interessa-nos, por exemplo, a percentagem de prestadores de cuidados com conhecimentos sobre uma determinada área demonstrada quando anteriormente não tinha. Ou, dizendo de outra maneira, com alteração do juízo diagnóstico. Como por exemplo: conhecimentos não demonstrados sobre higiene e que ao fim de algum tempo passou a demonstrado. O papel até acabou por ainda se manter ali inadequado mas pelo menos já vai dando um sinal de que foram trabalhados e que já houve algum ganho. Que não houve uma resolução, ainda não conseguiste convencer o prestador de cuidados a ter um papel adequado, mas pelo menos a equipa trabalhou nisso intensamente” E4; “Os indicadores estão só visíveis aqui por exemplo nos autocuidados [higiene, vestuário, uso do sanitário, alimentar-se, posicionamento, transferência, deambulação].” E3.

A aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados foi, também, considerada importante pelos entrevistados tendo emergido a categoria “Aprendizagem de capacidades”. Segundo o CIE (2011, p. 39), refere-se a “(...) aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício.”. Fundamentados nos dados emergiram os indicadores: “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de

cuidados para assistir no posicionamento”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência”; “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação”. Relativamente ao autocuidado os participantes referiram:

“As capacidades do prestador de cuidados. As competências sobre os diferentes parâmetros do autocuidado [higiene, vestuário, uso do sanitário, alimentar-se, posicionamento, transferência, deambulação].” E3; “Ganhos em aprendizagem ou aprendizagem demonstrada.” E4.

Quer o utente, quer o prestador de cuidados, convivem com esta situação de dependência numa sociedade que nem sempre apresenta os mecanismos mais adequados para lhes fornecer suporte, cabendo ao enfermeiro o papel de estabelecer o vínculo terapêutico e identificar as necessidades destes clientes, delineando estratégias que favoreçam o alívio do *stress* e a organização e sistematização dos cuidados prestados (Oliveira & D’Elboux, 2012).

É necessário ter presente que a transição para o papel de prestador de cuidados não é um processo fácil nem estanque e requer alterações na vida do prestador de cuidados a todos os níveis, num percurso com altos e baixos, que conduzem à construção do papel e à sua identidade. Nos estudos efetuados por Shyu (2000), foram identificadas três fases no desenvolvimento do papel de prestador de cuidados: o envolvimento, que consiste no período de preparação do prestador de cuidados em que são reportadas as necessidades de informação sobre a condição da pessoa dependente; a negociação, que traduz o período até que o prestador de cuidados consiga estabelecer uma interação adequada com a pessoa cuidada; e a resolução, que surge a partir do momento em que a pessoa dependente e o prestador de cuidados atingem um padrão de interação estável, e o prestador de cuidados consciencializa-se da mudança de papel. Os participantes na nossa investigação reportaram preocupações quanto ao “Papel de prestador de cuidados”.

A assunção deste novo papel por parte dos indivíduos implica, indubitavelmente, uma série de mudanças. De acordo com o CIE (2011, p.65) o papel de prestador de cuidados é um papel do indivíduo que se traduz por,

“(…) interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”.

Por conseguinte, pretende-se que os enfermeiros trabalhem em conjunto com os prestadores de cuidados, principalmente os que apresentam um papel desajustado. No discurso dos participantes foi nítida a importância atribuída à resolução do papel do prestador de cuidados inadequado emergindo a subcategoria “Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado”.

“Em termos de indicadores acho que o desempenho do papel do prestador de cuidados também tem de ser avaliado. Porque senão acabamos por dar alta a um utente que o prestador de cuidados não tem competência para tratar dele.” E1; “Tem mais a ver com os cuidados do prestador, que às vezes são insuficientes, até mesmo pela debilidade da pessoa.” E5; “[Papel de] Prestador de cuidados inadequado, não é?! Porque se reconhece que há ali um défice qualquer em qualquer área da prestação de cuidados.” E4; “É um dos diagnósticos que nós fazemos quando os utentes nos chegam, se o papel do prestador de cuidados é adequado ou não.” E5; “Podemos ter a taxa de resolução do papel do prestador de cuidados inadequado.” E4; “A nossa intervenção para que se obtenham os ganhos passa por trabalhar com o prestador de cuidados.” E3.

Atendendo à importância atribuída ao papel desempenhado pelo prestador de cuidados a UMCCI (2010) contempla a avaliação das intervenções de enfermagem que possam contribuir para a adequação ao papel através do indicador supramencionado. A falta de informação e treino facultado aos prestadores de cuidados por parte dos enfermeiros, na transição para o papel de prestador de cuidados e no regresso a casa da pessoa dependente, são considerados como preditores de *stress* e de cuidados inadequados dos prestadores de cuidados (Graham, Ivey & Neuhauser, 2009), pelo que se enfatiza o papel preponderante destes profissionais, no sentido de suprir estes problemas.

Os prestadores de cuidados são os parceiros fulcrais no cuidado à pessoa dependente, sendo essencial que os enfermeiros se centrem na melhoria dos cuidados prestados através do suporte ao cuidador, de modo a fortalecer as suas competências no desempenho do papel (Reinhard et al., 2008). Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para fazer face às necessidades de informação, educação, encorajamento e suporte dos prestadores de cuidados (Andrade, 2009b).

O departamento de saúde do Reino Unido (2012, cit. por Epiphaniou, 2012) reporta o aumento da consciencialização dos prestadores de cuidados sobre a necessidade de suporte por parte dos profissionais de saúde. Os prestadores de cuidados tendem a ficar cansados e com dificuldade no desempenho do seu papel se não receberem suporte adequado (DoH, 2008). O “Suporte” fornecido pelos enfermeiros, quer no processo de transição para o papel de prestador de cuidados, quer ao longo do mesmo, é crucial para o estabelecimento da relação terapêutica e para o cuidar efetivo por parte do prestador de

cuidados. Foi possível identificar no discurso dos participantes a preocupação com os “Ganhos em suporte percebido pelo prestador de cuidados”:

“Como nos mostramos tão disponíveis e preocupados com os utentes, eu acho que os prestadores de cuidados sentem algum apoio em nós.” E7; “Como temos mais disponibilidade [os enfermeiros das ECCI], os prestadores de cuidados habituam-se e depois só conhecem aquela imagem, aquela pessoa, é a referência.” E2; “Eu, à disponibilidade acrescentava uma coisa: o envolvimento dos profissionais.” E4; “É o envolvimento, é um acompanhamento diário, se não é diário é quase diário.” E2; “Porque na hora estamos lá! Porque atendemos o telefonema na hora em que ele estava na dúvida se o doente estava sonolento ou se tinha morrido!” E3; “Isso também vai depender muito se esse prestador de cuidados tem ou não apoio, porque ele por mais que a gente queira não vai conseguir fazer sozinho, não sei se isso se pode traduzir num indicador.” E5; “Tem que haver alguma coisa que meça isto, porque a nossa sensibilidade, a nossa disponibilidade a toda a hora, a nossa resolução de problemas na hora.” E3; “Perceção do suporte em enfermagem para o papel de prestador de cuidados. Nós temos um diagnóstico desses.” E4.

Os participantes destacam também o papel que têm vindo a exercer junto das famílias que têm no seu seio um dependente em fase final de vida e que requer cuidados/ações paliativas. A sua intervenção centra-se, principalmente no apoio.

“(…) mesmo no luto, que é uma fase da vida do prestador de cuidados que nós procuramos dar apoio.” E1; “(…) apoio nos cuidados paliativos, e que exige da equipa mais envolvimento, acessibilidade, disponibilidade.” E3.

É fulcral a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através do apoio e acompanhamento adequado à situação, não só ao cliente como também aos familiares ou prestadores de cuidados, privilegiando a manutenção do cliente no domicílio, quando essa é a sua vontade, garantindo que o apoio domiciliário possa assegurar os cuidados de conforto e qualidade de vida (Decreto-Lei, 2012). No que concerne ao prestador de cuidados é previsto no catálogo “Cuidados paliativos para uma morte digna” o apoio ao prestador de cuidados, como uma das intervenções a colocar em prática por parte dos enfermeiros (OE, 2010c). Os nossos resultados corroboram os achados de Kaasalainen e seus colaboradores (2013) que referem que as famílias consideram fundamental o tempo despendido, o apoio, a atenção e o respeito que os enfermeiros demonstraram durante a fase final de vida.

As alterações que o dependente traz na vida da família podem causar desequilíbrio pela vulnerabilidade nos seus membros face à mudança de papéis, que se pode refletir em crises familiares e rutura, sendo o prestador de cuidados, muitas vezes, exposto a sentimentos de medo, angústia e insegurança (Andrade et al., 2009). Assim, cabe ao enfermeiro apoiar e orientar a família a encontrar soluções ou estratégias de adaptação

perante a crise inicial, para que os prestadores de cuidados se consciencializem da nova situação e entrem numa fase de adaptação (Monteiro, 2010). De acordo com a mesma autora, o prestador de cuidados necessita de tempo para se adaptar a esta transição para o novo papel, bem como para adquirir e assimilar os conhecimentos e competências que lhe estão inerentes, vivenciando por vezes sentimentos de impotência, ambivalência, insegurança, incapacidade, rejeição e não aceitação do estado de saúde da pessoa dependente. O prestador de cuidados, muitas vezes, assume a responsabilidade de cuidar da pessoa dependente por se sentir moral, social e afetivamente obrigado, tendo de gerir não só a responsabilidade pelos cuidados prestados, mas também os múltiplos papéis que exerce no seio da família e da sociedade, sendo que nem sempre é feita a avaliação dos seus conhecimentos, capacidades, recursos e disponibilidade para o desempenho do papel de prestador de cuidados (Andrade, 2009a).

O envolvimento, quer da pessoa dependente, quer dos seus familiares e prestador de cuidados, é fundamental para a elaboração do plano individual de intervenção da pessoa dependente, dando primazia às suas capacidades, necessidades e preferências (UMCCI, 2011). O envolvimento do prestador de cuidados é igualmente fulcral para o tratamento, continuidade de cuidados, suporte social e na fase final de vida da pessoa dependente (Glajchen, 2004) constituindo a melhor garantia de promoção do autocuidado (UMCCI, 2011).

Constatou-se que os participantes valorizam o “Envolvimento” identificando-se o indicador de qualidade do exercício profissional “Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente”:

“Muitos também têm a dificuldade que os familiares se envolvam no processo. Os filhos não vão, limitam-se à situação pontual. Se o idoso está a ser ajudado e o prestador de cuidados é a esposa, nem sempre os filhos e todos os outros familiares se envolvem neste processo, portanto há pouco envolvimento. Na resolução de algumas situações, apesar das famílias serem alargadas nem sempre se envolvem para poderem dar resposta. Mas também não são todas as situações, há famílias que se envolvem muito.” E3; “O doente tem que ter prestador de cuidados e este tem que estar envolvido, senão compromete a tua prestação de cuidados.” E2; “Mesmo com prestador de cuidados, não tendo envolvimento, o doente tem que ter alta.” E4; “Desculpa mas haver prestador de cuidados e haver envolvimento do prestador de cuidados não é a mesma coisa!” E5; “Um doente que nós tivemos (...) demos-lhe alta e o motivo foi falta de envolvimento do prestador de cuidados.” E4; “Como indicador, uma coisa era o envolvimento (...) Percentagem de prestadores de cuidados envolvidos.” E3.

A falta de envolvimento por parte dos prestadores de cuidados foi uma situação percecionada por Peixoto e Martins (2012), que concluíram que havia um baixo envolvimento familiar. Brookman e colaboradores (2011) referem que é crucial que a

preparação dos prestadores de cuidados se centre para além da educação e suporte, também numa vertente interativa que estimule o envolvimento e interesse com o novo papel.

É importante realçar que todos os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros supramencionados, que emergiram do discurso dos participantes, corroboram os previamente definidos nos estudos de Pereira (2007).

Embora se possa questionar o mérito atribuído ao resultado em detrimento do processo, pode-se afirmar que o resultado tem sido valorizado, uma vez que o mais importante são os efeitos dos cuidados na saúde e bem-estar dos clientes, tendo os resultados vindo a ser definidos como as consequências atribuídas aos cuidados prestados (Donabedian, 2003). A relação entre processo e resultado é geralmente pouco conhecida, sendo por vezes difícil distinguir a relação entre o que antecede ou sucede ao resultado, uma vez que poder-se-á afirmar que se obteve determinado resultado em função de um cuidado prestado (Donabedian, 2003). Assim, os resultados reúnem em si mesmos todas as contribuições nos cuidados, independentemente da sua proveniência, incluindo as contribuições dos clientes e respetivas famílias (Donabedian, 2003). Uma das vantagens desta vertente é que reflete não só os cuidados que foram prestados, mas também a eficácia com que foram prestados (Donabedian, 2003).

5.5.3 Representações sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem

Importa compreender qual o contributo da SC na utilização dos indicadores de qualidade em enfermagem, tendo como perspetiva a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados prestados. São vários os estudos que evidenciam os efeitos positivos da SC para a qualidade (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Pires, 2004; Santos et al., 2006; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Rääkkönen, Perälä & Kahanpää, 2007). Visando dar resposta ao objetivo “conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados” apresentam-se, seguidamente, as conceções dos participantes no que concerne à SCE. O discurso dos participantes espelha uma preocupação constante acerca das políticas de supervisão, sua implementação, funções e resultados que poderá acarretar para o desempenho profissional, emergindo como referido anteriormente a área temática “Representações sobre a SCE”, que agrega as categorias: Quem deve ser

supervisor; Funções do supervisor; Dificuldades quanto ao processo de implementação da SCE; SCE em uso; Importância da SCE para a melhoria dos indicadores de qualidade do exercício profissional e diversas subcategorias (quadro 3).

QUADRO 3: Representações sobre a SCE

Categories	Subcategorias
Quem deve ser supervisor	Enfermeiro chefe
	Enfermeiro formador em serviço
	Enfermeiro especialista
	Enfermeiro <i>expert</i>
	Enfermeiro da equipa
Funções do supervisor	Identificação das necessidades dos supervisados
	Gestão da equipa
	Gestão de conflitos
	Promoção do desenvolvimento profissional
	Orientação
	Apoio
	Acompanhamento
Dificuldades quanto ao processo de implementação da SCE	Potencial de geração de conflitos
	Operacionalização do processo
	Sobrecarga de trabalho
	Conotação negativa do conceito de supervisão
	Documentação dos cuidados de enfermagem
SCE em uso	
Importância da SCE para a melhoria dos indicadores de qualidade do exercício profissional	Sem importância
	Em alguns casos ajuda

Com as constantes mudanças a nível organizacional surgem questões sobre quem será a pessoa mais adequada para desempenhar a função de supervisor, surgindo também, aliadas a estas modificações, as inseguranças e as ideias estereotipadas sobre ter alguém a supervisionar o trabalho do outro. A categoria “Quem deve ser supervisor” agrega as representações dos enfermeiros sobre quem deve desempenhar estas funções.

Alguns dos participantes referiram que o supervisor deve ser o “Enfermeiro chefe”, sublinhando que as funções que este desempenha se coadunam com as funções do supervisor, pelo que a sua primeira escolha recai sobre os enfermeiros com esta categoria.

“Os enfermeiros chefes e coordenadores podem ser supervisores (...) eu nas minhas competências, nas minhas funções de chefe tenho isso tudo.” E3; “(...) o papel do enfermeiro chefe foi sempre este. (...) supervisão clínica é aquilo que, tirando este nome, eram as competências do enfermeiro chefe.” E11; “O chefe continua a fazer supervisão clínica.” E2.

