



## Avaliação do autocuidado como indicador para supervisão clínica em enfermagem

Self-care assessment as an indicator for clinical supervision in nursing

Sílvia Marlene Monteiro Teixeira<sup>1</sup>, António Luís Rodrigues Faria de Carvalho<sup>2</sup>, Sandra Sílvia da Silva Monteiro Santos Cruz<sup>2</sup>

**Objetivo:** avaliar as necessidades dos enfermeiros em supervisão clínica para avaliar o grau de dependência no autocuidado e planejar intervenções de enfermagem. **Métodos:** estudo analítico, recolhendo dados de uma amostra de 110 doentes. **Resultados:** evidenciaram-se diferenças na identificação dos graus de dependência entre registos e especialistas, bem como na seleção das intervenções para cada autocuidado e falhas ao nível do preenchimento da avaliação inicial (não avaliação dos autocuidados/descuro na identificação dos graus de dependência). **Conclusão:** identificaram-se lacunas no processo de enfermagem; propuseram-se estratégias como sessões de supervisão clínica, formação, estudo de casos, protocolos e guias de orientação, a serem incluídas em um modelo de supervisão clínica em enfermagem.

**Descritores:** Enfermagem; Autocuidado; Qualidade da Assistência à Saúde; Preceptoria.

**Objective:** to evaluate the needs of clinical supervision for nurses to assess the degree of dependence on self-care and planning of nursing interventions. **Methods:** analytical study, cross-cutting nature, collecting data from a sample of 110 patients. **Results:** it was shown the differences in the identification of the degree of dependence between registers and experts, as well as the selection of operations for each self-care and failures to the original assessment of the filling level (no evaluation self-care/no identification of the degree of dependence). **Conclusion:** there were gaps in the nursing process; they have proposed strategies such as clinical supervision sessions, training, case studies, protocols and guidance documents, to be included in a clinical supervision in nursing model.

**Descriptors:** Nursing; Self Care; Quality of Health Care; Preceptorship.

<sup>1</sup>Obra Diocesana de Promoção Social. Porto, Portugal

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto, Portugal.

Autor correspondente: António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072. Porto – Portugal. E-mail: luiscarvalho@esenf.pt

## Introdução

A Supervisão Clínica surge intimamente ligada à enfermagem pela potencialização da qualidade dos cuidados e os seus efeitos neste âmbito são assuntos atuais e oportunos<sup>(1)</sup>. Um crescente número de estudos direcionados à exploração e avaliação da efetividade da supervisão clínica têm vindo a ser recentemente publicados na área da enfermagem mas o seu centro raramente tem sido na evolução do doente ou na qualidade dos cuidados<sup>(2)</sup>. Atualmente a experiência e a investigação em supervisão clínica em enfermagem, em Portugal, estão em expansão<sup>(3)</sup> e as áreas identificadas como essenciais para obter potenciais ganhos em saúde devem ser consideradas prioritárias e desenvolvidos modelos de intervenção<sup>(4)</sup>.

Garantir a segurança dos doentes e dos profissionais e melhorar a qualidade dos serviços de saúde são objetivos prioritários de qualquer sistema de saúde<sup>(5)</sup>.

Com a problemática em estudo, “a avaliação do autocuidado como indicador para a supervisão clínica em enfermagem”, pretende-se contribuir para a construção de um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de garantir uma prática clínica de maior qualidade e mais segura, especificamente no âmbito do autocuidado, pelo desenvolvimento das competências de intervenção dos enfermeiros nessa área.

O autocuidado é um foco de atenção major da enfermagem, definido pela Ordem dos Enfermeiros como um indicador da qualidade dos cuidados em saúde<sup>(6)</sup>. A sua promoção é considerada um dos objetivos dos enfermeiros. Assim, o autocuidado foi selecionado como área sensível à influência da Supervisão Clínica em enfoque nesta investigação, contribuindo para potencializar a reflexão e sensibilização dos profissionais sobre as práticas em uso, participando assim, mais efetivamente, para a mudança das mesmas.

