

ARTIGO ORIGINAL

SUPERVISÃO CLÍNICA: UM CONTRIBUTO NA MELHORIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


CLINICAL SUPERVISION: A CONTRIBUTION TO IMPROVING QUALITY INDICATORS IN NURSING CARE

HIGHLIGHTS

1. O envolvimento em projetos da prática dos cuidados é diferenciador.
2. A supervisão clínica influencia os indicadores de qualidade.
3. A supervisão clínica dirigida aos saberes influencia comportamentos e atitudes.
4. A supervisão clínica contribui efetivamente para uma prática reflexiva.

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio¹ 

António Luís Rodrigues Faria de Carvalho² 

Cristina Maria Correia Barroso Pinto² 

ABSTRACT

Objective: to compare indices and indicators of the quality of nursing care in inpatient, medical and surgical services when clinical supervision is implemented. **Method:** an observational, retrospective study with a quantitative approach and simple random sampling of audit records related to the quality of nursing care (n=719). The research took place between August 2020 and August 2022, in two private hospitals in the Lisbon region, Portugal, where audits related to the quality of nursing care were carried out, and clinical supervision was implemented in one of the hospitals. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** analysis of the records when comparing the hospitals and services showed an increase in the desired and adequate quality scores (≤ 5 and ≤ 4) in the services of the hospital where clinical supervision was implemented. **Conclusion:** Clinical supervision allows teams to be strategically monitored in the practice of care, increasing quality indices and indicators with a direct impact on the patient.

DESCRIPTORS: Quality Indicators, Health Care; Nursing Audit; Nursing, Supervisory; Nursing Care; Outcome Assessment.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB. Clinical supervision: a contribution to improving quality indicators in nursing care. Cogitare Enferm. [Internet]. 2023 [cited "insert year, month and day"]; 28. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92940>.

¹Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

²Escola Superior de Enfermagem do Porto, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde do Porto, Porto, Portugal.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem surge pela procura constante de processos sistemáticos e estruturados orientados pelo rigor e evidência na obtenção de indicadores decorrentes da prática com impacto no paciente e a expectativa de qualidade. No sentido da criação de valor das melhores práticas de enfermagem é estratégico o foco para a mudança de comportamentos e práticas dos profissionais baseados no desenvolvimento de competências das equipes e no compromisso organizacional.

Um dos modelos mais usuais para a mudança de práticas se baseia no ciclo de *Deming*, definido por quatro etapas em constante interação: identificação e priorização; implementação de ações contextualizadas; monitorização; e avaliação de resultados evidenciada pelo cumprimento de conformidades com padrões centrados na qualidade e segurança do paciente¹.

Contudo, para ocorrer a mudança das práticas dos cuidados, a gestão da qualidade deverá estar centrada no paciente e no controle do processo. Uma das ferramentas de controle na evidência de conformidades de melhoria contínua são as auditorias, ao permitirem planejar, monitorizar e avaliar ações de melhoria, conforme os objetivos e necessidades diagnosticadas por meio de evidências de conformidades²⁻⁵. A sua aplicabilidade se torna, assim, um processo explícito de reflexão sobre o planeamento, métrica e indicadores na transformação, manutenção e melhoria da qualidade assistencial⁶⁻⁸.

Porém, para atender a novas demandas relacionadas com a mudança das práticas com impacto nos pacientes, que vão para além do cumprimento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, integrou-se a prática da supervisão clínica como estratégia facilitadora, dinâmica e colaborativa entre pares⁹⁻¹⁰.

Numa perspectiva de eficiência e apoio integral das equipes, a supervisão, com ganho de aprendizagens e competências interpessoais, emocionais e profissionais, orientando para o entendimento das intervenções de enfermagem, da avaliação e do reconhecimento das práticas inseridas num contexto institucional⁹⁻¹¹.

Segundo a teoria de *Proctor*, a intervenção formativa, normativa e restaurativa da supervisão é benéfica para a melhoria da qualidade dos cuidados, e facilita a construção da identidade profissional¹². Por meio da vertente formativa, adquire o comportamento para uma prática reflexiva com ganho de novas aprendizagens, pela vertente normativa, orienta-se para procedimentos e padrões de qualidade, e, pela vertente restaurativa, potenciam-se as relações interpessoais, estratégias de *coping* e pensamento crítico na consciencialização e autoaperfeiçoamento de competências.

Este processo de transformação do pensar e do agir induz ao treino contínuo e reflexivo entre pares, para aprendizagens, partilha de saberes e tomada de decisão estruturada, essencial à integração, orientação e construção da prática conforme padrões, contextos e necessidades¹²⁻¹³. Contudo, a eficiência da supervisão na qualidade dos cuidados depende da interação entre supervisores e supervisados, do contexto e das competências entre pares, possibilitando dar significado e valor à operacionalização das ações de melhoria e mudanças de práticas¹⁴⁻¹⁶.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde considerou estratégico reduzir a variabilidade da prática clínica e aumentar a adesão a normas de orientação para a qualidade clínica e segurança do paciente. Simultaneamente, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses definiu padrões de qualidade de enfermagem considerando quatro dimensões: prevenção de complicações; conforto e bem-estar ao autocuidado; readaptação funcional; e organização dos cuidados, reforçando a necessidade de uma prática profissional reflexiva pelo ganho de competências.

Neste sentido, e com visão de liderança organizacional orientada para a qualidade clínica e segurança do paciente, um grupo de saúde privado da região de Lisboa, Portugal, constituído por nove hospitais de assistência a pacientes de especialidade médico — cirúrgica, promoveu uma cultura diferenciadora e de melhoria contínua, ao integrar a realização de auditorias em todas as suas unidades no seu modelo de gestão da qualidade no cumprimento de padrões de qualidade nacionais e internacionais de referência.