O Decreto-Lei nº 188/2003, refere que os enfermeiros chefes têm como função, entre outras: “(...) supervisionar os cuidados de enfermagem e coordenar, tecnicamente, a

atividade de enfermagem; (...) propor o nível e tipo de qualificação exigido ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar; (...) incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (...)” (Decreto-Lei, 2003, p. 5226-5227). Os nossos resultados são consonantes com os obtidos por Tavares (2013) e Pires (2004). Não obstante, não é uma opinião consensual, tendo inclusivamente uma das enfermeiras chefes referido que acha que os enfermeiros chefes não têm necessariamente de ser supervisores:

“Para não haver confusões os enfermeiros chefes nunca são supervisores. Para mim não são. (...) aquilo que percebi da supervisão clínica não tem nada a ver com o cargo de chefe.” E2.

Emergiu ainda do discurso dos participantes que o supervisor deve ser o “Enfermeiro formador em serviço”:

“O papel do enfermeiro supervisor é coincidente com o papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço.” E7; “A supervisão clínica pode-se confundir então com os formadores de serviço.” E3.

Ao enfermeiro formador em serviço compete, entre outras, a função de identificar as necessidades formativas da equipa, estimular a participação dos enfermeiros nas ações de formação, orientar a equipa no desempenho das suas atividades e colaborar na concretização de normas e políticas formativas institucionais (Loff, 2006). Reconhecem-se características do formador em serviço que poderão estar também presentes no supervisor clínico, nomeadamente na componente formativa e normativa que a SCE apresenta, para a estimulação do pensamento crítico-reflexivo, aquisição de conhecimento e competências e padrões organizacionais.

Simultaneamente os participantes destacaram que o supervisor deve ser o “Enfermeiro especialista” em determinada área.

“Mas também na categoria do especialista por exemplo, já diz que ele é consultor para a área (...) e por exemplo da área da reabilitação, eu se tiver lá um enfermeiro da área, é lógico que para esta área mais específica eu vou querer que os enfermeiros de reabilitação, sempre que tenham necessidade, sejam apoiados por alguém da reabilitação.” E11.

Efetivamente, o enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, com elevado grau de julgamento clínico e tomada de decisão, ao qual estão adstritas as dimensões de “(...)

educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.” (OE, 2010b, p. 2).

Emergiu ainda do discurso dos participantes que o supervisor clínico deve ser um “Enfermeiro *expert*”:

“Imagina que uma das colegas investiu e é expert em tratamento de feridas, e sabe muito mais de feridas, e de facto há muitos doentes, naquela época, internados por feridas. Não podem os colegas aceitá-la como supervisora nesse sentido, por exemplo? No acompanhamento e no seguimento da avaliação das feridas e da melhor opção terapêutica face à ferida. As pessoas veem-na como uma referência.” E3; *“Quando os enfermeiros solicitam muito uma pessoa, essa pessoa é o supervisor em quem elas reconhecem competências. O supervisor é aquele que for identificado como expert (...).”* E11; *“(…) tem que ser reconhecido então que a colega A, B ou C tenha então as competências de supervisão.”* E3.

O supervisor clínico deve ser *expert* na área em que exerce supervisão (OE, 2010a; Hyrkäs, Appelqvist-Schidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002). O conhecimento em diversas áreas do exercício profissional, e também no âmbito da SCE é uma das características que deve estar inerente ao supervisor.

Os participantes destacaram, também, que o supervisor deve ser um “Enfermeiro da equipa”, aspeto que salientam como facilitador do processo e da relação supervisiva, por ser alguém que conhece a equipa, a especificidade dos cuidados e os clientes. Realçaram que o facto de ser uma pessoa externa ao serviço poderá condicionar o desempenho dos profissionais e comprometer a prestação de cuidados.

“O supervisor, sendo um colega que também presta cuidados (...) ninguém melhor que ninguém conhece o utente como nós.” E5; *“Não pode ser um supervisor de Vila Pouca e ir fazer supervisão a Braga.”* E8; *“O supervisor é da equipa. Não é ninguém de fora.”* E2.

Estes resultados corroboram os encontrados por Tavares (2013), que constatou que os enfermeiros preferem ser supervisionados por alguém interno ao serviço e que não gostariam de ser supervisionados por pessoas externas sob pena de isso condicionar os resultados da supervisão. Também Pires (2004) refere que o supervisor clínico deve emergir do seio da equipa de enfermagem.

A SC enquanto facilitadora da discussão dos cuidados prestados ao cliente num ambiente de suporte assume uma função educativa dos profissionais (Brunero & Stein-Parbury, 2008). Do discurso dos participantes destaca-se igualmente as “Funções do supervisor clínico”. Efetivamente poderão ser diversas as funções adstritas ao supervisor

clínico pelo que ao longo dos anos foram surgindo modelos de SC organizados em virtude das suas funções. Um dos modelos mais comumente utilizados e divulgados pela literatura é o modelo de SC de Proctor (1986) que contempla três funções essenciais: a função formativa, ao nível do desenvolvimento de conhecimentos, competências e reflexão; a função normativa relacionada com a responsabilidade e os padrões organizacionais; a função restaurativa que visa facultar apoio ao supervisionado para fazer face às diversas situações que se depara no seio da profissão. É de referir que já no século passado autores como Bowles e Young (1999) afirmavam que as três funções descritas por Proctor são elementos que concorrem para a SC, nomeadamente ao nível do processo e resultado.

Assim, os entrevistados destacaram como função do supervisor a “Identificação das necessidades dos supervisionados”:

“(...) os supervisores têm que identificar as necessidades, aquilo que os enfermeiros precisam. Uns enfermeiros só precisam de orientação. Outros só precisam de apoio. Outros enfermeiros até se pode delegar [funções], mas outros enfermeiros até podem ter necessidade de serem dirigidos.” E11.

O supervisor deve ter a capacidade de identificar dificuldades e eventuais problemas que estejam a afetar o supervisionado (Garrido, Simões & Pires, 2008). De acordo com Garrido (2004, p.2) “A função do supervisor clínico em enfermagem consiste em ajudar a controlar as dificuldades, a desenvolver competências que permitam cuidar com mais qualidade”. O processo supervisoivo deve refletir as necessidades do supervisionado e ter como objetivo o desenvolvimento profissional, sendo essencial a revisão periódica da satisfação das necessidades do supervisionado a fim de se estabelecerem objetivos apropriados (TePou, 2009).

Foi destacado também pelos participantes que o supervisor deve assumir funções de gestão. Neste sentido, emergiu do discurso dos participantes a subcategoria: “Gestão da equipa”:

“A função de um supervisor clínico é gerir a equipa para que haja melhores cuidados.” E1.

e ainda, “Gestão de conflitos”:

“A função do supervisor passa também por gerir alguns conflitos e até algumas emoções que cada um tem e que às vezes possam interferir na prestação de cuidados.” E1.

A SC pode ser percebida como um instrumento de gestão inserindo-se no contexto de trabalho do enfermeiro (Pinho, 2012). Espera-se que o supervisor clínico, entre outras características “(...) tenha a capacidade de selecionar as melhores estratégias e adequá-las a cada situação particular (...) seja flexível, na gestão das situações, cumprindo os referenciais da profissão (...)” (OE, 2010a, p.18), características estas que implicam capacidades no âmbito da gestão a diversos níveis, como da aprendizagem, de estratégias, de cuidados, de conflitos. Garrido (2004), Cruz, Carvalho e Sousa (2012) e Tavares (2013), destacam nos seus estudos que o supervisor tem também um papel importante na resolução de problemas. É de salientar que para além das capacidades de liderança, organização e imparcialidade, os enfermeiros destacam a gestão de conflitos como uma das características que apreciam num supervisor clínico (Garrido, 2004).

Para além de competências no âmbito da gestão, espera-se que o supervisor clínico seja promotor do crescimento e desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Neste sentido emergiu a subcategoria “Promoção do desenvolvimento profissional”, enquanto função do supervisor:

“O supervisor tem como função tentar promover o crescimento da equipa.” E1; “O supervisor clínico tem a função de criar as condições para que os enfermeiros desenvolvam bons cuidados de enfermagem.” E11.

O supervisor deve criar condições para que os supervisados desenvolvam competências técnicas, cognitivas, comunicacionais e atitudinais (Garrido, Simões & Pires, 2008). Tem sido evidenciado que a SC poderá acarretar benefícios no que concerne à aquisição de competências e ao desenvolvimento profissional (Brunero & Stein-Parbury, 2008; Dilworth et al, 2013). Assim, a função do supervisor clínico consiste em facilitar o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, contribuindo, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade no cuidar (Garrido, Simões & Pires, 2008). Também Richards (2011) e Cheater e Hale (2001) realçam o papel da SC enquanto promotor do desenvolvimento de competências dos supervisados.

Como determinantes no desenvolvimento da prática clínica durante o processo supervisivo destaca-se a reflexão, orientação e suporte profissional (Silva, Pires & Vilela, 2011). Um dos objetivos da SC é a orientação para o desenvolvimento de competências do supervisado (Hull, 2011). A orientação refere-se a um processo em que o supervisado é assistido na apropriação e mobilização de saberes teórico-práticos (Carvalho, 2002), assumindo um papel preponderante na SCE (Ramos, 2003). No discurso dos participantes é

possível identificar-se que uma das funções que consideram associada ao supervisor é a “Orientação”:

“O supervisor tem ainda a função de orientar a equipa.” E7; “Ele [supervisor] deve orientar.” E11.

É igualmente expectável que o supervisor clínico forneça aos supervisados, suporte nas suas práticas (Fowler, 2013). A função restaurativa ou de suporte do modelo de SC de Proctor (1986) consiste em fornecer apoio, permitindo ao supervisado a gestão de emoções e de situações clínicas complexas, sendo a função mais observada nos estudos de Brunero e Stein-Parbury (2008).

Os participantes referiram que, é igualmente, função do supervisor o “Apoio” aos supervisados:

“O supervisor clínico tem também a função de apoiar os enfermeiros.” E7; “Um enfermeiro da prática que pode apoiar um colega.” E11.

Estes dados suportam o referido por Brunero e Stein-Parbury (2008) que realçam que a SCE fornece suporte e alívio do *stress* aos enfermeiros, devendo o supervisor facultar discussões num ambiente de apoio e promover sentimentos de segurança e confiança. As diversas definições de SCE que têm surgido ao longo dos anos contemplam o suporte como uma das tarefas essenciais da mesma.

Os participantes destacaram igualmente a função de “Acompanhamento” do supervisado.

“O supervisor clínico tem de estar com o supervisado.” E2; “(...) sim tem de estar.” E8.

Esta visão coaduna-se com a definição de SC sugerida por Maia e Abreu (2003, p. 8) que a consideram 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 protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional.

Para Wright (2012) há ainda pouca evidência quanto aos benefícios da SCE. Lynch e colaboradores (2008) consideram que poderá, eventualmente, acarretar problemas de confidencialidade e até de *bullying*, quando realizada em grupo. São, também, vários os preconceitos adstritos à SCE, advogando-lhe, essencialmente, um cariz avaliativo e, por

vezes, até punitivo, sendo essencial a desmistificação destas ideias. O discurso dos participantes neste âmbito não era consensual, o que poderá justificar as dúvidas que foram revelando ao longo do *focus group* sobre os diversos aspetos que englobam a SCE e a sua implementação no contexto das ECCL.

Atendendo às constantes mudanças organizacionais e incertezas quanto ao futuro, a SCE poderá, para os participantes, surgir como uma alternativa de melhoria das condições de trabalho ou como um vetor promotor de conflitos e de aumento de trabalho. Neste âmbito, emergiu do discurso dos participantes a categoria “Dificuldades quanto ao processo de implementação da SCE”. Esta categoria agrega as subcategorias “Potencial de geração de conflitos”, “Operacionalização do processo”, “Sobrecarga de trabalho”, “Conotação negativa do conceito de supervisão” e “Documentação dos cuidados de enfermagem”, que revelam os principais receios dos participantes quanto à implementação da SCE naquele contexto de trabalho.

Por um lado os participantes consideraram que a SCE poderá ser “Potencial de geração de conflitos”.

“Ou então a supervisão clínica vai ser uma situação para criar conflitos.” E3; “(...) temos um supervisor a supervisionar, e depois aquilo não dá em nada. Acho que só vai criar ali algum atrito (...) o supervisor sou eu, mas chefe é ela! Isso ainda complica mais.” E8; “A formalização da supervisão pode incomodar alguns processos.” E3.

A própria “Operacionalização do processo” de supervisão no contexto de trabalho emergiu também como uma das dificuldades à sua implementação.

“Ainda não percebi muito bem, em serviço como é que a supervisão clínica pode ser operacionalizada.” E8; “Então devia de haver para cada área específica um enfermeiro supervisor daquela área, específica daquela especialidade e portanto devia ser feita ao nível da dimensão das vossas ECCL.” E4.

Tendo por base o contexto em questão, acrescem dificuldades pelo facto de serem equipas de enfermagem de pequena dimensão e com diversas especificidades em termos de prestação de cuidados e de formação dos profissionais. Estas particularidades acrescem aos participantes inúmeras questões sobre a exequibilidade deste processo supervisivo na sua área de trabalho, nomeadamente a “Sobrecarga de trabalho”.

“A supervisão clínica exige mais trabalho, exige ter mais tempo despendido.” E5.

A sobrecarga de trabalho constitui uma barreira à implementação e manutenção de processos supervisivos (Dilworth et al., 2013). Este entrave à implementação da SCE foi, também, reportado por Tavares (2013), referindo os participantes do seu estudo que esta era uma barreira à SCE. Consequente à sobrecarga de trabalho surge a falta de tempo, sendo considerada como uma das principais barreiras para a implementação da SC (White & Winstanley, 2006).

A “Conotação negativa do conceito de supervisão” foi considerada pelos participantes como um fator condicionador de todo o processo:

“(...) porque a palavra [SCE] é muito forte (...), pode-lhe chamar supervisão, pode chamar reunião de serviço, discussão de casos, o que quiser e funciona bem. No dia em que lhe puserem lá a palavra supervisor...” E8; “Devia haver a existência de um consultor mais do que propriamente um supervisor, não sei! O nome é muito importante!” E4.

Este aspeto poderá remeter para os preconceitos gerados em torno da SCE, que lhe conferem frequentemente conceções menos adequadas. Cheater e Hale (2001) referem que as conceções erróneas sobre a SCE podem tornar-se em obstáculos para a implementação da mesma. De acordo com os participantes, o termo “supervisão” acarreta por si só uma conotação negativa o que poderá inviabilizar este processo logo à partida. O cargo de enfermeiro supervisor, com funções de gestão, na antiga carreira de enfermagem poderá, também, conduzir a conceções erróneas e confusão na terminologia (Cruz, 2012).

Outro fator que concorre como barreira à implementação do processo de SC diz respeito à multiplicidade de suportes para a “Documentação dos cuidados de enfermagem”. No que respeita ao registo das intervenções de enfermagem, a OE (2009c) salienta que é indispensável que os enfermeiros utilizem um padrão de documentação que evidencie e contribua para a qualidade dos cuidados. De acordo com o Código Deontológico, os enfermeiros têm o dever de “assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (OE, 2009c, p.3).

“A documentação dos cuidados de enfermagem é a triplicar.” E1 a E11; “É o registo no SAPE, é o registo no GestCare, no processo individual do utente, quando uma coisa era suficiente. Nós estamos constantemente a escrever a mesma coisa (...).” E5.