A qualidade dos cuidados tem vindo a tornar-se uma área de interesse e preocupação para organizações de saúde e seus profissionais, nomeadamente os enfermeiros, tanto que a comissão de formação da

Ordem dos Enfermeiros a propõe como área prioritária para a investigação em enfermagem em Portugal. Os enfermeiros são profissionais-chave na responsabilidade de participação em ações de melhoria da qualidade; no seu campo de ação encontra-se o autocuidado que funciona como indicador de um exercício profissional que se pretende de excelência.

É inegável que a melhoria dos cuidados de enfermagem requer uma prática reflexiva que pode ser operacionalizada através da supervisão clínica em enfermagem<sup>(7)</sup>, instrumento importante para o desenvolvimento da qualidade dos mesmos<sup>(8)</sup>.

A Supervisão Clínica em Enfermagem define-se “como um processo formal de acompanhamento [contínuo] da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”<sup>(9:5)</sup>. É um processo relacional que visa o suporte e acompanhamento do supervisionado, enquanto profissional de enfermagem, por um supervisor, com foco no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades reflexivas do primeiro sobre a prática dos cuidados de enfermagem, com o propósito de assegurar a melhoria da qualidade e a excelência. A supervisão clínica permite o aumento da satisfação laboral e da sensação de bem-estar, previne o *burnout*<sup>(10)</sup> e contribui para eficácia e eficiência dos enfermeiros<sup>(8)</sup>. Para que tais benefícios ocorram tem que ser operacionalizada através da aplicação de um modelo, em que se elaboram planos individualizados de orientação do processo supervisi-vo possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade<sup>(8)</sup>, baseada em evidência científica, o que constitui uma ferramenta para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e até mesmo enquanto ciência.

Uma vez que a enfermagem se caracteriza pela complexidade, pela ligação a uma multiplicidade de clientes, todos eles com diferentes necessidades e, também pela existência de diversas necessidades dos próprios profissionais o leque de modelos é diversificado.

O autocuidado, conceito cada vez com maior importância nos cuidados de saúde, muito em parte pelo progressivo envelhecimento da população e a prevalência de doenças crônicas é, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, definido como uma “Atividade Executada pelo Próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária<sup>(11,41)</sup>. Envolve ações como tomar banho, vestir-se ou despir-se, alimentar-se, arranjar-se, cuidar da higiene pessoal, auto elevar, usar o sanitário, transferir-se, virar-se e usar a cadeira de rodas<sup>(11)</sup>.

Este artigo objetivou avaliar as necessidades dos enfermeiros em supervisão clínica para avaliar o grau de dependência no autocuidado e planejar intervenções de enfermagem

## Métodos

Realizado no âmbito do projeto de investigação “Supervisão Clínica para a Segurança e Qualidade dos Cuidados”, este estudo insere-se num paradigma de investigação do tipo quantitativo, de carácter analítico.

Enquadrado na primeira fase da investigação desse projeto, pretendeu-se fazer um diagnóstico do contexto clínico face a áreas sensíveis aos cuidados de enfermagem para posteriormente construir e implementar um modelo de supervisão clínica em enfermagem capaz de responder às necessidades de intervenção identificadas, contribuindo para a melhoria da qualidade e segurança das práticas implementadas

A investigação foi desenvolvida num centro hospitalar da região Norte de Portugal. A população em estudo foi constituída pelos doentes internados no serviço de medicina A do referido centro hospitalar. A amostra, de 110 elementos, foi obtida em amostragem não probabilístico, recorrendo à amostragem acidental ou de conveniência e incluiu todos os doentes internados no serviço de medicina A, exceto aqueles a quem não foi possível colher dados por transferên-

cia de serviço ou internamento de curta duração (24-48h).