O processo de auditorias teve por base os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e o modelo de Haddad¹⁷ que, por meio da aplicação de uma grelha de quatro dimensões e cinquenta e um itens, classifica a qualidade dos cuidados em: qualidade desejada (QD)($\geq 90\%$ e $< 100\%$); qualidade adequada (QA)($\geq 81\%$ e $< 90\%$); qualidade segura (QS)($= 80\%$); qualidade mínima (QM)($\geq 71\%$ e $< 80\%$); e qualidade não adequada (QNA)($< 70\%$), possibilitando o apuramento de índices e indicadores de qualidade.

Assim, ao analisar os resultados dos registos das auditorias em uso, constatou-se a evidência de índices e indicadores de QM ou QNA com impacto direto no paciente, devendo, por isso, serem consideradas estratégias de melhoria no cumprimento de conformidades e no cumprimento dos padrões de qualidade definidos. Por estas razões, tal como mostra a investigação, a implementação de modelos de supervisão é uma estratégia que permite a interação dinâmica e colaborativa entre pares para o ganho de competências e com impacto na qualidade dos cuidados, fato que nos conduziu ao objetivo do estudo: comparar índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internação médica e cirúrgica, quando implementada a supervisão clínica.

MÉTODO

Estudo documental, retrospectivo com abordagem quantitativa e amostragem do tipo aleatória simples com registos das grelhas de auditoria relacionados à qualidade dos cuidados de enfermagem a pacientes com taxa de internação superior a vinte e quatro horas do âmbito médico e cirúrgico. A coleta de dados decorreu entre agosto de 2020 e agosto de 2022 nos serviços de medicina e de cirurgia de dois hospitais privados da região de Lisboa, Portugal.

Os hospitais foram denominados de: Hospital A (HA) com 119 leitos; e Hospital B (HB) com 213 leitos, em ambos foram realizadas auditorias mensais relacionadas à qualidade dos cuidados. No HA foi implementada a prática da supervisão das equipas no serviço de cirurgia (HAC) e no serviço de medicina (HAM), e no HB foram apenas realizadas auditorias nos serviços similares (HBC) e (HBM).

Decorrente da amostragem, para o cálculo da dimensão da amostra com intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, foram selecionados 719 registos ($n=719$). A amostra no HA teve 363 registos ($n=363$), dos quais, 217 foram distribuídos no serviço HAC ($n=217$), e 146, no serviço HAM ($n=146$), enquanto no HB, a amostra foi de 356 registos ($n=356$), sendo 183 registos distribuídos no serviço HBC ($n=183$) e 173 ($n=173$) no serviço HBM.

As evidências advindas dos registos das grelhas de auditoria permitiram apurar o nível global de qualidade dos cuidados em valores percentuais por dimensão e por item categorizados por índices e indicadores de qualidade, permitindo a criação de escores em QD ($\geq 90\%$ e $< 100\%$), QA (81% e $< 90\%$), QS ($= 80\%$), QM ($\geq 71\%$ e $< 80\%$) e QNA ($< 70\%$). Como modelo de supervisão, aplicou-se a teoria de Proctor intervindo nas três vertentes.

Foram considerados participantes as equipas de enfermagem no HA com 95 enfermeiros ($n=95$), dos quais, 54 distribuídos no HAC ($n=54$) e 41 no HAM ($n=41$), e no

HB com 67 (n=67), sendo distribuídos 31 no HBC (n=31) e 36 no HBM (n=36). Foram todos os registros das grelhas de auditoria a pacientes com taxa de internação inferior a vinte e quatro horas, e não do âmbito médico ou cirúrgico.

Tratamento estatístico efetuado com o software *SPSS® Statistics*, com recurso da estatística descritiva e inferencial, sendo utilizada ANOVA fatorial entre grupos para analisar a interação da significância da implementação da supervisão, cumprindo os pressupostos de interação para $p\text{-value} \leq 0,05$ para diferenças significativas entre os scores das dimensões e itens por hospital e por serviço. Para a análise da evolução dos scores quanto à homogeneidade ou independência entre a supervisão e os resultados, recorreu-se ao teste de qui-quadrado de *Pearson* com $p\text{-value} \leq 0,05$, e, para a homogeneidade das variâncias e o efeito da categoria sobre as dimensões conforme a comparação múltipla das médias das ordens, o teste de *Kruskal-Wallis*.

Foi considerada variável independente a supervisão, e como variáveis dependentes, as dimensões e itens da grelha de auditoria e as características das equipas. Ou seja, a dimensão e respetivos itens da prevenção de complicações (PC) com (13 itens), conforto e bem-estar ao autocuidado (CB) com (17 itens), readaptação funcional (RF) com (nove itens) e organização dos cuidados (OC) com (12 itens), numa escala de medida com três pontos (sim, não, e não aplicável) (anexo 1). Como características das equipas conforme o tempo de serviço (< cinco anos, > cinco e < a 15 anos, >15 anos), e categoria profissional segundo a classificação de competências e saberes de *Benner* (*enfermeiro iniciado, enfermeiro, enfermeiro sênior e enfermeiro perito*).

Para a efetividade da supervisão, foram identificados como supervisores os enfermeiros com categoria de enfermeiro sênior e perito, e com permanência superior a dez anos na instituição, os quais participaram em ações de formação conforme o modelo e a metodologia de supervisão de *Proctor* — os três vetores.