A utilização de sistemas de informação em enfermagem, aumentou de forma vertiginosa nos últimos anos, tendo sido efetuado um forte investimento por parte das organizações de saúde nesta área, o que por si só se traduz numa janela de oportunidades mas, simultaneamente, configura questões que vão para além da técnica e semântica

destes aplicativos (Campos, 2012). Tendo por base os riscos, as necessidades e as oportunidades que a utilização deste tipo de sistemas de informação encerra, a OE definiu um conjunto de princípios básicos da arquitetura e requisitos técnico-funcionais para o desenvolvimento dos mesmos (OE, 2007).

Azevedo e Sousa (2012) concluíram que muitas das estratégias de instrução e treino do prestador de cuidados têm que ser adaptadas e contextualizadas no ambiente domiciliário, sendo vital a necessidade de fluxos de informação que suportem a continuidade de cuidados. Considerando este exponencial investimento na informação em enfermagem, muitos profissionais confrontam-se com a utilização de diferentes suportes para registo de dados, o que segundo os participantes se traduz em replicação de informação e gasto acrescido de tempo e de recursos.

A categoria “SCE em uso” congrega a opinião dos participantes sobre o processo de supervisão existente nas suas ECCL:

“Pelo menos na nossa ECCL isso [a SC] já existe. Todos nós somos supervisores de nós próprios. Funciona em rede mas somos todos supervisores de nos próprios.” E8.

Os processos de heterosupervisão e, conseqüentemente, autossupervisão poderão ser potenciadores de melhoria, através da discussão e reflexão das práticas entre pares (Alarcão & Tavares, 2003). Também os resultados alcançados por Tavares (2013) remetem para um processo de supervisão contínuo, em que os participantes supervisionam ou são supervisionados pelos colegas mútua e informalmente.

Por último, na análise do discurso dos enfermeiros emergiu a categoria “Importância da SCE para a melhoria dos indicadores de qualidade do exercício profissional”. A opinião dos participantes sobre este tópico não foi consensual, emergindo duas subcategorias: “Sem importância”:

“A mim não me parece que o supervisor possa vir a melhorar a prestação de cuidados (...).” E7; “(...) [o supervisor também não ajuda a melhorar] os indicadores de qualidade do exercício profissional.” E6; “No caso de outras equipas que já o fazem não formalmente, que já fazem a supervisão uns dos outros, não vejo onde é que isso vai ter mais ganhos.” E5.

e, “Em alguns casos ajuda”

“Em alguns casos sim, não podemos generalizar! Em alguns casos a supervisão clínica em enfermagem pode contribuir para prestar melhores cuidados e ter impacto nos indicadores. Agora não podemos é generalizar.” E5; “A supervisão que fazemos agora no dia-a-dia, uns com os outros, ajuda a melhorar os nossos cuidados.” E8; “(...)também concordo.” E7; “O

contributo que eu vou tendo para a minha vida profissional não é só do que estudo, mas também, do que aprendo com os outros e é assim que a supervisão faz sentido.” E8.

É evidente a falta de consenso dos participantes quanto aos benefícios que a SCE poderá acarretar para a melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a melhoria dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Tendo em consideração as diversas dúvidas destacadas pelos participantes ao longo do seu discurso é expectável que surjam opiniões diferentes sobre a SCE. Contudo, os participantes enfatizam que a SC em uso nas suas ECCI é promotora da melhoria da qualidade dos cuidados que prestam. Tavares (2013), no seu estudo constatou que os enfermeiros reconhecem a SCE como uma mais-valia para a melhoria contínua das práticas e para a promoção da qualidade. A implementação de programas de SCE pode contribuir para a melhoria da qualidade a diferentes níveis, entre os quais a satisfação e qualidade de vida dos profissionais o que se reflete na qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Pires, 2004).

Atendendo à importância que tem sido atribuída à SCE para a melhoria dos padrões de qualidade em saúde e tendo por base os resultados obtidos neste estudo, importa destacar algumas reflexões.

Para Donabedian (2003) não se pode garantir ou assegurar a qualidade, mas sim aumentar a probabilidade de melhores cuidados, sendo através da avaliação da qualidade que se podem detetar lacunas na prestação de cuidados e adotar medidas de melhoria. Por sua vez, Ishikawa, remete para a necessidade de se criarem “círculos de qualidade”, enquanto pequenos grupos de profissionais que se reúnem voluntariamente, pelo menos duas vezes por mês, com um “líder”, eleito pelos próprios, para discutir os métodos de avaliação da qualidade, os problemas e respetivas causas, propondo medidas corretivas e a respetiva avaliação dessas medidas (Donabedian, 2003). Estes “círculos de qualidade” assumem o cariz de um movimento cujo propósito é aumentar o envolvimento dos profissionais nas atividades de melhoria da qualidade (Donabedian, 2003). Neste sentido Donabedian (2003) destaca a necessidade de existirem unidades responsáveis por planearem, coordenarem, direcionarem e implementarem a avaliação da qualidade, com líderes responsáveis a quem são reconhecidos conhecimentos, experiência e capacidades de gestão, profissionais competentes e que simultaneamente são respeitados pelas equipas de saúde.

Face ao explanado por estes autores, poder-se-á estabelecer um paralelismo entre estas unidades ou “círculos de qualidade”, com as funções do supervisor clínico. Como se

pode constatar, a SCE tem, entre outros, o objetivo, de promover a qualidade dos cuidados, através de sessões de supervisão, individuais ou em grupo, que estimulem períodos de reflexão acerca dos cuidados prestados. Não obstante, o supervisor deve ser entendido como um elemento da equipa, com conhecimento, capacidade e experiência reconhecida pelos colegas.

6. ESTUDO II – RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A realização deste estudo teve como objetivo obter consenso, entre os enfermeiros, sobre a relevância dos indicadores adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Estes indicadores emergiram da análise do discurso dos participantes no estudo I.

6.1. População e Amostra

Para se atingir o objetivo supracitado, recorreu-se um grupo de peritos, tendo sido predeterminados critérios para a sua seleção. De acordo com Keeney, Hasson e McKenna (2006), não existem diretrizes específicas relativamente aos critérios de seleção dos peritos ou ao número de constituintes ideal. No entanto, na seleção dos peritos teve-se em conta os seguintes critérios definidos por Powell (2003) e Chang e colaboradores (2010): a experiência profissional na área em questão, o interesse sobre o objeto de estudo, a motivação para participar no estudo e a independência relativamente às investigadoras. No que se refere ao número de peritos, é importante destacar que não se pretende adquirir representatividade estatística de peritos, sendo esta alcançada pela qualidade dos peritos e não pela quantidade (Powell, 2003). Nesse sentido, para a sua seleção recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística intencional, uma vez que se pretendia selecionar *experts* na área em estudo (Scarparo et al., 2012).

Tendo por base estes fundamentos foram definidos como critérios de seleção:

- Ser enfermeiro;
- Trabalhar em ECCI ou ser investigador e/ou docente em escola superior de enfermagem nas áreas de “prestador de cuidados”, “indicadores de qualidade” ou “ECCI”;
- Exercer funções de enfermeiro há cinco ou mais anos.

E como critério de exclusão:

- Ser enfermeiro no ACES do Alto Tâmega e Barroso.

O perito é considerado um indivíduo flexível e que suporta a sua ação através da experiência e da compreensão, e com um elevado grau de adaptabilidade em função da situação (Benner, 2005), e, também, detentor de conhecimentos e habilidades sobre uma determinada área (Nunes, 2010). Atendendo a estes pressupostos foram escolhidos peritos cujo “(...) saber e educação num dado campo é reconhecido – e, aqui, tanto na perspetiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional).” (Nunes, 2010, p.3). E, enfermeiros considerados proficientes (Benner, 2005) pois julgou-se importante que tivessem uma experiência profissional alargada para terem uma perspetiva fundamentada sobre o problema em estudo.

6.2. Colheita de dados

O recurso a um grupo de peritos é particularmente apropriado para temas que exigem conhecimento específico e complexo, em que se requer a opinião de peritos de diferentes áreas (Slocum, 2005), tendo vindo a revelar-se como uma estratégia vantajosa no campo da saúde (Scarpato et al., 2012), já que permite que enfermeiros, docentes e investigadores na área de enfermagem colaborem na obtenção de consenso sobre um tema em particular.

Tendo por base os resultados obtidos no estudo I, elaborou-se um questionário (Anexo VII) onde se contextualizava o estudo, os objetivos e o que se pretendia com a participação dos peritos. Eram, igualmente, explicitados os quatro tipos de indicadores obtidos, de forma a clarificar em que consistiam e facilitar a sua compreensão.

O questionário era composto por duas partes: a primeira referente à caracterização sociodemográfica dos peritos e a segunda pelos 32 indicadores obtidos no estudo I, associados a uma escala de *Likert* de cinco pontos (1 - Nada relevante; 2 - Pouco relevante; 3 - Relevante; 4 - Muito relevante; 5 - Totalmente relevante). Optou-se por este tipo de escala, uma vez que é das mais utilizadas, permitindo que os participantes expressem o seu grau de acordo ou desacordo em relação ao enunciado (Fortin, 2009).

A aplicabilidade de um questionário pode ser efetuada através de reuniões presenciais, *email* ou aplicativos na internet (Chang et al., 2010). Neste estudo, decidiu-se utilizar o *email*, uma vez que facilita a interpretação e a leitura das respostas, propicia uma maior rapidez na obtenção dos resultados, é um meio mais económico e acessível (Snyder-

Halpern, Thompson & Schaffer, 2000) e permite, ainda, a inclusão e participação de peritos de zonas geográficas distintas (Skews et al., 2000). Assim sendo, foi enviado um *email* (anexo VIII) a, 40 enfermeiros, considerados peritos solicitando a sua colaboração e participação no estudo, no qual constava um link <https://docs.google.com/forms/d/1KchHsgsXisr884aQTIPi6iusW1YRpchF_Jc5-wnKp0E/viewform> de acesso a uma plataforma na internet, elaborada através do *Google Docs*[®].

Os participantes foram então convidados a participar no estudo, dando a sua anuência através do preenchimento, de forma voluntária, do questionário. A técnica de colheita de dados através da aplicação de um questionário em plataforma virtual tem-se consolidado e é na generalidade, bem aceite pelos participantes, assim como contempla os aspetos éticos exigidos pela legislação (Scarpato et al., 2012).

A colheita de dados decorreu no período de 18 de março de 2014 a 20 de abril de 2014, obtendo-se resposta por parte de 23 peritos. Na figura 5, apresenta-se uma representação esquemática das etapas percorridas no estudo II.

FIGURA 5: Desenho do estudo II



6.3. Tratamento de Dados

Para tratamento dos dados obtidos do grupo de peritos recorreu-se à análise estatística. De acordo com Fortin (2009, p.269) “A estatística é a ciência que permite

estruturar a informação numérica medida num determinado número de sujeitos (...)", facultando o resumo da informação de forma estruturada. Optou-se por utilizar a estatística descritiva, nomeadamente, frequências e medidas de tendência central (Wright & Giovinazzo, 2000). Os dados obtidos foram tratados e analisados com recurso ao aplicativo informático *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 20.0. para ambiente *Windows*. Este tem-se revelado como uma poderosa ferramenta para a realização de cálculos estatísticos complexos e a visualização dos respetivos resultados de forma célere (Pereira, 2008).

Uma vez que se pretendia aferir consenso relativamente à relevância dos indicadores foi necessária a definição dos critérios de consenso. Apesar de não haver regras predefinidas na literatura para atribuição do nível de consenso (Powell, 2003), verifica-se que em diversas investigações este varia entre 50 a 80% (Castro & Rezende, 2009), sendo recomendado a obtenção de um consenso mínimo de 70% (Grant & Kinney, 1992; Castro & Rezende, 2009; Passos, Sequeira & Fernandes, 2013; Silva et al., 2013). Consubstanciado nestes estudos, foi definido como critério que, para cada indicador, estivessem presentes, cumulativamente, as seguintes premissas:

- frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco maior ou igual a 70%;
- mediana maior ou igual a quatro;
- ausência de comentários dos peritos que indiquem um entendimento inadequado das questões.

6.4. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 23 peritos. No que diz respeito à caracterização dos participantes, foram tidos em consideração alguns atributos como o sexo, a idade, o tempo de exercício profissional, as habilitações académicas e profissionais e foi codificada a variável "Contexto onde exerce funções" em duas categorias: Escola Superior de Enfermagem e ECCL. É de referir que diversas investigações destacam estes mesmos atributos como alguns dos necessários para caracterizar os participantes do grupo de peritos (Scarparo et al., 2012).

A maioria dos peritos era do sexo feminino (70%; n=16), 57% (n=13) exerciam funções no contexto "Escola Superior de Enfermagem" e 43% (n=10) em ECCL (tabela 4). Esta distribuição relativamente homogénea no que concerne ao contexto onde exercem

funções, permitiu alcançar de forma tendencialmente igualitária a visão de peritos diretamente relacionados com a prática clínica, bem como de peritos mais direcionados com os processos de investigação, o que permitiu uma multiplicidade de respostas atendendo aos dois contextos. A maioria era detentora de formação pós graduada (tabela 4).

TABELA 4: Caracterização sociodemográfica e profissional dos peritos

	n	%
SEXO		
Feminino	16	70
Masculino	7	30
Total	23	100,0
CONTEXTO ONDE EXERCE FUNÇÕES		
Escola Superior de Enfermagem	13	57
ECCI	10	43
Total	23	100
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS		
Licenciatura (Lic.)	2	8,7
Lic. e Especialidade (Esp.)	6	26,1
Lic. e Mestrado (Mest.)	8	34,8
Lic., Esp. e Mest.	2	8,7
Lic. e Doutoramento (Dout.)	3	13
Lic., Esp., Mest. e Dout.	2	8,7
Total	23	100,0

Os participantes tinham idades compreendidas entre os 29 e os 59 anos de idade (M=43,35 anos; DP= 8,90 anos) (tabela 5). Exerciam funções em média há 21 anos, variando o tempo de exercício profissional entre os sete e os 38 anos.

TABELA 5: Idade, tempo de exercício profissional dos peritos

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
IDADE	23	29	59	43,35	8,90
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	23	7	38	21,00	9,45

Considerando os critérios previamente definidos para o tratamento dos dados deste estudo apresentam-se, seguidamente, os consensos, obtidos, relativos à relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados em ECCI destacando-se a negrito os indicadores que não cumpriram os critérios (quadro 4).

QUADRO 4: Consenso dos indicadores de qualidade do exercício profissional

Indicador	Frequência acumulada no score 4 e 5 (%)	Mediana
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico	82,6	4
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação	73,9	4
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica	87,0	4
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levante	95,7	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre levante	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre autocuidado higiene	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre autocuidado higiene	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência	95,7	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre transferência	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento	95,7	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre posicionamento	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se	91,3	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre alimentar-se	82,6	5
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o psicólogo	43,5	3
Taxa prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o serviço social	56,5	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	82,6	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	73,9	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	82,6	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	87,0	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	91,3	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência	87,0	4
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação	91,3	4
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	91,3	4
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	87,0	4
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	91,3	4
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	87,0	4
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	91,3	5
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	91,3	5
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação	95,7	5
Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado	82,6	4
Ganhos em suporte percebido pelo prestador de cuidados	73,9	4
Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente	65,2	4

Como se pode verificar pela leitura do quadro 4 os indicadores “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o serviço social” e “Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente” não atingiram a frequência acumulada nos *scores* 4 e 5 superior a 70%, apesar de terem uma mediana igual a quatro. O indicador “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: orientar para o psicólogo”, apresentou uma mediana igual a três e uma frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco inferior a 70%. Estes resultados levaram à exclusão destes três indicadores, uma vez, que não cumpriam os critérios de consenso previamente estabelecidos.

