

## Desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros: contributos da supervisão clínica\*

Development of nurses' evidence-based practice skills: contributions of clinical supervision

### Como citar este artigo:

Teixeira AIC, Teixeira LOLSM, Pereira RPG, Barroso C, Carvalho ALRF, Püschel VAA. Development of nurses' evidence-based practice skills: contributions of clinical supervision. Rev Rene. 2021;22:e67980. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212267980>

- 📧 Ana Isabel Carvalho Teixeira<sup>1</sup>  
📧 Leonor Olímpia Lopes Sousa Morais Teixeira<sup>1</sup>  
📧 Rui Pedro Gomes Pereira<sup>2</sup>  
📧 Cristina Barroso<sup>3</sup>  
📧 António Luís Rodrigues Faria de Carvalho<sup>3</sup>  
📧 Vilanice Alves de Araújo Püschel<sup>4</sup>

\*Projeto intitulado "SafeCare - Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados", Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017-2019.

<sup>1</sup>Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

<sup>2</sup>Universidade do Minho, Escola Superior de Enfermagem. Braga, Portugal.

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro de Excelência do JBI. São Paulo, SP, Brasil.

### Autor correspondente:

Ana Isabel Carvalho Teixeira  
Rua Dr. António Bernardino de Almeida  
4200-072, Porto, Portugal.  
E-mail: [enf.anat@gmail.com](mailto:enf.anat@gmail.com)

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes

EDITOR ASSOCIADO: Francisca Diana da Silva Negreiros

### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros. **Métodos:** método misto caracterizado pela triangulação concomitante. Os dados quantitativos foram coletados antes e após a implementação do Modelo, por meio do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, com análise estatística descritiva. Os valores de prova foram obtidos com recurso ao teste de Wilcoxon. Participaram 13 enfermeiros. Os dados qualitativos foram obtidos de entrevistas com 11 enfermeiros de um hospital público e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo. **Resultados:** não houve diferenças estatisticamente significativas com a implementação do modelo. Contudo, os enfermeiros identificaram o aumento de competências em prática baseada em evidência com o reconhecimento de vantagens no seu desenvolvimento profissional, na organização e na assistência ao paciente. **Conclusão:** a implementação do modelo mostrou ter contribuído para o desenvolvimento das competências em prática baseada em evidência. **Descritores:** Prática Clínica Baseada em Evidências; Competência Profissional; Supervisão de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the impact of the implementation of the *SafeCare* Model on the evidence-based practice competencies of nurses. **Methods:** mixed method characterized by concomitant triangulation. Quantitative data were collected before and after the implementation of the Model, by means of the Clinical Effectiveness and Evidence-Based Practice Questionnaire, with descriptive statistical analysis. Evidence values were obtained using the Wilcoxon test. Thirteen nurses participated. Qualitative data were obtained from interviews with 11 nurses from a public hospital and analyzed using the Content Analysis technique. **Results:** there were no statistically significant differences with the implementation of the model. However, nurses identified increased competencies in evidence-based practice with the recognition of advantages in their professional development, organization, and patient care. **Conclusion:** the implementation of the model has been shown to have contributed to the development of competencies in evidence-based practice. **Descriptors:** Evidence-Based Practice; Professional Competence; Nursing Supervisory.

## Introdução

A prática baseada em evidência em Enfermagem é considerada um processo por meio do qual os enfermeiros sustentam e integram a tomada de decisão com base na melhor evidência científica disponível, na experiência clínica, nas preferências do paciente/família e nos recursos disponíveis no contexto assistencial<sup>(1-2)</sup>, sendo esses os seus elementos-chave. Quando implementada em um contexto organizacional, dá suporte ao cuidado, podendo atingir elevados níveis de qualidade e de ganhos em saúde para os pacientes<sup>(2-3)</sup>. O desenvolvimento de competências profissionais nos enfermeiros envolve a articulação de conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes. Alguns autores têm referido a existência de algumas dificuldades (barreiras) no exercício de competências pautadas em evidências científicas na prática assistencial<sup>(1,4)</sup>. Apesar de os enfermeiros demonstrarem atitude favorável, conhecimentos teóricos e habilidades para a prática baseada em evidência, ainda mantêm dificuldades para a sua incorporação na prática, sendo essa uma realidade identificada internacionalmente<sup>(1-2,4-5)</sup>.

