

# Supervisão clínica na qualidade assistencial de equipes de enfermagem portuguesas em serviços de internamento médico-cirúrgico

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio<sup>1</sup> , António Luís Rodrigues Faria de Carvalho<sup>2</sup> , Cristina Maria Correia Barroso Pinto<sup>3</sup> 

## RESUMO

**Objetivo:** Comparar índices de positividade e indicadores da qualidade assistencial nos serviços de internação médico-cirúrgico antes, durante e após a implementação da supervisão clínica das equipes de enfermagem numa unidade de saúde do sector privado da saúde de Lisboa, Portugal. **Método:** Estudo observacional, retrospectivo, com abordagem quantitativa e amostragem do tipo não aleatória aos registros de auditorias à qualidade assistencial de enfermagem (n=543) entre setembro de 2019 e dezembro de 2022. Teve como variável independente a supervisão clínica e, como variáveis dependentes, as características das equipes e as dimensões do checklist de auditoria. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa o plano de registro do supervisor e o checklist da auditoria, além do tratamento estatístico descritivo e inferencial com recurso da ANOVA para as medições repetidas e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Os resultados mostraram que, durante a fase de implementação da supervisão no serviço de cirurgia, os scores médios subiram de 4.06 para 4.43 e desceram para 4.27, mantendo o indicador de qualidade desejada, enquanto, no serviço de medicina, os scores médios subiram de 3.82 para 3.97 na implementação e, após implementação, para 4.17, com subida do indicador médio de qualidade adequada para qualidade desejada. **Conclusão:** A supervisão das equipes eleva os índices de positividade e os indicadores da qualidade das práticas no cumprimento de conformidades com impacto direto no paciente.

**Descritores:** Supervisão de enfermagem; Auditoria de enfermagem; Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Assistência de enfermagem; Padrões de prática em enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** To compare positivity rates and quality care indicators in medical-surgical inpatient services before, during, and after the implementation of clinical supervision of nursing teams in a private healthcare unit in Lisbon, Portugal. **Methods:** Observational, retrospective study with a quantitative approach and non-random sampling of nursing care quality audit records (n=543) from September 2019 to December 2022. The independent variable was clinical supervision, and the dependent variables were team characteristics and the dimensions of the audit checklist. The research instruments used were the supervisor's record plan and the audit checklist, as well as descriptive and inferential statistical treatments using ANOVA for repeated measures and the non-parametric Kruskal-Wallis test. **Results:** The results showed that during the implementation phase of supervision in the surgical service, the average scores increased from 4.06 to 4.43 and then decreased to 4.27, maintaining the desired quality indicator. In the medical service, the average scores increased from 3.82 to 3.97 during implementation and, after implementation, to 4.17, with an increase in the average indicator from adequate quality to desired quality. **Conclusion:** The supervision of the teams raises the positivity rates and the indicators of the quality of practices in compliance with compliances with a direct impact on the patient.

**Descriptors:** Supervisory nursing; Nursing audit; Quality indicators, Health care; Nursing care; Practice patterns nurses.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comparar los índices de positividad y los indicadores de calidad asistencial en los servicios de internamiento médico-quirúrgico antes, durante y después de la implementación de la supervisión clínica de los equipos de enfermería en una unidad de salud del sector privado en Lisboa, Portugal. **Método:** Estudio observacional, retrospectivo, con enfoque cuantitativo y muestreo no aleatorio de registros de auditorías de calidad asistencial de enfermería (n=543) entre septiembre de 2019 y diciembre de 2022. La supervisión clínica fue la variable independiente y las características de los equipos y las dimensiones del checklist de auditoría fueron las variables dependientes. Se utilizaron como instrumentos de investigación el plan de registro del supervisor y el checklist de auditoría, además del tratamiento estadístico descriptivo e inferencial con ANOVA para medidas repetidas y la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. **Resultados:** Los resultados mostraron que durante la fase de implementación de la supervisión en el servicio de cirugía, las puntuaciones promedio aumentaron de 4.06 a 4.43 y luego descendieron a 4.27, manteniendo el indicador de calidad deseado, mientras que, en el servicio de medicina, las puntuaciones promedio aumentaron de 3.82 a 3.97 durante la implementación y luego a 4.17 después de la implementación, con aumento del indicador promedio de calidad adecuada a calidad deseada. **Conclusión:** La supervisión de equipos eleva los índices de positividad y los indicadores de calidad de las prácticas en el cumplimiento de conformidades con impacto directo en el paciente.

**Descriptores:** Supervisión de enfermería; Auditoría de enfermería; Indicadores de calidad de la atención de salud; Atención de enfermería; Pautas de la práctica en enfermería.

**Como citar este artigo:** Sergio MSSBB, Carvalho ALRF, Pinto CMCB. Supervisão clínica na qualidade assistencial de equipes de enfermagem portuguesas em serviços de internamento médico-cirúrgico. Adv Nurs Health. 2025, 7: e49919. <https://doi.org/10.5433/anh.2025v7.id49919>

**Autor correspondente:** Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio



**Submissão:** Fev/2024

**Aprovado:** Abr/2025

<sup>1</sup> Enfermeira. PhDst, MSc. José Mello Saúde, CUF Academic Center, Lisboa, Portugal. [mafalda.sergio@cuf.pt](mailto:mafalda.sergio@cuf.pt)

<sup>2</sup> Enfermeiro. PhD, MSc, RN. Escola Superior de Enfermagem do Porto/CINTESIS@RISE. Porto. Portugal. [jluiscarvalho@esenf.pt](mailto:jluiscarvalho@esenf.pt)

<sup>3</sup> Enfermeira. PhD, MSc, RN. Escola Superior de Enfermagem do Porto/CINTESIS@RISE. Porto. Portugal. [cmpinto@esenf.pt](mailto:cmpinto@esenf.pt)

## Introdução

A cultura de segurança nas organizações de saúde tem o propósito de gerir a qualidade das práticas, estabelecendo relações de confiança, compromisso e proximidade inter equipes<sup>(1-2)</sup>. Um modelo de gestão centrado na prática baseada na evidência promove a integração de processos, valores e padrões de qualidade que reorientam e potenciam a autonomia e a corresponsabilização das equipes na reflexão crítica das práticas na definição de estratégias transformadoras do pensar e agir<sup>(2-5)</sup>.

Uma das estratégias é por via da realização de auditorias da qualidade dos cuidados como processo explícito e sistemático no cumprimento de padrões de referência<sup>(6-7)</sup>. O uso desta ferramenta na identificação do problema permite refletir, planear e corrigir práticas, potenciando o envolvimento de reorientação das equipes na melhoria da qualidade assistencial<sup>(8-11)</sup>. Como fonte agregadora na reorientação das equipes, para uma prática segura com impacto no paciente, surge o processo de supervisão clínica (SC)<sup>(2,12)</sup>, que é um processo dinâmico, motivador e integral de suporte no ganho de competências, tornando-se apropriação das equipes na identificação de necessidades, definição de intervenções e validação de práticas em prol da qualidade<sup>(13-15)</sup>.

O modelo integrativo de Proctor<sup>(16)</sup> é o mais frequente, quando implementada a SC à prática assistencial, pois constituído pela vertente normativa na evidência e avaliação da qualidade, apoia a reflexão com ganho de saberes sobre procedimentos e protocolos, mediante a vertente formativa centrada no conhecimento, as competências e o pensamento crítico e a partilha do conhecimento no ganho de competências de reflexão, e pela vertente restaurativa, com uma componente motivacional e de desenvolvimento que incentiva ao ganho de confiança inerente à qualidade dos cuidados<sup>(16)</sup>.