A pesquisa teve aprovação do comitê de ética (parecer n.º 01/2019) da organização envolvida, e todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre o conteúdo da pesquisa. O termo de consentimento livre e esclarecido foi preenchido e assinado, sendo garantidos a confidencialidade e o anonimato dos participantes pelos investigadores.

RESULTADOS

Considerando as características das equipas de enfermagem dos hospitais do estudo quanto ao tempo de permanência no serviço e à categoria profissional, os resultados mostraram que no serviço de cirurgia, dos 54 enfermeiros do HA, 24 (44,4%) estavam há menos de cinco anos no serviço, 24 (44,4%) estavam no serviço entre cinco e 15 anos, e seis (11,2%), há mais de 16 anos, enquanto no HB, dos 31 enfermeiros, 29 (93,5%) estavam no serviço há menos de cinco anos, e dois (6,5%), há mais de 16 anos.

No serviço de medicina, dos 41 enfermeiros do HA, 21 (51,2%) estavam no serviço há menos de cinco anos, 14 (34,1%), entre cinco e 15 anos, e seis (14,6%), há mais de 16 anos, enquanto no HB, dos 35 enfermeiros, 30 (85,7%) estavam há menos de cinco anos no serviço, três (8,6%), entre cinco e 15 anos, e dois (5,7%), há mais de 16 anos.

Relativamente à categoria profissional no serviço de cirurgia, no HA, dos 54 enfermeiros, seis (11,1%) eram iniciados, 30 (55,5%), enfermeiros, sete (13%), seniores, e 11 (20,4%) peritos, enquanto no HB, dos 31 enfermeiros, três (9,7%) eram iniciados, 11 (35,5%), enfermeiros, 15 (48,4%), seniores, e dois (6,5%), peritos.

No serviço de medicina do HA, dos 41 enfermeiros, três (7,3%) eram iniciados, 26 (63,4%), enfermeiros, cinco (12,2%), seniores, e sete (17,1%), peritos, e no HB, dos 35 enfermeiros, cinco (14,3%) eram iniciados, 15 (42,9%), enfermeiros, 10 (28,6%), seniores e

cinco (14,3%), peritos.

Análise acumulada global e comparativa para os serviços cirúrgicos evidenciou índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem com score de QD ($\bar{x}=4,47$) no HAC, e no HBC, um score de QA ($\bar{x}=3,70$) enquanto nos serviços de medicina foram evidenciados scores de QA respetivamente, HAM ($\bar{x}=3,96$) e HBM ($\bar{x}=3,57$).

Referente à análise por item das diferentes dimensões nos serviços cirúrgicos dos hospitais, verificou-se uma subida do score nas dimensões PC e OC com índices e indicadores de QD ($\bar{x}=4,69$ e $\bar{x}=4,30$), e uma queda para indicadores de QA ($\bar{x}=3,86$ e $\bar{x}=3,81$) no HB.

Para a dimensão CB, mantiveram scores de QD ($\bar{x}=4,62$ e $\bar{x}=4,28$) em ambos os hospitais, já para a dimensão RF, o score foi de QS ($\bar{x}=2,85$) no HB, e de QD ($\bar{x}=4,30$) no HA.

Para os serviços de medicina, verificaram-se em ambos os hospitais uma evolução do score na dimensão PC com índices e indicador de QA ($\bar{x}=3,89$ vs $\bar{x}=3,77$), e para a dimensão CB de QD ($\bar{x}=4,50$ vs $\bar{x}=4,19$) respetivamente.

Para a dimensão RF, o score foi de QA ($\bar{x}=3,16$) no HA, e no HB de QS ($\bar{x}=2,61$), por último, a dimensão OC no HA o score foi de QD ($\bar{x}=4,28$), e de QA ($\bar{x}=3,73$) no HB.

Relativamente à significância da evolução do score da qualidade dos cuidados quando comparados os itens e as suas interações (Tabela 1), verificou-se nos serviços de cirurgia, quando comparadas diferenças significativas com interações na dimensão PC nos itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, PC11, PC12 e PC13, na dimensão CB nos itens CB2 e CB16, na dimensão RF nos itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF7, RF8 e RF9, e na dimensão OC nos itens OC6, OC7 e OC10.

Enquanto, nos serviços de medicina, quando comparados, ocorreram interações na dimensão PC, item PC7, na dimensão CB nos itens CB5 e CB14, na dimensão RF nos itens RF2, RF3, RF5, RF6 e RF8, e na dimensão OC nos itens OC5, OC6 e OC7 (Tabela 1).

Tabela 1 – Evolução dos scores de qualidade por dimensão e itens nos serviços de cirurgia e medicina dos hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022.

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia			Serviços de Medicina		
	‡ \bar{x}	§F	†† p-value	‡ \bar{x}	§F	†† p-value
PC1	14,40	10,00	0,00			
PC3	40,00	23,35	0,00			
PC4	1,22	4,41	0,04			
PC7	38,02	21,45	0,00	30,62	14,41	0,00
PC9	25,60	13,15	0,00			
PC11	4,23	5,15	0,03			
PC12	14,40	10,13	0,00			
PC13	5,62	4,67	0,04			
CB2	5,62	6,73	0,01			
CB5				4,90	6,60	0,01
CB14				4,22	5,59	0,02
CB16	90,00	51,51	0,00			
RF2	34,22	16,15	0,00	11,02	4,09	0,05

RF3	8,10	7,16	0,01	28,90	18,00	0,00
RF4	14,40	4,41	0,04			
RF5	27,22	12,97	0,00	16,90	6,12	0,02
RF6				13,22	7,67	0,01
RF7	62,50	27,42	0,00			
RF8	18,22	9,60	0,00	18,22	8,17	0,01
RF9	67,60	38,92	0,00			
OC5				1,22	4,41	0,04
OC6	21,02	9,19	0,00	27,22	12,50	0,00
OC7	48,40	29,10	0,00	38,02	20,96	0,00
OC10	15,62	7,06	0,01			

Nota: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB), Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC). ‡ média, §ANOVA fatorial entre grupos. †† p-value ≤ 0,05.