Tendo por base o conceito proposto pela Ordem dos Enfermeiros em Portugal, a supervisão clínica em Enfermagem é considerada um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que tem como objetivo a promoção da autonomia na tomada de decisão, valorizando a segurança e a qualidade dos cuidados por meio de processos de reflexão e análise da prática clínica<sup>(6-7)</sup>. A investigação produzida ao longo dos últimos anos tem demonstrado os ganhos que a supervisão clínica apresenta ao nível de todos os intervenientes (supervisores, supervisados, contexto e pacientes)<sup>(8-9)</sup>.

A supervisão clínica em Enfermagem constitui uma mais valia na translação do conhecimento, devendo ser implementada nos contextos de assistência à saúde e ser considerada nos processos de desenvolvimento profissional dos enfermeiros ao longo do seu exercício profissional<sup>(10)</sup>. Apesar de em países como

o Reino Unido ou a Austrália a supervisão clínica já estar bem implementada, em Portugal e no Brasil, ainda é incipiente no cotidiano dos enfermeiros. No Brasil, o ensino da supervisão clínica no Estágio Curricular Supervisionado encontra algumas dificuldades para a sua efetivação na prática, principalmente, a falta de clareza do papel do enfermeiro supervisor e dificuldades de regulação dos campos de prática clínica<sup>(7)</sup>.

O Modelo *SafeCare* tem como finalidade contribuir para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados de Enfermagem. Esse modelo desenvolveu-se a partir de uma pesquisa, tendo por base as necessidades dos enfermeiros e a importância de adequar a supervisão clínica em Enfermagem ao contexto de cuidados. De igual forma, o modelo contribui para responder às necessidades impostas pelos sistemas de qualidade, como indicado formalmente por organizações como a Organização Mundial de Saúde, o *International Council of Nurses* e a Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Apresenta, como vantagens, a flexibilidade e a aplicabilidade em diversos contextos assistenciais, uma vez que tem como foco central as necessidades e os interesses sentidos pelos enfermeiros do contexto específico. Atualmente, assenta-se em quatro eixos estruturantes: contexto (referente ao conjunto de elementos e circunstâncias em que o cuidado é desenvolvido e prestado); cuidados de Enfermagem (enfoca no relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e o paciente ou entre o enfermeiro e um grupo de pacientes); desenvolvimento profissional (refere-se à necessidade de o enfermeiro desenvolver formação permanente ao longo de sua atividade profissional) e supervisão (baseia-se no conceito defendido pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses supramencionada). Esse modelo compreende quatro etapas explicitadas nos métodos. A eficácia da implementação do modelo é tanto maior quanto a qualidade da relação que se estabelece entre os seus eixos<sup>(11)</sup>.

Dado que existe ainda um corpo limitado de pesquisas sobre a avaliação dos efeitos da supervisão clínica de enfermeiros, nomeadamente no desenvolvimento de competências profissionais, acrescido do

fato de que a prática baseada em evidência se apresenta como uma mais valia para a qualidade assistencial dos cuidados e que os enfermeiros manifestam dificuldades para a sua incorporação na prática, esta pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros.

## Métodos

Trata-se de pesquisa do tipo investigação-ação e centra-se nos dados quantitativos e qualitativos relativos à variável: competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros. Adotou-se o método misto caracterizado pela triangulação concomitante dos dados (quantitativos/qualitativos)<sup>(12)</sup>.

A opção por esta estratégia metodológica teve como objetivo a maior integração e complementaridade de dados em análise, permitindo uma interpretação (divergência e convergência) e a integração de resultados que permitisse a análise da influência do Modelo *SafeCare* no contexto e no desenvolvimento das competências em prática baseada em evidência dos enfermeiros envolvidos. A complementaridade que a triangulação de dados permite é relevante no sentido de compensar possíveis fragilidades dos dados em análise<sup>(13)</sup>. A pesquisa foi realizada no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental de um centro hospitalar do norte de Portugal, no Porto.