A recolha de dados ocorreu num único momento através da aplicação de dois instrumentos: o primeiro instrumento de avaliação do autocuidado constitui-se de três partes. A primeira refere-se à caracterização do doente, a segunda inclui o instrumento de avaliação de dependência no autocuidado construído e validado<sup>(12)</sup> e por fim a seleção de intervenções de enfermagem de acordo com o Grau de Dependência identificado. Ressalta-se que este instrumento foi preenchido pelos especialistas em enfermagem de reabilitação. O segundo instrumento de avaliação do autocuidado, direcionado à análise dos registos de enfermagem, engloba igualmente três partes idênticas ao instrumento anterior e preenchido pela investigadora durante a análise documental, com base nos registos no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, processo de enfermagem e avaliação inicial.

A utilização destes dois instrumentos de recolha de dados teve como objetivo permitir uma análise de concordância entre os dados obtidos nos registos (realizados pelos enfermeiros generalistas) e o instrumento preenchido pelos enfermeiros especialistas em reabilitação.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (versão 19.0), tendo-se realizado procedimentos da estatística descritiva e indutiva com o objetivo de retirar conclusões da informação obtida.

Para a caracterização da amostra, efetuou-se a análise descritiva das variáveis. Com o objetivo de verificar diferenças entre variáveis nominais recorreu-se ao teste de Wilcoxon (Z).

Para todos os testes e análises efetuadas, a significância estatística foi aceite para um valor de  $p < 0,05$ .

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

A amostra foi constituída por 42 mulheres e 68 homens, com idades compreendidas entre os 25 e 95 anos. A idade média dos participantes foi de 73,14 anos (desvio padrão=12,86). Em ambos os géneros a classe etária predominante foi a dos 65-79 anos. Dos elementos em estudo, 61 (55,5%) eram dependentes no domicílio em algum tipo de autocuidado (69,0% da amostra feminina e 47,0% da amostra masculina), sendo que a classe etária que registou mais casos de independência foi a dos 41-64 anos e dependência mais elevada a partir dos 80 anos.

Houve uma grande variedade de grupos de diagnóstico, sendo que três apresentaram maior frequência de casos: doenças e perturbações do aparelho respiratório, em 47 elementos (42,7%), seguidamente as doenças e perturbações do aparelho circulatório em 30 casos (27,3%) e as doenças e perturbações do rim e do aparelho urinário em 12 casos (10,9%).

Na admissão de um doente é realizada uma avaliação inicial com vista à identificação de necessidades e posterior diagnóstico. Em 79,9% (n=78) fazia-se referência ao autocuidado nesta avaliação primária, sendo que na totalidade destes casos o autocuidado indicado foi o autocuidado Higiene. Destes, em apenas 18 casos é referido o grau de dependência, mas em seis essa identificação foi feita no item "atividade motora" e não no autocuidado; houve um caso em que não foi mencionado qualquer autocuidado mas em que é referido um grau de dependência.

Através de cruzamentos entre os diferentes autocuidados e o grau de dependência, retira-se que, em nenhum dos autocuidados há correspondência integral da avaliação feita pelos especialistas relativamente ao grau de dependência dos diferentes autocuidados e os registos de enfermagem que traduzem os cuidados prestados aos doentes.

Ao aplicar o teste de Wilcoxon (Z) obtiveram-se os resultados expressos na tabela 1, sendo a hipótese testada confirmada com exceção da variável autocuidado Transferir-se.

**Tabela 1** - Diferenças entre os graus de dependência

Autocuidados	Z*	p
Tomar banho	-5,317	<0,001
Vestir/despir	-8,265	<0,001
Alimentar-se	-3,016	0,003
Arranjo pessoal	-7,916	<0,001
Cuidar da higiene pessoal	-5,392	<0,001
Autoelevar	-7,972	<0,001
Uso do sanitário	-4,013	<0,001
Transferir-se	-1,115	0,265
Virar-se	-3,676	<0,001
Usar a cadeira de rodas	-7,341	<0,001