Contudo, a efetividade da SC é tão mais evidente quanto maior o envolvimento e apoio dos profissionais no entendimento de objetivos e resultados, por via de uma liderança de acompanhamento<sup>(14-15)</sup>. Nesse sentido, um grupo de saúde privado da região de Lisboa, Portugal, constituído por nove hospitais de assistência a pacientes do foro médico e cirúrgico, integrou, desde 2016, no modelo de gestão da qualidade organizacional, a realização mensal de auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem, no cumprimento de padrões de qualidade de referência.

O processo de auditorias teve por base o modelo de avaliação da qualidade de assistência em enfermagem de Haddad<sup>(17)</sup>, que classifica a qualidade consoante os índices de positividade e indicadores e os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>(18)</sup>, categorizados em dimensões e respetivo itens. Ao refletir sobre os resultados das auditorias, constatou-se a evidência de práticas com indicadores comprometedores da qualidade dos cuidados com impacto nos pacientes. Perante o facto, colocou-se a hipótese: “será que a supervisão clínica das equipes poderá influenciar os índices de positividade e indicadores de qualidade?”

Assim, propusemos a um dos hospitais do grupo a implementação da SC das equipes de enfermagem nos serviços de internação médico (SIM) e cirúrgico (SIC) como estratégia de melhoria dos indicadores de qualidade. O que nos conduziu ao objetivo do estudo:

comparar os índices de positividade e os indicadores da qualidade assistencial nos serviços de internação médico e cirúrgico antes, durante e após a implementação da supervisão clínica das equipes de enfermagem.

## Método

Estudo observacional, retrospectivo e com abordagem quantitativa e amostragem do tipo não aleatória dos registros das auditorias à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Para a organização do texto, foram utilizadas as diretrizes da Rede Equator STROBE (estudos observacionais), que descrevem o sistema para melhorar a qualidade, a segurança e o valor dos cuidados de saúde.

A coleta de dados foi realizada num hospital pertencente a um grupo de saúde privado da região de Lisboa, Portugal, com 119 leitos distribuídos nos serviços de internação médico e cirúrgico. A pesquisa decorreu entre setembro de 2019 e dezembro de 2022.

A população-alvo teve por base a análise dos 1065 registros (n=1065) resultantes das auditorias à qualidade assistencial a pacientes, distribuídos, no SIM, com 482 registros (n=482) e, no SIC, com 583 registros (n=583).

Como critérios de inclusão, foram considerados todos os itens e dimensões do checklist de auditoria, com indicador de qualidade  $\leq 80\%$ , impacto na prática assistencial e sujeitos a intervenção imediata, pacientes com taxa de internação superior a 24h, e os pacientes do foro médico e cirúrgico. Foram excluídos todos os registros dos resultados das auditorias que não cumpriram os pressupostos anteriormente descritos.

Para o cálculo da amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, foi efetuado, separadamente para cada grupo, o cálculo da amostra conforme a fórmula<sup>(19)</sup>, representando, para o SIC, um n=232 e, para o SIM, um n=215.

Considerando a importância de uma menor margem de erro e um aumento do tamanho da amostra para contribuir para o aumento da potência de teste<sup>(19)</sup>, foram integrados o número total de registros de auditorias que cumpriam os critérios de inclusão à dimensão amostral calculada, ficando como amostra da pesquisa, para o SIC, um n=299 e, para o SIM, um n=244.

Como variável independente foi considerada a SC conforme as vertentes formativa, normativa e restaurativa e, como variáveis dependentes, as dimensões e itens do checklist de auditoria, ou seja, a dimensão Prevenção de Complicações (PC) com 13 itens; a dimensão Conforto e bem-estar (CB) com 17 itens; a dimensão Readaptação Funcional (RF) com nove itens, e a dimensão Organização dos Cuidados (OC) com 1 itens, e ainda, as características das equipes, quanto ao tempo de serviço e categoria profissional (enfermeiro iniciado, enfermeiro, enfermeiro sénior, enfermeiro perito), de acordo com regulamento do exercício profissional do enfermeiro da Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>(20)</sup>.

Foram utilizados para a coleta das informações dois instrumentos: o *checklist* de auditoria e o plano de registro do supervisor. O *checklist* de auditoria foi constituído por quatro dimensões e 51 itens numa escala de medida de evidência com três pontos (sim,

não e não aplicável). Cada dimensão aponta para o indicador de qualidade, e os itens, para os índices de positividade ou evidências de procedimentos no cumprimento do padrão de qualidade.

O plano de registro do supervisor foi construído segundo a vertente formativa, normativa e restaurativa de Proctor, a fim de identificar a situação-problema de acordo com os resultados advindos das auditorias à qualidade dos cuidados e de definir a situação ideal e as ações de melhoria a implementar no cumprimento dos padrões de qualidade.

O estudo ocorreu em três fases, entre setembro de 2019 e dezembro de 2022.

A fase de pré-implementação (PRESC) da SC ocorreu entre setembro de 2019 e março de 2020, onde foram realizados um total 107 (n=107) registros de auditoria, distribuídos no SIC (n=64) e no SIM (n=43). A realização de auditorias à qualidade dos cuidados com a aplicação do checklist foi garantida por dois enfermeiros auditores extra serviço, para garantir a fiabilidade inter-observacional e o não enviesamento das observações. Toda a recolha de informação aconteceu com observação direta da prestação de cuidados e análise dos registros clínicos efetuados de acordo as dimensões e respetivos itens.

Na fase de implementação (ISC) de SC com a supervisão permanente das equipas, que ocorreu entre agosto de 2020 e dezembro de 2021, foram realizados 264 (n=264) registros de auditoria no total distribuídos no SIC (n=128) e no SIM (n=136). E, em simultâneo, cada supervisor fez, mensalmente, pelo menos um plano de registro de supervisão por enfermeiro (num rácio de um supervisor para dois ou três enfermeiros), representados no total de 95 enfermeiros (n=95), distribuídos entre 54 enfermeiros no SIC (n=54) e 41 enfermeiros no SIM (n=41).

Para a identificação de enfermeiros supervisores, foram considerados os enfermeiros seniores e peritos com evidência de competências profissionais, liderança de equipas e há mais tempo na instituição, resultando 18 enfermeiros no SIC (n=18) e 12 enfermeiros no SIM (n=12).

Na fase pós-implementação (POSSC) da SC, que ocorreu entre janeiro de 2022 e dezembro de 2022, foram realizados 172 (n=172) registros de auditoria, distribuídos no SIC (n=107) e no SIM (n=65). Nesta fase, usou-se a mesma metodologia que no PRESC.

O estudo teve aprovação do comité de ética da organização envolvida.

O tratamento estatístico foi efetuado com o software Statistical package for the social sciences (SPSS 27), como recurso à estatística descritiva e inferencial(19), sendo utilizada para a significância da evolução dos scores PRESC, ISC e POSSC, com a ANOVA (analysis of variance) de medições repetidas com os pressupostos de normalidade do teste de Kolmorov-Smirnov e esfericidade com teste de Mauchly para  $p>0.05$ . Para analisar a interação da SC sobre as dimensões e os itens do checklist de auditoria para as duas populações independentes, uma no serviço de cirurgia e outro no serviço de medicina, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

Para a análise dos dados, foram considerados os critérios de classificação da qualidade segundo o modelo de Haddad(17). As evidências observadas foram analisadas numa escala de medida com três pontos (sim, não e não aplicável) e realizado o cálculo do valor percentual correspondente ao índice de positividade. A avaliação dos resultados referiu-se ao número de não evidências (NE), observadas por dimensão e pelos respetivos itens. Para o cálculo

percentual, não foram contabilizadas as evidências com medida de NE para a percentagem de não conformidade, mas foram consideradas avaliadas.