O frágil envolvimento das famílias é um dos obstáculos à prestação de cuidados (Carvalhais & Sousa, 2011). Nos estudos de Azevedo (2010) a informação disponibilizada e relacionada com o envolvimento do prestador de cuidados entre hospital e centro de saúde é considerada pouco adequada. Todos estes fatores poderão concorrer para a falta de consenso no que concerne ao indicador de “Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente”. Além disso, as dificuldades sentidas em termos de gestão de recursos humanos e tempo, assim como a constante preocupação com a aquisição de competências instrumentais para o cuidar da pessoa dependente, poderão também contribuir para estes resultados, condicionando o investimento dos profissionais na área da interação. No que respeita aos indicadores relativos à orientação para o serviço social e para o psicólogo, estes resultados podem ser explicados pela importância atribuída às intervenções autónomas de enfermagem em detrimento de intervenções dependentes de outros profissionais.

O facto de haver consenso do grupo de peritos, relativamente a 29 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados em ECCI, em que se destacam, essencialmente, as áreas do conhecimento e da aprendizagem de capacidades, é consonante com o evidenciado pela literatura. De acordo com Pereira (2007, p.202) “(...) a aprendizagem cognitiva e a aprendizagem de capacidades, constituem uma dimensão dos cuidados com grande sensibilidade à tomada de decisão dos enfermeiros.”.

7. ESTUDO III – *RANKING* DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Como refere Donabedian (2003), os profissionais devem focar-se nas áreas pelas quais são responsáveis, nas quais podem melhorar e nas mais prioritárias, selecionando, numa primeira instância, apenas algumas e só mais tarde e gradualmente as restantes. Assim, com base nos resultados obtidos no estudo I e II, pretendeu-se no estudo III estabelecer o *ranking* dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, em ECCI, tendo em consideração a relevância e a prioridade atribuídas pela população do estudo. Atendendo não só ao número de indicadores que emergiram ao longo da investigação, mas também à exequibilidade da sua aplicação, considerou-se pertinente definir os 10 mais relevantes e prioritários.

O objetivo deste estudo foi identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

A população alvo do estudo foi constituída pelos enfermeiros das sete ECCI do ACES do Alto Tâmega e Barroso: Boticas, Chaves I, Chaves II, Montalegre, Ribeira de Pena, Valpaços e Vila Pouca de Aguiar.

7.1. Colheita de Dados

Nos estudos quantitativos, o questionário é um dos métodos de eleição para a recolha de dados devido às suas características: é menos dispendioso que outros métodos; pode ser preenchido pelo próprio, garantindo desta forma o anonimato; permite apresentar as mesmas diretrizes para todos os sujeitos; e, ainda, pode ser aplicado a várias pessoas em simultâneo (Fortin, 2009).

Para colher os dados necessários para o estudo recorreu-se, então, a um questionário elaborado com base nos resultados alcançados nos estudos I e II (Anexo IX), constituído por três partes: a primeira era relativa ao enquadramento do estudo e continha

a explicação dos quatro tipos de indicadores apresentados; a segunda pretendia colher os dados necessários para a caracterização sociodemográfica dos participantes; e a terceira dizia respeito aos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI, englobando os 29 indicadores considerados relevantes pelo grupo de peritos do estudo II. Aos enfermeiros era solicitado que seleccionassem os 10 indicadores mais relevantes e prioritários, atribuindo para o efeito uma pontuação de um a 10, em que um correspondia ao indicador mais relevante e 10 ao menos relevante, sendo salvaguardado que não poderiam ser seleccionados mais do que 10 indicadores.

As questões foram apresentadas numa lógica horizontal, no sentido de rentabilizar o número de folhas e motivar para o preenchimento do questionário. Os indicadores foram apresentados sequencialmente e agrupados consoante se tratassem de indicadores de processo ou de resultado, uma vez que, de acordo com Fortin (2009), as questões relativas a um determinado tema devem ser agrupadas em conjunto.

Para aplicação do questionário foi contactada a enfermeira supervisora e os enfermeiros chefes de todas as ECCI de forma a solicitar a sua colaboração para explicar o âmbito do estudo e motivarem a participação dos enfermeiros. Os questionários foram entregues pessoalmente aos enfermeiros chefes, que se prontificaram a distribuí-los pelos enfermeiros das suas equipas. A recolha de dados decorreu no período de 30 de abril a 20 de junho de 2014. Importa ressaltar que, para cada ECCI, foram entregues dois envelopes, um com os questionários e outro com os consentimentos informados (Anexo X) pedindo-se que após o preenchimento o questionário e o termo de consentimento fossem colocados no respetivo envelope, de forma a manter o anonimato dos participantes.

No total, foram recebidos 23 questionários. Um foi eliminado pois todos os indicadores foram assinalados, não respeitando, portanto, os critérios para o seu preenchimento.

Atendendo a que se trata de um estudo de cariz descritivo, foram definidas: variáveis primárias, consideradas essenciais para a compreensão do estudo e, por isso, com peso para a conclusão; e complementares, utilizadas para caracterizar a amostra (Pocinho, 2009). Neste estudo, as variáveis primárias reportam-se aos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e as complementares ao: sexo; idade; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional na ECCI; categoria profissional; ECCI em que exerce funções; habilitações académicas e profissionais; formação em SCE; experiência enquanto supervisor clínico; tipo de experiência enquanto supervisor clínico;

razão de início das funções de supervisor clínico; opinião sobre experiência enquanto supervisor clínico; vontade em exercer funções de supervisor clínico; importância da SCE para o desenvolvimento profissional; importância da utilização de indicadores do exercício profissional dos enfermeiros para a avaliação dos cuidados; importância da utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros para a implementação de um programa de SCE; importância da SCE para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados.

Na figura 6 pode visualizar-se a representação esquemática do estudo III.

FIGURA 6: Desenho do estudo III



7.2. Tratamento de Dados

Considerando o objetivo do estudo III e o método de colheita de dados selecionado, recorreu-se à análise estatística com recurso ao aplicativo informático SPSS[®] versão 20.0. para ambiente *Windows*.

Para se estabelecer o *ranking* de indicadores foram selecionados os 10 que apresentavam maior frequência absoluta. Para cada um destes indicadores foram ponderadas as respostas pelo respetivo *score*, através da fórmula

$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ de respostas pelo } \textit{score} \times \text{valor do } \textit{score}}{\text{n}^{\circ} \text{ total de respondentes ao indicador.}}$$

Posteriormente calculou-se o somatório dos valores ponderados obtendo-se a importância relativa do indicador. Em caso de empate, foi definido como critério “indicador com maior número de respostas para o *score* 1 e 2”, caso mantivesse situação de empate “indicador com maior número de respostas para o *score* 1, 2 e 3” e assim sucessivamente.

7.3. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

A amostra do estudo foi constituída por 22 enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 57 anos (tabela 6), situando-se a média de idades nos 41 anos com um desvio padrão de 9,01 anos. O tempo de exercício profissional variou entre os sete e os 32 anos, sendo a média os 17 anos e o desvio padrão 8,34 anos. No que concerne ao tempo de exercício profissional na ECCI, este variou entre um e cinco anos.

TABELA 6: Idade, tempo de exercício profissional dos enfermeiros

	N	Mínimo	Máximo	M	DP
IDADE	22	30	57	41,00	9,01
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL	22	7	32	17,36	8,34
TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL NA ECCI	22	1	5	3,24	1,00

No que se refere ao sexo 72,7% (n=16) dos participantes eram do sexo feminino. Relativamente à categoria profissional, 38,4% dos enfermeiros (n=8) eram generalistas, 59,1% (n=13) eram especialistas. Quanto às habilitações académicas e profissionais, todos os participantes eram licenciados, 16 possuíam uma especialidade e um estava, ainda, habilitado com o mestrado em ciências de enfermagem. No que respeita ao local onde exerciam funções havia enfermeiros das sete ECCI, sendo a maior percentagem de participantes da ECCI de Vila Pouca de Aguiar (22,7%; n=5). Um enfermeiro exercia funções quer na ECCI de Boticas, quer na de Montalegre (tabela 7).

TABELA 7: Caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros

	n	%
SEXO		
Feminino	16	72,7
Masculino	6	27,3
Total	22	100
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Enfermeiro	8	38,4
Enfermeiro Especialista	13	59,1
Enfermeiro Chefe	1	4,5
Total	22	100
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E PROFISSIONAIS		
Licenciatura (Lic.)	5	22,7
Lic. e Especialidade (Esp.)	16	72,7
Lic. e Esp. e Mestrado	1	4,5
Total	22	100
ECCI ONDE EXERCE FUNÇÕES		
Boticas	2	9,1
Chaves I	2	9,1
Chaves II	3	13,6
Montalegre	4	18,2
Ribeira de Pena	2	9,1
Valpaços	3	13,6
Vila Pouca de Aguiar	5	22,7
Boticas + Montalegre	1	4,5
Total	22	100

No que se reporta à experiência de supervisão, 68,2% (n=15) dos participantes referiu já ter exercido funções de supervisor, 66,6% (n=10) mencionaram que foi em contexto de supervisão de estudantes e 33,4% (n=5) em contexto de supervisão de estudantes e de pares, tendo todos considerado a experiência como positiva, excetuando um participante que não respondeu (tabela 8). No entanto, quando questionados se gostariam de desempenhar funções de supervisor clínico, 59,1% (n=13) responde que não. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de o papel de supervisor clínico acarretar inúmeras responsabilidades e desgaste pessoal (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Paunonen-Ilmonen, 2002), o que, numa época em que são subvalorizados os recursos humanos, não se torna aliciante para quem trabalha na prática clínica.

TABELA 8: Experiência de supervisão dos enfermeiros

	n	%
EXPERIÊNCIA COMO SUPERVISOR		
Sim	15	68,2
Não	7	31,4
Total	22	100
Opinião		
Positiva	14	93,4
Não responde	1	6,6
Total	15	100
Contexto		
Estudantes	10	66,6
Pares e Estudantes	5	33,4
Total	15	100
DESEMPENHAR FUNÇÕES DE SUPERVISOR		
Sim	8	36,4
Não	13	59,1
Não responde	1	4,5
Total	22	100

É ainda de salientar que, quando questionados acerca da importância da SCE para o desenvolvimento profissional, a maioria (81,8%; n=18) considerou importante, para 9,1% (n=2) era indiferente e para 9,1% (n=2) não importante. Por sua vez, no que concerne à importância da SCE para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito dos prestadores de cuidados, 77,3% (n=17) referiram que a consideraram importante enquanto 18,2% (n=4) referiu que não e um participante não respondeu. Quanto à importância do uso de indicadores de qualidade do exercício profissional para a implementação de um programa de SCE, 68,2% (n=15) mencionaram que consideraram importante, e 27,3% (n=6) consideraram que não e um participante não respondeu. Ainda no que respeita à importância da utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros para a avaliação dos cuidados, 86,4% (n=19) dos participantes reportaram que é importante e 13,6% (n=3) que não.

O facto de a maioria dos enfermeiros considerar importante a contribuição da SCE para o desenvolvimento e melhoria da qualidade do exercício profissional, deixa antever que os participantes reconhecem os benefícios da mesma. A maioria também considera que a utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional para a implementação de um programa de SCE é importante, assim como a utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros para a avaliação dos cuidados, leva-nos a considerar a relevância deste trabalho para a alteração de práticas dos enfermeiros que desempenham funções em ECCL.

Atendendo aos critérios definidos para o tratamento de dados no estudo III, no quadro 5 encontra-se esquematizado o *ranking* dos 10 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI, selecionados pelos participantes como sendo os mais relevantes e prioritários. Importa salvaguardar que para a obtenção destes 10 indicadores não foi necessário recorrer ao critério de desempate. Em anexo (Anexo XI) encontra-se um quadro ilustrativo do *ranking* dos diferentes indicadores.

QUADRO 5: *Ranking* dos 10 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI

Ranking	Indicador
1	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene
2	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
3	Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico
4	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se
5	Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado
6	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento
7	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência
8	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação
9	Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário
10	Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene

Como se pode constatar, pela análise do quadro, a maioria dos indicadores selecionados pelos participantes remete para competências cognitivas e instrumentais que se espera que o prestador de cuidados adquira no desempenho do seu papel, assim como para as dimensões do autocuidado e, ainda, para indicadores relativos à vertente do resultado. Poder-se-á afirmar que estes resultados são esperados, uma vez que, segundo o estudo de Pereira (2007), o autocuidado representa uma área extremamente significativa na documentação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, através dos sistemas de informação em enfermagem, no contexto de programas de saúde no domicílio. Azevedo e Sousa (2012) concluíram que as dimensões centradas no conhecimento e aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados são as mais documentadas por parte dos enfermeiros.

É importante salvaguardar que 60% dos indicadores selecionados remetem para a aprendizagem de capacidades, enquanto que 30% remetem para o conhecimento e 10% para o papel do prestador de cuidados. Estes resultados contrariam os obtidos por Azevedo

e Sousa (2012), que no seu estudo constataram que após o regresso a casa da pessoa dependente, as dimensões no âmbito das competências cognitivas traduziam a maioria dos diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, em detrimento da aprendizagem de capacidades. Este aspeto pode ser explicado pelo cariz das ECCI, no âmbito desta investigação, em que o contexto de trabalho dos enfermeiros é o ambiente domiciliário e, a capacitação do prestador de cuidados para o desempenho do seu papel.

É de salvaguardar que os indicadores “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência” e “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento” não foram selecionados por nenhum participante, assim como os indicadores “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se” e “Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levantar” foram selecionados por apenas dois participantes (Anexo XI). Estes resultados poderão dever-se ao facto de intervenções no âmbito do treinar visarem o desenvolvimento de capacidades por parte do prestador de cuidados para efetuar determinada ação, enquanto que intervenções no âmbito do instruir reportam-se a fornecer informação sistematizada sobre como efetuar determinada ação, o que mais uma vez remete para a capacitação do prestador de cuidados para o desempenho do seu papel. É ainda de destacar que no que se refere ao autocuidado higiene e ao posicionamento, quer os ganhos em conhecimento, quer os ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados, foram selecionados para ambos para integrar o *ranking* dos 10 indicadores mais relevantes e prioritários no âmbito do exercício profissional dos enfermeiros com o prestador de cuidados. Pensamos que isto pode estar relacionado com as prioridades definidas para a prestação de cuidados, assim como pelo facto de serem fatores que concorrem para o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. A incidência de úlceras de pressão na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados encontra-se a decrescer, contudo verifica-se que 48,8% das úlceras de pressão que se iniciaram foram nas ECCI (UMCCI, 2012).

Não obstante, indicadores no âmbito da vertente de resultado foram mais vezes selecionados pelos participantes. Os resultados obtidos poderão ser explicados pelo facto desta tipologia de indicadores permitir avaliar não só os cuidados que foram prestados aos clientes, mas também a sua eficácia, sendo que por diversas vezes é através da própria

avaliação durante a prestação de cuidados que os enfermeiros guiam a sua prática clínica (Donabedian, 2003).