\*Teste de Wilcoxon

Após o estudo comportamental da amostra quanto ao grau de dependência importava saber se as intervenções planeadas eram adequadas aos graus de dependência identificados. Assim, realizou-se uma análise da distribuição da amostra quanto à correspondência total, parcial, não corresponde ou não se aplica das intervenções selecionadas e os graus de dependência, para cada autocuidado, tanto para os dados recolhidos dos enfermeiros especialistas como dos registos, da qual resultou que, para os enfermeiros especialistas, não há nenhum autocuidado em que as intervenções não correspondam ao grau de dependência e em todos os autocuidados há casos de correspondência parcial. Nos registos constatou-se que há casos de não correspondência e, tal como nos enfermeiros especialistas, a variável Mover-se em Cadeira de Rodas é o autocuidado com menor correspondência total.

Especificamente para as intervenções relacionadas com os equipamentos e estratégias adaptativas, verificou-se que, nos enfermeiros especialistas, em todos os autocuidados foram selecionadas intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar, enquanto nos registos se verificou que em nenhum autocuidado esse tipo de intervenção foi selecionado.

Há diferenças estatisticamente significativas (p<0,05) entre as intervenções selecionadas pelos especialistas e as dos registos.

## Discussão

O estudo realizado permitiu identificar as necessidades dos enfermeiros para prestarem cuidados de enfermagem mais seguros e de maior qualidade no âmbito do autocuidado. Embora se trate de um estudo realizado no contexto de uma unidade de saúde, o estudo explicita um método para identificar os aspetos a incluir num modelo de supervisão clínica de forma a desenvolver estratégias de promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros<sup>(13)</sup>. O método utilizado para identificar os aspetos a considerar em supervisão clínica pode ser replicado em todas as realidades e com todos os indicadores.

Os resultados evidenciam a necessidade de utilizar estratégias que contribuam para uma melhor avaliação do autocuidado e um mais adequado planeamento das intervenções de enfermagem.

Em 79,9% dos casos o autocuidado foi mencionado na avaliação inicial embora apenas o relativo à higiene. Apesar da percentagem referida ser elevada, os restantes casos são alvo de preocupação uma vez que, sendo a avaliação inicial um instrumento que permite aglomerar todo o conhecimento relativo ao doente no momento da admissão que, posteriormente, é útil para que a equipa de enfermagem planifique melhor e mais uniformemente os cuidados prestados ao longo do internamento, seria de esperar que o mesmo contivesse toda a informação relevante. A avaliação inicial deve ser o mais completa possível; sendo o autocuidado um foco de enfermagem de extrema relevância, não deve ser omitido. Quando mencionado o autocuidado, o seu grau de dependência foi muitas vezes descurado (apenas em 16,4% - 18 casos - foi constatado). Destes 18 casos, casos houve em que o grau de dependência foi referido não no item indicado para o autocuidado mas sim no relativo à atividade motora.

Relativamente ao grau de dependência no autocuidado, nos registos, o foco “deambular” foi utilizado indiscriminadamente, sendo colocado nas especificações quando da construção diagnóstica, aquilo a que se reportava: se a uso de andarilho, bengala, canadia-

nas ou cadeira de rodas. A construção de um diagnóstico deve ter como pressuposto a utilização do foco que mais especificamente descreva a situação. Considera-se que, havendo um foco específico para o uso da cadeira de rodas – “Mover-se em cadeira de rodas”, o mesmo deve ser usado para o devido efeito.

Em nenhum elemento da amostra foi visível o uso do foco “Vestir-se ou despir-se” mas sim do “Autocuidado Vestuário”. Tal poderá ter acontecido por haver alguma confusão de conceitos entre os dois focos referidos (a identificação mais correta seria o “Vestir-se ou despir-se”) ou pelo facto de, na parametrização, o “Vestir-se ou despir-se” ser dois focos separados o que não justifica o uso de um foco errado. Neste sentido, torna-se necessário clarificar os conceitos utilizados, de modo a prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades efetivas dos doentes.

Em nenhum autocuidado houve correspondência total dos graus de dependência entre os enfermeiros especialistas e registos. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas dos graus de dependência entre registos e enfermeiros especialistas, exceto na variável Transferir-se.