Na fase quantitativa, foram considerados como critérios de inclusão os enfermeiros do contexto que participaram em todas as etapas da implementação do modelo, tendo preenchido o instrumento na etapa 1 e etapa 4. Assim, fizeram parte da amostra todos os enfermeiros (n=13) que exerciam funções no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do centro hospitalar e que participaram da implementação do modelo em todas as suas etapas, tratando-se, portanto, de uma amostra por conveniência.

O instrumento de coleta de dados foi constituído: 1) pela caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (idade, gênero, tempo de

exercício profissional, situação jurídica de emprego, habilitações académicas e profissionais, formação em supervisão clínica) e 2) pelo Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências (QECPBE-20).

O QECPBE-20 foi traduzido e validado para a população portuguesa<sup>(13)</sup>. É constituído por 20 itens e três subescalas: Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências. O primeiro componente avalia as *Práticas* e recorre a uma escala tipo Likert, de seis itens, que varia do um (nunca) ao sete (frequentemente). O segundo componente avalia as *Atitudes*, por meio do posicionamento de proximidade adotado para cada par de questões, em um total de três itens. O terceiro componente avalia os *Conhecimentos/Habilidades e Competências*, por meio de uma escala tipo Likert de 11 itens, que oscila entre um (pior) e sete (melhor). Na sua versão original, esse questionário apresenta um alfa de Cronbach para as dimensões: Práticas ( $\alpha=0,85$ ); Atitudes ( $\alpha=0,79$ ); Conhecimentos/Habilidades e Competências ( $\alpha=0,91$ ) e tem consistência interna global de  $\alpha=0,87$ .

Na fase qualitativa, foram selecionados enfermeiros que tinham participado da implementação do modelo em todas as etapas, seja como enfermeiros supervisores, enfermeiros supervisionados ou enfermeiros gestores. Participaram 11 enfermeiros, número que já permitiu a repetição (saturação) dos dados, sendo quatro enfermeiros supervisores clínicos, quatro enfermeiros supervisionados e três enfermeiros gestores do contexto.

Para a entrevista semiestruturada, foi elaborado um guia composto por duas partes: 1) caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e 2) conjunto de questões que tinha como objetivo identificar as percepções dos enfermeiros sobre as alterações introduzidas no contexto após a implementação do Modelo *SafeCare* e o nível das competências de prática baseada em evidência na equipe.

Foi feito um pré-teste do guia com quatro enfermeiros que participaram da pesquisa, não havendo a necessidade de reformulação, além de sua avaliação por um perito externo, que deu parecer favorável ao

guia. O Modelo *SafeCare* assenta-se em quatro etapas, que correspondem ao desenho da pesquisa, e foi implementado e avaliado de abril de 2017 a setembro de 2019.

Na etapa 1 da pesquisa, que decorreu de abril a julho de 2017, foram entregues dois exemplares do QCEPBE-20 aos participantes para preenchimento nesta e na última etapa. Cada questionário continha um código aleatório. Na etapa 2, identificaram-se as necessidades em supervisão clínica por meio da realização de reuniões com enfermeiros, enfermeiros gestores e investigadores. A etapa 3 contemplou a implementação do Modelo *SafeCare*. Foram selecionados os supervisores clínicos e constituídas cinco equipas de supervisão. As reuniões, com duração de duas horas, realizaram-se de setembro de 2017 a novembro de 2018. Foi dada formação sobre a supervisão clínica a toda a equipa. A etapa 4, que ocorreu de janeiro a março de 2019, consistiu na avaliação da implementação do modelo, com o preenchimento do mesmo questionário aplicado na etapa 1.

As entrevistas semiestruturadas com enfermeiros supervisores clínicos, enfermeiros supervisionados e enfermeiros gestores (n=11) foram realizadas de abril a setembro de 2019 após consentimento, de forma presencial, em local próprio, de acordo com a disponibilidade e o horário escolhido por cada um dos participantes, sendo gravadas e posteriormente transcritas. A duração média das entrevistas foi de 30 a 45 minutos.

O tratamento estatístico dos dados coletados foi realizado com recurso do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24.0, recorrendo-se à estatística descritiva e não paramétrica devido ao tamanho da amostra (n=13). Foram calculados os valores de mediana e amplitude interquartil (AIQ) para as duas etapas do modelo (1 e 4) e para cada uma das dimensões e escore total da escala QCEPBE-20. Os valores de prova foram obtidos por meio da aplicação do teste de Wilcoxon.