Considerando as necessidades por parte do prestador de cuidados, evidenciadas pelos participantes, bem como os resultados obtidos com esta investigação, importa salvaguardar a necessidade identificada por Azevedo e Sousa (2012), que se reporta à existência de redes de apoio em que a assistência domiciliária e a supervisão desempenham um papel preponderante. Atendendo a que as decisões são em função das necessidades, Donabedian (2003) realça a importância do comprometimento por parte das equipas no que se relaciona com a avaliação da qualidade dos cuidados, caso contrário poderá resultar em falta de confiança, desilusão e resistência à mudança.

CONCLUSÃO

A SCE tem alcançado o seu espaço no seio da profissão, enquanto promotora do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, convergindo para a prestação de cuidados mais seguros e de qualidade. Com o Modelo de Desenvolvimento Profissional dos enfermeiros proposto e preparado para ser implementado nas organizações de saúde, a SC tem sido apresentada como uma ferramenta a privilegiar. Contudo, são ainda diversas as reservas face à sua adoção por parte dos profissionais de saúde, assim como múltiplas as representações em seu torno. Apesar de ser vasta a utilização da SC no contexto de supervisão de estudantes (*Mentorship*) e da indução à profissão (*Perceptorship*), um longo caminho tem ainda de ser percorrido no que concerne à supervisão de profissionais. É cada vez mais notório o interesse pela SCE, assistindo-se a um crescimento da investigação nesta área.

A qualidade em saúde, assume-se como vital para a garantia de cuidados de saúde que satisfaçam as necessidades dos clientes. Atendendo à conjuntura atual, uma era de crise económica, de instabilidade laboral, de profundas alterações nas dinâmicas sociais em que o desânimo e a falta de perspetivas quanto ao futuro reinam, em que se privilegiam os cortes nas despesas e a prestação de cuidados ao menor custo possível, a qualidade pode, eventualmente, ser colocada em causa. A premente necessidade de avaliação dos cuidados prestados aos clientes por parte das organizações e do ministério da saúde, tem vindo a estimular a progressiva utilização de indicadores, em todas as áreas e a todos os níveis de prestação de cuidados, não estando os enfermeiros alheios a estas necessidades.

A utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pode constituir-se como uma ferramenta extremamente útil para monitorizar a qualidade dos cuidados prestados. Não obstante, é essencial que a utilização de indicadores não se centre única e exclusivamente num cariz avaliativo, mas também num cariz reflexivo e de mudança de práticas, incrementando a sua utilização numa lógica de desenvolvimento profissional e de melhoria, já que por vezes tem sido associada por alguns profissionais a uma vertente puramente avaliativa e até punitiva.

A SCE apesar de não ser encarada como uma prioridade e, por vezes, ser associada a uma sobrecarga de trabalho e a um cariz puramente avaliativo, poderá acarretar benefícios para o exercício profissional dos enfermeiros, quer pela função formativa dos

profissionais, quer pelo suporte fornecido em situações clínicas complexas, e também pelo cariz normativo, através da utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional que poderão contribuir para a normalização de práticas e implementação de políticas institucionais.

As ECCI têm vindo a sedimentar-se enquanto promotoras de cuidados interdisciplinares, que visam dar resposta às diversas necessidades dos seus clientes em contexto domiciliário. O elevado número de idosos com doença crónica e incapacitante, associado ao aumento da esperança média de vida, tem gerado inúmeras dificuldades no que concerne à satisfação das necessidades destes utentes e respetivas famílias, pela falta de recursos da comunidade para fazer face às suas exigências. Atualmente verifica-se a existência de pelo menos um familiar dependente no seio de numerosas famílias portuguesas. Maioritariamente a preparação do regresso a casa do utente, bem como a preparação do prestador de cuidados para assumir o novo papel é célere e realizada num contexto hospitalar, pelo que nem sempre é assegurada uma rede de suporte face às eventuais dificuldades com que a família se poderá confrontar em ambiente domiciliário. Considerando o contexto em que os enfermeiros das ECCI que participaram neste estudo exercem funções, um ambiente essencialmente rural e com poucos recursos, é essencial que se tornem claros os ganhos em saúde obtidos através dos cuidados prestados por estes profissionais, pois só desta forma é possível demonstrar o papel preponderante que os enfermeiros desempenham na vida destas pessoas.

Tendo em consideração estas necessidades e o interesse particular da investigadora por estas áreas, enveredou-se por esta investigação. A mesma constituiu-se, indubitavelmente, numa fonte de aprendizagem, não só sobre as temáticas abordadas, mas também sobre o processo de investigação, que se reveste de muita pesquisa, reflexão crítica, adaptação, trabalho e entusiasmo relativamente ao percurso efetuado e aos resultados obtidos.

O tipo de metodologia adotada na investigação permitiu um entendimento mais aprofundado sobre a complexidade dos fenómenos inerentes quer ao trabalho desempenhado pelos enfermeiros das ECCI com os prestadores de cuidados, quer à utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros neste âmbito e, também, sobre o contributo da SC para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Concomitantemente, o uso de uma abordagem qualitativa e quantitativa permitiu aprofundar o conhecimento sobre as particularidades que cada um destes paradigmas exige ao investigador.

O estudo desenvolvido permitiu dar resposta à questão de investigação, bem como à finalidade delineada, importando destacar que a utilização de uma abordagem mista revelou-se adequada para a investigação, facultando um carácter mais objetivo e consistente face ao fenómeno em estudo.

A investigação permitiu concluir que os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais adequados para a monitorização da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados se centram maioritariamente na aquisição de competências cognitivas e instrumentais, necessárias para fazer face às necessidades da pessoa dependente, essencialmente no que respeita ao autocuidado. Os indicadores que emergiram são maioritariamente do foro do resultado no que respeita à tríade de avaliação de qualidade proposta por Donabedian. Estes resultados podem ser explicados pela área de prestação de cuidados destes profissionais, que se centra muito no carácter educativo não só do prestador de cuidados, mas também, da pessoa dependente e respetiva família, visando dar resposta às necessidades mais comuns e que efetivamente se relacionam com as práticas no âmbito do autocuidado. Assim, decorrente do estudo I, emergiram 32 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, dos quais 29 obtiveram consenso quanto à sua relevância, por parte do grupo de peritos que integraram o estudo II.

Com o estudo III foi possível identificar os 10 indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Estes remetem maioritariamente (60%) para indicadores que traduzem os ganhos em aprendizagem de capacidades sobre determinado fenómeno. Destes indicadores, oito dizem respeito às diferentes vertentes do autocuidado, um a intervenções no âmbito do ensinar sobre o regime terapêutico e um é relativo ao papel do prestador de cuidados.

A SCE é considerada pelos participantes como importante, quer para o desenvolvimento profissional, quer para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Contudo, do discurso dos participantes emergem dúvidas em torno da SCE, nomeadamente no que se reporta à escolha do supervisor e às suas funções. Constatou-se igualmente a existência de várias incertezas dos participantes no que respeita à sua implementação e eventuais benefícios e/ou dificuldades que possa acarretar. Consideramos que será vantajosa a promoção do debate sobre a SCE, assim como a realização de mais formação nesta área, a estes profissionais, antes da implementação do processo de SC, tendo em vista favorecer o sucesso do mesmo.

Atendendo à população do estudo e ao trabalho que desenvolvem nas ECCI, considera-se que em termos de SCE poder-se-ão desenvolver diferentes estratégias, nomeadamente no que concerne à normalização de práticas através da utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Sugere-se a exploração de dinâmicas de supervisão dos enfermeiros enquanto supervisores dos prestadores de cuidados.

Com esta investigação alcançou-se um conjunto de indicadores de qualidade do exercício profissional que serão considerados para a construção de um programa de SCE que versa esta população.

Consideramos pertinente ressaltar algumas das dificuldades e limitações que poderão ser adstritas à presente investigação. A primeira está relacionada com a falta de experiência por parte da investigadora no que respeita à análise de conteúdo dos dados provenientes do *focus group*, o que se traduziu num maior dispêndio de tempo, embora tenha sido minimizada com a pesquisa e a discussão crítica que foi sendo realizada ao longo do desenvolvimento do trabalho. É de salientar que a dificuldade na análise dos dados e o tempo exigido para a mesma, são algumas das limitações geralmente apontadas às abordagens qualitativas. Uma das limitações que poderá ser aliada a esta investigação refere-se ao baixo número de participantes do estudo III. Contudo, e atendendo ao reduzido número de enfermeiros que incorpora cada ECCI, a amostra foi significativa e os resultados obtidos traduzem a opinião da população em estudo. É importante ressaltar que as limitações do estudo foram perspectivadas pela investigadora não como obstáculos, mas sim como desafios e oportunidades de aprendizagem.

Atendendo a que a investigação foi desenvolvida com uma população muito específica e com necessidades muito particulares, é de salvaguardar a necessidade de se replicar a investigação noutros contextos (quer em ambiente rural, quer em ambiente urbano), com o interesse de se consolidar ou refutar os resultados obtidos.

Pensamos que este trabalho permite realçar a importância que a SC e a utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros poderão ter na prestação de cuidados de qualidade. Concomitantemente, vem sublinhar a necessidade de mais investigação nesta área, facultando eventuais linhas orientadoras de pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. – *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2003.
- *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2007.
- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, IP – *Metodologia de contratualização para os cuidados de saúde primários no ano de 2013*. Ministério da Saúde, 2013.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª edição. Coimbra: Almedina, 2003.
- ALLEYNE, J.; JUMAA, M. – Building the capacity for evidence-based clinical nursing leadership: the role of executive co-coaching and group clinical supervision for quality patient services. *Journal of Nursing Management*. Vol. 15, nº 2 (2007), p. 230-243.
- ANDRADE, C.- Transição para prestador de cuidados: sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol.13, nº 1 (2009a), p. 61-71.
- ANDRADE, F. – *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*: Universidade do Minho, 2009b. Dissertação de Mestrado.
- ANDRADE, L. [et al.] – A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 43, nº 1 (2009), p. 37-43.
- ARVIDSSON, B.; LÖFGREN, H.; FRIDLUND, B. – Psychiatric nurses' conceptions of how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. *Journal of Nursing Management*. Vol. 9, nº 3 (2001), p. 161-171.
- ASCENÇÃO, H. – *Da qualidade dos cuidados de enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.
- ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS DO ALTO TÂMEGA – *Where to invest in Portugal*. Innovationpoint s.a., 2008.
- AZEVEDO, P. – *Partilha de informação de enfermagem sobre os prestadores de cuidados: dimensão relevante para a transição de cuidados*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.

- AZEVEDO, P.; SOUSA, P. – Partilha de informação em enfermagem: dimensões do papel de prestador de cuidados. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 7 (2012), p. 113-122.
- BARDIN, L. – *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BENNER, P. – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto, 2005.
- BITTAR, O. – Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*. Vol. 3, nº 12 (2001), p. 21-28.
- BOWLES, N.; YOUNG, C. – An evaluative study of clinical supervision based on Proctor's three function interactive model. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 4 (1999), p. 958-964.
- BROOKMAN, C. [et al.] – *Promising practices and indicators for caregiver education and support programs*. [Em linha]. Ontario: Saint Elizabeth, 2011. [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.saintelizabeth.com/getmedia/ec3bb66f-6ec9-4f53-b0b8-c3030361d1e7/Promising-Practices-and-Indicators-for-Caregiver-Education-and-Support.pdf.aspx?ext=.pdf>>.
- BRUNERO, S. – The process, logistics and challenges of implementing clinical supervision in a generalist tertiary referral hospital. *Scandinavian Journal of Caring Science*. Vol. 26, nº 1 (2012), p. 186-193.
- BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. – The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidence literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol.25, nº 3 (2008), p.86-94.
- BUTTERWORTH, T. [et al.] – Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. *Nurse Education Today*. Vol. 28, nº 3 (2008), p.264-272.
- CAMPOS, A. – *Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.* Coimbra: Universidade de Coimbra, 2012. Dissertação de Mestrado.
- CAMPOS, L.; SATURNO, P.; CARNEIRO, A. – *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos cuidados e dos serviços* [Em linha], 2010. [Consult. 15 Nov. 2012]. Disponível na internet: <URL:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf>>.
- CARDOSO, M. – *Promover o bem-estar do familiar cuidador: programa de intervenção estruturado*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento.
- CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. – Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a pessoas idosas hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº3 (Mar. 2011), p. 75-84.

- CARVALHAL, R. – *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência, 2002.
- CASTRO, A.; REZENDE, M. – A técnica *delphi* e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Revista Mineira de Enfermagem*. Vol.13, nº3 (2009), p. 429-434.
- CHANG, A. [et al.] – A delphi study to validate an advanced practice nursing tool. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 66, nº 10 (2010), p. 2320-2330.
- CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY – *A guide to implementing clinical supervision: CPD 37*. London: Chartered Society of Physiotherapy, 2005.
- CHEATER, F.; HALE, C. – An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 10, nº 1 (2001), p. 119-131.
- CIRCENIS, K.; MILLERE, I. – Stress related work environment factors: nurses survey results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*. Vol.4, nº 6 (2012), p. 1150-1157.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE: versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- CORREIA, A.; CAPUCHO, R. – *A tuberculose na região de saúde do norte: 2011-2012* [Em linha]: Administração Regional de Saúde do Norte, 2013 [Consult. 25 Mar. 2014]. Disponível na internet: <URL:http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/59F6FB68-FB31-4687-82AF-2218D8C659A1/0/Tuberculose_RegiaoNorte_Relatorio_2011_2012.pdf>.
- COTTREL, S. – Suspicion, resistance, tokenism and mutiny: problematic dynamics relevant to the implementation of clinical supervision in nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 9, nº 6 (2002), p. 667-671.
- CRUZ, S. – A supervisão clínica em enfermagem como estratégia de qualidade no contexto da enfermagem avançada. *Servir*. Vol. 56, nº 5 (2008), p. 112-118.
- *Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Doutoramento.
- CRUZ, S.; CARVALHO, L.; SOUSA, P. – Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. Vol. 69 (2012), p. 864-873.
- CUNHA, A. – *Supervisão das práticas clínicas: o caso particular da utilização dos sistemas de informação em enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Dissertação de Mestrado.
- DALL’AGNOL, C.; TRENCH, M. – Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Vol. 20, nº 1 (1999), p.5-25.
- DECRETO-LEI nº 161/1996. *Diário da República. I Série-A*. nº 205 (1996), p. 2959-2962.

- DECRETO-LEI nº 27/2002. *Diário da República. I Série-A.* nº 258 (2002), p. 7150-7154.
- DECRETO-LEI nº 188/2003. *Diário da República. I Série-A* nº 191 (2003), p. 5219-5230.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. *Diário da República. I Série-A.* nº 109 (2006), p. 3856-3865.
- DECRETO-LEI nº 234/2008. *Diário da República. I Série.* nº 233 (2008), p. 8600-8608.
- DECRETO-LEI nº 52/2012. *Diário da República. I Série.* nº 171 (2012), p. 5219-5230.
- DEPARTMENT OF HEALTH – *Making a difference: clinical supervision in primary care* [Em linha] (2000). [Consult. 15 Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL:http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061520.pdf>.
- *End of life care strategy: promoting high quality care for all adults at the end of life* [Em linha]. Londres, 2008. [Consult. 17 Jan. 2014]. Disponível na internet: <URL:http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/136431/End_of_life_strategy.pdf>.
- DILWORTH, S. [et al.] – Finding a way forward: a literature review on the current debates around clinical supervision. *Contemporary Nurse*. Vol 45, nº 1 (2013), p. 22-32.
- DIREÇÃO GERAL DA SAUDE – *Saúde na comunidade: guia orientador para a elaboração de indicadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2003.
- *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: orientações estratégicas* [Em linha] (2004a). [Consult. 15 Abr. 2013]. Disponível na internet: <http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf>
- *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. [Em linha] Circular Normativa nº 13/DGCG, 2004b. [Consult. 20 Fev. 2014]. Disponível na internet: <<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>.
- *Tuberculose* [Em linha] (2005). [Consult. 12 Jan. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/doencas/doencas+infeciosas/tuberculose.htm>>.
- *Programa nacional de acreditação em saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde, 2009.
- Eixo estratégico: qualidade em saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha] (2012a). [Consult. 15 Abr. 2013]. Disponível na internet: <URL:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf>.