A intervenção “Avaliar...” selecionada em todos os casos pelos enfermeiros especialistas não se encontrava nos registos de nenhum elemento da amostra por não estar parametrizada no sistema informático de enfermagem, o que não significa que a mesma não fosse implementada na prática uma vez que, para verificar a manutenção ou não do grau de dependência de um autocuidado, é necessário realizá-la.

Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas intervenções entre as duas fontes de dados em todos os autocuidados. As intervenções de substituição foram as mais registadas sendo aquelas em que se manifesta a maior correspondência entre enfermeiros especialistas e registos. Há que dar relevância a este dado chamando a atenção para o facto de que, comumente se percebe a carga de trabalho que os enfermeiros terão com o doente pelo diagnóstico que identificaram e as intervenções que prescreveram/realizaram. Há que sensibilizar os profissionais a

refletirem criticamente o planeamento dos seus cuidados e a direcionarem para as reais necessidades dos doentes.

Dos dados recolhidos dos registos destaca-se que foram identificados diagnósticos sem intervenções associadas e intervenções selecionadas sem associação a qualquer diagnóstico. Reforça-se que não foi detectada uma única intervenção relacionada com o ensinar, instruir e treinar, o que levanta a possibilidade de serem realizadas, mas não registadas.

Do exposto, foi possível identificar lacunas que se prendem com o processo de enfermagem. As mesmas devem ser alvo de intervenção no âmbito da supervisão clínica em enfermagem uma vez que o referido processo é essencial para o sistema de cuidados. A tomada de decisão influencia a conceção e a prestação dos cuidados, tanto na forma como os enfermeiros realizam as suas atividades e intervenções, como nas suas escolhas<sup>(12)</sup>. A Supervisão Clínica em Enfermagem surge como uma ferramenta fundamental para dotar os enfermeiros de mais conhecimentos e competências<sup>(13)</sup>.

Seria importante que o perfil de dependência (tipo e grau) fosse avaliado com recurso a instrumentos adequados registando a evolução do estado do doente que, ao ser mensurável, poderia traduzir-se num indicador de processo da qualidade. A qualidade da informação, particularmente a registada, deve ser sistematicamente melhorada, através da arquitetura dos sistemas informáticos de apoio à prática e da formação dos profissionais<sup>(4)</sup>.

Refere-se a necessidade de desenvolver modelos de intervenção adequados, nestes casos espelhados na implementação de um modelo de supervisão clínica em enfermagem, com recurso à investigação por forma a testar a efetividade e eficiência dos cuidados e assim encontrar as melhores respostas face às necessidades das populações<sup>(1-4,7-8,10,14)</sup>.

Partindo do exposto, e com foco nas práticas dirigidas ao autocuidado, propõem-se como estratégias de melhoramento e desenvolvimento das competências dos enfermeiros, a serem efetivadas pela im-

plementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem:

Formação<sup>(4)</sup>: à equipa de enfermagem com abordagem do autocuidado (domínios, estilos, fatores influenciadores, papel do enfermeiro). Deve trabalhar o espírito crítico-reflexivo, útil para melhorar o processo diagnóstico e interventivo;

Estudos de caso: treino<sup>(4)</sup> das habilidades mentais e de raciocínio sobre a construção de um processo de pensamento diagnóstico de enfermagem, em equipa;

Elaboração de protocolos de atuação: a existência de um protocolo direcionado à abordagem dos enfermeiros sobre o autocuidado permitiria uma uniformização das práticas concorrendo para a eficiência do processo e para a continuidade dos cuidados. Desse protocolo, a ser construído e pensado pela própria equipa, teriam que constar os passos a implementar para chegar à identificação diagnóstica correta e definir, para cada diagnóstico possível, e de acordo com as especificidades de cada doente, as intervenções mais adequadas e eficazes;

Elaboração de guias de orientação<sup>(15)</sup>: num processo de tomada de decisão e de implementação de intervenções o enfermeiro deve ter incorporado o conhecimento mais atual (sobre as práticas no autocuidado) e mais adaptado ao seu contexto de trabalho, resultado de investigação em enfermagem;

Sessões de supervisão em grupo: permitem que os elementos de uma equipa concertem esforços e reflitam entre si sobre temáticas que a todos dizem respeito e, sessões de supervisão individual: para colmatar necessidades não satisfeitas pela supervisão de grupo.