Na parte qualitativa dos dados, foi realizada a Análise de Conteúdo<sup>(14)</sup>, com recurso do *software* NVi-

vo 12, composta pelas fases: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento, inferência e interpretação dos resultados. Esta análise foi efetuada pela autora principal e revista por dois investigadores, coautores do artigo, com experiência, e efetuada de forma separada por cada investigador. As categorias de análise foram construídas pelos investigadores em consenso.

O material empírico obtido nas entrevistas foi alvo de exploração e análise, considerando-se os critérios de representatividade, homogeneidade, reclassificação e agregação dos elementos do conjunto, e foram elaboradas quatro categorias temáticas e suas respectivas subcategorias, apresentando-as nos resultados.

A representação dos participantes foi efetuada de forma aleatória pela letra E, que representa o enfermeiro supervisionado; por ESC, que representa o enfermeiro supervisor clínico e por EG, que representa o enfermeiro gestor e todas seguidas por ordem numérica de participação (E1 a E4, ESC1 a ESC4 e EG1 a EG3).

Foram asseguradas todas as autorizações necessárias, nomeadamente da Comissão de Ética do centro hospitalar (CE 335/2016), além do consentimento informado e a participação voluntária dos participantes.

## Resultados

13 enfermeiros responderam ao questionário na etapa 1 e repetiram na etapa 4. A maioria dos participantes era do género feminino (n=8; 61,5%); com média de idade de 39,8 anos; tempo médio de exercício profissional de 16,6 anos. Dois enfermeiros (15,4%) tinham feito só a graduação em Enfermagem; oito tinham uma pós-graduação em Enfermagem (61,5%); três enfermeiros (23,1%) possuíam mestrado e a grande maioria não possuía formação em supervisão clínica (n=10; 84,6%).

Dado o carácter longitudinal da pesquisa, o número reduzido de participantes deveu-se ao fato de

ter ocorrido *turnover* de enfermeiros no decorrer da pesquisa, bem como ausências prolongadas (atestados e licenças de parentalidade) e desistências. Na Tabela 1, são apresentados os valores obtidos para cada uma das dimensões e o escore total do QECPBE-20 na etapa 1 e etapa 4 de implementação do Modelo *SafeCare*.

**Tabela 1** – Valores de mediana relativamente às competências de prática baseada na evidência nos enfermeiros nas etapas 1 e 4 do Modelo *SafeCare*. Porto, Portugal, 2017-2019

Subescalas	Etapa 1	Etapa 4	*p
	Mediana (AIQ)	Mediana (AIQ)	
Práticas	4,67 (3,83)	4,42 (1,75)	0,894
Atitudes	5,83 (1,83)	5,83 (1,12)	0,788
Conhecimentos	5,00 (1,43)	5,09 (1,91)	0,433
Total	4,92 (0,83)	4,80 (1,38)	1,000

\*p<0,050; AIQ: Amplitude interquartis

Ao comparar os escores da mediana, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, pois os valores de prova foram superiores a 0,05, quer para o total da escala, quer para cada uma das subescalas – Práticas, Atitudes e Conhecimentos/Habilidades e Competências. Assim, a amostra é pequena, o que pode estar relacionado com esses resultados. O escore mediano total da QECPBE-20 diminuiu da etapa 1 para a etapa 4. O mesmo acontece com o escore da subescala *Práticas*. Para a subescala *Atitudes*, o escore mediano não sofreu alterações entre as duas etapas. Para a subescala de *Conhecimentos/Habilidades e Competências*, o escore mediano aumentou da etapa 1 para a etapa 4. Posto isto, torna-se importante analisar estes dados em conjunto com os das entrevistas.

Da análise efetuada no material empírico obtido nas entrevistas, emergiram quatro categorias temáticas: 1) Avaliação global da experiência; 2) Influência do modelo no contexto; 3) Influência do modelo nas competências de prática baseada em evidência; 4) Sugestões para a continuidade.