– Indicadores e metas em saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha] (2012b). [Consult. 15 Abr. 2013]. Disponível na internet: <URL:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf>.

DONABEDIAN, A. – *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.

DOODY, O.; SLEVIN, E.; TAGGART, L. – Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *British Journal of Nursing*. Vol. 22, nº 3 (2013a), p. 170-173.

– Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing*. Vol. 22, nº 1 (2013b), p. 16-19.

– Focus group interviews. Part 3: analysis. *British Journal of Nursing*. Vol. 22, nº 5 (2013c), p. 266-269.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V.; MENDES, I.; – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos. *Revista latino-americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 15, nº 5 (2007). [Consult. 10 Dez, 2012]. Disponível na internet: <URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>.

DU MOULIN, M.; VAN HAASTREGT, J.; HAMERS, J. – Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: state of the art. *Patient Education and Counseling*. Vol. 78, nº 3 (2010), p. 288-296.

EDWARDS, D. [et al.] – Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 12, nº4 (2005), p. 405-414.

EUROPEAN COMMISSION – *2009 Ageing report: economic and budgetary projections for the EU-27 member states (2008-2060)* [Em linha]. European Communities, 2009. [Consult. 15 Abr. 2013]. Disponível na internet:<URL http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf>.

EPIPHANIOU, E. [et al.] – Adjusting to the caregiving role: the importance of coping and support. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 18, nº 11 (2012), p. 541-545.

FIGUEIREDO, M. – *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Tese de Doutoramento.

FORTIN, M. – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009.

FOWLER, J. – Supporting self and others: from staff nurse to nurse consultant. Part 5: Clinical supervision. *British Journal of Nursing*. Vol. 20, nº 13 (2011), p. 830.

- Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant. Part 10: prioritizing and making time. *British Journal of Nursing*. Vol. 22, nº 22 (2013), p. 1322.
 - Clinical supervision: from staff nurse to nurse consultant. Part 12: series summary. *British Journal of Nursing*. Vol. 23, nº 2 (2014), p. 114.
- FRANCO, J; [et al.] – Percepção dos enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63, nº 5 (2010), p. 806-810.
- GABRIEL, C.; [et al.] – Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 19, nº 5 (2011), p. 1247-1254.
- GARRIDO, A. – *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. – *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.
- GLAJCHEN, M. – The emerging role and needs of family caregivers in cancer care. *The Journal of Supportive Oncology*. Vol.2, nº 2 (2004), p. 145-155.
- GRAHAM, C.; IVEY, S.; NEUHAUSER, L. – From hospital to home: assessing the transitional care needs of vulnerable seniors. *The Gerontologist*. Vol. 49, nº 1 (2009), p. 23-33.
- GRANT, J.; KINNEY, M. – Using the delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. *Nursing Diagnosis*. Vol. 3, nº 1 (1992), p. 12-22.
- GRIFFITHS, R.; [et al.] – A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*. Vol. 10 (2004), p. 166-176.
- GUEDES, S. – *Cuidar de idosos com dependências em contexto domiciliário: necessidades formativas dos familiares cuidadores*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Dissertação de Mestrado.
- HULL, P. – *Clinical supervision policy: a statement of good practice*. National Health Service, 2011.
- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATAJA R. – Efficacy of clinical supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55, nº 4 (2006), p. 521-535.
- HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. – Expert supervisors' views of clinical supervision: a study of factors promoting and inhibiting the achievements of multiprofessional team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 38, nº 4 (2002), p. 387-397.

- HYRKÄS, K.; LEHTI, K. – Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *Journal of Nursing Management*. Vol. 11, nº 3 (2003), p. 177-188.
- HYRKÄS, K.; LEHTI, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. – Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its applications as a case study in one Finnish university hospital. *Journal of Nursing Management*. Vol. 9, nº 5 (2001), p. 259-268.
- HYRKÄS, K.; PAUNONEN-ILMONEN, M. – The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 33, nº 4 (2001), p. 492-502.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Censos 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011.
- KAASALAINEN, S. [et al.] – Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol.19, nº 10 (2013), p. 477-485.
- KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. – Consulting the oracle: ten lessons from using the delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 53, nº2 (2006), p.205-212.
- KILCULLEN, N. – An analysis of the experiences of clinical supervision on registered nurses undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and on their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, nº 6 (2007), p. 1029-1038.
- KILMINSTER, S.; [et al.] – AMEE Guide Nº 27: effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*. Vol. 29 (2007), p. 2-19.
- KOIVU, A.; HYRKÄS, K.; SAARINEN, P. – Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*. Vol. 19, nº 5 (2011), p. 69-79.
- KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. – Stress relief of practice development: varied reasons for attending clinical supervision. *Journal of Nursing Management*. Vol.19, nº1 (2011), p. 644-654.
- KRUEGER, R.; CASEY, M. – *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3ª ed.: SAGE Publications, 2000.
- KRUK, M.; FREEDMAN, L. – Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy*. Vol. 85, nº 3 (2008), p. 263-276.

LARSON, J.; MULLER, A. – Managing the quality of health care. *Journal of Health & Human Services Administration*. Vol. 25, nº 3 (2002), p. 261-280.

LEITE, P – *Avaliação da percepção de autoeficácia do prestador de cuidados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado.

LOFF, A. – *Organização da formação na área de enfermagem*. [Em linha]: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2006 [Consult. 25 Mar. 2014]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ipolisboa.min-saude.pt/FileGet.aspx?FileId=1413>>.

LOPES, M. – *A gestão da qualidade no hospital: impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, 2007. Dissertação de Mestrado.

LOURO, M. – *Cuidados continuados no domicílio*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.

LYNCH, L. [et al.] – *Clinical Supervision for Nurses*. Wiley-Blackwell, 2008.

LYTH, G. – Clinical Supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.31, nº 3 (2000), p. 722-729.

MACHADO, M. – *Adesão o regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Universidade do Minho, 2009. Dissertação de Mestrado.

MAZZA, V.; MELO, N.; CHIESA, A. – O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. *Cogitare Enfermagem*. Vol. 14, nº 1 (2009), p.183-188.

MEZOMO, J. – *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001.

McCANCE, T.; [et al.] – Identifying key performance indicators for nursing and midwifery care using a consensus approach. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 21 (2011), p. 1145-1154.

McKEOWN, C.; THOMPSON, J. – Clinical governance: implementing clinical supervision. *Nursing Management*. Vol. 8, nº 6 (2001), p. 10-13.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Documento-guia sobre a análise de projectos de investigação clínica por uma comissão de ética para a saúde*. [Em linha], 2010 [Consult. 25 Set. 2012]. Disponível na internet: <URL:http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Documento_Guia_Analise_Projectos.pdf>.

– *Perfil local de saúde 2012: ACeS Alto Tâmega e Barroso* [Em linha], 2012 [Consult. 23 Abr. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://>

http://portal.arsnorte.minsaude.pt/ARSNorte/dsp/ACES/PLS2012_1925_AltoTamegaBarros.o.pdf>.

MONTEIRO, M. – *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar – o início da dependência*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.

NATIONAL HEALTH SERVICE QUALITY IMPROVEMENT SCOTLAND – *The impact of nursing on patient clinical outcomes: developing quality indicators to improve care*. Edinburgh: National Health Service Quality Improvement Scotland, 2005.

NATIONAL HEALTH SERVICE – *Policy document nº GP003: Clinical supervision policy*. Leicestershire County and Rutland: National Health Service Primary Care Trust, 2009.

NEVES, M. – O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em cuidados de saúde primários – revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 8 (2012), p. 125-134.

NEWTON, S. – *Clinical supervision policy: version nº 2:3*. Plymouth: National Health Service Plymouth, 2013.

NORA, A.; SILVA, C. – Indicadores de qualidade. In *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Paulo: Yendis, 2008, p. 1-13.

NOTÍCIAS DE VILA REAL – *Instituições de Vila Real apoiadas pela Missão Sorriso* [Em linha], 2013. [Consult. 28 Jan. 2014]. Disponível na internet: <URL: <http://www.noticiasdevilareal.com/noticias/index.php?action=getDetalle&id=15488>>.

NUNES, L. – Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*. nº 17 (2010), p. 3-17.

OLIVEIRA, D.; D'ELBOUX, M. – Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 65, nº 5 (2012), p.829-838.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

– *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. 2007.

– Rede nacional de cuidados continuados integrados: referencial do enfermeiro [Em linha]: *Ordem dos Enfermeiros*, 2009a. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20Abril%202009.pdf>>.

– Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento: catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®). *Cadernos OE*, Série II, nº 1 (2009b), p. 1-71.

– *Código deontológico* [Em linha], 2009c. [Consult. 27 Nov. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>>.

– *Modelo de desenvolvimento profissional: fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências* [Em linha] (2010a). [Consult. 27 Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos1.pdf>>.

– *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista* [Em linha] (2010b). [Consult. 16 Mar. 2014]. Disponível na internet: <URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>.

– *Cuidados paliativos para uma morte digna: catálogo da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)*: Ordem dos Enfermeiros, 2010c.

– Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Divulgar*, 2012.

– Tuberculose: guia orientador de boa prática para a tuberculose. *Cadernos OE*. Série 1, nº 5 (2013), p. 1-51.

– *Dados estatísticos a 31-12-2013*. [Em linha], 2014. [Consult. 27 Fev. 2014]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/index.html#15/z>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Quality and accreditation in health care services: a global review*. Geneva, 2003.

PAPASTAVROU, E.; PANAYIOTA, A. – Exploring sensitive nursing issues through focus group approaches. *Health Science Journal*. Vol. 6, nº 2 (2012), p.186-200.

PASSOS, J.; SEQUEIRA, C.; FERNANDES, L. – Desenvolvimento de um catálogo CIPE: necessidades do idoso em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, nº 10 (2013), p. 15-23.

- PEIXOTO, M.; MARTINS, T. – Adaptação do perfil de resiliência familiar à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 13, nº2 (2012), p. 372-388.
- PENCHEON, D. – *The good indicators guide: understanding how to use and choose indicators* [Em linha]: National Health Service – Institute for Innovation and Improvement, 2008. [Consult. 15 Jan. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>>.
- PEREIRA, A. – *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.
- PEREIRA, F. – *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2007.
- *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009.
- PETRONILHO, F. – Os sistemas de informação em enfermagem e a produção de indicadores de qualidade: uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico: prevenção, diagnóstico e intervenção. *Revista Sinais Vitais*. nº 77 (2008), p. 11-21.
- PINA, A. – *Investigação e Estatística com o EpiInfo*: Gabinete de Investigação e Estatística. Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e Toxicodependência, 2005.
- PINHO, C. – *Supervisão e qualidade em enfermagem: uma parceria para a gestão*. In *Atas do Congresso Internacional de Supervisão Clínica em Enfermagem: novas perspetivas para a mudança*. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho, 2012.
- PINTO, D. – *Indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.
- PIRES, R. – *Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- PITMAN, S. – *Handbook for clinical supervisors: nursing post-graduate programmes* [Em linha]: Royal College of Surgeons in Ireland, 2011. [Consult. 20 Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL:<http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1005&context=ilhmrep>>.
- PLUMMER-D'AMATO, P. – Focus group methodology part 1: considerations for design. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. Vol. 15, nº 2 (2008), p. 69-73.
- POCINHO, M. – *Metodologias de investigação e conhecimento científico*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda, 2012.

POLIT, D; BECK, C. – *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS – *Programa do XVII Governo Constitucional- 2005-2009* [Em linha] (2005) [Consult. 25 Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.oei.es/quipu/portugal/ProgramaGovernoXVIICompleto.pdf>>.

– *Programa do XVIII Governo Constitucional- 2009-2013* [Em linha] (2009) [Consult. 25 Mar. 2013]. Disponível na internet: <URL: <http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIII Governo.pdf>>.

POWELL, C. – The delphi technique: myths and realities. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 41, nº4 (2003), p.376-382.

PROCTOR, B. – Supervision: a co-operative exercise in accountability. In MARKEN, M. & PAYNE, M., *Enabling and ensuring*. Leicester: National Youth Bureau and Council for Education and Training in Youth and Community Work, 1986.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – *Manual de investigação em ciências sociais*. 5ª ed. Lisboa: Gradiva, 2008.

RÄIKKÖNEN, O.; PERÄLÄ, M.; KAHANPÄÄ, A. – Staffing adequacy, supervisory support and quality of care in long-term care settings: staff perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 60, nº 6 (2007), p. 615-26.

RAMOS, M. – A perceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*. Vol. 1, nº 7 (2003), p. 3-12.

REINHARD, S. [et al.] – Supporting family caregivers in providing care. In: Hughes RG (ed.). *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. AHRQ Publication No. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.

RICHARDS, J. – The risky business of supervision, 2: gaining skills and knowledge. *British Journal of Midwifery*. Vol. 19, nº 7 (2011), p. 449-453.

ROCHA, I. – *Construção e validação do questionário de avaliação da frequência de estratégias de supervisão clínica em enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

ROYAL COLLEGE OF NURSING – *Look back, move on: clinical supervision for nurses* [Em linha]: Royal College of Nursing, 1999. [Consult. 25 Fev. 2013]. Disponível na internet: <URL:[http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidance%20for%20UK%20Nurses%20\(Royal%20College%20of%20Nursing%201999\).pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/CS%20Guidance%20for%20UK%20Nurses%20(Royal%20College%20of%20Nursing%201999).pdf)>.

SALE, D. – *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Editora Principia, 2000.

- SANTOS, M. R. [et al.] – To evaluate for the improvement of the clinical supervision in nursing. *Current Developments in Technology-Assisted Education*. Vol.3 (2006), p. 1913-1917.
- SCARPARO, A. [et al.] – Reflexões sobre o uso da técnica de *delphi* em pesquisas de enfermagem. *Revista Rene*. Vol 13, nº 1 (2012), p. 242-251.
- SERAPIONI, M. – Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Vol. 85 (2009), p. 65-82.
- SEVERINSSON, E. – Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. *Nursing Ethics*. Vol. 8, nº 1 (2001), p. 36-44.
- SHRIMPTON, B. – Focus groups: a practical tool for practitioner research. *IB Journal of Teaching Practice*. Vol. 1, nº 2 (2013), p. 1-6.
- SHYU, Y. – The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 32, nº 3 (2000), p. 619-625.
- SILVA, M. [et al.] – Utilização da técnica *delphi* na validação de diagnósticos de enfermagem. *Rev enferm UFPE on line* [Em linha]. Vol.7, nº1 (2013), p. 262-268. [Consult. 28 Mar. 2014]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>>.
- SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. – Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, nº 3 (2011), p. 113-122.
- SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. – Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol.2, nº 6 (2008), p.91-108.
- SKEWS, G. [et al.] – Development and validation of clinical indicators for mental health nursing practice. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*. Vol.9, nº1 (2000), p. 11-18.
- SLOCUM, N. – *Participatory methods toolkit. A practitioner's manual: expert panel*. viWTA and King Baudouin Foundation, 2005.
- SNYDER-HALPERN, R.; THOMPSON, C.; SCHAFFER, J. – Comparison of mailed vs. internet applications of the delphi technique in clinical informatics research. In *Proceedings of the 2000 American Medical Informatics Association (AMIA) Fall symposium*, Los Angeles, 2000.

SOUSA, V.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista latino-americana de Enfermagem*. Vol. 15, nº 3 (2007), p. 502-507.

SOUSA, M.; PEIXOTO, M; MARTINS, T. – Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem; influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*. II Série, nº 8 (2008), p. 59-67.

STEWART, D.; SHAMDASANI, P.; ROOK, D. – *Focus group: theory and practice*. 2ª ed., Applied Social Research Methods Series, Vol.20: SAGE Publications, 2007.

TAVARES, J. – *Políticas de supervisão clínica em enfermagem em serviços de pediatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2013. Dissertação de Mestrado.

TEIXEIRA, M.; NITSCHKE, R.; PAIVA, M. – Análise dos dados em pesquisa qualitativa: um olhar para a proposta de Morse e Field. *Rev. Rene. Fortaleza*. Vol. 9, nº3 (2008), p. 125-134.

TEPOU – *National guidelines for the professional supervision of mental health and addiction nurses* [Em linha]. Auckland: TEPOU, The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development. 2009. [Consult. 12 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL:[http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/Te-Pou%20\(2009\)%20Supervision-Guidelines%20NZ%20Nurses.pdf](http://www.supervisionandcoaching.com/pdf/page2/Te-Pou%20(2009)%20Supervision-Guidelines%20NZ%20Nurses.pdf)>.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS – *A equipa de cuidados continuados integrados: orientações para a sua constituição nos centros de saúde* [Em linha], 2007. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL:http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/ECCI_versaofinalissima.pdf>.

– *3 anos: Rede nacional de cuidados continuados integrados* [Em linha], 2010. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/AnexosDiagnosticoll.pdf>>.

– *Manual do prestador: recomendações para a melhoria contínua* [Em linha]. Lisboa: Unidade de missão para os cuidados continuados, 2012. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL: <http://www.rncci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>>.

– *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º semestre de 2012* [Em linha]. Lisboa: Unidade de missão para os cuidados continuados, 2011. [Consult. 27 Dez. 2012]. Disponível na internet: <URL: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf>.

- YEGDICH, T. – Clinical supervision and managerial supervision: some historical and conceptual considerations. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 5 (1999), p. 1195-1204.
- WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*. Vol. 14 (2006), p. 628-636.
- WINSTANLEY, J. – Developing methods for evaluating clinical supervision. In CUTCLIFFE, J.; BUTTERWORTH, T.; PROCTOR, B. – *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge, 2001. p. 210-224.
- WINSTANLEY, J.; WHITE, E. – Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. Vol. 10, nº 4 (2003), p. 7-38.
- The MCSS-26©: Revision of the Manchester Clinical Supervision Scale© using the Rash Measurement Model. *Journal of Nursing Measurement*. Vol. 19, nº 3 (2011), p. 160-178.
- WILLIAMS, L.; IRVINE, F. – How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. Vol. 17, nº 4 (2009), p.474-483.
- WRIGHT, J. – Clinical supervision: a review of the evidence base. *Nursing Standard*. Vol. 27, nº 3 (2012), p. 44-49.
- WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. – Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de pesquisas em administração*. Vol. 1, nº 12 (2000), p. 54-65.
- ŽORGA, S. – Supervision: the process of lifelong learning in social and educational professions. *Journal of Interprofessional Care*. Vol. 16, nº 3 (2002), p. 265-276.

ANEXOS

ANEXO I: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – ESTUDO I

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem

Enquadramento: Joana Isabel Ramos Vieira, enfermeira no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculardo Centro Hospitalar de São João, E.P.E, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um trabalho de investigação intitulado: Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem. O estudo será orientado pela Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis dos Santos Ferreira, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e coorientado pela Mestre Regina Maria Ferreira Pires, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivos:

- identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

A população do estudo são os enfermeiros das ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso. Os participantes serão selecionados através de um processo de amostragem não probabilística.

Na primeira fase do estudo os dados serão colhidos através de uma entrevista semiestruturada, com recurso a gravação áudio. Esta entrevista decorrerá em data, hora e local a combinar com cada participante, será realizada num único momento e prevê-se que tenha uma duração, aproximada, de 30 a 45 minutos. Os dados recolhidos terão como finalidade: a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros, e a caracterização das práticas dos enfermeiros da ECCI, no que concerne à área de intervenção no âmbito do prestador de cuidados; conhecer a realidade da ECCI relativamente à utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; e explorar o contributo da SCE para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

Na segunda fase os dados serão colhidos através de um questionário. Os dados recolhidos terão como finalidade a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e o *ranking* dos indicadores que os enfermeiros consideram mais pertinentes no trabalho com os prestadores de cuidados.

Os dados referentes à primeira fase do estudo serão submetidos a análise de conteúdo e os da segunda fase serão submetidos a análise estatística.

No final, todos os dados recolhidos que possam identificá-lo serão destruídos.

Condições e financiamento: Para a realização deste estudo não há financiamento de qualquer entidade, estando todos os custos previstos a cargo da investigadora.

A sua participação é opcional e voluntária, não implica qualquer gasto monetário da sua parte e da sua recusa em participar no estudo não advém qualquer tipo de dano. Da mesma forma, durante o estudo pode decidir abandoná-lo, a qualquer momento, sem nenhuma consequência. O estudo não prevê qualquer tipo de risco ou benefício imediato para o participante. Este estudo obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e parecer positivo da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos não sendo em qualquer momento da investigação ou do relatório resultante da

mesma, identificado algum participante. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo.

A sua participação é um contributo importante e indispensável!

Caso queira obter qualquer outra informação ou esclarecer alguma dúvida, sobre o estudo, poderá contactar-me

Email: joanairvieira@gmail.com

Tlm: 933733934

Desde já muito grata pela atenção dispensada e colaboração!

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data:...../...../.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 3 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**ANEXO II: AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DA
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE**



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARQUE ... 27
REUNIÃO DE ... 8.7.2013

COMUNICAÇÃO INFORMAÇÃO PARECER Nº 69 DATA: 5 Jul 13

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer Nº 64/2013

DELIBERADO AUTORIZAR

8.7.2013

Dr. Carneiros Nunes
Presidente C. D.

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 64/2013 (sobre o estudo: "Contributo para a construção de um programa de supervisão clínica em Enfermagem: identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional"), aprovado na reunião do dia 2 de Julho de 2013, por unanimidade.

Rui Carneiros
Vice-Presidente do C.D.

A Consideração Superior

António Nogueira
Assessor CDS/UC

José Carlos Pedro
Vogal C. D.

Dr. Fátima Oliveira
Vogal C. D.



**ANEXO III: PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DE
DADOS**



REGISTO N.º 45 /2013

Joana Isabel Ramos Vieira, no âmbito da sua Tese de Mestrado, notificou a CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre a identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional com vista à construção de um programa de supervisão clínica em enfermagem.

O estudo pretende recolher dados através de dois métodos. Numa primeira fase, será realizado um estudo extensivo, no qual será aplicado um inquérito aos enfermeiros dos centros de saúde de Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Chaves 2.

Na segunda fase, a investigadora entrevistará os inquiridos na primeira fase do estudo.

Os dados identificativos dos participantes serão apenas conhecidos da investigadora.

Os dados tratados são: género, idade, tempo de exercício profissional, categoria profissional, instituição onde exerce funções, habilitações académicas e profissionais, experiência como supervisionado e como supervisor, preparação dos prestadores de cuidados, caracterização da população-alvo dos cuidados de enfermagem, identificação do processo de documentação dos cuidados de enfermagem, indicadores de qualidade que contribuam para a melhoria da preparação do prestador de cuidados e opinião sobre supervisão do trabalho.

Os destinatários serão ainda informados sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida confidencialidade no tratamento.

Aos participantes no estudo que o requeiram, serão enviadas as conclusões do estudo.

O fundamento de legitimidade para este tratamento de dados pessoais é o consentimento expresso do titular dos dados.



Assim, de acordo com as disposições conjugadas do n.º 1 do artigo 27.º e do n.º 1 do artigo 30.º da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, regista-se o tratamento nos seguintes termos:

Responsável pelo tratamento: Joana Isabel Ramos Vieira

Finalidade: Estudo observacional sobre a identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional com vista à construção de um programa de supervisão clínica em enfermagem.

Categoria de Dados pessoais tratados: género, idade, tempo de exercício profissional, categoria profissional, instituição onde exerce funções, habilitações académicas e profissionais, experiência como supervisionado e como supervisor, preparação dos prestadores de cuidados, caracterização da população-eixo dos cuidados de enfermagem, identificação do processo de documentação dos cuidados de enfermagem, indicadores de qualidade que contribuem para a melhoria da preparação do prestador de cuidados e opinião sobre supervisão do trabalho.

Entidades a quem podem ser comunicados: Não há.

Formas de exercício do direito de acesso e retificação: Junto da investigadora.

Interconexões de tratamentos: Não há.

Transferências de dados para países terceiros: Não há.

Prazo de conservação: Os dados pessoais devem ser destruídos um mês após a defesa da Tese.

Dos termos e condições fixados no presente Registo decorrem obrigações que o responsável deve cumprir.

Lisboa, 14 de março de 2013

A Secretária da CNPD


(Isabel Cristina Cruz)

**ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DO DIRETOR EXECUTIVO DO
AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE DO ALTO TÂMEGA E
BARROSO**

ACES Alto Tâmega e Barroso <acesallotamega-barroso@srsvreal.min-saude.pt>

23 de janeiro de 2013 14:10

Para: joanairvieira@gmail.com

Cc: pcc.aces-atb@srsvreal.min-saude.pt

Serve o presente para, relativamente ao assunto em título dar conhecimento a Vª Exª do despacho do Srº Director Executivo do ACES do Alto Tâmega e Barroso, ao pedido formulado para realização de estudo "Contributo para a Construção de um Programa de Supervisão Clínica em Enfermagem".

"autorizo".



Teresa Pinto

Secretária da Direção

ACES Alto Tâmega e Barroso

ANEXO V: GUIÃO DA ENTREVISTA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**Indicadores de qualidade do exercício
profissional: contributo para um programa de
Supervisão Clínica em Enfermagem**

GUIÃO DA ENTREVISTA

Joana Isabel Ramos Vieira

Porto, Junho de 2013

Local: Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar

Participantes: Enfermeiros das ECCI de Chaves II, Ribeira de Pena e Vila Pouca de Aguiar

Objetivos da entrevista

1. Identificar as áreas de atuação dos participantes no âmbito do prestador de cuidados;
2. Identificar os indicadores considerados adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
3. Identificar qual a importância da SCE e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

ESTRUTURA DA ENTREVISTA

Bloco I – Legitimação da entrevista, procedimentos éticos e motivação dos participantes

Bloco II – Caracterização dos participantes

Bloco III – Caracterização das práticas dos enfermeiros da ECCI

Bloco IV – Utilização de indicadores

Bloco V – Contributo da SCE

Bloco VI – Finalização

BLOCO TEMÁTICO	OBJETIVOS	EXEMPLOS DE QUESTÕES/AÇÕES
Bloco I – Legitimação da entrevista, procedimentos éticos e motivação dos participantes	<i>– Legitimar a entrevista</i> <i>– Motivar o entrevistado a participar na entrevista</i> <i>– Facultar informações sobre o estudo</i>	<i>– Apresentar o investigador</i> <i>– Contextualizar a entrevista no âmbito do projeto de mestrado, informando sobre os objetivos</i> <i>– Informar o entrevistado sobre o que se pretende com a entrevista e a importância da mesma</i> <i>– Solicitar a participação e gravação da entrevista fornecendo o modelo de consentimento informado</i> <i>– Informar que no final do estudo poderá</i>

		ter acesso aos resultados
Bloco II – Caracterização dos participantes	<p>– <i>Caraterizar os participantes do estudo (sociodemograficamente e profissionalmente)</i></p> <p>– <i>Propiciar momento de partilha (Ice break)</i></p>	<p>– Solicitar dados sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nome (apenas o que gostam mais de ser tratados) -Entregar questionário sociodemográfico (Anexo VI)
Bloco III – Caracterização das práticas dos enfermeiros da ECCI	<p>– <i>Identificar as áreas de intervenção da ECCI</i></p> <p>– <i>Caracterizar as áreas de intervenção no âmbito do prestador de cuidados</i></p> <p>– <i>Caracterizar as práticas de enfermagem no âmbito das ECCI</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais as áreas de intervenção dos enfermeiros destas ECCI? 2. No que diz respeito ao prestador de cuidados, quais são as principais áreas de intervenção de enfermagem? 3. Quais as vantagens e benefícios que sentem no desenvolvimento da vossa prática clínica com os prestadores de cuidados? 4. Quais as desvantagens e prejuízos que sentem no desenvolvimento da prática clínica com os prestadores de cuidados? 5. Como se processa a documentação dos cuidados de enfermagem?
		<ol style="list-style-type: none"> 6. Qual é a vossa opinião sobre a importância da utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros? 7. Quais os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que utilizam no âmbito do prestador de cuidados?

<p>Bloco IV – Utilização de indicadores</p>	<p>– <i>Caracterizar a realidade da ECCI relativamente aos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados</i></p>	<p>8. Quais os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados que consideram importantes e que não estão definidos?</p> <p>9. Em que medida consideram que o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros influencia a vossa intervenção?</p> <p>10. Quais as vantagens para a prática clínica na utilização de indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros?</p>
<p>Bloco V – Contributo da supervisão clínica em enfermagem</p>	<p>– <i>Identificar o contributo da SCE para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados</i></p> <p>– <i>Identificar o contributo da SCE para o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados</i></p>	<p>14. Em que medida poderá a SCE contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados?</p> <p>15. Em que medida poderá a SCE contribuir para o uso de indicadores de qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados?</p>
<p>Bloco VI – Finalização</p>	<p>– <i>Disponibilizar a resposta e discussão de eventuais dúvidas</i></p> <p>– <i>Agradecer a colaboração</i></p>	<p>16. Gostariam de acrescentar mais algum aspeto sobre o tema que não tenha sido abordado?</p> <p>17. Gostariam de colocar alguma questão?</p>

ANEXO VI: QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – ESTUDO I

7. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma opção)

Bacharelato (equivalente legal)

Licenciatura (equivalente legal)

Especialidade Qual? _____

Mestrado Qual? _____

Doutoramento Qual? _____

8. Enquanto enfermeiro, já teve experiência como supervisor?

Sim Não

(se respondeu não passe para a questão 10)

9. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor?

Positiva Negativa Indiferente

10. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

Sim Qual? _____

Não

11. Já teve alguma experiência como supervisor clínico?

Sim Não

(se respondeu não passe para a questão 15)

12. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção):

Supervisão de estudantes

Supervisão de pares

13. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção):

- Voluntariou-se
- O seu superior hierárquico nomeou-o
- Os seus colegas sugeriram
- Tem formação nesta área
- Outra Qual? _____

14. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor clínico?

- Positiva
- Negativa
- Indiferente

15. Gostaria de desempenhar funções de supervisor clínico em enfermagem?

- Sim
- Não

16. Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional?

- Sim
- Não
- Indiferente

**ANEXO VII: RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO
EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DO
PRESTADOR DE CUIDADOS, EM ECCI**

**QUESTIONÁRIO SOBRE A RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO
PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS, EM
EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

Caro (a) Colega,

O meu nome é Joana Isabel Ramos Vieira, sou enfermeira no Centro Hospitalar de São João, EPE e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste âmbito estou a desenvolver um trabalho de investigação intitulado: Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Reis Santos e coorientação da Mestre Regina Maria Pires, professoras na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este tem como objetivos: identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados; identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados. Trata-se de um estudo ancorado nas perspetivas qualitativa e quantitativa e que comporta três fases. Na primeira fase, os dados foram recolhidos através de um *focus group* realizado com os enfermeiros de três ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso, que pretendia dar resposta ao primeiro objetivo, e do qual, após tratamento e análise dos dados, emergiram 32 indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados. Para avaliar a relevância destes indicadores consideramos pertinente recorrer a um grupo de peritos. Com os resultados obtidos na primeira fase do estudo e com o consenso do grupo de peritos desenvolver-se-á a terceira fase, que pretende identificar os dez indicadores mais relevantes e prioritários, para os enfermeiros das ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso, para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados alvo da assistência nas ECCI.

A investigação obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Será mantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos não sendo em qualquer momento da investigação ou do relatório resultante da mesma, identificado algum participante. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo.

Solicitamos a sua colaboração enquanto perito, sendo que, a sua participação é opcional e voluntária, não implicando qualquer gasto monetário da sua parte e da sua recusa em participar não advém qualquer tipo de dano. Durante o estudo pode decidir abandoná-lo, a qualquer momento, sem nenhuma consequência.

Atendendo ao facto de ser considerado perito nesta área pretende-se, com a sua participação, que dê a sua opinião acerca da relevância dos indicadores a seguir referenciados, no contexto em questão. O questionário é constituído por duas partes. Na primeira pretende-se caracterizar os participantes do painel de peritos, e na segunda apresenta-se o conjunto de indicadores sobre os quais solicitamos a sua opinião.

É de realçar, mais uma vez, que os indicadores apresentados são os que emergiram dos dados da primeira fase do estudo. Antes de iniciar o preenchimento do questionário importa clarificar que os indicadores são, fundamentalmente, de quatro grandes tipos, que a seguir exemplificamos. Assim, o indicador:

- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo de uma intervenção de enfermagem – refere-se ao nº total de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem, numa determinada população e num determinado período de tempo;
- Taxa de resolução de um diagnóstico de enfermagem – refere-se ao nº total de casos em que deixou de existir o diagnóstico de enfermagem, depois de implementadas as intervenções de enfermagem, numa determinada população e num determinado período de tempo;
- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir um determinado fenómeno de enfermagem – refere-se à razão que se estabelece entre o nº total de prestadores de cuidados que, por exemplo, passaram a “demonstrar conhecimento sobre...”, depois de implementadas intervenções de enfermagem, em relação ao universo total de prestadores de cuidados que, inicialmente, não demonstravam a posse daquele conteúdo cognitivo;
- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir um determinado fenómeno de enfermagem – refere-se à razão que se estabelece entre o nº total de prestadores de cuidados que, por exemplo, passaram a “demonstrar

capacidades para...”, depois de implementadas intervenções de enfermagem, em relação ao universo total de prestadores de cuidados que, inicialmente, não demonstravam a posse daquela capacidade.

O preenchimento do documento não demora mais de 10 minutos.

Solicito que o questionário seja preenchido e submetido até 20 de Abril de 2014.

A sua participação é um contributo importante e indispensável!

Caso queira obter qualquer outra informação ou esclarecer alguma dúvida, sobre o estudo, poderá contactar-me

Email: joanairvieira@gmail.com

Tlm: 933733934

Desde já muito grata pela atenção dispensada e colaboração!

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. **Sexo** Feminino Masculino

2. **Idade** _____

3. **Tempo de exercício profissional** _____ (anos completos)

4. **Categoria Profissional:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Graduado |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Especialista | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Chefe |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Supervisor | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Diretor |
| <input type="checkbox"/> Professor Adjunto | <input type="checkbox"/> Professor Coordenador |

5. **Habilitações académicas e profissionais** (pode assinalar mais do que uma opção)

- Bacharelato (equivalente legal)
- Licenciatura (equivalente legal)
- Especialidade
- Mestrado
- Doutoramento

6. **Contexto onde exerce funções:**

- Escola Superior de Enfermagem
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados

PARTE II – INDICADORES DE QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS, EM ECCI

De entre os indicadores a seguir apresentados, escolha, a opção que mais se adequa à sua opinião relativamente à relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em ECCI.

1- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

2- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

3- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

4- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
instruir sobre levantar

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

5- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
treinar sobre levantar

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

6- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
instruir sobre autocuidado higiene

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

7- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
treinar sobre autocuidado higiene

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

8- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
instruir sobre transferência

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

9- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
treinar sobre transferência

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

10- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
instruir sobre posicionamento

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

11- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
treinar sobre posicionamento

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

12- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
instruir sobre alimentar-se

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

13- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
treinar sobre alimentar-se

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

14 - Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
orientar para o psicólogo

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

15- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem:
orientar para o serviço social

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

16- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado
higiene

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

17- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado
vestuário

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

18- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado
uso do sanitário

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

19- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

20- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

21- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

22- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

23- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

24- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

25- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

26- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

27- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

28- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

29- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

30- Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

31- Ganhos em suporte percebido pelo prestador de cuidados

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

32- Taxa de recuperação do envolvimento demonstrado pelo prestador de cuidados na interação com a pessoa dependente

- Nada relevante
- Pouco relevante
- Relevante
- Muito relevante
- Totalmente relevante

ANEXO VIII: *EMAIL* ENVIADO AOS PERITOS


Questionário sobre a relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, em Equipas de Cuidados Continuados Integrados

Caro (a) Colega,

Chamo-me Joana Vieira, sou enfermeira no Centro Hospitalar de São João, EPE e encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Neste âmbito estou a desenvolver a investigação "Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem", para a qual solicito a sua colaboração no preenchimento de um breve questionário a que poderá aceder através do link: https://docs.google.com/forms/d/1KchHsgsXisr884aQTIPi6iusW1YRpchF_Jc5-wnKp0E/viewform

Agradeço, desde já, a sua participação!

Continue »

Powered by
 Google Forms

This content is neither created nor endorsed by Google.
[Report Abuse](#) - [Terms of Service](#) - [Additional Terms](#)

**ANEXO IX: INDICADORES MAIS RELEVANTES E PRIORITÁRIOS PARA
MONITORIZAR A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS
ENFERMEIROS NO ÂMBITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS, EM ECCI**

INDICADORES MAIS RELEVANTES E PRIORITÁRIOS PARA MONITORIZAR A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO ÂMBITO DO PRESTADOR DE CUIDADOS, EM ECCI

Cara (o) colega,

O presente questionário é constituído por duas partes. Na primeira pretende-se caracterizar os participantes, e na segunda apresenta-se o conjunto de indicadores que emergiram do *focus group* realizado com os enfermeiros de três ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso. Solicitamos que emita a sua opinião, sobre quais considera mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados, alvo de assistência das ECCI.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário importa clarificar que os indicadores, que emergiram da primeira fase da investigação, são, fundamentalmente, de quatro grandes tipos, que a seguir exemplificamos. Assim, o indicador:

- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo de uma intervenção de enfermagem – refere-se ao nº total de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem, numa determinada população e num determinado período de tempo;
- Taxa de resolução de um diagnóstico de enfermagem – refere-se ao nº total de casos em que deixou de existir o diagnóstico de enfermagem, depois de implementadas as intervenções de enfermagem, numa determinada população e num determinado período de tempo;
- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir um determinado fenómeno de enfermagem – refere-se à razão que se estabelece entre o nº total de prestadores de cuidados que, por exemplo, passaram a “*demonstrar conhecimento sobre...*”, depois de implementadas intervenções de enfermagem, em relação ao universo total de prestadores de cuidados que, inicialmente, não demonstravam a posse daquele conteúdo cognitivo;
- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir um determinado fenómeno de enfermagem – refere-se à razão que se estabelece entre o nº total de prestadores de cuidados que, por exemplo, passaram a “*demonstrar capacidades para...*”, depois de implementadas intervenções de enfermagem, em relação ao universo

total de prestadores de cuidados que, inicialmente, não demonstravam a posse daquela capacidade.

Solicito que o questionário seja preenchido e entregue até 13 de Junho de 2014.

A sua participação é um contributo importante e indispensável!

Caso queira obter qualquer outra informação ou esclarecer alguma dúvida, sobre o estudo, poderá contactar-me

Email: joanairvieira@gmail.com

Tlm: 933733934

Desde já muito grata pela atenção dispensada e colaboração!

PARTE I - Caracterização Sociodemográfica

Antes de responder ao questionário, por favor, leia atentamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas;
- Preencha todo o questionário;
- O questionário é anónimo e confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento que o identifique.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, pelo que desde já se agradece a sua colaboração!

1. **Sexo** Feminino Masculino

2. **Idade** _____

3. **Tempo de exercício profissional** _____ (anos completos)

4. **Tempo de exercício profissional na ECCI** _____ (anos completos)

5. **Categoria Profissional:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Graduado |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Especialista | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Chefe |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro Supervisor | <input type="checkbox"/> Enfermeiro Diretor |

6. **ECCI onde exerce funções:**

- Boticas
- Chaves I
- Chaves II
- Montalegre
- Ribeira de Pena
- Valpaços
- Vila Pouca de Aguiar

7. Habilitações académicas e profissionais (pode assinalar mais do que uma)

- Bacharelato (equivalente legal)
- Licenciatura (equivalente legal)
- Especialidade Qual? _____
- Mestrado Qual? _____
- Doutoramento Qual? _____

8. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem?

- Sim

Tipo de formação:

- Unidade Curricular Qual? _____ Nº de horas _____
- Curso de Pós-Graduação Supervisão Clínica em Enfermagem Nº de horas _____
- Curso de curta duração Qual? _____ Nº de horas _____
- Não

9. Já teve alguma experiência como supervisor clínico?

- Sim Não

(se respondeu não passe para a questão 13)

10. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção):

- Supervisão de estudantes
- Supervisão de pares

11. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção):

- Voluntariou-se
- O seu superior hierárquico nomeou-o
- Os seus colegas sugeriram
- Tem formação nesta área
- Outra Qual? _____

12. Como caracteriza a sua experiência enquanto supervisor clínico?

- Positiva Negativa Indiferente

13. Gostaria de desempenhar funções de supervisor clínico em enfermagem?

- Sim Não

Questionário da relevância dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados em ECCI

De entre os indicadores a seguir apresentados, **escolha os dez** que considera mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito dos prestadores de cuidados alvo da assistência em ECCI. Para tal atribua um número de um (o mais relevante e prioritário) a dez (o menos relevante e prioritário) no quadrado correspondente. Atenção, **não pode selecionar mais do que dez indicadores.**

INDICADORES	SCORE
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levante	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre levante	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre autocuidado higiene	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre autocuidado higiene	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre transferência	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre posicionamento	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se	
Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre alimentar-se	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	

Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência	
Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	
Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação	
Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado	
Ganhos em suporte percebido pelo prestador de cuidados	

Muito obrigada!

ANEXO X: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – ESTUDO III

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem

Enquadramento: Joana Isabel Ramos Vieira, enfermeira no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculardo Centro Hospitalar de São João, E.P.E, estudante do 2º ano do Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, está a desenvolver um trabalho de investigação intitulado: Identificação de indicadores de qualidade do exercício profissional: contributo para um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem. O estudo é orientado pela Professora Doutora Margarida Reis Santos, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, e coorientado pela Mestre Regina Maria Pires, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivos:

- Identificar os indicadores que os enfermeiros das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) consideram adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Conhecer a opinião dos enfermeiros das ECCI sobre a Supervisão Clínica em Enfermagem e o seu contributo para a melhoria da qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Obter consenso, entre os enfermeiros, sobre a relevância dos indicadores adequados para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados;
- Identificar os indicadores que os enfermeiros das ECCI consideram mais relevantes e prioritários para monitorizar a qualidade do exercício profissional no âmbito do prestador de cuidados.

A população do estudo são os enfermeiros das ECCI do Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Tâmega e Barroso.

Os dados serão colhidos através de um questionário e terão como finalidade a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e o *ranking* dos indicadores que os enfermeiros consideram mais relevantes e prioritários no trabalho com os prestadores de cuidados.

No final do estudo todos os dados recolhidos que possam identificá-lo serão destruídos.

Condições e financiamento: Para a realização deste estudo não há financiamento de qualquer entidade, estando todos os custos previstos a cargo da investigadora.

A sua participação é opcional e voluntária, não implica qualquer gasto monetário da sua parte e da sua recusa em participar no estudo não advém qualquer tipo de dano e pode decidir abandoná-lo, a qualquer momento, sem nenhuma consequência. O estudo não prevê qualquer tipo de risco ou benefício imediato para o participante e obteve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte e parecer positivo da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Confidencialidade e anonimato: Será mantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos não sendo em qualquer momento da investigação ou do relatório resultante da mesma, identificado algum participante. Os dados recolhidos serão para uso exclusivo deste estudo.

A sua participação é um contributo importante e indispensável!

Caso queira obter qualquer outra informação ou esclarecer alguma dúvida, sobre o estudo, poderá contactar-me

E-mail: joanairvieira@gmail.com

Tlm: 933733934

Desde já muito grata pela atenção dispensada e colaboração!

Assinatura/s:
.....

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**ANEXO XI: *RANKING* E *SCORES* PONDERADOS DOS INDICADORES DE
QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL – ESTUDO III**

Ranking dos indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros no âmbito do prestador de cuidados em ECCI

Ranking dos 10 indicadores mais relevantes e prioritários	Scores dos somatórios ponderados	Total de respondentes
1- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	3,63	11
2- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	4,00	15
3- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre regime terapêutico	4,07	14
4- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se	4,14	14
5- Taxa de resolução do papel de prestador de cuidados inadequado	4,35	11
6- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no posicionamento	4,51	14
7- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	4,54	11
8- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação	4,66	9
9- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	5,92	11
10- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	6,77	9
Ranking dos restantes indicadores	Scores dos somatórios ponderados	Total de respondentes
11- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem instruir sobre autocuidado higiene	4,00	3
12- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	4,73	8
13- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre posicionamento	5,42	7
14- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre levantar	5,49	8
15- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na deambulação	5,62	8
16- Taxa de prestador de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre transferência	5,75	4
17- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre dispositivos de ajuda técnica	5,80	5
18- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre autocuidado higiene	5,87	8
19- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no alimentar-se*	6,00	5
20- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre levantar*	6,00	2
21- Ganhos em suporte percebido pelo prestador de cuidados	6,15	7
22- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: ensinar sobre prevenção da contaminação*	6,20	5
23- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: treinar sobre alimentar-se*	6,20	5
24- Taxa de prestador de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre alimentar-se	7,00	2
25- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	7,15	7
26- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir na transferência	7,29	7
27- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados para assistir no autocuidado vestuário	7,86	7
28- Taxa de prestador de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre transferência	0	0
29- Taxa de prestadores de cuidados que foram alvo da intervenção de enfermagem: instruir sobre posicionamento	0	0

*Recorreu-se ao critério de desempate mencionado na página 80