Em seguida, foram realizados a categorização correspondente ao indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem(17), o cálculo percentual, considerando, para qualidade desejada (QD), entre  $\geq 90\%$  e  $<100\%$ ; qualidade adequada (QA), entre  $81\%$  e  $<90\%$ ; qualidade segura (QS), igual a  $80\%$ ; qualidade mínima (QM), entre  $\geq 71\%$  e  $<80\%$ , e qualidade não adequada (QNA),  $<70\%$ . Com base nesta categorização, fez-se uma correspondência numa escala Likert de 1 a 5 para os diferentes indicadores em QD ( $\leq 5$  e  $>4$ ), QA ( $\leq 4$  e  $>3$ ), QS ( $\leq 3$  e  $>2$ ), QM ( $\leq 2$  e  $>1$ ) e QNA ( $\leq 1$  e  $>0$ ).

Para a avaliar se SC influenciou significativamente a qualidade dos cuidados (itens) nos dois serviços, fez-se a ordenação das variáveis dependentes, sem considerar os grupos, aplicando-se um teste LSD de Fischer sobre as ordens (quatro dimensões), que, depois de transformadas, foram sujeitas ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para a comparação múltipla das ordens<sup>(19)</sup> com  $p\text{-value} \leq 0.05$ .

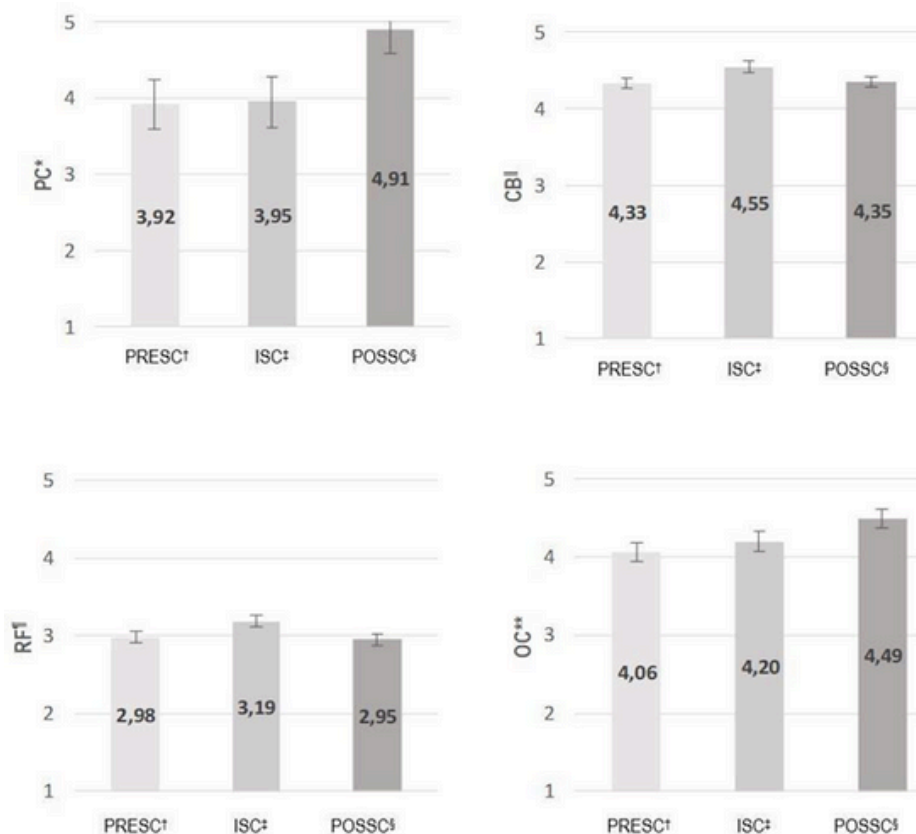
## Resultados

As equipes de enfermagem dos serviços eram constituídas por 95 enfermeiros ( $n=95$ ) distribuídos: 54 no SIC ( $n=54$ ) e 41 no SIM ( $n=41$ ). No SIM, três (7.3%) eram os enfermeiros iniciados; 26 (63.4%) enfermeiros; cinco (12.2%) enfermeiros seniores, e sete (17.1%) enfermeiros peritos. Nesta equipa, 21 (51.2%) dos enfermeiros estavam há menos de cinco anos no serviço; 14 (34.1%) entre cinco e 15 anos e seis (14.6%) há mais de 16 anos. No SIC, dos 54 enfermeiros, seis (11.1%) eram enfermeiros iniciados; 30 (55.5%) enfermeiros, sete (13.0%) enfermeiros seniores, e 11 (20.4 %) enfermeiros peritos. Destes, 24 (44.4%) estavam no serviço há menos de cinco anos; 24 (44.4%) entre cinco e 15 anos, e seis (11.2%) há mais de 16 anos.

Para a análise da significância da evolução dos scores das dimensões, recorreu-se a uma ANOVA de medições repetidas. Os pressupostos do teste, nomeadamente a normalidade e a esfericidade da matriz de variâncias-covariâncias, foram analisados com os testes de Kolmorov-Smirnov( $n>30$ ) e Mauchly em ambos os serviços, apresentando, no SIM, distribuição normal ( $p>0.05$ ) nas três fases e variâncias-covariâncias nulas (esfericidade) para as dimensões CB ( $w=0.878$ ;  $\chi^2(2)=1.300$ ;  $p=0.522$ ), RF ( $w=0.844$ ;  $\chi^2(2)=1.697$ ;  $p=0.428$ ) e OC ( $w=0.947$ ;  $\chi^2(2)=6.816$ ;  $p=0.546$ ) com QA e, enquanto no SIC, verificou-se distribuição normal nas dimensões PC e OC em todas as fases, na dimensão CB na fase PRESC e POSSC e na dimensão RF na PRESC e ISC. Quanto às variâncias-covariâncias nulas (esfericidade), verificou-se na dimensão PC ( $w=0.888$ ;  $\chi^2(2)=1.185$ ;  $p=0.553$ ), na CB ( $w=0.829$ ;  $\chi^2(2)=1.881$ ;  $p=0.390$ ), na RF ( $w=0.662$ ;  $\chi^2(2)=4.124$ ;  $p=0.127$ ) e na OC ( $w=0.639$ ;  $\chi^2(2)=4.486$ ;  $p=0.106$ ) com QD.

As comparações múltiplas foram efetuadas com recurso aos contrastes, usando a medição PRESC como referência. Tal como ilustra a Figura 1, o efeito da SC no score médio dos registros por dimensões e itens no SIM evidenciou a interação com ( $F(1,11) = 9866.3$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.999$ ;  $\pi=1$ ) na dimensão PC, que evolui de QA para QD, com subida dos scores na ISC( $\bar{x}=3.95$ ) e na POSSC( $\bar{x}=4.01$ ).

A dimensão CB, com interação de ( $F(1,11)=7392.1$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=776.6$ ;  $\pi=1$ ), manteve a QD durante as três fases com subida do score médio na ISC( $\bar{x}=4.55$ ) e descida na POSSC( $\bar{x}=4.35$ ). A dimensão RF, com interação de ( $F(1,11)=1608.5$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.993$ ;  $\pi=1$ ), evolui de QNA para QA com a subida do score na ISC( $\bar{x}=3.19$ ) e descida de QA para QNA na POSSC( $\bar{x}=2.95$ ). Por último, na dimensão OC existiu interação de ( $F(1,11)=3212.1$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.997$ ;  $\pi=1$ ) com QD com subida do score na ISC( $\bar{x}=4.20$ ) e na POSSC( $\bar{x}=4.49$ ).