Fonte: Os autores (2022).

Conforme o teste de qui-quadrado de *Pearson* para a independência da evolução dos scores por dimensão e item dos hospitais em ambos os serviços, quando comparados, os resultados demonstraram serem dependentes quando da implementação da supervisão.

Nos serviços de cirurgia existiu dependência na dimensão PC nos itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, na dimensão CB nos itens CB3, CB10, CB15 e CB16, na dimensão RF nos itens RF2, RF6, RF8 e RF9, e na dimensão OC nos itens OC6, OC7 e OC10.

Nos serviços de medicina, há dependência nos itens PC7, PC8 e PC12 da dimensão PC, nos itens CB3, CB15 e CB16 da dimensão CB, nos itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF6 e RF9 da dimensão RF e nos itens OC1, OC4, OC6 e OC7 da dimensão OC (Tabela 2).

Tabela 2 – Dependência dos índices e indicador de qualidade por itens nos serviços de cirurgia e medicina dos Hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia					Serviços de Medicina				
	‡HA		§HB		†† p-value	‡HA		§HB		†† p-value
	‡‡IQ(%)		§§			‡‡IP(%)		§§		
	§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM		§§ QNA	††† QM	§§ QNA	††† QM	
PC1			7,5	10,0	0,02					
PC3	2,5		15,0	15,0	0,00					
PC4				2,5	0,05					
PC7	2,5	2,5	17,5	15,0	0,00		2,5	22,5	7,5	0,00
PC8						12,5				0,00
PC9	2,5		15,0	7,5	0,01					
PC12						7,5		10,0		0,04
CB3	5,0		20,0		0,02	2,5		27,5		0,00
CB10	7,5		20,0		0,00					
CB15	7,5		35,0		0,00	12,5		40,0		0,00

CB16	2,5	40,0		0,00	12,5	35,0		0,00	
RF2	2,5	20,0	10,0	0,00	7,5	20,0	7,5	0,05	
RF3						12,5	12,5	0,00	
RF4					10	35,0		0,00	
RF5					7,5	37,5		0,00	
RF6	5,0	10,0		0,02	12,5	17,5		0,00	
RF8		17,5		0,01					
RF9		30,0	5,0	0,00	12,5	35,0		0,00	
OC1					15,0	40,0		0,01	
OC4						12,5		0,05	
OC6	5,0	20,0	5,0	0,01	5,0	2,5	17,5	10,0	0,00
OC7		25,0	5,0	0,00	5,0	30,0	7,5	0,00	
OC10	2,5	17,5	2,5	0,04					

Nota: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB), Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC). ‡Hospital A. §Hospital B. †† $p \leq 0,05$ de Teste de qui-quadrado de Pearson. ‡‡ Índices de Qualidade. §§(QNA) qualidade não adequada. †††(QM) qualidade mínima.

Fonte: Os autores (2022).

Quanto ao efeito da supervisão sobre os resultados dos índices e indicadores de qualidade dos itens das diferentes dimensões, este foi avaliado com recurso do teste de *Kruskal-Wallis*, seguido da comparação múltipla de médias das ordens e grupos, considerando-se $p\text{-value} \leq 0.05$ como estatisticamente significativo.

Ao comparar os serviços de cirurgia, verificou-se que a supervisão afetou significativamente todas as dimensões, especificamente, os itens PC1, PC3, PC4, PC7, PC9, PC11 e PC12 na dimensão PC, os itens CB2, CB15 e CB16 na dimensão CB, os itens RF2, RF3, RF4, RF5, RF6, RF7, RF8 e RF9 na dimensão RF e, por último, os itens OC3, OC6, OC7 e OC10 na dimensão OC (Tabela 3).

Nos serviços de medicina, foram afetados os itens PC6 e PC7 na dimensão PC, os itens CB3, CB5, CB14 e CB15 na dimensão CB, os itens RF3, RF5 e RF7 na dimensão RF, e os itens OC1, OC5, OC6 e OC7 na dimensão OC (Tabela 3).

Tabela 3 – Comparação dos índices de qualidade por item e dimensão dos serviços de cirurgia e medicina dos Hospitais A e B (n=719). Lisboa, Portugal, 2022

† Dimensão e Itens	Serviços de Cirurgia		Serviços de Medicina	
	‡KW	§p	‡KW	§p-value
PC1	7,412	0,00		
PC3	13,841	0,00		
PC4	5,556	0,05		
PC6			4,35	0,04
PC7	12,787	0,00	6,38	0,01
PC9	10,685	0,00		
PC11	4,515	0,04		

PC12	7,033	0,01		
CB2	8,184	0,01		
CB3			4,169	0,03
CB5			8,193	0,01
CB14			5,692	0,03
CB15	6,251	0,01	7,151	0,01
CB16	22,442	0,00		
RF2	9,195	0,00		
RF3	5,242	0,02	12,106	0,00
RF4	5,083	0,02		
RF5	11,604	0,00	9,943	0,00
RF6	4,474	0,03		
RF7	18,097	0,00	12,836	0,00
RF8	6,661	0,01		
RF9	17,351	0,00		
OC1			5,81	0,01
OC3	4,517	0,04		
OC5			5,556	0,05
OC6	6,422	0,01	12,163	0,00
OC7	16,024	0,00	12,147	0,00
OC10	3,935	0,056		

Nota: †Prevenção de complicações (PC), Conforto e bem-estar ao autocuidado (CB) Readaptação funcional (RF), Organização dos cuidados (OC), ‡Kruskal-Wallis (KW), §p-value≤0,05 comparação múltipla de médias das ordens.