Na avaliação global da experiência, a maioria dos participantes considerou-a positiva e importante

para o contexto assistencial. Identificaram-se como fatores facilitadores: o apoio por parte do enfermeiro supervisor clínico; a motivação individual de alguns membros da equipe; o apoio do grupo de pares e da chefia: *Mostrar, à equipe, que era importante para nós isto... que as coisas seriam também importantes para os pacientes, mostrar-lhes que isto os ajudaria a melhorar a nossa prática* (ESC1). *Ninguém se vai motivar pela renda ou pela carreira, isto tem que ser o grupo por dentro, temos que ser nós, com os supervisores ou a chefia, a arranjar aqui uma forma de conseguir...* (ESC4). *O que eu acho que contribuiu mais para a evolução do processo em si foi a chefia* (E3). *...foi muito positivo para os profissionais que se sentiram acompanhados...* (EG1).

Como fatores limitadores, foram identificados fatores de ordem pessoal (desmotivação, resistência à mudança e desconhecimento da supervisão clínica), como explicitado nas falas a seguir: *Eu já fiz aqui formações para vinte e tal pessoas e já vi pessoas fazerem formação em que apareceram os do turno. Essa desmotivação nota-se, também, fruto da fase da Enfermagem que estamos a viver. ...é só pela motivação individual* (ESC3). *Eu acho que há sempre colegas alérgicos à mudança e que é sempre difícil de fazer mudar, de fazer com que vejam as coisas de outra forma...* (ESC1). *...era algo de novo para mim, o conceito de supervisão, porque eu sempre associei a supervisão aos nossos supervisores hospitalares* (E4).

Em nível organizacional, os participantes saíram o tempo, a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos humanos e o ambiente como fatores que limitaram a disponibilidade para as sessões de supervisão: *As dificuldades, eu acho que é mais conseguires tempo, ter pessoal para conseguir fazer as coisas bem feitas e, depois, todo o ambiente em si, às vezes, não é tão favorável assim* (E1). *As dificuldades aconteceram, ocorreram, nomeadamente, no que diz respeito a recursos humanos, com pontuais ausências não programadas* (EG2).

Sobre a influência do modelo no contexto, os enfermeiros identificaram influência neles mesmos, nos pacientes e no serviço. Para os profissionais de saúde, destacaram-se uma maior responsabilização e o desenvolvimento profissional, como também o desenvolvimento pessoal: *Por exemplo, comigo, despertou-me mais o interesse em querer saber, inscrevi-me no mestrado, agora, penso no doutoramento e isso traz novos conhecimentos para o servi-*

ço, não é? Porque aquilo que aprendemos, trazemos cá para o serviço (E3). Consegui focar-me mais naquilo que realmente pretendo, consegui ficar ou tornar-me um pouco mais disciplinado e cultivei um pouco mais a perseverança (E4). Alguns descreveram ainda que sentiram os elementos da equipe mais motivados, com mudanças ao nível do relacionamento da equipe, principalmente, ao nível da comunicação, coesão e resolução de conflitos: Houve mais mudança, notou-se as pessoas um bocadinho mais motivadas (E1). Comunicamos mais e vemos mais a opinião do outro (ESC1). ...ajudou nos conflitos existentes (E4).

Para o paciente, destacou-se a melhoria na segurança e na qualidade de cuidados prestados na assistência: Ao termos noção do que existe na evidência, do que existe em termos de conhecimentos mais atuais, mais apropriados a cada intervenção, vamos prestar melhores cuidados inevitavelmente, quer para o doente quer para a família (ESC2).

No serviço, os entrevistados destacaram a reestruturação e a melhoria na organização: Fruto da supervisão que fizemos, houve alterações óbvias na forma de trabalhar. Essa parte da separação de áreas foi útil e demos os primeiros passos aqui no contexto de supervisão (ESC4). Também para o serviço em si, para a orientação, para o acompanhamento, para a melhoria de normas e procedimentos e para uma consciencialização dos cuidados (EG1).

Relativamente à influência do modelo no desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência, os enfermeiros entrevistados revelaram que reconheceram a importância e da sua incorporação na prática clínica, exemplificado na fala a seguir: Isso [da prática baseada em evidência] acho que me chamou um bocadinho mais a atenção, ou seja, da importância desse tipo de pesquisa, de saber, da pessoa tentar sempre saber mais e que isso é importante para a pessoa conseguir também prestar melhores cuidados. Acho que a equipe ficou mais rica nesse aspecto (E1).