\*PC = Prevenção de Complicações; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ||CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; ¶RF = Readaptação Funcional; \*\*OC = Organização dos Cuidados; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica.

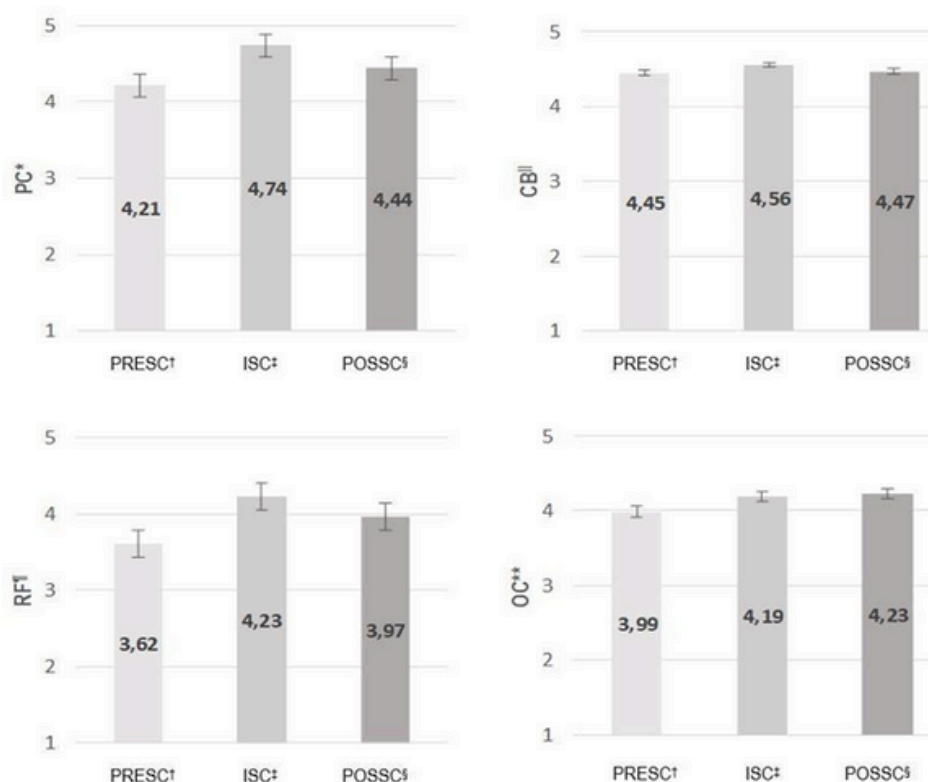
**Figura 1- Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fases de implementação da supervisão clínica no serviço de medicina (n=244). Lisboa, Portugal, entre 2019 e 2022**  
Fonte: Autores

Os resultados evidenciaram que o indicador médio global de qualidade no SIC subiu de 3.82 para 3.97, durante a implementação da supervisão, que continuou a subir após a implementação da supervisão para um score de 4.17.

Como ilustra a Figura 2, o efeito da SC no score médio dos registos por dimensões e itens evidenciou a interação na dimensão PC com ( $F(1,11)=3134.9$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.997$ ;  $\pi=1$ ) e com scores em QD nas três fases com subida do score médio na ISC( $\bar{x}=4.74$ ) e descida na POSSC( $\bar{x}=4.01$ ). Para a dimensão CB com interação, tem-se ( $F(1,11)=9056.2$ ;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.999$ ;  $\pi=1$ ) de QD nas três fases com subida do score médio na ISC( $\bar{x}=4.56$ ) e descida na POSSC( $\bar{x}=4.47$ ). Para a dimensão CB com interação, tem-se ( $F(1,11)=9056.2$ ;  $p<0.001$ ,



score médio na ISC( $\bar{x}$ =4.23) e uma descida para QA na POSSC( $\bar{x}$ =3.97). Para a dimensão OC com interação, tem-se ( $F_{(1,11)}$ =6570.7;  $p<0.001$ ,  $\eta^2p=0.998$ ;  $\pi=1$ ) e evolução de QA para QD e subida do score médio na ISC( $\bar{x}$ =4.19) e POSSC( $\bar{x}$ =4.23).



PP\*C = Prevenção de Complicações; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ||CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; \*RF = Readaptação Funcional; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica; \*\*OC = Organização dos Cuidados; †PRESC = Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ISC = Implementação da Supervisão Clínica; §POSSC = Pós-Implementação da Supervisão Clínica.

**Figura 2 - Score médio dos registos de auditorias por dimensões e fase de implementação da supervisão clínica no serviço de cirurgia (n=299). Lisboa, Portugal, entre 2019 e 2022**  
**Fonte: Autores**

Os resultados comprovaram que o indicador médio global de qualidade no SIC subiu de 4.06 para 4.43, durante a implementação da supervisão, e diminuiu após a implementação da supervisão para um score de 4.27.

Para a interação da SC sobre os itens e dimensões, optou-se por apresentar apenas os resultados referentes aos itens com QM e QNA, entendidos como críticos e com necessidade de intervenção imediata (Tabela 1), verificando como estatisticamente significativos, no SIM, os itens PC1, CB14, CB15, RF5, RF7 e OC12 e, no SIC, os itens PC1, PC9, CB5, RF9, OC1, OC4, OC5 e OC12.

Relativamente à comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da SC por dimensão e itens, como apresentado na Figura 3, observou-se no SIM, como estaticamente significativa para a dimensão PC os itens PC1 da PRESC para ISC( $p=0.006$ ) e da PRESC para POSSC( $p=0.009$ ) e no PC6 da ISC para a POSSC( $p=0.022$ ). Na dimensão CB, os itens CB2 da PRESC para a POSSC( $p=0.044$ ), no CB10 da PRESC para a ISC( $p=0.015$ ), no CB15 da PRESC para a ISC( $p=0.002$ ) e da ISC para a POSSC( $p=0.004$ ).

**Tabela 1- Resultado do teste Kruskal-Wallis para a interação da supervisão clínica sobre os itens por dimensão e serviço. Lisboa, Portugal, entre 2019 e 2022.**

Dimensão	Item	Serviço de internação de medicina		Serviço de internação de cirurgia	
		Kw h*	p†	Kw h*	p†
PC‡	Item 1	8.819	0.012	6.364	0.042
PC‡	Item 9	-----	-----	6.084	0.048
CB§	Item 5	-----	-----	6.353	0.042
CB§	Item 14	6.353	0.042	-----	-----
CB§	Item 15	10.419	0.005	-----	-----
RF	Item 5	6.770	0.034	-----	-----
RF	Item 7	9.900	0.007	-----	-----
RF	Item 9	-----	-----	6.770	0.034
OC¶	Item 1	-----	-----	6.010	0.050
OC¶	Item 4	-----	-----	8.732	0.013
OC¶	Item 5	-----	-----	6.179	0.046
OC¶	Item 12	8.769	0.012	3.939	0.029

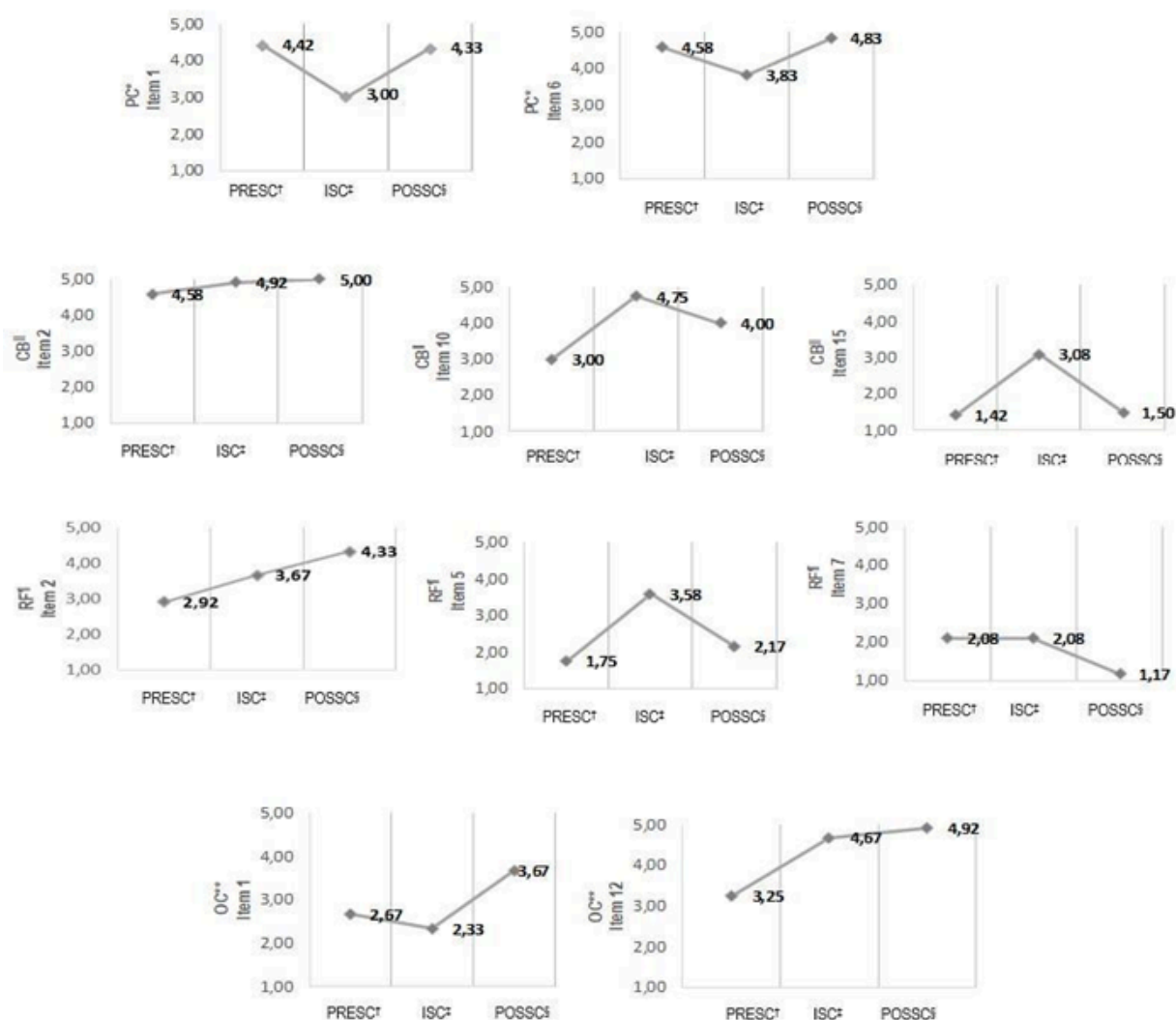
\*Kw h = Teste Kruskal-Wallis; †p = Valor significativo quando  $p < 0.05$ ; ‡PC = Prevenção de Complicações; §CB = Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; ||RF = Readaptação Funcional; ¶OC = Organização dos Cuidados

**Fonte: Autores**

Na dimensão RF, os itens RF2 da PRESC para a POSSC( $p=0.025$ ), no RF5 da PRESC para a ISC( $p=0.008$ ) e da ISC para a POSSC( $p=0.036$ ), no RF7 da PRESC para a POSSC( $p=0.038$ ) e da ISC para a POSSC( $p=0.038$ ). E na dimensão OC os itens OC1 da PRESC para a POSSC( $p=0.044$ ) e o OC12 da PRESC para a POSSC( $p=0.001$ ).

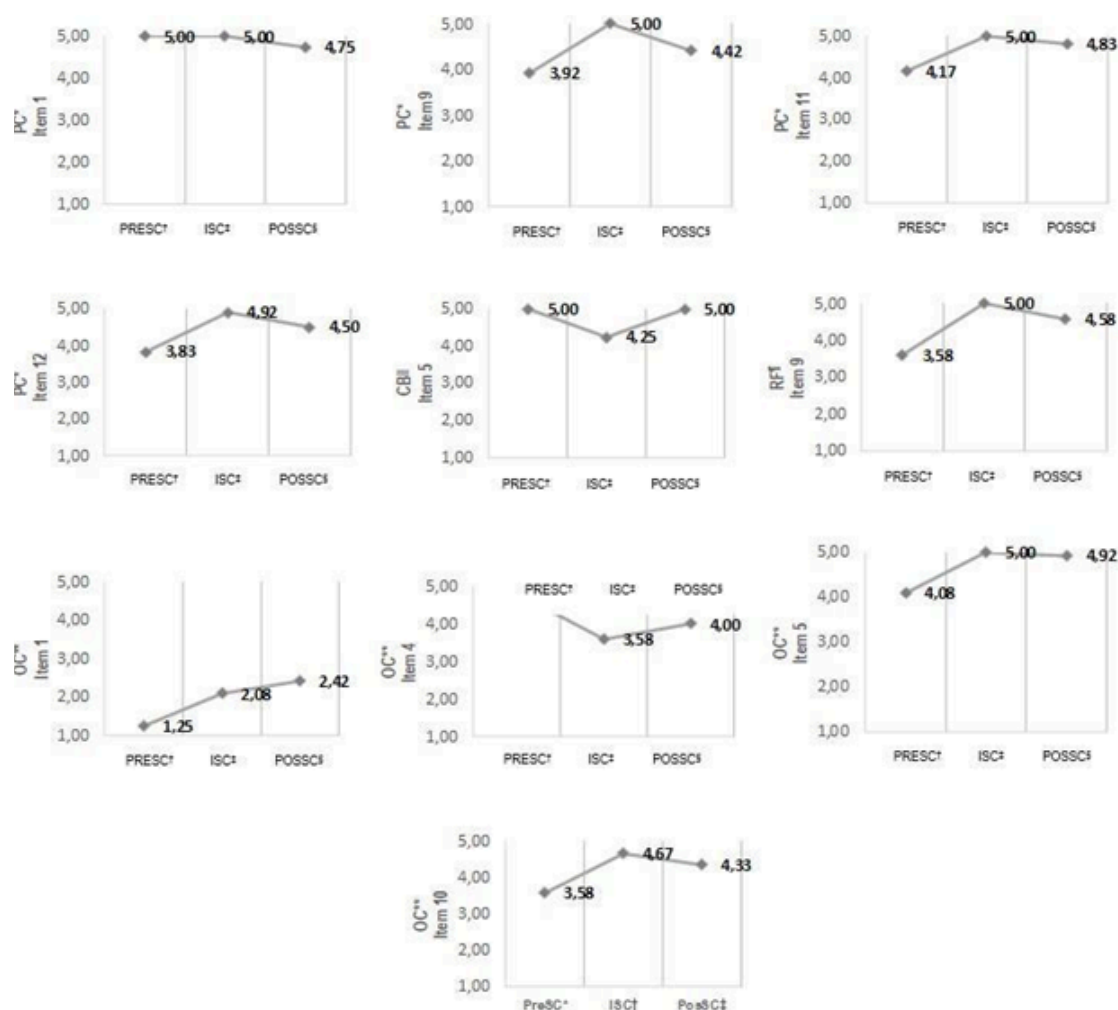
No SIC, como apresentado Figura 4, o efeito da SC verificou-se como estaticamente significativo na dimensão PC os itens PC1 da PRESC para a ISC( $p=0.025$ ) e da ISC para a POSSC( $p=0.025$ ), no PC9 da PRESC para a ISC( $p=0.028$ ), do PC11 da PRESC para a ISC( $p=0.032$ ) e no PC12 da PRESC para a ISC( $p=0.041$ ). Na dimensão CB, o item CB5 da PRESC para a ISC( $p=0.047$ ) e da ISC para a POSSC( $p=0.047$ ); na dimensão RF, o item RF9 da PRESC para a ISC( $p=0.012$ ) e, na dimensão OC, os itens OC1 da PRESC para a POSSC( $p=0.012$ ), no OC4 da PRESC para a ISC( $p=0.008$ ), no OC5 da PRESC para a ISC( $p=0.016$ ) e da PRESC para a POSSC( $p=0.027$ ) e no OC10 da PRESC para a ISC( $p=0.050$ ).





\*Prevenção de Complicações; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ||Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; † Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ¶Readaptação Funcional; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; \*\*Organização dos Cuidados; † Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica

**Figura 3 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica no serviço de medicina. Lisboa, Portugal, entre 2019 e 2022.**  
Fonte: Autores



\*Prevenção de Complicações; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ¶Conforto e Bem-estar ao Autocuidado; † Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡ Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ¶Readaptação Funcional; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica; ¶Organização dos Cuidados; †Pré-Implementação da Supervisão Clínica; ‡Implementação da Supervisão Clínica; §Pós-Implementação da Supervisão Clínica

**Figura 4 - Comparação múltipla de médias das ordens para o efeito da implementação da supervisão clínica no serviço de cirurgia. Lisboa, Portugal, entre 2019 e 2022.**

Fonte: Autores

## Discussão

De acordo com os resultados da pesquisa, quando comparados os índices de positividade e os indicadores da qualidade assistencial, foram evidenciadas alterações em ambos os serviços de internação na fase de ISC e POSSC, o que nos levou a inferir que uma supervisão baseada no modelo de Proctor<sup>(16)</sup>, no modelo de saberes e nas competências de enner<sup>(21)</sup> e associada às auditorias da qualidade das práticas permitiu intervir de acordo as necessidades das equipas e dos contextos, aumentou os indicadores da qualidade e incrementou a mudança e a reorientação das práticas assistenciais dos enfermeiros.

O que também foi verificado no estudo relativo à qualidade dos indicadores no processo de enfermagem e no estudo sobre a necessidade de aplicar o modelo de competências no aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados<sup>(21-22)</sup>.

A pesquisa comprovou que a evidência e partilha dos resultados das auditorias concorreu para a adesão e a apropriação da prática, e a supervisão dos enfermeiros promoveu o ganho de competências<sup>(2)</sup>, o que foi corroborado pelos estudos, que afirmaram que o envolvimento das equipas em métodos de monitorização e a tomada de decisão compartilhada contribuíram para o entendimento, sentimento de pertença e motivação dos enfermeiros na adoção de novos comportamentos com impacto ao nível pessoal e profissional<sup>(22,23)</sup>.

Ainda de acordo com os resultados, a integração de uma liderança de envolvimento por via do treino das equipas e da supervisão para a prática reflexiva permitiu o entendimento de procedimentos e padrões de qualidade e potenciou as relações interpessoais, o pensamento crítico e as estratégias de coping para definir, implementar, planear e evidenciar ações de melhoria com consciencialização da prática assistencial. Assim como foi concluído no estudo de avaliação da relação da liderança com as equipas, que afirmou que, por meio da identificação das características, competências e limitações dos profissionais, foi possível definir proactivamente o treino segundo as necessidades individuais e de equipa<sup>(24-25)</sup>.

Verificou-se também, na pesquisa, um valor superior dos scores na fase de ISC quando comparados à fase PRESC e a uma ligeira descida na fase POSSC, facto que nos levou a refletir que, enquanto a supervisão foi um processo contínuo, de acompanhamento de aquisição de competências na melhoria da qualidade e integridade do cuidado, mediante o treino, os momentos de interação e a partilha de conhecimentos, induziu, nos enfermeiros supervisionados, o pensamento crítico e a reflexão centrada nas aprendizagens com ganho de competências e com impacto ao nível individual, profissional e organizacional, como foi descrito no estudo relativo ao treino de equipas para o ganho de comportamentos na melhoria das práticas<sup>(13-14,21)</sup>.

Ficou ainda demonstrado que o serviço com a equipa há mais tempo no serviço e com maior número de enfermeiros seniores e peritos apresentou scores superiores, facto que relacionamos com a competência efetiva e a capacidade dos supervisores na orientação e no apoio integral das equipas, na evidência da avaliação das práticas e nos planos de melhorias dos supervisionados em todo o ciclo dos cuidados. O que foi ao encontro do regulamento do exercício profissional da Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>(20)</sup> e pelo modelo de competências de Benner<sup>(21)</sup>, que relacionou a competência profissional com a capacidade de execução de ações integradas num contexto de acordo com as situações alidadas por saberes e habilidades, e aperfeiçoadas ao longo do tempo.

O facto de ser incorporado nos serviços da pesquisa, o modelo de supervisão permitiu respeitar as características das equipas e desenvolver estratégias de supervisão das equipas adequadas ao contexto e aos pacientes<sup>(26-27)</sup>.

O que foi corroborado no estudo sobre a supervisão de apoio de enfermeiros na assistência à saúde, que conclui ser fundamental a supervisão para ensinar ou apoiar

os enfermeiros na prática de cuidados, mas também na garantia da transferência de conhecimentos e competências<sup>(28)</sup>, cumprindo o regulamento do exercício da profissão de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>(20)</sup>. Tal como no estudo que avaliou o impacto da implementação de um modelo de supervisão sobre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, que concluiu que o desenvolvimento de automotivação, gestão emocional e autoconsciência, empatia e gestão das relações entre pares se reflete nas práticas<sup>(26)</sup>.

Analisando os scores da qualidade e o efeito da SC nas dimensões e itens, observou-se, na dimensão PC, o incremento da uniformização das práticas nas intervenções e diagnósticos, que contribuíram para evitar ou minimizar potenciais problemas, o que associámos ao supervisor que, por meio da comunicação, conhecimento e capacidade de interagir pelo treino centrado nas competências e no pensamento crítico, induziu os supervisionados para a mudança no pensar e no agir da prática dos cuidados validadas por saberes e habilidades, e aperfeiçoadas ao longo do tempo.

O facto de ser incorporado nos serviços da pesquisa, o modelo de supervisão permitiu respeitar as características das equipas e desenvolver estratégias de supervisão das equipas adequadas ao contexto e aos pacientes<sup>(26-27)</sup>. O que foi corroborado no estudo sobre a supervisão de apoio de enfermeiros na assistência à saúde, que conclui ser fundamental a supervisão para ensinar ou apoiar os enfermeiros na prática de cuidados, mas também na garantia da transferência de conhecimentos e competências<sup>(28)</sup>, cumprindo o regulamento do exercício da profissão de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses<sup>(20)</sup>. Tal como no estudo que avaliou o impacto da implementação de um modelo de supervisão sobre as capacidades de inteligência emocional dos enfermeiros, que concluiu que o desenvolvimento de automotivação, gestão emocional e autoconsciência, empatia e gestão das relações entre pares se reflete nas práticas<sup>(26)</sup>.

Analisando os scores da qualidade e o efeito da SC nas dimensões e itens, observou-se, na dimensão PC, o incremento da uniformização das práticas nas intervenções e diagnósticos, que contribuíram para evitar ou minimizar potenciais problemas, o que associámos ao supervisor que, por meio da comunicação, conhecimento e capacidade de interagir pelo treino centrado nas competências e no pensamento crítico, induziu os supervisionados para a mudança no pensar e no agir da prática dos cuidados.

Assim como concluíram os estudos referentes às relações entre os supervisores e supervisionados, respeitando as características e necessidades<sup>(3,15,21)</sup>, acrescentando que, para validação e discussão na tomada de decisão, o acompanhamento e o treino individual dos supervisionados são essenciais<sup>(14,29-30)</sup>.

Relativamente aos scores na dimensão CB, relacionámos com o modelo de supervisão desenvolvido, o qual permitiu ao supervisionado maximizar o bem-estar do paciente, o que foi reforçado nos estudos que indicaram a necessidade de modelos de supervisão direta e permanente no acompanhamento e na capacitação das equipas para a qualidade das práticas<sup>(30)</sup>. Este ganho de aprendizagens na manutenção da qualidade das equipas do estudo teve por base o treino da reflexão sobre a prática fundamentada na evidência e na partilha de saberes incrementado pelo feedback contínuo, como afirmou o estudo que apontou que a formação dos supervisionados com ganho de competências pessoais e profissionais teve impacto na prática dos cuidados<sup>(3)</sup>.

Outros estudos referiram ainda que o empoderamento das competências da equipa ao nível da incorporação de valores da prática assistencial foi espelhado pelo acumular de saberes e pela capacidade de aprofundar os conhecimentos somados à experiência<sup>(22,14)</sup>. Ademais, a relação de confiança e o respeito das características pessoais, profissionais e éticas estabelecidas entre supervisores e supervisionados da pesquisa potenciou o desenvolvimento de experiências, competências e intervenções corretivas, em resposta às necessidades identificadas do paciente e do contexto da prática dos cuidados, como descrito nos estudos<sup>(22,28)</sup>, o que nos levou a considerar que os supervisionados do estudo se adaptaram e adquiriram competências relacionadas a outras práticas dos cuidados. O que foi também reforçado pelo estudo que revelou que a aquisição de competências está diretamente ligada à experiência profissional e à adaptação contínua a novos conhecimentos, práticas e padrões<sup>(25-28)</sup>.

Na dimensão RF ou transição do cuidado, teve-se por base a comunicação entre pares na preparação da alta segura, com formulação e execução do plano de cuidados, sem descurar o envolvimento do paciente e familiares na continuidade do processo de adaptação segundo as necessidades. Verificou-se, na pesquisa, a existência de interação da SC em itens relacionados à informação sobre recursos, facto que associámos à percepção da importância e ganho de competência das equipas para o ensino, instrução e treino do paciente para a readaptação. O que foi ao encontro do estudo que avaliou a importância da formação e sensibilização da equipa no planeamento da alta segura e efetividade das intervenções de enfermagem na comunicação e ensino com o envolvimento do paciente e família, e concluiu que o planeamento da alta assegurava a continuidade dos cuidados<sup>(23,30)</sup>. Ficou ainda demonstrado na pesquisa que as estratégias de supervisão desenvolvidas na promoção da qualidade e continuidade dos cuidados, por via de programas informativos e de formação, capacitou o paciente e família, tal como comprovado pelo estudo de mapeamento de estratégias de supervisão utilizadas pelo enfermeiro na promoção da qualidade do cuidado prestado pelo cuidador, concluindo que a implementação de estratégias de supervisão pode capacitar o cuidador para prestar cuidados de maior qualidade<sup>(27)</sup>.

Quanto à dimensão OC, a supervisão das equipas teve por base o quadro de referência de registos organizacionais e uma linguagem padronizada, que maximizaram a eficácia, a clareza e a sistematização dos registos dos cuidados e na qualificação de intervenções para a tomada de decisão. O que nos levou a afirmar que as equipas perceberam a importância dos registos sistematizados e coerentes na continuidade dos cuidados, o que potenciou um plano de cuidados adequado, assim como foi concluído no estudo sobre o envolvimento das equipas na construção de protocolos, procedimentos e programas de acompanhamento contínuo levaram a mudanças de comportamentos com impacto nos resultados de não conformidades da prática<sup>(29,30)</sup>. Por outro lado, a existência de um sistema de registos sistematizados de acordo com as necessidades e intervenções permitiu a reflexão sobre os resultados sensíveis quando associada à SC, o que efetivou a comunicação entre pares sobre as práticas, tal como foi concluído no estudo, ao

considerar fundamental a monitorização dos registos no cumprimento padrões de qualidade associado à SC<sup>(13)</sup>.

Há ainda de salientar que a manutenção da qualidade em itens referentes à apreciação inicial e planeamento de intervenções, face à variação do diagnóstico, reforçou a importância da vertente normativa e restaurativa dos supervisores, que orientaram para a monitorização, acompanhamento e reflexão integrada da prática clínica dos supervisionados. Assim como descrito nos estudos que consideraram que as competências e a motivação das equipas se alteram pela existência da vertente de restaurativa e normativa, como fontes de apoio e reorientação da prática no cumprimento dos padrões organizacionais estabelecidos<sup>(3,22,28)</sup>.

Também a capacidade dos supervisores da pesquisa, para comunicar e refletir com criticidade sobre a prática de acordo com necessidades, efetivou o processo de supervisão por meio da corresponsabilização entre supervisor e supervisionados de forma construtiva e empática.

O que foi ao encontro dos estudos que indicaram que as expectativas e aceitação das orientações para a reflexão da prática dos cuidados foram facilitadas pela corresponsabilização na avaliação das práticas, na definição de ações de melhoria e na relação com supervisores<sup>(4,21,30)</sup>.

No processo de organização dos cuidados associado ao modelo de SC da pesquisa, potenciou o conhecimento e garantiu cuidados de qualidade, o que foi ao encontro dos estudos que revelaram a importância da implementação da SC baseado no modelo de Proctor e na melhoria das competências ao nível da comunicação positiva e transversal, por ter aumentado a adesão registos e a identificação de intervenções para a tomada da decisão com impacto nos resultados<sup>(22,30)</sup>.

Como limitações do estudo, consideramos a escassa literatura sobre a influência da direta ou indireta supervisão clínica das equipas com recurso a índices de positividade e indicadores de qualidade categorizados por dimensões advindas de padrões de referência nacionais ou internacionais. Sugerimos como novas pesquisas estudos sobre a perceção dos enfermeiros supervisionados relativos ao ganho efetivo de competências pessoais e profissionais com influência na qualidade das práticas assistenciais.

## Conclusão

A realização do estudo permitiu comparar índices de positividade e indicadores da qualidade assistencial nos serviços de internação médico e cirúrgico antes, durante e após a implementação da supervisão clínica das equipas de enfermagem, revelando uma relação direta entre a implementação da supervisão clínica e a melhoria dos índices de positividade e indicadores de qualidade. Ficou evidente que a incorporação da cultura de supervisão clínica, por via do acompanhamento e monitorização das práticas, empoderou e reorientou as equipas na concretização de planos de melhoria contínua com impacto direto no paciente, o que contribuiu para a criação de valor organizacional, baseada numa prática assistencial de qualidade, com ganho de competências das equipas. O que potenciou a translação do conhecimento entre pares e o reconhecimento da qualidade da prática de Enfermagem com impacto para o paciente.