## Conclusão

O estudo realizado demonstrou a necessidade de identificar as necessidades dos enfermeiros em supervisão para prestarem cuidados mais seguros e maior qualidade.

Identificaram-se lacunas no processo de enfer-

magem; propuseram-se estratégias como sessões de supervisão clínica, formação, estudo de casos, protocolos e guias de orientação, a serem incluídas num modelo de supervisão clínica em enfermagem.

Conclui-se que para uma correta intervenção dos enfermeiros é necessário que todo o processo diagnóstico e de planificação de cuidados seja pensado ao pormenor, tendo em conta as características de cada doente mas também dos profissionais e recursos existentes nos contextos da prática clínica. Apela-se à sensibilização dos profissionais de enfermagem para um investimento maior no desenvolvimento destas competências para que, desta forma, os cuidados prestados se revistam de uma qualidade efetiva. Neste âmbito, a Supervisão Clínica em Enfermagem tem um papel fundamental dando resposta às necessidades identificadas, tanto dos doentes como dos profissionais. Mas tal só é concretizável se for sustentado em estudos aprofundados das práticas no contexto específico de trabalho.

A melhoria contínua do desempenho dos enfermeiros deve ser promovida, apostando em investigação em áreas prioritárias, como o autocuidado.

## Colaborações

Teixeira SMM contribuiu na colheita de dados, apresentação, análise e discussão dos resultados e ainda na conceção e redação do artigo. Carvalho ALRF e Cruz SSSMS contribuíram na conceção e orientação do projeto, redação do artigo, revisão crítica do seu conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Hyrkäs K, Lethi K. Continuous quality improvement through team supervision supported by continuous self-monitoring of work and systematic patient feedback. *J Nurs Manag.* 2013; (11):177-88.
2. Dilworth S, Higgins I, Parker V, Kelly B, Turner J. Examining clinical supervision as a mechanism for changes in practice: a research protocol. *J Adv Nurs.* 2014; 70(2):421-30.
3. Cruz S. Clinical supervision in nursing: effective pathway to quality. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; (29):286-91.
4. Ministério da Saúde (PT). Alto comissariado para a saúde - PNS 2011-2016: estratégias para a saúde – objetivos para o sistema de saúde: obter ganhos em saúde (Versão Discussão). Lisboa: Ministério da Saúde; 2011.
5. World Health Organization (WHO). Standards for Health Promotion in Hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. Copenhaga: WHO; 2004.
6. Ordem dos Enfermeiros (PT). Conselho de Enfermagem. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. Lisboa: OE; 2012.
7. Cruz S, Carvalho L. Portuguese version of the Manchester Clinical Supervision Scale®: the translation and validation process. *J Educ Sci Psychol.* 2012; II-LXIV(1):123-31.
8. Koivu A, Saarinen P I, Hyrkas K. Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *J Clin Nurs.* 2012; 21:2567-78.
9. Ordem dos Enfermeiros. Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2010.
10. Wallbank S. Maintaining professional resilience through group restorative supervision. *Comm Pract.* 2013; 86(8):26-8.
11. International Council of Nurses. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): versão 2.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2011.
12. Duque H. O doente dependente no autocuidado: estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros. Porto: ESEP; 2009.
13. Cruz S, Carvalho AL, Sousa P. Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014; 112:97-101.
14. Cruz S, Carvalho A, Sousa P. Clinical supervision and emotional intelligence capabilities: Excellence in clinical practice. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 171:153-7.
15. Ordem dos Enfermeiros (PT). Cuidados à pessoa com alterações de mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação: guia orientador de boa prática. Lisboa: OE; 2013.