Fonte: Os autores (2022).

DISCUSSÃO

No processo da qualidade clínica, é essencial evidenciar a qualidade da prática segundo os padrões centrados nos pacientes ao longo do ciclo dos cuidados. Considerando o modelo de auditorias em uso nas unidades do estudo, foi possível evidenciar relações entre as fases do processo do cuidar, sendo identificados pontos fortes e áreas de potencial melhoria a desenvolver, tal como padronizado por instituições de referência.

O modelo de auditoria aplicado permitiu a integração de processos, padrões e valores organizacionais, como apontado no estudo em questão. A existência de modelos de gestão focados nas práticas favorece a integração de processos e padrões, aumentam a autonomia e a corresponsabilização com a partilha de saberes, tendo influência direta ou indireta na qualidade das práticas assistenciais¹⁰.

Globalmente, os resultados das auditorias do estudo evidenciaram índices e indicadores com scores entre a qualidade adequada e desejada, permitindo afirmar que os cuidados prestados ao paciente estão conforme os padrões de qualidade de referência⁴. Contudo, no HA onde foi implementada a supervisão, registraram-se scores superiores aos índices e indicadores de QD e QA, enquanto o HB sem supervisão apresentou um score de QA, demonstrando tal como descrito na literatura, que a implementação de processos supervisivos entre pares promove o desenvolvimento de competências crítico-reflexivas adequadas à prática profissional com repercussões diretas na qualidade dos cuidados prestados com impacto direto no paciente.

Também, a eficácia do processo de supervisão, tal como indicado nas pesquisas,

depende de fatores individuais e organizacionais para a reflexão contínua de melhoria^{9,11,13}. Porém, acrescentam que o envolvimento das equipes em métodos de monitorização e a tomada de decisão desenvolvem o entendimento e o sentimento de pertença na adoção de novos comportamentos pessoais e profissionais¹⁸⁻¹⁹. Consideramos, ainda, as características das equipes de enfermagem para evidenciar diferenças entre hospitais, pois, tal como descrito pelas pesquisas, o tempo de exercício profissional e as competências de equipe comprometem o desempenho^{1,19-21}.

Verificou-se pelos resultados, que o hospital com a equipe há mais tempo no serviço, com maior número de enfermeiros seniores e peritos, e com supervisão, apresentou scores superiores, fato relacionado à capacidade de reflexão, orientação e apoio integral das práticas dos supervisores para os supervisionados, tal como descrito pelo modelo de competências de *Benner*, que determina a competência profissional como a capacidade de executar ações integradas num contexto, validada por saberes e habilidades adquiridas ao longo do tempo²².

Ainda, segundo os estudos, a reflexão crítica sobre práticas e experiências em diferentes contextos é transformadora do pensar e agir para a implementação de estratégias que evidenciem indicadores de efetividade e transparência do processo^{6,23-24}.

Esta evidência move os profissionais para dados objetivos na avaliação comparativa de indicadores sobre o processo de cuidados subaproveitados e o aperfeiçoamento de competências na melhoria da qualidade²⁴. O que nos permite inferir que a efetividade da qualidade das práticas dos supervisores está relacionada com os conhecimentos, habilidades e tomada de decisão sobre o cuidado e a identificação de estratégias eficazes com satisfação e motivação das equipes^{15,20-21}.

Tal como apontam as pesquisas, a competência profissional está relacionada com o envolvimento e o conhecimento das equipes perante a complexidade dos diagnósticos, e a capacidade de influenciar a prática no desenvolvimento de processos decorrentes da situação^{21,25}. É neste ponto que a supervisão poderá ter influenciado os resultados dos scores quando comparados o HA e HB, pois, a existência de supervisores no HA permitiu a colaboração entre pares no acompanhamento, monitorização e feedback sobre a prática, facilitando a reflexão crítica e o desenvolvimento de competências no supervisionado.

Os estudos consideram essencial o envolvimento das equipes em métodos de monitorização e a tomada de decisão para o entendimento, o sentimento de pertença e a motivação na adoção de comportamentos com impacto na qualidade^{9-13,18-20,25}.

Os resultados da pesquisa revelaram uma evolução dos scores dos itens com dependência entre si decorrente do efeito da supervisão, corroborado pela investigação, quando defende que uma supervisão baseada na análise das informações produzidas por pares aumenta a reflexão crítica sobre as práticas e interfere no planejamento de ações adequadas às reais necessidades de aprendizagem dos enfermeiros¹³⁻¹⁴.

Sendo um processo dinâmico, motivador e integral de suporte e envolvimento dos profissionais nos resultados e soluções em prol da qualidade, torna-se apropriação das equipes de enfermagem na identificação de necessidades, na definição de intervenções, e na implementação e validação de práticas conforme padrões definidos²⁶⁻²⁸.

Quando analisado o efeito da supervisão sobre os índices e indicadores de qualidade das dimensões, os resultados evidenciaram que para a dimensão PC o modelo de supervisão direta e permanente do supervisor incutiu no supervisionado a prática na identificação e referenciação de intervenções, minimizando potenciais efeitos indesejáveis para o paciente. Ou seja, apoio e estratificação de riscos potenciais por parte do supervisor foi eficaz na capacitação das equipes, o que é corroborado pelos estudos^{13,15-16}.

Acrescente-se que a manutenção da qualidade teve por base o treino e o *feedback* durante prática dos cuidados, proporcionando a reflexão da prática e a tomada de decisão

de forma proativa entre supervisor e supervisionado na partilha de saberes também comprovado pelas pesquisas^{4,16,20,27-29}.

Para a dimensão conforto e bem-estar ao autocuidado, os resultados evidenciaram uma evolução dos scores em intervenções específicas das atividades de vida às quais o paciente está dependente, o que relacionamos com a uniformização de práticas baseadas em procedimentos e protocolos.

Estudos apontam a formação dos supervisionados como o empoderamento de competências pessoais e profissionais com impacto direto na incorporação de valores e qualidade da prática dos cuidados, ao permitir aprofundar conhecimentos e acumular saberes e pela experiência^{3,19}.

Quanto ao efeito da supervisão na dimensão readaptação funcional, foi evidenciado no estudo, que através da prática supervisiva, o enfermeiro supervisionado obteve competências para definir processos de reajustamento e ensino com envolvimento do paciente e pessoa significativa tal como padronizado, fato associado à importância percepção desta intervenção. Tal como os estudos apontam, a importância da formação e sensibilização da equipe no planejamento para a alta segura consiste na comunicação e ensino efetivos às intervenções de enfermagem^{12,15,20-21}.

Por último, na dimensão organização dos cuidados, denotou-se o efeito da supervisão para a evidência da prática dos registros de enfermagem baseados numa linguagem comum de diagnósticos e intervenções, tal como preconizado para a profissão. As equipas, ao terem a percepção da importância dos registros na continuidade dos cuidados, potencializa a informação sobre as intervenções e orientações, tal como aponta o estudo, que refere que as mudanças de comportamentos completam os resultados de não conformidades da prática após o treino e acompanhamento contínuo¹⁵.

Reforçamos a capacidade de comunicação e reflexão com criticidade sobre a prática na efetivação do processo, tal como descrito pelos estudos que indicam que as expectativas e aceitação das orientações para a reflexão da prática dos cuidados é facilitada pela corresponsabilização na definição de ações e avaliação das práticas de melhoria^{10,22,28-29}.

Há que referir que a pesquisa teve como principal limitação a escassa literatura da relação direta entre a temática da supervisão e a temática dos índices e indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

CONCLUSÃO

Numa cultura de melhoria contínua da gestão da qualidade e segurança do paciente, é diferenciador o desenvolvimento e envolvimento dos profissionais na implementação e consolidação de projetos integrados na prática dos cuidados. Neste sentido, as instituições onde se realizou a pesquisa adotaram a gestão da qualidade por meio de auditorias à qualidade das práticas, na monitorização de conformidades e produção de resultados, no cumprimento de padrões de referência nacionais e internacionais.

A realização da pesquisa permitiu ir para além da prática institucional das auditorias demonstrada pela evidência de conformidades, integrando estrategicamente a prática da supervisão das equipas por forma a influenciar os índices e indicadores de qualidade com impacto direto, na prática dos cuidados.

Evidenciou-se que, ao incorporar a cultura de supervisão baseada na responsabilidade e envolvimento das equipas para a aprendizagem contínua, orientação, treino e *feedback* sobre as práticas, é possível refletir sobre oportunidades de melhoria e promover o desenvolvimento de competências dos profissionais com translação do conhecimento.

Assim a implementação da prática da supervisão veio demonstrar que a intervenção estruturada e dirigida aos saberes críticos (saber ser e estar, saber integrar e adaptar, saber o que fazer e aprender a aprender e o saber mobilizar recursos) implicam diretamente a mudança de comportamentos e atitudes do profissional, impactando diretamente na qualidade dos cuidados.

Além disso, a estratégia da supervisão direciona a prática para reflexão sobre os resultados dos índices e indicadores de qualidade que têm um impacto direto nos pacientes, o que contribui para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e organizacionais, ao mesmo tempo, em que estimula o reconhecimento profissional da profissão de Enfermagem, gerando valor.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, a quem agradecemos. Agradecemos também o apoio da FAPESP (processo 2020/02047-8).

REFERÊNCIAS

1. Ant3nio NS, Teixeira A, Rosa A. Gest3o da qualidade - de deming ao modelo de excel3ncia EFQM. Edic3es S3labo: Lisboa; 2016.
2. Chirelli MQ, Sordi MRL de. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 16]; 74(suppl 5), e20200979. Available from: <https://doi.org/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. [Internet]. 2021[cited 2022 Dec 16]; 74(Suppl 5):e20200876. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0876>
4. Matos EP, Almeida DB de, Freitas KS, Silva SSB da. Construction and validation of indicators for patient safety in intrahospital transport. Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar. 17]; 42:e20200442. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200442>
5. Vigna CP, Ruiz PB de O, Lima AFC. Disallowance analysis through the audit of accounts performed by nurses: an integrative review. Rev Bras Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31]; 73(Suppl 5):e20190826. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0826>
6. Ramukumba MM, El Amouri, S. Nurses’ perspectives of the nursing documentation audit process. Health SA=SA Gesondheid. [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 31]; 24: 1121. Available from: <https://doi.org/10.4102/hsag.v24i0.1121>
7. León-Román C, Cairo-Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 31];36(3). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3136>
8. Liberatti VM, Gvozd R, Marcon SS, Matsuda LM, Cunha IC, Haddad MC. Validation of an audit instrument for the Unifi ed Health System. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 20];32(5):500-6. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900070>
9. Pires R, Santos MR, Pereira F, Pires M. Clínica supervision strategies: critical-reflexive analysis of practices. Millenium Journal of Education, Technologies, and Health. [Internet]. 2021 [cited 2021 Jan 20];

2(14):47-55. Available from: <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>

10. 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>
11. Snowdon D, Leggat S, Taylor N. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Serv Res.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 28]; 17(1):786. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2739-5>
12. Yuswanto TJA, Ernawati N. Developing the clinical supervision model based on proctor theory and interpersonal relationship Cycle (PIR-C). *IJASRE.* [Internet]. 2018 [cited 2022 Dec 01]; 4(12):203-9. Available from: <https://doi.org/10.31695/IJASRE.2018.33023>
13. Chaves LDP, Mininel VA, Silva JAMD, Alves LR, Silva MFD, Camelo SHH. Nursing supervision for care comprehensiveness. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2017 Feb 20]; 70(5):1106-11. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785> <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0491>
14. Cook RM, McKibben WB, Wind SA. Supervisee perception of power in clinical supervision: the power dynamics in supervision Scale. *Train Educ Prof Psychol.* [Internet]. 2018 [cited 2018 June 28]; 12(3):188-95. Available from: <https://doi.org/10.1037/tep0000201>
15. Rocha IA da RS, Pinto CMCB, Carvalho ALRF de. Impact of clinical supervision on job satisfaction and emotional competence of nurses. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 26]; 74(6):e20210125. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0125>
16. Esteves LSF, Cunha ICKO, Bohomol E, Santos MR. Clínica supervision and preceptorship/tutorship: contributions to the supervised curricular internship in nursing education. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 21]; 72(6):1730-5. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0785>
17. 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.
18. 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 [cited 2022 Dec 30]; 117(3/4). Available from: <https://sajs.co.za/article/view/7428>
19. 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. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1355>
20. Martins M. Qualidade do cuidado de saúde. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde.* 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Fiocruz; 2019. p. 27-40. Available from: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2019/09/Seguranca-do-paciente--livro-1.pdf>
21. Nakahara-Melo M, Conceição AP, Cruz DALM da, Püschel VAA. Transitional care from the hospital to the home in heart failure: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2022 [cited 2022 Sept 24]; 75(1):e20210123. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0123>
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). Available from: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3524>
23. 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 Education Today* [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 22]; 94:104564. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104564>

24. Huijben JA, Wieggers EJA, Keizer NF, Maas AIR, Menon D, Ercole A, et al. Development of a quality indicator set to measure and improve quality of ICU care for patients with traumatic brain injury. *Crit Care* [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 22]; 23(95). Available from: <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2377-x>
25. Gaete J, Strong T. Facilitating supervisees' developing competence through supervisory conversation. *Couns. Psychol. Q.* [Internet]. 2017 [cited 2016 Apr. 04]; 30(2):166-87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/09515070.2016.1167013>
26. Ernawati E, Damris DM, Revis A, Elrifda S. How effective is clinical supervision in nursing? A Systematic Review. *JCCNC* 2022;8(2):69-78. Available from: <http://jccnc.iuums.ac.ir/article-1-357-en.html>
27. 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>
28. 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). Available from: <https://doi.org/10.5430/jnep.v9n6p67>
29. Teixeira SMM, Carvalho ALRF, Cruz SSSMS. Self-care assessment as an indicator for clinical supervision in nursing. *Rev Rene* [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec.30]; 17(3):356-62. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3468>

Anexo I - Quadro 1- Registro de auditoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa, Portugal, 2022

Prevenção De Complicações (PC)	Conforto Bem-estar ao Autocuidado (CB)
PC1-Evidência da higienização das mãos de acordo com os cinco momentos preconizados pela DGS () PC2-Grades laterais de proteção devidamente posicionadas () PC3-Pulseira de identificação legível () PC4-Campanha de chamada de ajuda dentro do alcance seguro do paciente () PC5-Evidência da garantia da privacidade do paciente aquando da prestação de cuidados () PC6-Unidade do paciente devidamente higienizada () PC7-Utilização de escalas em função da situação do paciente () PC8-Listas de verificação devidamente preenchidas () PC9-Evidência dos nove certos na preparação e administração segura de fármacos/galénicos () PC10-Sistemas de perfusão, torneiras e prolongadores sem evidência de sangue coagulado e obturados e identificados com data de substituição () PC11-Locais de inserção de cateteres sem sinais inflamatórios () PC12-Cateteres devidamente fixados e limpos () PC13-Evidência de optimização de sistemas de drenagem ()	CB1-Permeabilidade das vias aéreas () CB2-Sistemas de aspiração de secreções devidamente preparados e higienizados () CB3-Sistemas de administração de oxigénio devidamente aplicados () CB4-Evidência da explicação dos procedimentos previamente à sua execução () CB5-Evidência de que o paciente é tratado pela forma e nome como gosta de ser chamado () CB6-Evidência de que o enfermeiro se apresenta ao paciente antes de iniciar o processo de prestação de cuidados () CB7-Evidência de que o paciente está confortável e sem dor () CB8-Evidência do uso de roupa adequada à situação clínica do paciente () CB9-Paciente posicionado em segurança na cama ou cadeirão e de acordo com a sua situação clínica () CB10-Sistemas limitadores de movimentos devidamente colocados, limpos e adaptados () CB11-Evidência de cabelos limpos e penteados () CB12-Evidência de olhos e boca limpa e devidamente higienizada () CB13-Evidência de mãos e unhas devidamente limpas () CB14-Evidência de que o paciente ingere a alimentação proporcionada () CB15-Evidência da optimização da sonda para alimentação () CB16-Evidência da correta utilização de pensos/apósitos (curativos) e dispositivos coletores em feridas/ostomias () CB17-Evidência de ajuda na deslocação ao WC sempre que solicitado ()
Readaptação Funcional (RF)	Organização dos Cuidados (OC)

<p>RF1-Evidência do planejamento da alta segura ()</p> <p>RF2-Evidência do envolvimento do paciente e pessoa significativa na alta segura ()</p> <p>RF3-Evidência de realização de ensinios ()</p> <p>RF4-Evidência de nota de alta/transferência preenchida de acordo com o plano de cuidados ()</p> <p>RF5-Evidência de entrega de folhetos informativos de apoio à alta ()</p> <p>RF6-Evidência de informação acerca de indicadores críticos sociais e recursos da comunidade ()</p> <p>RF7-Evidência de informação acerca dos recursos da comunidade para dar resposta a necessidades previstas na alta relacionadas com a situação atual de doença ()</p> <p>RF8-Evidência de informação ao paciente /pessoa significativa acerca do plano terapêutico ()</p> <p>RF9-Evidência de informação relacionada com a utilização de dispositivos médicos de apoio</p>	<p>OC1-Apreciação inicial com exame físico ()</p> <p>OC2-Diagnósticos de enfermagem adequados à situação de saúde do paciente ()</p> <p>OC3-Planeamento de intervenções de acordo com os diagnósticos elaborados ()</p> <p>OC4-Planeamento de intervenções de acordo com as atitudes terapêuticas ativadas ()</p> <p>OC5-Planeamento de intervenção "monitorizar sinais vitais" pelo menos 2 vezes por dia ()</p> <p>OC6-Avaliação da dor de 8/8 horas.</p> <p>OC7-Execução das intervenções evidenciadas ()</p> <p>OC8-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "monitorizar"()</p> <p>OC9-Evidência de parâmetros objetivos resultantes das intervenções do tipo "vigiar"()</p> <p>OC10-Justificação coerente das intervenções sinalizadas como "não executadas"()</p> <p>OC11-Variação do "status" do diagnóstico em função das variações do estado de saúde ()</p> <p>OC12-Adequabilidade das intervenções planeadas face à variação do diagnóstico de enfermagem ()</p>
---	---

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

SUPERVISÃO CLÍNICA: UM CONTRIBUTO NA MELHORIA DOS INDICADORES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

RESUMO:

Objetivo: comparar índices e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de internação, médico e cirúrgico quando implementada a supervisão clínica. **Método:** estudo observacional, retrospectivo com abordagem quantitativa, e amostragem do tipo aleatória simples dos registros das auditorias relacionados à qualidade dos cuidados de enfermagem (n=719). A pesquisa decorreu entre agosto de 2020 e agosto de 2022, em dois hospitais privados da região de Lisboa, Portugal, onde se realizam auditorias relacionadas à qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo implementada a supervisão clínica num dos hospitais. Empregou-se estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** decorrente da análise dos registos quando comparados os hospitais e serviços foi evidenciada subida de scores de qualidade desejada e adequada (≤ 5 e ≤ 4) nos serviços do hospital onde foi implementada a supervisão clínica. **Conclusão:** a supervisão clínica permite acompanhar estrategicamente as equipes na prática dos cuidados, elevando os índices e indicadores de qualidade com impacto direto para o paciente.

DESCRIPTORIOS: Indicadores de qualidade em assistência à saúde; Auditoria de enfermagem; Supervisão de enfermagem; Assistência de Enfermagem; Avaliação dos resultados.

LA SUPERVISIÓN CLÍNICA: UNA CONTRIBUCIÓN A LA MEJORA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

RESUMEN:

Objetivo: comparar los índices e indicadores de calidad de la atención de enfermería en los servicios de hospitalización, médicos y quirúrgicos cuando se aplica la supervisión clínica. **Método:** estudio observacional, retrospectivo, con abordaje cuantitativo y muestreo aleatorio simple de registros de auditoría relacionados con la calidad de los cuidados de enfermería (n=719). La investigación tuvo lugar entre agosto de 2020 y agosto de 2022 en dos hospitales privados de la región de Lisboa, Portugal, donde se realizan auditorías relacionadas con la calidad de los cuidados de enfermería, y en uno de los hospitales se implementó la supervisión clínica. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** el análisis de los registros al comparar los hospitales y servicios mostró un aumento de las puntuaciones de calidad deseada y adecuada (≤ 5 y ≤ 4) en los servicios del hospital donde se implantó la supervisión clínica. **Conclusión:** La supervisión clínica permite el seguimiento estratégico de los equipos en la práctica asistencial, aumentando los índices e indicadores de calidad con impacto directo en el paciente.

DESCRIPTORIOS: Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Auditoría de Enfermería; Supervisión de Enfermería; Atención de Enfermería; Evaluación de Resultado en la Atención de Salud.

Recebido em: 13/01/2023

Aprovado em: 08/08/2023

Editora associada: Dra. Luciana Kalinke

Autor Correspondente:

Mafalda Sofia Santos Brás Baptista Sérgio

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

R. Jorge de Viterbo Ferreira 228, 4050-313, Porto, Portugal.

E-mail: mafalda.sergio@cuf.pt

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Sérgio MSSBB, Carvalho ALRF de, Pinto CMCB**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).