Por outro lado, permitiu-lhes a consciencialização das barreiras existentes no contexto e de estratégias para superá-las: O fato de termos tido formação não só na área da prática baseada em evidência, mas também noutras, enriquece-nos imenso e ajuda-nos depois a adquirir estratégias em vários sítios para ultrapassar as barreiras (E2).

Outro aspecto destacado consistiu nos enfermeiros verbalizarem que foi importante refletir sobre a prática no processo de supervisão clínica. Isto por-

que, para a implementação da prática baseada em evidência, importa questionar a prática de forma a não permanecerem na rotina do dia a dia e sustentarem as intervenções pautadas na busca de evidências. Reforçaram o fato de terem um espaço e um “tempo” para pararem e refletirem sobre as necessidades e demandas assistenciais, que também permitiu o despertar de uma maior curiosidade em saber mais para melhorar a prestação de cuidados. Reconheceram ainda que a implementação das melhores evidências na prática deverá ser algo sustentado no tempo e que exige a adoção de estratégias adequadas ao contexto e às características da equipe: Houve vantagens e foi positivo porque levou as pessoas a refletir (EG2). Acho que também despertou muito, nos profissionais, um bocado do “querer saber mais” e procura (E3). Uma coisa que eu gostaria de fazer no futuro ...era manter as tais reuniões e, então, vemos sobre este tema o que é que diz a evidência (ESC4).

As sugestões para a continuidade das atividades de supervisão clínica foram agrupadas em estruturais, ou seja, do próprio modelo, e organizacionais, isto é, da organização e serviço. Relativamente às estruturais, os participantes referiram a necessidade de continuidade da realização das sessões de supervisão: Nós podemos continuar ...a ter um local e uma hora onde nós pudéssemos juntar todos e realmente parar, pensar naquilo que está mal, naquilo que está bem e então continuar. Não ter só aquelas reuniões de cariz obrigatório (E4). Para além da continuidade, referiram que a duração da implementação deveria ser mais prolongada. Em termos de condições organizacionais para a continuidade, sugeriram que o tempo é essencial: A melhorar seria a gestão do tempo... (ESC4). ...mais tempo para trabalhar em grupo (ESC2).

No referente ao tempo, sugeriram como sendo importante o serviço ter uma cultura de formação e de supervisão: As pessoas acho que chegaram a uma altura em que realmente aderiram, acho que seria bom se continuássemos a ter esta “cultura” [de supervisão clínica]... (E4).

Os participantes referiram ainda que seria importante terem o apoio da chefia, mas também de uma pessoa com formação especializada em supervisão clínica em Enfermagem, pois referiram que seria útil

para continuar a dar o impulso que a equipe precisa: *...Precisamos, inevitavelmente, de ter alguém que nos dê aquele impulso, apesar de já termos adquirido estratégias e a curiosidade aumentou (E2). ...também acho que a enfermeira-chefe que devia continuar a motivar-nos... (E3). ...acho que, neste momento, há elementos dentro do próprio serviço e nos diferentes sítios, que eles próprios conseguiam com alguma supervisão e com algum acompanhamento externo, conseguiam continuar (EG2).*

## Discussão

O modelo teve por base as necessidades dos enfermeiros e a importância de adequar a supervisão clínica ao contexto assistencial. Assim, a amostra, o tipo de amostragem e o fato de a implementação ter sido realizada em um contexto assistencial específico foram considerados como limitações. Futuras pesquisas deverão ser desenvolvidas sobre esta temática em outros contextos de intervenção e com uma amostra maior de participantes.

Este estudo apresenta contributos para a prática clínica, a investigação e a educação em Enfermagem, pois são escassos os estudos que relacionam a implementação de um modelo de supervisão clínica como um suporte formal para o desenvolvimento de competências profissionais de prática baseada em evidência. Globalmente, os enfermeiros verbalizam um impacto positivo da implementação do Modelo *SafeCare* para o desenvolvimento destas competências profissionais.