Consideramos que a pesquisa contribuiu para o avanço do conhecimento da Enfermagem, relativamente à importância da integração de modelos de supervisão em serviços de internação médico e cirúrgico na melhoria e manutenção dos indicadores da qualidade dos cuidados e ganho de competências dos profissionais, podendo ser um incentivo para novas investigações em outras áreas assistências.

## Agradecimentos

Agradecemos a todas as equipes de enfermagem que colaboram para a coleta de dados.

## Contribuições dos Autores

Sergio, MSSBB. participou em: Concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação dos dados, análise estatística, redação do manuscrito e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Carvalho, ALRF. participou em: Concepção e desenho da pesquisa e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante. Pinto, CMCB. participou em: Concepção e desenho da pesquisa e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante.

## Conflito de interesses

Os autores certificam que não tem quaisquer conflito de interesse em relação ao manuscrito.

## Referências

- 1.Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cub Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 May 15];36(2). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3239>
- 2.Chirelli MQ, Sordi MRL. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. Rev Bras Enferm. 2021;74(suppl 5):e20200979. doi: 10.1590/0034-7167-2020-0979
- 3.Nishio EK, Cardoso MLAP, Salvador ME, D’Innocenzo M. Evaluation of Nursing Service Management Model applied in hospitals managed by social health organization. Rev Bras Enferm. 2021; 74(Suppl 5):e20200876. doi:10.1590/0034-7167-2020-0876
- 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance. J Ners [Internet]. 2020 Jan. 3 [cited 2022 Dec 29]; 14(3):161-4. Available from: <https://e-journal.unair.ac.id/JNERS/article/view/16956>
- 5.Stacey G, Cook G, Aubeeluck A, Stranks B, Long L, Krepa M, et al. The implementation of resilience based clinical supervision to support transition to practice in newly qualified healthcare professionals. Nurse Educ Today. 2020;94:104564. doi: 10.1016/j.nedt.2020.104564
- 6.Matos EP, Almeida DB, Freitas KS, Silva SSB. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200442. doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200442

- 7.Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(1):e20210123. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0123
- 8.Vigna CP, Ruiz PBO, Lima AFC. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020; 73(Suppl 5):e20190826. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0826
- 9.Ramukumba MM, El Amouri S. Nurses' perspectives of the nursing documentation audit process. *Health SA.* 2019;24:1121. doi: 10.4102/hsag.v24i0.1121
- 10.León-Román C, Cairo-Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. *Rev Cuba Enferm [Internet].* 2020 [cited 2022 Dec 31];36(3). Available from: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cub Enferm [Internet].* 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
- 11.Liberatti VM, Gvozđ R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unified Health System. *Acta Paul Enferm.* 2019;32(5):500-6. doi: 10.1590/1982-0194201900070
- 12.Teixeira LO, Barroso Pinto C, Carvalho AL, Carvalho Teixeira AI, Bompastor Augusto MC. Supervisão no indicador de prática clínica: a prática baseada na evidência no contexto do paciente cirúrgico. *RevSALUS [Internet].* 2021 out 27 [citado 2022 dez 30];3(2). Disponível em: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cub Enferm [Internet].* 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
- 13.Ernawati E, Damris DM, Revis A, Elrifda S. How Effective is Clinical Supervision in Nursing? A Systematic Review. *JCCNC [Internet]* 2022 [cited 2022 Dec 10];8(2):69-78. Available from: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cub Enferm [Internet].* 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
- 14.Rocha I, Carvalho AL, Pinto CB, Rodrigues A, Rocha V. Impact of clinical supervision in nursing on self-care evaluation and intervention. *Rev Baiana Enferm. [Internet].* 2021 [cited 2022 Dec 30];35. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43356>
15. Mohamed FR, Ahmed HM. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *J Nurs Educ Pract.* 2019;9(6). doi: 10.5430/jnep.v9n6p67
- 16.Mohamed FR, Ahmed HM. Clinical supervision factors as perceived by the nursing staff. *J Nurs Educ Pract. [Internet].* 2019. [cited 2022 Dec 30]; 9(6). Disponível en: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
- 17.Yuswanto TJA, Ernawati N. Developing the Clinical Supervision Model based on Proctor Theory and Interpersonal Relationship Cycle (PIR-C). *IJASRE [Internet].* 2018 Dec. 5 [cited 2022 Dec. 28]; 4(12):203-9. Disponível en: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. *Rev Cub Enferm [Internet].* 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
- 18.Haddad M do CFL. Qualidade da assistência de enfermagem – o processo de avaliação em hospital universitário público [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

19. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa. Portugal. 2012. Disponible en: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cub Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
20. Marôco J. Análise Estatística com SPSS Statistics. 7ª Edição. Gráfica Manuel Barbosa & Filhos. 2018. Pêro Pinheiro. Lisboa. Portugal
21. Regulamento do exercício profissional do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. 2019. Lisboa. Portugal. Disponible en: .Melendez-Mogollon I, Macías-Maroto M, Álvarez-González A. Cultura de seguridad del paciente en la formación de enfermería. Rev Cub Enferm [Internet]. 2020 [cited 2023 May 15];36(2). ibles n
22. Hernández-Pérez R, Hernández-Núñez A, Molina-Borges M, Hernández-Sánchez Y, Señán-Hernández N. Evaluación del desempeño profesional de enfermeros asistenciales bajo la teoría de Patricia Benner. Rev Cubana de Enfermer [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31];36(4). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>
23. Azevedo OA, Cruz DALM. Quality indicators of the nursing process documentation in clinical practice. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 30]; 74(3), e20201355. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>
24. Hendricks S, Cartwright DJ, Cowden RG. Clinical supervision in South Africa: Perceptions of supervision training, practices, and professional competencies. S. Afr. J. Sci. [Internet]. 2021 Mar. 29 [cited 2022 Dec. 30]; 117(3/4). Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
25. Dagil Y, & Oren R. Servant leadership, engagement, and employee outcomes: The moderating roles of proactivity and job autonomy. Journal of Work and Organizational Psychology. 2021;37(1), 59–66. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
26. Kelly N, Hassett A. Clinical supervision in CBT training: what do participants view as effective? The Cognitive Behaviour Therapist. 2021; vol. 14, e27, page 1 of 19. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
27. Sah C, Antwi-Berko R, Opoku OA, Henry O, Antwi Bosiako A. Journal of Nursing Research, Patient Safety and Practise. ISSN: 2799-1210 Vol: 03, No. 04, June – July 2023. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
28. Augusto MCB, Oliveira KS, Carvalho ALRF, Pinto CMCB, Teixeira AIC, Teixeira LOLSM. Impact of a model of clinical supervision over the emotional intelligence capacities of nurses. Rev Rene. 2021;22:e60279. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
29. Santos CT, Barbosa FM, Almeida T, Einhardt RS, Eilert AC, Lucena AF. Indicators of Nursing Outcomes Classification for evaluation of patients with pressure injury: expert consensus. Esc Anna Nery 2021; 25(1):e20200155. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.

- 30.Silva SMR, Correa APA, Santarém MD, Assis MCS, Beghetto MG. Concordancia entre observadores en la aplicacion de la lista de verificacion para la administracion segura de la nutricion enteral. Nutr Hosp. 2021;38(5):903-910. Disponible en: 4.Nuritasari RT, Rofiqi E, Fibriola TN, Ardiansyah RT. The Effect of Clinical Supervision on Nurse Performance.
- 31.Coelho M., Esteves I, Mota M, Pestana-Santos M, Reis Santos M, Pires R. Clinical supervision of the nurse in the community to promote quality of care provided by the caregiver: Scoping review protocol. Millenium. 2022;2(18),83-89. Disponible en: <https://doi.org/10.29352/mill0218.26656>