

**CRISTINA BARROSO**

**Professora Adjunta**, Doutora.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

✉ [cristinabarroso@esenf.pt](mailto:cristinabarroso@esenf.pt)

**LUÍS CARVALHO**

**Professor Coordenador**, Doutor.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

**CRISTINA AUGUSTO**

**Enfermeira**, Mestre. Unidade  
Local de Saúde de Matosinhos,  
E.P.E., Porto, Portugal

**LEONOR TEIXEIRA**

**Professora Adjunta**, Mestre.  
ESEP - Escola Superior de  
Enfermagem do Porto, Portugal

**ANA TEIXEIRA**

**Mestre**. Centro Hospitalar  
Universitário de S. João, E.P.E.,  
Porto, Portugal

**INÊS ROCHA**

**Mestre**. Centro Hospitalar  
Universitário de S. João, E.P.E.,  
Porto, Portugal

**Acknowledgements:**

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



# IMPLEMENTAÇÃO DE UM MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM - MODELO SAFECARE

## Implementation of a nursing clinical supervision model - SAFECARE model

**Abstract**

The actual context, marked by the high cost of health care associated with technological advances, the increase in the workload of health professionals and the aging of the population with multiple chronic diseases. There are concerns raised by health organizations regarding the quality of care, with emphasis on actions aimed to the continuous quality improvement. The effects of clinical supervision on quality of care defined as a target area by the World Health Organization are a key aspect in improving quality. The literature shows that there is no model of nursing clinical supervision capable to respond to the actual context needs.

The objective of this exploratory, descriptive and longitudinal study was to implement a contextualized nursing clinical supervision model, SafeCare model, in order to identify the contributions of its implementation in the indicators sensitive to nursing clinical supervision. The study was conducted in the surgery department of a health care institution and the nurses of the surgery department composed the sample.

With this article we intend to disseminate the results of the implementation of the SafeCare model and to prove that the implementation of a contextualized Nursing clinical supervision model based on nurses' needs, SafeCare Model, has contributed to obtaining higher quality and safer care for clients.

**KEYWORDS:** NURSING, QUALITY IMPROVEMENT, CLINICAL COMPETENCE,  
PATIENT SAFETY, JOB SATISFACTION, PAIN

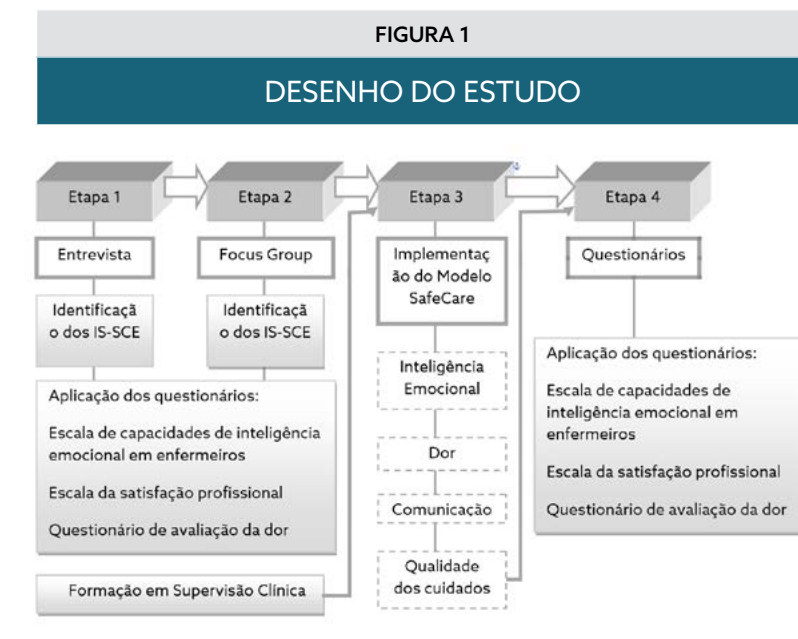
## INTRODUÇÃO

**N**a sequência das alterações sentidas a partir da década de 90, têm vindo a ser introduzidas transformações estruturais a nível do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, com vista à certificação e acreditação dos sistemas de gestão da qualidade. A acreditação da qualidade, passou a ser um requisito requerido para as instituições de saúde, que se viram obrigadas a desenvolver um conjunto de esforços no sentido da obtenção dessa certificação.

A qualidade em saúde deixou de ser um fator opcional e tornou-se um fator fundamental, uma exigência e um requisito na gestão das instituições de saúde. O crescente interesse das instituições pelas questões da qualidade tem sido alvo de atenção na última década, fazendo parte das suas estratégias a promoção da melhoria contínua da qualidade, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, só possível através do empenho voluntário de todos os profissionais<sup>1</sup>.

Hoje em dia, as instituições de saúde adotaram um conjunto de estratégias, fundamentadas nos princípios dos processos de gestão defendidos por Donabedian<sup>2</sup>, ainda hoje considerados atuais e de grande importância para a excelência hospitalar e que afetam três componentes da avaliação da qualidade: a estrutura, o processo e os resultados.

Nos anos 80, o aparecimento de sete pilares da qualidade defendidos por Donabedian<sup>2</sup> provocaram enormes transformações na área da saúde, alterando a visão paternalista da medicina até então praticada, por uma visão mais alargada onde o cliente passou a ser a preocupação central nos cuidados



de saúde. Esta visão, levou os profissionais a refletirem sobre as suas práticas no sentido de melhorar a sua prestação de serviços.

A redução de custos, a satisfação do cliente e o aumento da produtividade e competitividade, passaram a fazer parte da visão da maioria das instituições de saúde. Estamos convictos que a adoção de um modelo de supervisão clínica em enfermagem constitui uma ferramenta essencial na promoção da melhoria contínua da qualidade, consolidando uma cultura de qualidade e segurança, só possível através do empenho voluntário de todos os profissionais.

Da revisão da literatura percebemos que já existe evidência científica que aponta alguns dos benefícios da supervisão clínica na qualidade de cuidados dos enfermeiros e na segurança dos clientes a diferentes níveis<sup>3-13</sup>. Contudo, apesar de existir uma diversidade de modelos desenvolvidos e testados em vários países que demonstram evidências na melhoria contínua da qualidade, nenhum conseguiu dar resposta à diversidade dos contextos da prática de cuidados existente, de forma

a integrarem um projeto profissional participativo, vinculativo e duradouro.

A necessidade de contribuir para os ganhos em saúde nos clientes decorrentes do exercício profissional dos enfermeiros, da necessidade emergente de contribuir para a melhoria contínua da qualidade, e no pressuposto de que não existe um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de responder às necessidades atuais dos contextos, levou a uma investigadora criar um modelo de supervisão clínica em enfermagem contextualizado (MSCEC) como resultado do seu estudo de doutoramento<sup>3</sup>.

Partindo dos resultados do estudo de Cruz<sup>3</sup>, um grupo de investigadores iniciaram a implementação do modelo num hospital da região norte de Portugal entre 2013 e 2014, apresentando resultados positivos que se refletiram em cuidados de melhor qualidade e mais seguros para os clientes.

O MSCEC foi sendo aperfeiçoado ao longo do tempo, sofrendo alterações quer nos seus eixos estruturantes quer nos diferentes aspetos que o sustentam, dando origem ao

Modelo SafeCare<sup>1</sup>. Neste momento, o Modelo SafeCare está a ser implementado em quatro contextos distintos (Cirurgia, Medicina, Psiquiatria e Cirurgia de ambulatório). A implementação em cada contexto encontra-se em fases de desenvolvimento diferentes.

O Modelo SafeCare visa a criação de uma cultura de supervisão clínica nos enfermeiros através de processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, pelo que a metodologia fomenta a criação de ambientes favoráveis à prática e ao desenvolvimento da profissão, através da identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica em Enfermagem. Nesse sentido, o modelo incorpora o conceito de Indicador Sensível à Supervisão Clínica em Enfermagem (IS-SCE) que é definido como o indicador que, através da adoção de estratégias de supervisão clínica apresenta potencial para promover a segurança e qualidade dos cuidados. Assim, o IS-SCE serve para acompanhar, monitorizar e avaliar a implementação do modelo.

O Modelo SafeCare assenta em quatro eixos estruturantes: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão, sendo composto por quatro etapas: diagnóstico de situação, identificação das necessidades em supervisão clínica, implementação do Modelo SafeCare e avaliação dos resultados.

Este estudo pretende identificar quais são os contributos da implementação do Modelo SafeCare no contexto de cuidados em estudo.

### OBJETIVOS

Tendo por base a finalidade do estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

- Identificar os IS-SCE para o contexto em estudo;
- Implementar o Modelo SafeCare num contexto de prática clínica;
- Identificar os contributos da im-

TABELA 1

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

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

TABELA 2

**DIMENSÕES DA ESCALA DAS CAPACIDADES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL PARA ENFERMEIROS NAS ETAPAS 2 (E2) E 4 (E4)**

	N. de itens	Mínimo		Máximo		Média		Desvio padrão	
	E 2 e 4	E2	E4	E2	E4	E2	E4	E2	E4
<b>Total</b>	84	296	349	510	513	416.5	425.0	47.0	39.5
<b>Dimensão 1</b> Autoconsciência	20	67	79	133	137	106.0	107.5	15.8	13.0
<b>Dimensão 2</b> Gestão de emoções	18	51	66	111	102	83.3	84.3	11.7	9.3
<b>Dimensão 3</b> Automotivação	21	81	87	135	135	106.6	110.3	12.6	12.9
<b>Dimensão 4</b> Empatia	12	40	43	75	79	60.7	61.2	9.1	8.8
<b>Dimensão 5</b> Gestão de relacionamentos em grupos	13	37	37	75	85	59.8	60.6	9.7	10.1

plementação do Modelo SafeCare, através da análise dos IS-SCE.

**MÉTODOS**

Foi desenvolvido um estudo exploratório, descritivo e longitudinal, tipo estudo de caso tendo por base o processo de investigação-ação (gura 1).

O estudo decorreu em três serviços de cirurgia de um hospital de um distrito a norte de Portugal, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2019.

O hospital onde foi desenvolvido o estudo é constituído por um espaço moderno e funcional, que assume características inovadoras na prestação de cuidados e no atendimento dos seus clientes, com ligação aos centros de saúde do concelho.

A população foi composta por 47 enfermeiros dos três serviços (tabela 1).

De modo a atingir os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido tendo por base quatro etapas (figura 1): identificar os IS-SCE do contexto (etapa 1 e 2); implementar o Modelo SafeCare (etapa 3) e avaliar os ganhos a nível dos IS-SCE (etapa 4). A etapa 1 foi essencialmente exploratória, onde se efetuaram

entrevistas às enfermeiras chefes no sentido de identificar os IS-SCE a serem estudados. Esta etapa foi complementada com a realização de quatro *focus group* com os diversos enfermeiros que participaram no estudo e que permitiram validar ou acrescentar IS-SCE a serem estudados (etapa 2).

Foram então selecionados os seguintes IS-SCE: Capacidades de inteligência emocional, Satisfação profissional e avaliação da dor. Para avaliar os IS-SCE, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Escala das Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, adaptada e validada por Vilela para a população portuguesa de enfermeiros<sup>14</sup> a partir da Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional,
- Escala da Satisfação Profissional do Documento Normativo n.º 2482.1 da Unidade Local de Saúde de Matosinhos,
- Questionário para a avaliação da dor contruído a partir da padronização existente no sistema informático de registos do contexto (SClínico®).

Estes instrumentos foram aplicados à população de enfermeiros e foi efetuada a sua análise através

da estatística descritiva com recurso ao software aplicativo SPSS versão 25, permitindo-nos identificar as áreas a trabalhar face a cada um dos IS-SCE identificados. Foi também dada formação em supervisão clínica a todos os enfermeiros dos três serviços.

A etapa 3 constou da implementação do modelo onde foram trabalhados os IS-SCE, assim como outros aspetos de interesse dos enfermeiros. Para isso foram constituídas cinco equipas de supervisão compostas por um enfermeiro supervisor para cerca de oito a nove enfermeiros supervisionados, que mensalmente reuniram. Esta etapa teve a duração de dez meses.

Na etapa 4, etapa final do estudo, foram aplicados os mesmos instrumentos da etapa 2. A análise dos dados foi efetuada através da estatística descritiva, permitindo-nos verificar as alterações introduzidas nos IS-SCE e, assim, identificar os contributos da implementação do Modelo SafeCare no contexto de cuidados.

Para a realização do estudo foi obtida a autorização do hospital. Para os questionários foram obtidas as autorizações de cada um dos autores e aos participantes foi

TABELA 3

ÍNDICE DE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL POR ITEM E POR FASE DO ESTUDO

DIMENSÃO	Item	SCORE MÉDIO	
		ETAPA 2	ETAPA 4
<b>Superior hierárquico</b>	Forma como demonstra abertura e disponibilidade para consigo	73.6	76.2
	Forma como lhe presta apoio perante os outros quando necessita	71.1	72.8
	Forma como reconhece que o seu trabalho foi bem realizado e quando e como pode ser melhorado	67.2	68.1
	Forma como é motivado a melhorar o seu trabalho	64.3	67.2
	Conhecimento sobre como o trabalho deve ser realizado e quais os objetivos a alcançar	74.9	72.8
	Interesse e esforços manifestados no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado	80.0	76.6
	Facilidade em fazer circular a informação pelos circuitos corretos e em tempo útil	76.2	79.6
<b>Relações profissionais</b>	Forma como é realizada a continuidade do pessoal, proporcionando a estabilidade da equipa	56.2	52.8
	Forma como é realizada a adequação entre o número de profissionais ao serviço e a quantidade de trabalho	53.6	45.1
	Facilidade de cooperação e entajuda das várias equipas	57.0	57.0
	Facilidade de comunicação entre profissionais	61.7	67.2
	Confiança demonstrada entre profissionais do mesmo serviço	62.6	64.3
	Partilha e encorajamento de ideias entre profissionais no sentido de melhoramento do serviço	61.7	60.4
	Forma como os órgãos de direção apoiam e apreciam os profissionais	48.5	44.7
	Facilidade de comunicação entre a direção e os profissionais	49.4	48.1
	Forma como é realizado o planeamento de atividades, nomeadamente a informação disponibilizada pela direção acerca dos projetos e objetivos realizados pelo serviço	57.0	56.6
<b>Qualidade do local de trabalho</b>	Forma como é agilizado o atendimento dos utentes, incluindo o tempo despendido	61.3	57.9
	Forma como está organizado o trabalho em equipa de todos os profissionais na prestação dos cuidados de saúde aos utentes	60.9	58.3
	Forma como é demonstrada a capacidade dos profissionais de saúde e de como desempenham as suas funções	63.0	63.0
	Interesse demonstrado pelos problemas e preocupações dos utentes	67.2	67.2
	Nível de limpeza, iluminação, conforto e temperatura das salas de espera, salas de trabalho, enfermarias, sanitários, corredores e gabinetes	66.0	62.1
	Forma como o doente foi informado acerca da sua doença e tratamento e dos cuidados a realizar	54.0	55.7
<b>Melhoria da qualidade</b>	Esforço do seu serviço na melhoria contínua da relação entre profissionais e utentes	68.1	66.8
	Contribuição do Sistema de Gestão da Qualidade da instituição na melhoria da qualidade da unidade de saúde ou serviço	63.4	60.0
	Forma como foi capacitado para melhorar a qualidade no seu serviço	63.4	62.1
	Esforço desenvolvido pelo seu serviço no sentido de evitar os desperdícios e repetição de tarefas	63.4	61.3
	Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou seu serviço	62.6	62.6
	Forma como compreende a missão e os objetivos do seu serviço no sentido de uma melhoria contínua	67.7	67.2

solicitada autorização individual, de acordo com os pressupostos da declaração de Helsínquia, garantindo assim, o direito ao anonimato, à confidencialidade, à liberdade de participação e ao não prejuízo ou discriminação.

### RESULTADOS

Após a implementação do Modelo SafeCare por um período de dez meses foram novamente aplicados os instrumentos que constituíram os IS-SCE.

Para a avaliação das capacidades de inteligência emocional foi aplicada a Escala das Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros, composta por cinco subescalas ou dimensões: auto-consciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupos.

As respostas ao questionário foram avaliadas de modo a garantir a sua confiabilidade, através da análise do coeficiente Alfa de Cronbach. Concluímos que a consistência interna é boa, apresentando o valor mais elevado para o score total da escala ( $\alpha = 0.877$ ) e o valor mais baixo para a dimensão 2 – gestão de emoções ( $\alpha = 0.779$ ).

A comparação das diferentes dimensões entre as etapas 2 e 4 encontram-se na **tabela 2**.

Identifica-se que o valor da média na etapa 4 apresentou um aumento quando comparada com a etapa 2 quer a nível do seu score global (416,5 para a etapa 2 e 425,0 para a etapa 4) quer a nível de todas as dimensões das capacidades de inteligência emocional, verificando-se uma maior subida do score para a dimensão automotivação, que passou de 106,0 na etapa 2 para 110,3 na etapa 4.

Para a avaliação da satisfação profissional foi aplicada a Escala da Satisfação Profissional, composta por quatro subescalas ou dimensões: satisfação com a melhoria da qualidade, satisfação com a quali-

**TABELA 4**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA PARA O IS-SCE: AVALIAÇÃO DA DOR**

	ETAPA 2	ETAPA 4
	n (%)	n (%)
<b>Idade (anos)</b>	63.0 (16.3)	64.2 (16.9)
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	52 (50.0)	51 (49.5)
<b>Masculino</b>	52 (50.0)	52 (50.5)

dade do local de trabalho, satisfação com as relações profissionais e satisfação com o superior hierárquico, cujos resultados podem ser consultados na **tabela 3**.

A conjectura vivida pelos enfermeiros atualmente em Portugal devida às dificuldades sentidas na prática clínica, acrescidas pela insatisfação global dos enfermeiros face à carreira profissional, à instabilidade na profissão e à escassez de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde, estávamos convictos de que a satisfação profissional dos enfermeiros iria apresentar valores muito mais baixos na etapa 4 quando comparada com a etapa 2. Contudo, da análise do quadro verificamos que globalmente houveram pequenas oscilações para valores inferiores nas dimensões qualidade do local de trabalho e melhoria da qualidade, havendo subida apenas no item "Forma como se sente encorajado a partilhar ideias que permitam a melhoria da sua unidade ou serviço". A dimensão relações profissionais sofreu oscilações nos diversos itens quer para níveis superiores quer para inferiores, sendo que houve aumento para a dimensão satisfação com o superior hierárquico em todos os itens que compõem a escala.

Para a avaliação do IS-SCE: avaliação da dor, foi construído um instrumento (questionário) baseado no aplicativo informático SClínico®. Este instrumento é composto por uma avaliação da dor, através

da identificação das atividades diagnósticas, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, sendo preenchido para o mesmo cliente em triplicado (avaliação efetuada pelo enfermeiro responsável pelos cuidados, avaliação efetuada pelo investigador e avaliação efetuada através da consulta dos registos informáticos efetuados para o cliente). Os clientes sujeitos a esta avaliação foram selecionados aleatoriamente pelo enfermeiro, de entre o conjunto de clientes para o turno (**tabela 4**). Os resultados obtidos encontram-se resumidos na **tabela 5**.

A amostra sobre quem foi aplicado o questionário sobre avaliação da dor, embora diferente entre as etapas manteve características socio-demográficas semelhantes, sendo a média de idades de 63 anos para a etapa 2 e de 64,2 anos para a etapa 4 de. Relativamente ao sexo foi selecionada uma amostra equiparada entre indivíduos do sexo feminino e indivíduos do sexo masculino. A avaliação da dor, diagnósticos e intervenções de enfermagem analisados tendo em conta as etapas 2 e 4 do estudo de acordo com as médias obtidas para as avaliações efetuadas pelo enfermeiro, pelo investigador e pela consulta dos registos.

Verificamos que relativamente ao uso de escalas houve valores mais próximos entre as avaliações enfermeiro/investigador/registos na utilização de cada uma das escalas, >

TABELA 5

**AVALIAÇÃO DA DOR, DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR FASE DO ESTUDO**

	ETAPA 2			ETAPA 4			
	Enfº	Inv.	Reg.	Enfº	Inv.	Reg.	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Escalas usadas na avaliação da dor</b>							
FPS-R	-	-	-	5 (4.9)	1 (1.0)	4 (3.9)	
Escala de <i>Wong-Baker</i>	3 (2.9)	-	-	-	-	-	
EVA – Escala Visual Analógica	4 (3.8)	-	-	-	-	-	
EN – Escala Numérica	92 (88.5)	51 (49.0)	101 (97.1)	68 (66.0)	65 (63.1)	71 (68.9)	
FLACC-R	1 (1.0)	-	-	-	-	-	
Escala Qualitativa	4 (3.8)	51 (49.0)	1 (1.0)	28 (27.2)	31 (30.1)	25 (24.3)	
Escala <i>Doloplus</i>	-	2 (2.0)	-	2 (1.9)	6 (5.8)	2 (1.9)	
Nenhuma	-	-	2 (1.9)	-	-	1 (1.0)	
<b>Tipo de dor</b>							
Com dor em aperto	3 (2.9)	7 (6.7)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)	
Com dor em barra	1 (1.0)	3 (2.9)	1 (1.0)	1 (1.0)	3 (2.9)	-	
Com dor em moedeira	32 (30.8)	42 (40.4)	12 (11.5)	44 (42.7)	47 (45.6)	32 (31.1)	
Com dor em pontada	9 (8.7)	14 (13.5)	3 (2.9)	7 (6.8)	9 (8.7)	7 (6.8)	
Com dor lancinante	1 (1.0)	2 (1.9)	-	-	-	-	
Com dor tipo cólica	-	5 (4.8)	-	-	1 (1.0)	-	
Sem dor	58 (55.8)	31 (29.8)	79 (76.0)	50 (48.5)	42 (40.8)	61 (59.2)	
Sem registo	-	-	8 (7.7)	-	-	2 (1.9)	
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>							
<b>Grau de dor</b>	Dor, em grau reduzido	25 (24.0)	22 (21.2)	10 (9.6)	29 (28.1)	32 (31.1)	23 (22.3)
	Dor, em grau moderado	16 (15.4)	41 (39.3)	6 (5.8)	20 (19.4)	22 (21.4)	17 (16.5)
	Dor, em grau elevado	5 (4.8)	9 (8.7)	2 (1.9)	5 (4.9)	6 (5.8)	4 (4.2)
	Dor, em grau muito elevado	1 (1.0)	1 (1.0)	-	-	-	-
	Sem dor	57 (54.8)	31 (29.8)	42 (40.4)	49 (47.6)	43 (41.7)	35 (34.1)
	Sem registo	-	-	9 (8.7)	-	-	4 (3.9)
	Dor como foco de atenção	-	-	35 (33.6)	-	-	20 (19.5)
<b>Intervenções de enfermagem</b>							
Monitorizar a dor	100 (96.2)	104 (100.0)	101 (97.1)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)	
Vigiar a dor	101 (97.1)	104 (100.0)	94 (90.4)	103 (100.0)	103 (100.0)	103 (100.0)	
Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento	47 (45.2)	82 (78.8)	16 (15.4)	54 (52.4)	59 (57.3)	39 (37.9)	
Assistir a identificar estratégias de alívio da dor	52 (50.0)	94 (90.4)	14 (13.5)	64 (62.1)	68 (66.0)	47 (45.6)	
Gerir analgésicos	76 (73.1)	102 (98.1)	40 (38.5)	98 (95.1)	102 (99.0)	93 (90.3)	

verificando-se um aumento na utilização da *Faces Pain Scale - Revised* (FPS-R), Escala qualitativa e Escala de *Doloplus* na etapa 4 quando comparada com a etapa 2. As avaliações efetuadas acerca do tipo de dor apresentaram valores muito próximos nas avaliações efetuadas pelo enfermeiro/investigador/registos na etapa 4 quando comparada com a etapa 2, verificando-se a mesma aproximação para a enumeração diagnóstica e para as intervenções de enfermagem. Na etapa 4 verificamos a existência de valores de 100% em cada uma das avaliações efetuada pelo enfermeiro/investigador/registos para as intervenções monitorizar dor e vigiar dor.

## DISCUSSÃO

Apesar de já existir evidência que mostra os contributos da supervisão clínica na qualidade de cuidados<sup>3-13</sup>, ainda não existem estudos que comprovem a existência de um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de responder às necessidades atuais dos contextos e que contribua para a melhoria contínua da qualidade em saúde. Atualmente o enfermeiro necessita de possuir conhecimentos, competências e flexibilidade permitindo-lhe atuar em situações clínicas complexas e em contextos diversificados e em constante mudança. Cruz<sup>16</sup> salienta que a supervisão clínica deve produzir efeitos na qualidade dos cuidados e serviços, constituindo um conceito-chave na melhoria da qualidade em saúde, área alvo definida pela Organização Mundial de Saúde.

A supervisão clínica apresenta-se como uma estratégia promotora do desenvolvimento profissional contínuo, logo influencia a competência emocional dos enfermeiros e a sua satisfação profissional, levando a melhores níveis de cuidados prestados<sup>16-18</sup> dos quais podemos destacar a dor que neste estudo apresen-

tou valores mais próximos entre as diversas avaliações efetuadas. Uma vez que os enfermeiros prestam cuidados em contextos complexos e a pessoas fragilizadas, física e emocionalmente, o treino da competência emocional é uma forma de promover um bom ambiente de trabalho, facto primordial para a otimização da qualidade dos cuidados<sup>14,19</sup>. Segundo alguns autores<sup>21-22</sup>, níveis superiores de competência emocional geram comportamentos mais assertivos que permitem a partilha e interações focalizadas no respeito pela dignidade humana e pelas escolhas individuais. De igual forma, estudos realizados sobre a satisfação profissional em enfermeiros revelaram que existem variáveis ambientais que influenciam negativamente os níveis de satisfação profissional e a qualidade do atendimento prestado no hospital, citando como exemplo o ambiente de trabalho precário e os rácios inadequados de pessoal<sup>22-25</sup>. Num estudo realizado em Portugal com 162 enfermeiros com horário rotativo, o autor concluiu que 48,8% dos enfermeiros apresentavam insatisfação no trabalho. As dimensões mais importantes da insatisfação profissional eram o salário, o excesso de trabalho, a progressão na carreira e o reconhecimento profissional<sup>26</sup>. Um outro estudo efetuado em Portugal sobre a satisfação profissional dos enfermeiros concluiu que o grau de satisfação geral dos enfermeiros enquadra-se num nível de suficientemente satisfeito, havendo algumas variações entre homens e mulheres, mas pouco significativas<sup>24-27</sup>.

De facto, a satisfação no trabalho está positivamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados, pelo que a promoção de ambientes de trabalho onde é fornecido suporte aos profissionais através da implementação de práticas de supervisão clínica, é um aspeto a ter em conta nas instituições de

saúde. Existem, estudos que confirmam que a adoção de processos de supervisão clínica aumenta a satisfação profissional<sup>17,18,28,29</sup>, e que níveis mais altos de satisfação profissional conduzem a uma melhor qualidade de cuidados<sup>25</sup>.

## CONCLUSÕES

A nível dos resultados obtidos, foram identificados os seguintes IS-SCE: capacidades de inteligência emocional, satisfação profissional e avaliação da dor, a partir dos quais foi implementado o Modelo Safe-Care.

A partir da análise foram identificados contributos positivos nos IS-SCE selecionados, com melhoria a nível de cada uma das dimensões das capacidades de inteligência emocional. A nível da satisfação profissional não se verificou melhoria, esta ocorreu apenas para a dimensão satisfação com o superior hierárquico. Na avaliação da dor todas as dimensões obtiveram valores superiores na etapa 4 quando comparada com a etapa 2 do modelo, visível na avaliação efetuada através das atividades de avaliação, enumeração diagnóstica e intervenções de enfermagem.

Apesar de não existirem estudos que comprovem que a implementação de um modelo específico de supervisão clínica em enfermagem aumente a qualidade e a segurança dos cuidados, pelos dados obtidos percebemos que a adoção implementação do Modelo SafeCare foi globalmente reconhecido como tendo um impacto positivo a nível dos profissionais com repercussão a nível da instituição de saúde onde foi implementado o modelo. Nesse sentido, podemos afirmar que a implementação de um modelo de supervisão clínica contextualizado e fundamentado nas necessidades dos enfermeiros, Modelo SafeCare, contribuiu para a obtenção de cuidados com maior qualidade e mais seguros para os clientes. ▀





## Referências

1. Carvalho AL, Barroso C, Pereira MA, Teixeira AP, Pinho F e Osório M. Implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem - Manual prático. Porto: UniarTE Gráfica, S.A.; 2019. 59p.
2. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980, Vol. I., 163p. ISBN: 0914904477
3. Cruz SS. Do ad hoc a um modelo de supervisão clínica em enfermagem em uso. [monografia na Internet]. Porto: Universidade Católica Portuguesa; 2012 [atualizado 2013, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/12619>
4. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 69: 864-873. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.12.009
5. Cruz S, Carvalho L, Lamas B, Barbosa P. Improving Quality in the Patients- Risk of Fall Evaluation through Clinical Supervision. *International Journal of Information and Education Technology*. 2014 Dec; 4(6): 526-530. doi: 10.7763/IJET.2014.V4.463
6. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171: 153-157. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.101
7. Abreu W, Barroso C, Segadães MF, Teixeira S. Promotion of Self-Care in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing. *International Journal of Information and Education Technology*. 2005 Jan.; 5 (1): 6-9. doi: 10.7763/IJET.2015.V5.466
8. Cruz S, Carvalho AL, Barbosa P, Lamas B. Morse fall scale user's manual: Quality in supervision and in nursing practice. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 171: 334-339. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.01.130
9. Cruz S, Carvalho L, Lopes E. Improving the evaluation of risk of fall through clinical supervision: an evidence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 217: 382-388. doi: 10.1016/j.sbspro.2016.02.108
10. Teixeira S, Carvalho AL, Cruz S. Avaliação do autocuidado como indicador para supervisão clínica em enfermagem. *Rev Rene*. 2016 maio-jun; 17(3): 356-362. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300008
11. Teixeira AIC, Carvalho AL, Barroso C. Nurses' perceptions of barriers for implementing EBP in a central hospital in the north of Portugal. *BMC Health Services Research*. 2018, 18(Suppl 2):684. doi:10.1186/s12913-018-3444-8
12. Augusto C, Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB. Evaluation of nurses' job satisfaction. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 2019; 565-574. doi:10.15405/epsbs.2019.04.02.71
13. Teixeira A, Ribeiro S, Carvalho AL, Barroso C. Clinical supervision for the development of emotional competence. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*. 481-488. doi:10.15405/epsbs.2019.04.02.61
14. Vilela A. Capacidades da inteligência emocional em enfermeiros. Validação de um instrumento de medida. [monografia na Internet]. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2006 [atualizado 2007, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4946/1/206891>
15. Documento Normativo n.º 2482.1, Unidade Local de Saúde de Matosinhos
16. Cruz S. Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011; 29: 286-291. doi: 10.1016/j.sbspro.2011.11.240
17. McGilton KS, Chu CH, Shaw AC, Wong R, Ploeg J. Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: an integrative review. *Journal of nursing management*. 2016; 24(8): 1007-1026. doi: 10.1111/jonm.12419
18. Gonge H, Buus N. Model for investigation the benefits of clinical supervision in psychiatric nursing: A survey study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2011; 20(2): 102-111. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00717.x
19. Oliveira KS. Inteligência emocional dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018 [atualizado 2018, citado 2019 julho 23]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28831>
20. Aroso A., Andrade D, Fernandes A. Competência emocional do profissional de saúde. En: *Livros de atas do II Seminário Internacional em Inteligência Emocional*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança; 2015. p.263-76.
21. Veiga-Branco A. Competência emocional em professores: um estudo em discursos do campo educativo. [monografia na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2005 [atualizado 2006, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>
22. Lu M, Ruan H, Xing W, Hu Y. Nurse burnout in China: a questionnaire survey on staffing, job satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Management*. 2015 May; 23(4): 440-447. doi:10.1111/jonm.12150
23. Cruz MIEC. Fatores que influenciam a satisfação profissional e a inteligência emocional: Contributos para a implementação de um modelo de supervisão clínica. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018 [atualizado 2018, citado 2019 julho 23]. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/28136>
24. Bernardino E. Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Portugal. [s.l.]: [s.n.]; 2018. 31p. Disponível em: <https://www.ordermenfermeiros.pt/media/9946/satisfaca%C3%A7%C3%A3o-profissional-dos-enfermeiros-em-portugal-2018.pdf>
25. Leggat SG, Bartram T, Casimir G, Stanton P. Nurse perceptions of the quality of patient care: Confirming the importance of empowerment and job satisfaction. *Health Care Management Review*. 2010; 35(4): 355-364. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181e4ec55
26. Correia MS. Satisfação profissional dos enfermeiros. [monografia na Internet]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2016 [atualizado 2017, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/18161>
27. Martins S. A Satisfação Profissional dos Enfermeiros: Estudo exploratório em Enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais. [monografia na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2003 [atualizado 2004, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53606/2/29655>
28. Gillet N, Fouquereau E, Coillot H, Cougot B, Moret L, Dupont S, Bonnetain F, Colombat P. The Effects of Work Factors on Nurses' Job Satisfaction, Quality of Care, and Turnover Intentions in Oncology. *Journal of Advanced Nursing*. 2018; 74(5): 1208-1219. doi:10.1111/jan.13524
29. Carvalho, MCFCS. Satisfação profissional dos enfermeiros. [monografia na Internet]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2010 [atualizado 2011, citado 2019 jul 23]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/1574>