As barreiras para a implementação da prática baseada em evidência descritas na literatura são agrupadas em quatro níveis: Organizacional (apoio insuficiente por parte da gestão; falta de cultura organizacional que valorize essas práticas; falta de recursos materiais); Liderança e Gestão (falta de envolvimento e apoio à equipe); Profissional (falta de conhecimentos e habilidades; atitudes negativas; falta de tempo); Evidência (elevada quantidade de informação disponível; pesquisas de elevada qualidade de difícil acesso)<sup>(15)</sup>. Por outro lado, existem fatores facilitadores à adoção e implementação da prática baseada em evidência, nomeadamente, os conhecimentos e habilida-

des; uma atitude favorável à prática baseada em evidência e à sua implementação; uma cultura de suporte que providencie recursos e ferramentas e a existência de supervisores ou líderes clínicos<sup>(1-2,15)</sup>.

Os enfermeiros, após a supervisão clínica, referem reconhecimento da importância da prática baseada na evidência e da sua incorporação na prática, bem como das barreiras existentes, valorizando o suporte formal induzido pela supervisão e a reflexão sobre a prática, promovendo fatores facilitadores descritos na literatura. Em uma perspectiva de melhoria contínua, a implementação do Modelo *SafeCare* permite que os intervenientes do contexto percepcionem as barreiras existentes na organização onde atuam. Por outro lado, este instrumento é de autoquestionário pelo que, após a implementação do Modelo *SafeCare*, os enfermeiros têm uma percepção diferente do desenvolvimento dessa competência e da implementação da prática baseada em evidência no contexto, nomeadamente, das barreiras existentes<sup>(5)</sup>, algo descrito na literatura e verbalizado nas entrevistas.

Outro achado relevante é a importância atribuída às sessões de supervisão e à reflexão sobre a prática. Este aspecto é crucial tendo em conta que o questionário reflexivo é denominado de etapa zero do processo de prática baseada em evidência<sup>(4,16)</sup>. Sem o “questionar” da prática, não é possível a identificação de lacunas a serem superadas. Existem outras estratégias que são também promotoras do pensamento crítico e do questionamento da equipe, ou seja, o suporte e a motivação/desafio da equipe<sup>(10,17)</sup>.

A educação e a formação continuada parecem ser um fator facilitador do desenvolvimento da competência de prática baseada em evidência no enfermeiro e da implementação da prática baseada em evidência dentro da estrutura hospitalar, sendo que a implementação do modelo valorizou esse componente formativo nas sessões de supervisão<sup>(2,4,18)</sup>. A colaboração entre docentes, pesquisadores e enfermeiros assistenciais também é verbalizada como sendo um suporte importante, valorizado pelos enfermeiros do contexto assistencial e que é considerado um fator facilitador para a incorporação da prática baseada

em evidência e o desenvolvimento profissional desta competência<sup>(3-4,15)</sup>

As barreiras mencionadas pela equipe e relacionadas à dimensão estratégica consistem na falta de recursos, limitações com o tempo disponível para a realização das sessões de supervisão, no *turnover* da equipe e na sobrecarga de trabalho e vão ao encontro da literatura existente<sup>(17)</sup>. Assim, previamente à implementação de um modelo de supervisão clínica, deverão ser contemplados estes aspectos.

A cultura organizacional é também mencionada como barreira à implementação de intervenções que promovam a translação do conhecimento para a prática. De fato, a cultura organizacional pode ser um elemento facilitador ou uma barreira para a mudança e inovação. Por isso, é crucial a promoção de um clima organizacional potenciador da prontidão para a mudança, tanto dos profissionais quanto do ambiente e do contexto<sup>(15,17)</sup>.

A formação de supervisores clínicos, considerados enfermeiros experientes com competências de prática baseada em evidência e que implementam estratégias visando à superação de barreiras e à mudança de comportamentos ao nível da organização e dos profissionais<sup>(2)</sup>, permitiu que o contexto valorizasse as sugestões para a continuidade, a manutenção das sessões de supervisão clínica, a colaboração entre equipe, docentes e pesquisadores, bem como a realização de encontros para promover a partilha de conhecimento novo baseado em evidência. Esta pesquisa constitui o primeiro passo na investigação da relação entre a supervisão clínica em Enfermagem e o desenvolvimento de competências profissionais de prática baseada em evidência e da sua implementação no contexto assistencial, pois é um estudo relevante para a prática de cuidados de Enfermagem.

## Conclusão

A pesquisa permitiu avaliar o impacto da implementação do Modelo *SafeCare* nas competências de prática baseada em evidência dos enfermeiros. Apesar de não se terem identificado diferenças esta-

tisticamente significativas nos resultados obtidos pela aplicação do Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada em Evidências, pelo baixo número de participantes, não se pode desconsiderar que o Modelo *SafeCare*, adaptado às necessidades do contexto, aos seus intervenientes e às características da organização, foi percebido pelos enfermeiros como facilitador da supervisão clínica e deu suporte para o desenvolvimento de competências de prática baseada em evidência pelos enfermeiros.

## Colaborações

Teixeira AIC contribuiu para a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Teixeira LOLSM contribuiu na redação do artigo. Pereira RPG e Püschel VAA contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Barroso C e Carvalho ALRF contribuíram na revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Zellefrow C, Tucker S, Thomas B, Sinnott LT, et al. The first U.S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2018; 15(1):16-25. doi: <https://doi.org/10.1111/wvn.12269>
2. Gorsuch P, Gallagher-Ford L, Thomas B, Melnyk BM, Connor L. Impact of a formal educational skill-building program based on the ARCC model to enhance evidence-based practice competency in nurse teams. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2020; 17(4):258-68. doi: <http://doi.org/10.1111/wvn.12463>
3. Püschel VAA, Lockwood C. Translating knowledge: Joanna Briggs Institute's expertise [editorial]. *Rev Esc Enferm USP.* 2018; 52:e03344. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018ed0103344>
4. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. Competences and barriers for the evidence-based practice

- in nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(4):2030-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0617>
5. Saudners H, Vehviläinen-Julkunen K. Key considerations for selecting instruments when evaluating healthcare professionals' evidence-based practice competencies: a discussion paper. *J Adv Nurs.* 2018; 74(10):2301-11. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13802>
  6. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento da Competência Acrescida Diferenciada e Avançada em Supervisão Clínica. Regulamento nº 366/2018 [Internet]. 2018 [cited Mar 20, 2021]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/115504842>
  7. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Clinical supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the Supervised Curricular Internship in Nursing Education. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(6):1730-5. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
  8. Cutcliffe JR, Sloaw G, Bashaw M. A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *Int J Ment Health Nurs.* 2018; 27(5):1344-63. doi: <https://doi.org/10.1111/inm.12443>
  9. Polock A, Campbell P, Deery R, Fleming M, Rankin J, Sloan G, et al. A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *J Adv Nurs.* 2017; 73(8):1825-37. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13253>
  10. Carvalho ALRF. Clinical supervision in nursing – strategy for knowledge and quality of care [editorial]. *Rev Rene.* 2017; 18(3):291. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300001>
  11. Carvalho AL, Barroso C, Pereira M, Teixeira A, Pinho F, Osório M. Implementação de um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem-Manual Prático Modelo Safecare. Porto: Uniarte gráfica, S. A; 2019.
  12. Creswell JW, Plano Clark VL. Pesquisa de métodos mistos. Porto Alegre: Penso; 2013.
  13. Pereira RP, Guerra AC, Cardoso MJ, Santos AT, Figueiredo MC, Carneiro AV. Validation of the Portuguese version of the evidence-based practice questionnaire. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2015; 23(2):345-51. doi: <http://doi.org/10.1590/0104-1169.0367.2561>
  14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2016.
  15. World Health Organization. Facilitating evidence-based practice in nursing and midwifery in the WHO European Region [Internet]. 2017 [cited Mar 20, 2021]. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/348020/WH06\\_EBP\\_report\\_complete.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348020/WH06_EBP_report_complete.pdf)
  16. Melnyk BM, Gallagher-Ford L, Fineout-Overholt E. Implementing the Evidence-Based Practice (EBP) competencies in healthcare: a practical guide for improving quality, safety, and outcomes. Indianapolis: Sigma Theta Tau International; 2017.
  17. Buus N, Lynch L, Gonge H. Developing and implementing 'meta-supervision' for mental health nursing staff supervisees: opportunities and challenges. *Cogn Behav Ther.* 2016; 9:E22. doi: <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000434>
  18. Yanni W, Alison B, Chunlan Z, Jiexia O, Yanfang W, Siqi W. Do educational interventions aimed at nurses to support the implementation of evidence-based practice improve patient outcomes? A systematic review. *Nurs Educ Today.* 2018; 70:109-14. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.026>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons