

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

**INDICADORES DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA
EM ENFERMAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professora Doutora Maria Margarida da Silva Reis Santos Ferreira

Co-orientação:

Mestre Regina Maria Ferreira Pires

Duarte José Esteves Pinto

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

É no momento em que se finaliza esta longa etapa que nos apercebemos da importância que algumas pessoas detiveram e sem as quais não seria possível a concretização desta Dissertação de Mestrado.

Exponho os meus sinceros agradecimentos à orientadora, Professora Dr^a Margarida Reis Santos, pelos momentos de reflexão, orientação e, acima de tudo, pelo incentivo e dedicação demonstrados.

À co-orientadora, Mestre Regina Maria Pires, pela humanização, apoio, e pelo seu importantíssimo contributo.

Ao Professor Filipe Pereira, pela disponibilidade e ajuda imprescindíveis.

Aos enfermeiros que participaram nesta investigação, pela forma como me receberam e pela simpatia que sempre demonstraram.

Aos meus pais e irmão, pela compreensão, incentivo e tolerância em todos os momentos.

À Inês, por me ter apoiado de forma incondicional, pelas palavras e pela partilha de sentimentos.

Aos meus amigos pela amizade que sempre demonstraram ao longo deste percurso.

A todos os que, de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo.

A todos...MUITO OBRIGADO!

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CHSJ – Centro Hospitalar de S. João

CIT – Contrato individual de trabalho

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DoH – *Department of Health*

DP – Desvio padrão

F – Frequência

M – Média

Me – Mediana

Mo – Moda

NCPDNM - *National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery*

OE – Ordem dos Enfermeiros

p – Significância estatística

p. - página

QARIESCE – Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

RCN - *Royal College of Nursing*

RMDE – Resumo mínimo de dados de Enfermagem

SC – Supervisão Clínica

SCE – Supervisão Clínica em Enfermagem

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

% - Percentagem

vs - *versus*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. A SUPERVISÃO E A PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM	5
1.1. Conceções e práticas supervisivas.....	5
1.2. O papel do supervisor clínico	10
1.3. Contextos e processos de implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem	12
1.4. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem	14
1.5. Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.....	16
2. RELEVÂNCIA DOS INDICADORES PARA A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	33
2.1. Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros	33
2.2. Indicadores de qualidade dos cuidados	35
2.3. Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.....	37
3. PERCURSO METODOLÓGICO	41
3.1. Justificação do estudo	41
3.2. Finalidades e objetivos do estudo	43
3.3. Tipo de estudo.....	44
3.4. População e amostra	44
3.5. Instrumento de colheita de dados	46
3.6. Processo de recolha de dados.....	49
3.7. Tratamento dos dados.....	50
3.8. Questões éticas	52
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
4.1. Caracterização da amostra	55
4.2. Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem relevantes nos serviços de saúde	66
4.3. Indicadores de estratégia de Supervisão Clínica em Enfermagem relevantes no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários.....	80
4.4. Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem.....	84

CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	105
ANEXO I: Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem	107
ANEXO II: Operacionalização das variáveis primárias	115
ANEXO III: Operacionalização das variáveis complementares	119
ANEXO IV: Autorização do conselho de administração e da comissão de ética para a saúde do CHSJ	123
ANEXO V: Autorização do conselho de administração e da comissão de ética para a saúde da ULSM	127
ANEXO VI: Folha de informação ao participante	131
ANEXO VII: Consentimento informado	135
ANEXO VIII: E-mail enviado aos participantes	139
ANEXO IX: Indicadores obtidos através da restrição dos critérios de consenso (F acumulada nos scores 4 e 5 \geq 85% e Me \geq 4)	143
ANEXO X: Avaliação da consistência interna do QARIESCE por indicador	147

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Níveis de consenso definidos.....	51
TABELA 2: Serviço onde os participantes exercem funções	58
TABELA 3: Razões para o início de funções de supervisor clínico.....	62
TABELA 4: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>feedback</i> ”	69
TABELA 5: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>demonstração</i> ”	69
TABELA 6: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>observação</i> ”	70
TABELA 7: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>relatório reflexivo</i> ”	70
TABELA 8: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>formação contínua</i> ”	71
TABELA 9: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>supervisão à distância</i> ”	72
TABELA 10: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>análise de documentação dos cuidados de enfermagem</i> ”	72
TABELA 11: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>apoio</i> ”	73
TABELA 12: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>análise crítico-reflexiva das práticas</i> ”	74
TABELA 13: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>análise de casos com o supervisionado</i> ”	74
TABELA 14: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>análise de casos em grupo</i> ”	75
TABELA 15: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>sessões de supervisão individuais</i> ”	76
TABELA 16: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>sessões de supervisão em grupo</i> ”	76
TABELA 17: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>auto supervisão</i> ”	77
TABELA 18: Diferenças na relevância entre os indicadores de estratégias de SCE em função da formação em SCE (Teste de Mann-Whitney).....	79
TABELA 19: Diferenças na relevância entre as estratégias de SCE em função do contexto de trabalho (Teste de Mann-Whitney)	83
TABELA 20: Diferenças na relevância dos indicadores da estratégia de SCE “ <i>supervisão à distância</i> ” em função do contexto de trabalho (Teste de Mann-Whitney).....	84
TABELA 21: Medidas de consistência interna do QARIESCE (agrupado por estratégia).....	86

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição dos participantes por sexo	56
GRÁFICO 2: Categoria profissional dos participantes	57
GRÁFICO 3: Contexto onde os participantes exercem funções	58
GRÁFICO 4: Habilitações académicas dos participantes	59
GRÁFICO 5: Formação dos participantes em SCE.....	59
GRÁFICO 6: Experiência dos participantes enquanto supervisionado e supervisor clínico ...	60
GRÁFICO 7: Opinião dos participantes em relação à sua experiência enquanto supervisor clínico e supervisionado	61
GRÁFICO 8: Âmbito da supervisão	61
GRÁFICO 9: Desempenho da função de supervisor clínico na atualidade	62
GRÁFICO 10: Importância da formação em SCE para o exercício das funções de supervisor clínico.....	63
GRÁFICO 11: Importância da SCE para o desenvolvimento profissional	63

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Caracterização dos participantes quanto à idade e tempo de exercício profissional.....	56
QUADRO 2: Situação jurídica de emprego dos participantes.....	57
QUADRO 3: Relação entre a formação em SCE e a sua importância para o exercício das funções de supervisor clínico.....	64
QUADRO 4: Relação entre a formação em SCE e a sua importância para o desenvolvimento profissional.....	65
QUADRO 5: Relação entre a opinião relativamente à experiência enquanto supervisionado e o gostar, ou não, de vir a exercer funções de supervisor clínico.....	65
QUADRO 6: Relação entre a formação em SCE e o gostar, ou não, de vir a exercer funções de supervisor clínico	66
QUADRO 7 – <i>Ranking</i> da relevância atribuída pelos enfermeiros dos serviços de saúde às estratégias de SCE.....	68
QUADRO 8: <i>Ranking</i> da relevância atribuída pelos enfermeiros do contexto hospitalar às estratégias de SCE.....	81
QUADRO 9: <i>Ranking</i> da relevância atribuída pelos enfermeiros dos CSP aos indicadores de estratégias de SCE.....	82

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Relações conceituais na área da qualidade dos cuidados de Enfermagem..... 36

RESUMO

A problemática da qualidade representa um domínio sensível aos cuidados de enfermagem, assumindo a Supervisão Clínica em Enfermagem, neste âmbito, um papel preponderante no sentido de promover as condições essenciais à segurança e qualidade das práticas, através da implementação de estratégias motivadoras e incrementadoras do processo reflexivo. A definição de indicadores de qualidade tem-se mostrado uma preocupação dos enfermeiros pelos ganhos que poderá proporcionar ao nível da avaliação e monitorização em saúde. Neste sentido, entende-se que também na área da Supervisão Clínica em Enfermagem é fundamental a identificação de indicadores que concorram para a avaliação e promoção da qualidade da supervisão clínica.

Este estudo incorpora uma investigação quantitativa do tipo descritivo-comparativo e de cariz exploratório, cuja finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Os objetivos definidos para o estudo foram: identificar quais os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem mais relevantes para os enfermeiros dos serviços de saúde; identificar quais os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem mais relevantes para os enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar; identificar quais os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem mais relevantes para os enfermeiros que exercem funções nos cuidados de saúde primários; comparar os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros do contexto hospitalar e os enfermeiros dos cuidados de saúde primários consideram mais relevantes.

A amostra é constituída por 316 enfermeiros que exercem funções em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários. A recolha de dados efetuou-se, entre junho e setembro de 2012 através de um questionário, composto por 63 indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem, elaborado após a realização de uma vasta pesquisa bibliográfica sobre estratégias de supervisão clínica.

Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros atribuem relevância aos indicadores das estratégias de supervisão clínica em enfermagem, tendo-se conseguido consenso (frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco igual ou superior a 75% e mediana igual ou superior a quatro) em 56 dos 63 indicadores definidos. Os indicadores de

estratégias de supervisão clínica em enfermagem que obtiveram maior nível de consenso foram os da “observação”, “demonstração” e “análise de casos com o supervisionado”.

Concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na relevância atribuída pelos enfermeiros do hospital e dos cuidados de saúde primários nos indicadores da estratégia “supervisão à distância”, sendo os enfermeiros dos cuidados de saúde primários a atribuir maior relevância aos indicadores referidos.

A utilização dos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem que emergiram deste trabalho de investigação, poderá constituir-se como um valor acrescido para a estruturação e avaliação dos processos supervisivos e, assim, concorrer para a melhoria do exercício profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave – Supervisão Clínica em Enfermagem; Estratégias; Indicadores; Qualidade dos cuidados.

ABSTRACT

Strategies Indicators of Clinical Supervision in Nursing

The issue of quality is a sensitive area to nursing care, therefore Clinical Supervision in Nursing is fundamental to ensure the safety and quality of care provided, through the implementation of motivational strategies that promote the development of the reflective process. The definition of quality indicators has become a concern for nurses as it brings potential benefits for monitoring and evaluation in health. In the area of Clinical Supervision in Nursing is essential to identify indicators that contribute to evaluating and improve the Clinical Supervision quality.

This research is part of a quantitative paradigm and it is a comparative descriptive, exploratory and cross study. The purpose of the study is to contribute to improving the quality of nurses practice.

With this study we intended to achieve the following objectives: to identify which strategies indicators of clinical supervision in nursing are the most relevant for nurses who work in the health services; identify which strategies indicators of clinical supervision in nursing are the most relevant for nurses who work in the hospital settings; identify which strategies indicators of clinical supervision in nursing are the most relevant for nurses who work in the context of primary health care; and, identify the differences in the relevance attributed to the strategies indicators of clinical supervision in nursing among nurses who work in the hospital settings and in the context of primary health care.

Data were collected, between June and September of 2012, from a sample of 316 nurses that worked in the hospital and primary health care institutions. A questionnaire was created after an exhaustive literature research about clinical supervision strategies, in order to collect the data, and it consists of 63 strategies indicators of clinical supervision in nursing.

The data collected show that a consensus was found (cumulative frequency in four and five scores equal or higher than 75% and a median equal or higher than four) in relation to 56 of the 63 strategies indicators of clinical supervision in nursing, which reflects the importance given by nurses to the indicators. The strategies indicators of clinical

supervision in nursing with the highest level of consensus were those of "observation", "demonstration" and "analysis of cases with supervised."

It was also concluded that there are statistically significant differences ($p < 0,05$) in the indicators of the clinical supervision in nursing strategy "supervision at distance": nurses from the primary health care give a higher relevance to those indicators than nurses who work at the hospital settings.

The use of strategies indicators of clinical supervision in nursing that were identified in this study have an important value, considering the advantages for the evaluation and monitoring of supervision process, as it can contribute to the improvement of nurses professional practice.

Keywords - Clinical Supervision in Nursing; Strategies; Indicators; Quality of care.

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde que têm vindo a ser desenvolvidas, a nível global, traduzem a preocupação das organizações responsáveis em assegurar de forma permanente o rigor e excelência dos cuidados prestados aos clientes, mantendo-os no centro de toda a atenção em saúde. A Supervisão Clínica tem vindo a ser implementada em diversos contextos, tendo como principal objetivo aumentar a consciência dos profissionais relativamente às questões relacionadas com a prática, através da utilização de mecanismos de reflexão (Royal College of Nursing, 2011).

A Supervisão Clínica aplicada à Enfermagem (Supervisão Clínica em Enfermagem) centra-se em áreas sensíveis da profissão, nomeadamente na segurança dos cuidados, no desenvolvimento de competências e no suporte aos profissionais (Macedo, 2012). Acredita-se que a Supervisão Clínica em Enfermagem potencia a criação de climas de aprendizagem favoráveis à troca de experiências, proporcionando as oportunidades ideais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, tendo por base três funções: a formativa, a normativa e a restaurativa (Abreu, 2011). No âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros, a Supervisão Clínica é encarada como um *“(...) processo formal de acompanhamento 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”* (2010, p. 5). Ainda, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a utilização da supervisão, com as devidas especificidades, pode trazer benefícios não só para os processos de indução e transição para a prática profissional, como também para os mecanismos de transição e socialização a um novo perfil de competências. A Supervisão Clínica em Enfermagem é uma problemática atual, e a investigação desenvolvida em alguns países da Europa tem evidenciado ganhos consideráveis ao nível da formação dos profissionais e da qualidade dos cuidados (Abreu, 2007), pelo que em Portugal se tem vindo a fazer um esforço no sentido de explorar os benefícios da Supervisão Clínica em Enfermagem.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (2012), a qualidade em saúde é um processo que pretende responder às necessidades e expectativas do cliente, devendo a sua promoção ser baseada em atividades de monitorização e avaliação contínuas. Neste âmbito, a utilização de indicadores traduz um conjunto de informações relevantes para a identificação de lacunas no estado de saúde, fornecendo, ainda, dados fulcrais para a construção de conhecimento e para a melhoria na gestão do sistema de saúde (*Canadian Institute for Health Information*, 2005).

Estes pressupostos poderão fazer sentido no âmbito da Supervisão Clínica em Enfermagem, tendo em vista a qualidade da prática supervisiva e do exercício profissional dos enfermeiros. Uma vez que os processos de Supervisão Clínica em Enfermagem devem ser baseados e desenvolvidos com base no relacionamento entre supervisor e supervisionado (Garrido, Simões & Pires, 2008), torna-se essencial a implementação de estratégias que potenciem o desenvolvimento profissional e pessoal deste último. Por outro lado, a definição de indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem pode concretizar um conjunto de subsídios valiosos ao nível da reflexão, da tomada de decisão e da satisfação profissional dos enfermeiros, evidenciando-se como fundamentais à melhoria do exercício da supervisão e, concomitantemente, à qualidade dos cuidados.

Enquadrado na temática da Supervisão Clínica em Enfermagem e na sua importância para a qualidade do exercício profissional, o presente estudo constitui-se como um contributo para uma investigação mais alargada que tem por título “Conceção de um programa de Supervisão Clínica em Enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários”, que está a ser desenvolvido no âmbito do Doutoramento em Enfermagem, no agrupamento de centros de saúde de Alto Trás-os-Montes II e de Alto Tâmega e Barroso, pela Professora Regina Pires. O estudo que se pretende realizar, tem como questão de partida: Quais os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem que os enfermeiros consideram mais relevantes; e como finalidade, contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Para a sua concretização optou-se por um desenho de investigação quantitativo de carácter descritivo-comparativo e exploratório, com o seguinte objetivo: identificar quais os indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem mais relevantes para os enfermeiros dos serviços de saúde.

A recolha de dados foi feita através de um questionário, construído pelo investigador e que integra indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem. O instrumento foi aplicado em quatro serviços do Centro Hospitalar de S. João, em três serviços e todos os Centros de Saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Foi,

também, enviado através de *e-mail* para alguns enfermeiros, aos quais foi solicitado que o reencaminhassem para outros colegas.

A apresentação deste trabalho encontra-se dividida em três partes. Na primeira é feita uma abordagem teórica relativamente às concepções e práticas supervisivas, ao papel do supervisor clínico, aos contextos e processos de implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem, aos modelos e às estratégias de supervisão clínica em enfermagem e, por fim, à relevância dos indicadores para a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, procurando ao mesmo tempo fazer um paralelismo com a qualidade do exercício da supervisão.

A segunda parte integra o enquadramento metodológico onde se inclui a justificação do tema, a finalidade, e os objetivos do estudo, o tipo de estudo, a definição da população e da amostra, a explicitação do instrumento de recolha de dados utilizado, o processo de recolha e tratamento dos dados, e, por fim, as questões éticas inerentes ao estudo.

Na terceira, é efetuada a apresentação, análise e discussão dos resultados no que concerne à caracterização sociodemográfica e profissional, bem como em relação à relevância atribuída pelos enfermeiros aos indicadores de estratégias de supervisão clínica em enfermagem, fazendo uma análise comparativa entre a relevância atribuída no contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários. Neste capítulo confrontaram-se os resultados obtidos com os de outras investigações, evidenciando ainda as conclusões do estudo, e os contributos para a Supervisão Clínica em Enfermagem e para o desenvolvimento da Enfermagem.

1. A SUPERVISÃO E A PRÁTICA CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A evolução a que se tem assistido na área da saúde no decurso das últimas décadas tem conduzido as organizações a uma crescente preocupação no sentido de elevar os padrões de qualidade dos cuidados. Esta condição possibilita uma assistência mais competente e segura, proporcionando cuidados mais significativos para o cliente, numa conjectura em que as exigências do mercado de trabalho e a crescente complexidade dos contextos da prática, parecem despontar a necessidade de um acompanhamento mais efetivo dos enfermeiros, permitindo, desta forma, a obtenção de ganhos ao nível humano, técnico, científico, comunicacional e ético.

1.1. Conceções e práticas supervisivas

A Supervisão Clínica (SC) é considerada como um processo de carácter reflexivo que promove a discussão sobre os cuidados prestados, possibilitando, simultaneamente, a identificação das áreas de conhecimento a desenvolver (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Sob o ponto de vista histórico, as práticas supervisivas derivam das práticas da psicoterapia e do *counselling*, contudo, embora partilhem de aspetos em comum, enquanto a psicoterapia e o *counselling* se centram particularmente na alteração de comportamentos e no desenvolvimento de capacidades, a SC é entendida como uma perspetiva focalizada nos aspetos relacionados com o desenvolvimento de habilidades dinâmicas, emocionais e interpessoais, a auto-descoberta e o auto-conhecimento do profissional (Powell, 1993, Cit. por Garrido, Simões & Pires, 2008).

Nas últimas duas décadas a discussão sobre a temática da SC proliferou na Europa através das necessidades identificadas pelos sistemas de saúde, nomeadamente do Reino Unido, em:

- Fornecer acompanhamento aos enfermeiros no decurso das suas práticas clínicas, com vista a uma melhoria da qualidade e eficácia dos cuidados;
- Salvaguardar o melhor desempenho nos cuidados prestados aos clientes, assegurando a sua satisfação;
- Consciencializar os profissionais em relação ao papel que desempenham, concretamente sobre o que é esperado destes em função das constantes necessidades e imprevisibilidades do meio;
- Promover uma mudança da filosofia do cuidar, passando do modelo biomédico para o cuidar centrado nas necessidades dos clientes;
- Acompanhar as constantes mudanças na educação dos profissionais, centrada cada vez mais nos processos de reflexão, assegurando a competência e responsabilidade profissional;
- Introduzir a reflexão na prática clínica enquanto motor da inovação e desenvolvimento profissional;
- Garantir o suporte e acompanhamento dos profissionais prevenindo situações de stresse decorrentes da prática.

(*Department of Health, 2000; Sealy, 2006*)

Algumas destas considerações foram também evidenciadas por Hildegard Peplau na segunda metade do século XX, salientando ainda o acompanhamento clínico como imprescindível para o desenvolvimento de características pessoais, atitudes, habilidades, preocupações éticas, competências relacionais e características emocionais, como aspetos centrais que mais tarde viriam a integrar o que designamos atualmente por Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) (Abreu, 2003). Apesar da crescente preocupação e consciencialização das instituições em relação a estas questões, o despontar da SCE deveu-se sobretudo a uma sucessão de acontecimentos, na área da prestação de cuidados, entre os quais o caso de Beverly Allit, do qual resultou a morte e atentado à integridade de diversos clientes. Estas ocorrências chocaram a população de tal forma, que passou a ser exigida a definição de uma política de acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde, assumindo a SCE um papel preponderante no sentido de promover o suporte dos profissionais e também a qualidade e segurança dos cuidados (White & Winstanley, 2006).

A SCE começou assim a ganhar relevância no seio das instituições de saúde um pouco por todo o mundo, emergindo diversos conceitos e definições em torno deste processo. De entre as conceções apresentadas na literatura, aquela que é maioritariamente referida é a definição do *Department of Health* (DoH) do Reino Unido que descreve a SCE como um processo formal de suporte e acompanhamento da prática profissional do

enfermeiro, que promove, através da utilização de processos de reflexão e análise da prática clínica, o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando desta forma a proteção e a segurança dos cuidados prestados ao cliente (DoH, 1993, Cit. por McKeown & Thompson, 2001). De facto, o conceito de SCE tem sido alvo de profundas reflexões, existindo autores que referem que as funções de *mentorship* e *preceptorship*, focalizadas respetivamente na orientação de estudantes de enfermagem e de enfermeiros recém-formados, são também apontadas como estruturas fundamentais da SC no sentido de garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem (Hyrkäs et al., 1999).

Em Portugal, foi na área da formação de professores que surgiram as primeiras definições de supervisão enquanto “(...) processo em que um (profissional), em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro (profissional) ou candidato a (profissional) no seu desenvolvimento humano e profissional”, podendo esta conceção ser alargada a diversas áreas do saber (Alarcão & Tavares 2003, p. 18). No âmbito da Enfermagem, a SC tem sido amplamente desenvolvida no nosso país ao nível da formação dos estudantes de enfermagem, mais propriamente através da intervenção do enfermeiro do contexto da prática (tutor) ou dos docentes das escolas de enfermagem, traduzindo-se as competência destes na capacidade para estimular os estudantes, ajudando-os a integrar a teoria na prática (Pires, 2004).

A SCE assume especial relevo no âmbito da supervisão de pares, revelando-se como estrutura preponderante não só para o desenvolvimento da enfermagem como também para os processos de acreditação, qualidade e segurança dos cuidados (Abreu 2007), assumindo especial interesse no sentido de proporcionar uma integração saudável e eficaz dos novos enfermeiros, bem como ganhos ao nível assistencial (Jones, 2006).

Apesar da maior parte da investigação em SCE ser desenvolvida na área da saúde mental (Brunero & Stein-Parbury, 2008), existe uma quantidade apreciável de estudos elaborados nos diversos contextos da prática clínica em enfermagem (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011). Numa revisão bibliográfica efetuada por Butterworth e colaboradores (2008), emergiram algumas conceções interessantes sob o ponto de vista dos cuidados e do desenvolvimento profissional, salientando a necessidade de existir nos contextos de saúde a oportunidade de refletir e discutir casos da prática, contribuindo assim para o bem-estar do cliente, do enfermeiro e para a qualidade dos cuidados, aspetos que são também corroborados por Coelho e colaboradores (2012).

Compreende-se deste modo a necessidade de criação de instrumentos que avaliem objetivamente a efetividade da SC. A *Manchester Clinical Supervision Scale* (Winstanley &

White, 2011), criada em 2000 e traduzida e adaptada para vários países, incluindo França, Espanha, Suécia e Portugal, assume-se como um instrumento fiável para servir como suporte aos profissionais no âmbito da SCE. A versão Portuguesa da escala revelou-se consistente com a versão original, concretizando um método de avaliação do processo de SCE culturalmente aceite (Cruz, 2011). Este instrumento deve ser preenchido pelos supervisionados e está dividido em sub-escalas que possibilitam avaliar a sua perceção sobre o efeito da SC ao nível do desenvolvimento profissional, do aperfeiçoamento de competências e habilidades, do tempo concedido para reflexão e da qualidade da relação supervisiva (Winstanley & White, 2003), correspondendo um score mais alto em cada sub-escala a um elevado grau de efetividade da SCE. Esta escala foi amplamente utilizada em vários trabalhos de investigação com o intuito de compreender a eficácia da SCE nos diversos contextos, sendo que, na generalidade, a natureza pedagógica e de suporte da SCE são os elementos discutidos e investigados com maior frequência (Butterworth et al., 2008).

Num estudo que pretendia esclarecer se a avaliação da eficácia SCE determinaria ganhos ao nível da satisfação profissional, do *burnout* e da qualidade dos cuidados, obtiveram-se resultados que demonstraram que a avaliação da efetividade da SCE prediz efeitos na satisfação laboral, no *burnout* e na qualidade em saúde (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006).

No âmbito da relação entre a SCE e o *burnout*, Edwards e colaboradores (2006), concluíram que se os processos de SCE forem efetivos e bem aplicados, então os enfermeiros apresentarão menores índices de *burnout*.

No que concerne à satisfação profissional, foram também demonstrados resultados positivos que podem indicar uma interligação entre os processos de SCE e a qualidade dos cuidados, destacando que os enfermeiros, pelo stresse a que estão sujeitos diariamente na sua prática, necessitam de suporte moral para assegurarem a qualidade dos seus cuidados, auto consciencializarem-se e integrarem novos conhecimentos (Severinsson & Kamaker, 1999).

Constata-se que a influência do stresse na prestação de cuidados tem sido alvo de inúmeros estudos na área da SCE, atendendo ao forte impacto que este processo pode ter no suporte dos profissionais. Num estudo desenvolvido na Letónia por Circenes e Millere (2012) que envolveu 241 enfermeiros de diversos hospitais onde não estavam implementadas políticas de SC, os participantes revelaram que o principal fator motivador de stresse no trabalho se prende com o risco de infeção a que estão expostos, seguindo-se aleatoriamente, elementos como o pouco reconhecimento remuneratório, a carga

emocional do trabalho com os clientes e a quantidade excessiva de trabalho (Circenes & Millere, 2012). De salientar que, apesar de mais de metade dos enfermeiros que participaram neste estudo nunca ter ouvido falar sobre SCE, a maioria destacou a importância de existirem enfermeiros supervisores no seio da prática clínica.

A literatura destaca ainda que os processos supervisivos oferecem aos enfermeiros a esperança, a motivação e os meios inspiradores para lidarem com situações difíceis (Jones, 2001), ao mesmo tempo que promovem o crescimento pessoal, o aumento da auto-estima e da auto-consciência, e uma adequada utilização dos processos de *coping* (Hyrkäs et al., 2003; Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Kivimäki 2005), promovendo desta forma a criação de um envolvimento profissional que contribua para a consciencialização dos supervisionados sobre as questões éticas inerentes aos cuidados (Butterworth et al., 2008).

Considera-se que a implementação da SC nos contextos de saúde parece ser um enorme desafio para os enfermeiros e para as próprias instituições, devendo ser concertados esforços no sentido da sua aplicação, sem descurar os custos associados a este processo e o consumo de recursos, sobretudo humanos, que o mesmo exige. Contudo, estes investimentos serão perfeitamente justificáveis se resultarem no controlo da doença, no aumento da eficiência clínica, na melhoria da qualidade dos cuidados, na diminuição de reclamações e de erros clínicos e num aumento da motivação pessoal (Nicklin, 1997).

No estudo efetuado por Hyrkäs, Lehti e Paunonen-Ilmonen (2001) que pretendeu demonstrar o custo benefício associado aos processos de supervisão, concluiu que as despesas, resultantes na sua maioria dos salários dos supervisores, tiveram um retorno positivo na diminuição dos dias de internamento e no aumento dos clientes que foram tratados, obtendo-se desta forma ganhos na qualidade e segurança dos cuidados.

No que concerne à realidade portuguesa, não obstante a discussão em torno da problemática da SCE verificada na última década, considera-se necessário o aprofundamento da reflexão e da pesquisa, nesta área, no sentido de se assegurarem processos de supervisão mais consistentes e supervisores cada vez mais bem preparados. Entende-se ainda que esta reflexão se deve realizar no caminho que queremos percorrer, quer no sentido da excelência dos cuidados, quer sobre o papel que o supervisor clínico pode desempenhar neste processo.

1.2. O papel do supervisor clínico

A figura do supervisor clínico tem sido alvo de inúmeras reflexões, possivelmente devido ao forte impacto que o seu papel poderá ter na SCE. Algumas recomendações apontam no sentido de que os supervisores devem reconhecer e capitalizar os benefícios da SCE, enquanto método facilitador da retenção e do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, sendo por esta razão necessário um treino adequado dos supervisores de forma a estes estarem preparados para lidarem com uma ampla variedade de situações, devendo proporcionar-se o apoio de que estes necessitem para continuarem o seu trabalho (Butterworth et al., 1997). Neste âmbito, são também indicados alguns critérios para o desempenho do papel de supervisor clínico, como: possuir treino, ter dois anos de experiência profissional como enfermeiro e o suporte adequado para o desempenho deste papel (Sealy, 2006).

A autora supramencionada refere que nos países onde existem políticas formais de SCE, estão divulgadas *guidelines* que, de uma forma geral, orientam os supervisores no sentido de estes assegurarem o registo e a participação dos supervisionados nas sessões de supervisão; estarem abertos a sugestões, a receber *feedback* por parte dos supervisionados, a refletir, a aprender e a agir de acordo com as situações com que se vão deparando; e a assumirem a responsabilidade de fornecer um *feedback* claro e construtivo, proporcionando um desenvolvimento sustentado das competências do supervisionado.

A SCE foca-se assim no relacionamento profissional entre um supervisor clínico e um enfermeiro que executa as práticas clínicas, cabendo ao primeiro elemento transmitir conhecimentos e experiências para que os colegas possam interiorizar e refletir sobre estes aspetos, e em simultâneo, desenvolver as suas práticas de uma forma sustentada (Garrido, Simões & Pires, 2008). Os mesmos autores acrescentam ainda que o supervisor clínico deve ajudar a controlar as dificuldades do enfermeiro, destacando ainda que a eficácia e natureza do relacionamento supervísivo são determinantes para o sucesso da supervisão.

De acordo com os padrões definidos pelo *Royal College of Nursing* (RCN), os supervisores devem possuir um conjunto de competências que passam por dar suporte, avaliar e transmitir um *feedback* construtivo ao supervisionado envolvendo-o na tomada de decisão (Myall et al., 2008), assim como possuir competências clínicas e conhecimentos que transportem para o processo supervísivo a confiança, o suporte e a capacidade de reflexão

necessários para supervisionar alguém, transmitindo-lhe os conteúdos essenciais para avaliar e pensar criticamente sobre as práticas (*Department of Health, Social Services and Public Safety*, 2004).

O papel do supervisor, segundo Glickman (1985, Cit. por Gonçalves, 2009), deve contemplar três requisitos preponderantes que determinam a ação e o estilo de atuação do supervisor: o conhecimento, as competências interpessoais e as competências técnicas. Glickman (1985, Cit. por Alarcão & Tavares, 2003) identifica três estilos de supervisão: o não diretivo, o de colaboração e o diretivo. Um supervisor do estilo não diretivo enaltece as perspectivas e opiniões do supervisionado, sabe encorajá-lo e ajudá-lo a clarificar as suas ideias e sentimentos. O estilo de colaboração confere mais importância à componente comunicacional com o supervisionado, orientando-o e ajudando-o na resolução de problemas. Um supervisor do tipo diretivo preocupa-se mais com o rigor e orientação fornecida ao supervisionado, estabelecendo critérios e condicionando as atitudes deste.

Por sua vez, Severino (2007) identifica também três estilos de supervisão que denomina por: estilo prescritivo, em que o supervisor executa um estilo de supervisão ativo, preocupando-se bastante com as competências técnicas e com a quantidade e solidez dos conhecimentos adquiridos, sugerindo e apoiando as ações do supervisionado; estilo interpretativo, que pressupõe, por parte do supervisor, uma valorização das ideias e opiniões do supervisionado levando-o a tomar consciência do seu próprio percurso através do questionamento e, simultaneamente, ajudar ao nível da prática através da reformulação e exemplificação de comportamentos ou atitudes; por fim, o estilo apoiante, no qual o supervisor tem um papel de cooperação com o supervisionado em que mantém uma relação empática, afetiva e de encorajamento ao longo do processo de aprendizagem deste, aceitando os seus pontos de vista, ações e ideias.

Evidenciando a importância das relações supervisor – supervisionado, Sá-Chaves (2001) considera que a aprendizagem só será eficaz se for baseada numa relação supervisiva de suporte em que a natureza da comunicação é fator fulcral. É necessário a existência de um clima de aprendizagem adequado e um relacionamento saudável entre os dois atores, com o objetivo de proporcionar aos enfermeiros suporte técnico, emocional e cognitivo, essenciais ao sucesso dos processos supervisivos (Simões & Garrido, 2007).

Ao supervisor cabe também o papel de negociar as estratégias de supervisão com o supervisionado, atendendo para isso à sua personalidade, conhecimentos e metas determinadas previamente, tendo em vista o estabelecimento de uma relação propícia à aprendizagem (Pires, 2004). No estudo realizado por Garrido (2004), os enfermeiros

salientam a capacidade de organização, de liderança, de diálogo e de gestão de conflitos, o saber ouvir, a compreensão e a simpatia, como aspetos essenciais num bom supervisor.

Num dos seus estudos na área da SCE, Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja (2006), evidenciaram que tanto o supervisor como o supervisionado necessitam de uma componente prévia de educação e treino para se efetivarem processos de SC mais valiosos, onde se inclui a implementação de uma relação supervisiva não hierárquica, em que os benefícios são mais evidentes se for o supervisionado a escolher o supervisor.

Partindo desta conceção e atendendo a que o processo supervisivo em enfermagem se estabelece entre indivíduos que partilham, sob o ponto de vista profissional, as mesmas preocupações, características e interesses (Dias, 2006), a investigação revela que os indivíduos têm tendência a aceitar mais facilmente as informações, se estas forem fornecidas pelos seus pares (Sloane & Zimmer, 2003, Cit. por Goetz, 2011). Um outro aspeto a considerar refere-se ao facto dos processos de supervisão concretizarem um aumento dos níveis de motivação e confiança das equipas, sendo o papel do supervisor imperioso, no sentido de possibilitar que os pares se sintam mais confortáveis e menos defensivos, o que pode ter implicações diretas nas expectativas e comportamentos dos mesmos (Dias, 2006).

1.3. Contextos e processos de implementação da Supervisão Clínica em Enfermagem

Embora a literatura descreva efeitos diretos da SCE na melhoria da satisfação laboral, na prevenção do *burnout* e na qualidade dos cuidados (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Edwards et al., 2006), a sua implementação reveste-se de limitações intimamente ligadas ao supervisor, ao supervisionado e à organização que os integra. Neste sentido, torna-se essencial que as práticas supervisivas sejam adaptadas aos contextos, às práticas vigentes e à própria cultura organizacional, para que as mudanças a introduzir concorram para o sucesso dos processos de supervisão (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011).

Embora alguns resultados de investigação tenham vindo a mostrar ganhos em qualidade dos cuidados (Butterworth et al., 2008), alguns autores alertam para as barreiras que se colocam à implementação da SCE, contribuindo para tal a pouca evidência existente

entre a sua utilização e os benefícios para os clientes, assim como o facto de, por vezes, ser considerada por alguns enfermeiros supervisionados, como uma imposição (Wright, 2012).

É também reportada como dificuldade para implementação dos processos supervisivos, a falta de motivação e de disponibilidade resultantes da sobrecarga de trabalho e o desgaste emocional e mental dos enfermeiros (Rogan, 2009). Além destes aspetos, acrescem outros relacionados com as questões de ordem cognitiva, tais como, a capacidade do supervisor em providenciar um *feedback* construtivo, as suas competências de avaliação e a aptidão para criar um ambiente de aprendizagem saudável, que obstam à prática da SCE (Moseley & Davies, 2008).

Muitas vezes os enfermeiros sentem-se “perdidos”, sem diretrizes ou normas que possam orientar a sua função, pelo que, a concetualização e formalização de protocolos ou diretrizes que operacionalizem os processos de SCE constituem-se como uma possibilidade para ultrapassar esses défices (Charleston & Happell, 2005). Esta situação já foi defendida por Cutcliff e colaboradores (1998), que evidenciaram a necessidade de publicação de *guidelines* de intervenção em que constem não só os benefícios da implementação da SCE, como também, padrões de atuação e responsabilidades do supervisor e supervisionado. Atualmente, estes documentos traduzem-se em substratos essenciais sobre a forma como conduzir as sessões de supervisão, as regras e responsabilidades de atuação do supervisor, a forma como gerir situações adversas e as expectativas esperadas face ao seu papel.

Compreende-se que a preparação dos supervisores clínicos é um processo complexo, que incorpora o treino, desenvolvimento, suporte e educação, e que sendo devidamente estruturado e implementado, concorrerá para o êxito da SCE, o que se traduzirá em mudanças positivas para a prática e para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem (Williams & Irvine, 2009). Por sua vez, a satisfação dos supervisores está relacionada com as recompensas e benefícios que estes obtêm pelo papel que desempenham. No entanto, atualmente, apesar das vantagens para o supervisor tenderem a aumentar, as regalias e recompensas são escassas (Hyrkäs & Shoemajker 2007). Pese embora a função de supervisão ser considerada como intrínseca à profissão, não há ainda o seu devido reconhecimento e respetivas recompensas.

Num estudo realizado por Nettleton e Bray (2008), apenas 8% dos enfermeiros afirmaram que as suas funções foram devidamente reconhecidas. Assim, com o objetivo de motivar e estimular a adesão aos processos de supervisão, é referido que podem ser adotadas nas instituições de saúde medidas de incentivo tais como, a implementação de novos projetos, a elaboração de programas de formação para os supervisores relacionada com as suas atividades, bem como algumas contrapartidas financeiras, no sentido de

envolver e comprometer os enfermeiros supervisores nos processos formativos e pedagógicos (Garrido, Simões & Pires, 2008).

Apesar dos obstáculos e das necessidades expressas pelos supervisores, estes sentem que o investimento na sua preparação torna-se numa mais-valia para o seu desenvolvimento, para a sua formação pessoal e para a melhoria contínua da prática clínica (Silva, Pires & Vilela, 2011). Desta forma, tendo em vista uma adequada implementação da SCE é necessária a existência de um contrato estabelecido de forma confidencial entre supervisor e supervisionado, no sentido de os comprometer para com os processos de supervisão (Winstanley & White, 2003).

Em 2007, Alarcão (p. 126) referiu-se à supervisão como um instrumento “(...) que proporcionou a criação de um clima de mudança (...), fomentadora de uma cultura partilhada, criada através da interação, através do diálogo (...), uma supervisão com características muito democráticas (...)”; compreende-se assim que a SCE, apesar de já ter sido entendida e focalizada para a deteção de erros e cumprimento de ordens (Bond & Holland, 1998, Cit. por Garrido, Simões & Pires, 2008) atualmente, a sua função centra-se essencialmente nos processos educativos e formativos, onde se perspetiva uma melhoria contínua dos resultados através de processos de supervisão não hierárquicos e devidamente planeados.

A SCE pode afigurar-se com um instrumento pertinente e sensível no sentido de potencializar os recursos humanos e otimizar os recursos materiais, sempre com o principal objetivo de assegurar a formação de enfermeiros cada vez mais bem preparados e competentes. Contudo, se este processo for mal interpretado ao nível concetual e superficialmente fornecido ao nível da prática, o dinheiro e os recursos mobilizados podem converter-se em desperdícios públicos, ou pior ainda, tornar-se inadvertido para o supervisionado e para o cliente (White & Winstanley, 2010).

1.4. Modelos de Supervisão Clínica em Enfermagem

Refletindo as diferentes perspetivas teóricas sobre a SCE, surgiram ao longo das últimas duas décadas vários modelos que pretendem definir claramente “(...) para onde vamos, como vamos e o que podemos utilizar no decurso da ação” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p. 16).

De acordo com Winstanley e White (2003) os modelos de SC podem agrupar-se em três categorias: modelos de suporte e desenvolvimento; modelos integrativos; e modelos centrados nas funções da SC.

O modelo de suporte e desenvolvimento apresentado por Faugier (1992) realça a importância do supervisor enquanto promotor e facilitador de crescimento pessoal e profissional, destacando como elementos fundamentais para este desenvolvimento, a generosidade, o desenvolvimento do raciocínio, a franqueza, a vontade de aprender, a humanidade, a sensibilidade e a confiança (Winstanley & White, 2003).

No modelo integrativo proposto por Hawkins e Shohet (1989), é apresentada uma matriz que envolve diferentes atores – supervisor, supervisionado e cliente. Dentro desta conceção, os estilos de supervisão estão associados à tomada de decisão do supervisor, numa lógica composta por dois sistemas interligados: o sistema terapêutico, que contempla a relação supervisionado/cliente; e o sistema de supervisão que envolve o supervisionado e o supervisor. Trata-se de um modelo flexível uma vez que permite que várias modalidades de SC possam estar presentes no decurso das sessões de supervisão (Hyrkäs, 2002).

Por último, entre os modelos centrados nas funções da SC, destaca-se o modelo de Proctor (1986) que se centra em três funções: formativa, restaurativa e normativa, podendo o supervisor focalizar-se em apenas uma ou em todas as funções, de acordo com as necessidades do enfermeiro, estabelecendo desta forma, padrões de supervisão equilibrados (*National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery*, 2008).

A função formativa, é considerada a base da SC, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessárias à tomada de decisão, aumentando a consciencialização do supervisionado sobre a sua prática (Brunero & Stein-Parbury, 2008), bem como em relação a outras formas de executar a mesma tarefa, criando desta forma uma melhor perceção e conhecimento sobre o cliente (RCN, 2002). Em 2008, o *National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery* (NCPDNM) acrescenta ainda que esta função permite o desenvolvimento profissional dos enfermeiros através de processos de reflexão sobre a prática. De salientar que o tempo de experiência profissional encontra-se intimamente relacionado com esta função, sendo que são os enfermeiros com menor tempo de exercício, aqueles que recorrem com mais frequência à função formativa durante o processo de supervisão (Bowles & Young, 1999, Cit. por Brunero & Stein-Parbury, 2008).

A função restaurativa, relacionada com o desenvolvimento de uma relação de suporte e acompanhamento entre supervisor e supervisionado, pretende assegurar a

redução dos níveis de ansiedade e stresse, permitindo obter índices mais elevados de satisfação profissional e, em consequência, uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados (NCPDNM, 2008). Atendendo ao desgaste e stresse que a profissão de enfermagem causa, esta função assume cada vez maior relevância, acabando por ser a função mais frequentemente abordada pelos enfermeiros (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

A função normativa, centrada na responsabilização dos enfermeiros sobre as suas práticas, baseia-se na reflexão sobre os protocolos e normas da instituição, em que o supervisor incentiva a discussão e análise das práticas no sentido do supervisionado melhorar a qualidade das mesmas (Brunero & Stein-Parbury, 2008).

Além destes modelos, Nicklin (1997), tendo por base o modelo das funções de Proctor, propôs um modelo de SC que incorpora três componentes centradas na prática: a gestão, a formação e o suporte emocional. Assente nestas dimensões, o desenvolvimento do processo de SCE desenrola-se segundo um ciclo com seis etapas: contextualização, identificação do problema, objetivo, planeamento, implementação e avaliação.

Com o intuito de promover a aplicação de um modelo de reflexão sobre as práticas, Garrido (2004) afirma que a SCE deve desempenhar três funções: apoiar o enfermeiro ao longo da sua prática, potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional e, por último, promover a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Apesar da existência de vários modelos de SCE, a sua escolha e implementação devem ter em conta os objetivos, metas de aprendizagem e contexto organizacional onde se insere, de modo a dar resposta às necessidades identificadas (RCN, 2002; NCPDNM, 2008), promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006) e “ (...) fornecer referências objetivas para a tomada de decisão” (Pires, 2004, p. 58.).

1.5. Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

Para que o processo supervisivo seja eficaz, é necessário estabelecer um clima de aprendizagem que favoreça o bem-estar, a auto-estima e a motivação com o intuito de, tanto o supervisor como o supervisionado, estarem envolvidos e focados no processo de formação. É também imprescindível a utilização de estratégias de supervisão centradas no desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, mas também na viabilização de suporte

adequado ao supervisionado. Da parte do enfermeiro supervisor, a persistência, a capacidade comunicacional e a determinação, são aspetos que devem estar presentes ao longo da relação supervisiva, para que as estratégias sejam implementadas de forma atempada e ajustada às necessidades de acompanhamento do enfermeiro (Belo, 2003, Cit. por Borges, 2010).

Torna-se por isso importante que supervisor e supervisionado se conheçam e respeitem de forma a favorecer uma aprendizagem crítica e reflexiva (Garrido, 2004), tendo sempre em consideração que a concretização das estratégias supervisivas será facilitada se o supervisor tiver formação e experiência nesta área (Cottrel, 2000, Cit. por Pires, 2004).

Neste contexto, entende-se por estratégia, o plano de intervenção através do qual se escolhe, organiza e gere os recursos necessários para atingir um determinado objetivo (Simões, Alarcão & Costa, 2008). Atendendo à pouca evidência científica disponível em relação às estratégias de supervisão no contexto da prática clínica, e considerando o grande investimento ao nível da investigação no que concerne à supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, foi feito um exercício de adaptação de algumas estratégias utilizadas neste contexto, para as práticas da SCE.

À luz de Queirós, Silva e Santos (2000) podem-se identificar, ao longo do processo de aprendizagem, quatro elementos essenciais: o formador, o formando, o saber e o método. Destes quatro elementos, o método levanta algumas incertezas, na medida em que funciona como um forte elo de ligação entre os outros três, permitindo a articulação e gestão deste complexo processo. Por isso, não pode haver um único método para todos os supervisionados, devendo ser usadas várias metodologias, conforme os objetivos que se pretendem alcançar.

Neste sentido, parece emergir a necessidade de uma adaptação das estratégias de SC ao contexto da prática e a sua utilização de forma individualizada para cada supervisionado.

1. Feedback

O *feedback* é considerado como um dos aspetos mais relevantes para uma efetiva formação em contexto clínico (Clynes & Raftery, 2008). Esta estratégia pode ser denominada de *feedback* negativo, quando se pretende corrigir de uma forma construtiva um determinado comportamento ou atitude, e *feedback* positivo, quando o objetivo é reforçar um determinado comportamento (Eraut, 2006). Trata-se, assim de uma informação que se dá ao supervisionado sobre o seu desempenho numa determinada

atividade ou situação, no sentido de conduzir a um processo de consciencialização sobre a aprendizagem, com vista à mudança ou reajuste da prática (Collins, 2004).

No contexto da SCE, uma vez que um dos objetivos passa por reforçar a reflexão sobre as práticas, o *feedback* está fortemente relacionado com o desenvolvimento profissional. A sua falta ou omissão pode conduzir à incerteza, à insegurança e a um certo distanciamento do profissional em relação aos objetivos propostos, podendo conduzir a uma “falsa confiança” (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005). Por outro lado, se for fornecido de forma atempada e ir de encontro às expectativas do supervisionado, permite uma crescente autonomização e auto percepção, o que contribui decisivamente para o desenvolvimento das suas competências de auto avaliação (Ende, 1983).

Num estudo realizado por Cahill (1996) os formandos sugeriram que um bom supervisor deve fornecer *feedback* de forma atempada, a fim de não permitir a continuação de práticas incorretas, o que é corroborado por Collins (2004) que refere que o *feedback* deve ser fornecido logo após a observação do comportamento, utilizando para isso uma linguagem assertiva, de forma a diminuir interpretações ou avaliações ambíguas por parte do formando (Wiggins, 1998, Cit. por Clynes & Raftery, 2008).

Os supervisionados devem estar preparados para receber *feedback* construtivo e dispostos a aprender, a fazer mudanças na prática e a tomar decisões que melhorem a sua prática profissional. Por outro lado, o supervisor deve responsabilizar-se por fornecer *feedback* de forma clara e objetiva, auxiliando assim os supervisionados a desenvolverem as suas competências e habilidades (Sealy, 2006).

No que concerne ao conteúdo do *feedback*, este deve ser baseado não só nas competências como também nas atitudes e comportamentos observados pelo supervisor (Henderson, Ferguson-Smith & Johnson, 2005; Menachery et al., 2006), e ser proporcionado num ambiente adequado, de preferência em privado, de forma a minimizar interrupções que possam causar aumento dos níveis de stresse quer para o supervisor quer para o supervisionado (Clynes & Raftery, 2008; Collins, 2004).

O processo de “dar *feedback*” é uma componente do processo de formação que poderá proporcionar ganhos ao nível do desenvolvimento da prática reflexiva, essencial à construção da identidade do enfermeiro. Desta forma, a sua implementação deve ser conduzida no sentido do crescimento pessoal e profissional, devendo os supervisores serem encorajados à sua prática, introduzindo esta estratégia nos contextos da SCE.

II. Demonstração

A utilização da demonstração considera-se de grande utilidade em situações que requerem o treino de habilidades e o ensino de procedimentos que permitam ao profissional emergir em ambientes interativos e seguros, ideais ao desenvolvimento do processo de enfermagem (Gomes & Germano, 2007). Nesta estratégia, a atuação do supervisor passa por identificar e corrigir os erros, demonstrando e explicando os aspetos que requerem aprimoramento por parte do supervisionado (Rothgeb, 2008). A demonstração mostra-se de grande utilidade especialmente quando um procedimento é realizado pela primeira vez, cabendo ao supervisor a tarefa de executar a atividade e comentar a mesma, levando o supervisionado a refletir sobre o que foi demonstrado (Rua, 2011).

Alarcão (1996, p.20) refere que a demonstração não deve ser entendida como um simples processo de imitação por parte do supervisionado mas sim, um método em que “*o formador demonstra, descreve o que demonstra, reflete sobre o que faz e o que descreve*”. Neste sentido, a demonstração parece ser uma estratégia pertinente a utilizar pelo supervisor na prática profissional, permitindo a reflexão e o desenvolvimento de habilidades psicomotoras do enfermeiro, viabilizando também que este entenda que existem diferentes intervenções que permitem atingir o mesmo objetivo (Simões, 2004).

Atendendo à finalidade da SCE em manter a segurança dos cuidados prestados aos clientes, é necessário que o supervisionado se sinta seguro na execução dos procedimentos, sendo essencial que este tenha tempo para pôr em prática o demonstrado, para que se sinta mais confiante e seguro em relação às suas próprias práticas (Coutinho & Friedlander, 2004), pelo que a demonstração se afirma como uma estratégia facilitadora da aprendizagem através da colaboração, da observação, da explicação do enfermeiro enquanto supervisor e da reflexão conjunta (Simões, 2004).

III. Observação

No decurso do processo de SCE, o supervisor deve também assumir o papel de observador, registando os dados que considera pertinentes e essenciais no sentido de providenciar *feedback* adequado para a otimização da comunicação, dos processos de auto e hetero-conhecimento e das práticas clínicas (Fonseca, 2006). Neste sentido, Estrela (1994) divide a observação em três vertentes, tendo em consideração os contextos e objetivos pretendidos:

- Naturalista - o observador regista o que vê dentro de um determinado contexto, desvalorizando o pormenor;
- Ocasional – observação inserida num determinado contexto e direcionada para um determinado aspeto, procedendo-se à sua detalhada descrição;
- Sistemática - centrada nos comportamentos observáveis e quantificáveis.

Os processos de supervisão devem assentar em metodologias de observação, para que nenhum episódio observável passe despercebido, e também, na reflexão e intuição, enquanto instrumentos necessários para uma melhor análise e compreensão dos fenómenos observáveis e das razões subjacentes a estes (Alarcão & Tavares, 2003).

Esta estratégia permite verificar a progressão do desempenho do supervisionado, ao mesmo tempo que oferece ao supervisor um registo pormenorizado sobre os aspetos que considera relevantes avaliar, registo esse que se constitui como uma fonte de dados valiosa para o supervisor poder assinalar a frequência com que determinados comportamentos ocorrem (Simões, 2004).

IV. Relatório reflexivo

No cerne de um processo formativo que se insere nos trâmites da experimentação e da reflexão, pretende-se clarificar a utilização do relatório reflexivo por se considerar uma estratégia que proporciona aos supervisionados a oportunidade para refletirem sobre o seu percurso e, conseqüentemente, sobre o seu desenvolvimento pessoal e profissional, fornecendo ao supervisor um relatório com potencial enorme de avaliação e reflexão sobre o desenvolvimento do supervisionado.

Partindo desta abordagem, o relatório reflexivo pretende dar relevo aos aspetos da prática que o supervisionado considera mais preponderantes, permitindo uma reflexão contínua e crítica sobre o seu próprio percurso (Sá-Chaves, 2011) e a construção progressiva do conhecimento de uma forma reflexiva a partir das suas experiências (Silva & Sá-Chaves, 2008). Num estudo realizado sobre as perceções dos formadores relativamente ao uso desta estratégia, os participantes atribuíram-lhe um significado muito positivo, enaltecendo o seu carácter de avaliação e acompanhamento, afigurando-se assim como um instrumento de auto-avaliação preponderante (Silva & Sá-Chaves, 2008).

No que concerne à sua conceção e função, Sá-Chaves (2011) refere que se trata de um relatório escrito de carácter narrativo ou descritivo, que pretende fomentar os mecanismos de reflexão, auto-análise e autoconsciencialização do supervisionado.

O relatório reflexivo permite ao supervisionado a narração de episódios significativos com vista a uma reflexão e consciencialização sobre as componentes da prática, proporcionando-lhe a possibilidade de explanar os seus pontos de vista e conceções que vai recolhendo da sua prática e que considera relevantes para o seu percurso.

V. Formação contínua

A formação contínua é uma estratégia que concorre para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, em contexto organizacional, podendo considerar-se como principais objetivos deste processo:

- A melhoria da qualidade do ensino e das aprendizagens, através da permanente atualização e aprofundamento de conhecimentos, nas vertentes teórica e prática;
- O aperfeiçoamento das competências profissionais nos vários domínios da atividade;
- A aquisição de capacidades, competências e saberes que favoreçam a construção da autonomia;
- O apoio a programas de reconversão profissional, de mobilidade profissional e de complemento de habilitações.

(Decreto-Lei n. 207/96 de 2 de Novembro)

No âmbito da SCE, importa fornecer aos enfermeiros as ferramentas essenciais e as oportunidades necessárias para que estes se tornem mais ativos na escolha dos papéis desempenhados nos processos de formação. Deste modo, a formação contínua não pode ser dissociada da SCE, uma vez que é perspectivada como algo que acompanha o profissional ao longo do seu percurso, contribuindo para a construção do seu conhecimento, formação e desenvolvimento profissional (Pires, 2004). Este tipo de formação deve ser ao mesmo tempo criativa e reflexiva, de forma a fomentar o desenvolvimento das atividades do enfermeiro, aumentando as suas aptidões na prática clínica (Guerra, 2008). Corroborando esta perspetiva, Espiney (1997) afirma que a formação dos profissionais, sendo baseada em processos de experimentação e reflexão, requer uma estreita ligação do profissional com o local de trabalho, pelo que se considera que as passagens de turno evidenciam-se como momentos de reflexão oportunos para a discussão em equipa sobre os cuidados de enfermagem e sobre a qualidade de cuidados prestados, podendo ser *“(...) um momento privilegiado de formação não formal, que permitiria valorizar o saber do grupo, relacionando-o e estimulando para novas formações, tão necessárias ao desenvolvimento*

da qualidade dos cuidados, contextualizado pela seleção de intervenções, tendo em conta cada situação específica” (Garrido, 2004 p. 12). No mesmo âmbito, as reuniões de serviço e a formação em serviço podem assumir-se como momentos de discussão e reflexão por excelência, que potenciam o desenvolvimento profissional e pessoal.

Neste contexto, parece ser ainda pertinente que o supervisor ajude o supervisionado a identificar as suas necessidades de formação, indicando-lhe meios para as colmatar, no sentido de proporcionar um investimento sustentado e adequado às necessidades identificadas.

A formação contínua é considerada um fator de desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo e das instituições de saúde, com vista a uma adaptação rigorosa à inovação e evolução dos contextos, destacando que a qualidade dos cuidados só é possível através da atualização e formação permanente dos profissionais para o desempenho das suas funções (Sousa, 2003).

VI. Supervisão à distância

Numa era cada vez mais dominada pelas novas ferramentas de comunicação, emerge a necessidade de uma adaptação dos ambientes pedagógicos e formativos às novas tecnologias, no sentido de facilitar a interatividade entre os atores implicados no processo de ensino/aprendizagem, permitindo que distâncias físicas sejam diminuídas (Prado & Rosa, 2008).

Apesar de existirem poucos estudos sobre esta temática, no âmbito da SCE, a literatura menciona que embora seja muito precoce sugerir a supervisão à distância em detrimento da supervisão presencial, na medida em que parte dos eixos centrais do processo de comunicação, como por exemplo a linguagem não-verbal, iriam ser esquecidos, a evolução tecnológica e o aparecimento de novos meios de comunicação poderão tornar a supervisão à distância numa realidade cada vez mais presente e sustentada (Graf & Stebnicki, 2002).

Assim, podemos aludir à supervisão à distância como o conjunto de atividades que possam ser executadas sem a presença física dos agentes envolvidos, evidenciando três formas distintas: *e-mail*, telefone e *skype*®.

No que concerne à utilização da supervisão via *e-mail*, os supervisionados revelam que esta estratégia fornece-lhes mais apoio e recursos, sendo por isso um excelente complemento e suporte às estratégias de supervisão presencial (Graf & Stebnicki, 2002).

A utilização do telefone também parece ser importante no âmbito da SCE, tornando-se mais útil quanto mais envolvente for a relação entre supervisor e supervisionado, e mais relevante para os supervisionados que vivem mais longe ou que trabalham num estabelecimento à parte do seu local de trabalho principal (Robson & Whelan, 2006). Apesar de existirem poucas evidências sobre a utilização do telefone nos processos supervisivos, o uso desta tecnologia pode ser relevante nomeadamente para os momentos em que não é possível, pela distância, estabelecer-se uma relação presencial.

Atendendo à impossibilidade de supervisor e supervisionado estabelecerem comunicação não-verbal com a utilização dos recursos tecnológicos referidos anteriormente, tendo esta um papel muito importante na comunicação, a utilização do *skype*[®] pode constituir um recurso que permite suprir esta lacuna. Contudo, alerta-se para o facto de existir no *skype*[®], além do conteúdo verbal, um conteúdo visual que pode ser um fator condicionante da atenção do supervisionado, podendo dificultar a perceção da mensagem (Kerfoot, 2010). Esta plataforma de comunicação é considerada uma aplicação gratuita para computador que permite comunicar da mesma forma do que com o telefone, com a diferença de se conseguir ver e ouvir a pessoa com quem estabelecemos o contacto. Um estudo dirigido por Bolle, Johnsen e Gilbert (2011) concluiu que a implementação de estratégias que potenciem o contacto visual, em especial a supervisão através de vídeo-conferência, envolve os formandos na aprendizagem, ao mesmo tempo que lhes confere maiores índices de confiança, motivação e suporte (Marrow et al., 2002).

As vantagens do uso das novas tecnologias no âmbito da formação são reconhecidas em diversos níveis e contextos (Kerfoot, 2010; Bolle, Johnsen & Gilbert, 2011; McColgan & Rice, 2012), e embora exista ainda pouca investigação nesta área, fica a perceção de que o uso desta estratégia aplicada à SCE, pode aproximar os agentes implicados neste processo, promovendo o suporte, a interação e a comunicação entre supervisor e supervisionado. O facto dos estudos desenvolvidos nesta área serem relativamente recentes, mostra o investimento que tem sido efetuado neste domínio e ao mesmo tempo a importância que esta estratégia apresenta nos atuais cenários de formação, permitindo uma maior flexibilidade e adaptação às circunstâncias físicas e às próprias necessidades de desenvolvimento do supervisionado.

VII. Análise de documentação dos cuidados de enfermagem

O ato de registar em Enfermagem gera informação relacionada com os cuidados prestados ao cliente, sendo considerada uma atividade preponderante para a melhoria da

prática clínica, assim como para a obtenção de uma maior visibilidade da profissão junto dos clientes, das famílias e da sociedade (Martins et al., 2008). Os registos servem como base para a prestação de cuidados, e devem explicitar os dados observados ou interpretados relevantes para elaborar um diagnóstico de enfermagem e as intervenções mais adequadas face ao diagnóstico identificado (Figueiroa-Rêgo, 2003), podendo, quando efetuados de forma rigorosa e consistente, constituir uma importante fonte de análise e reflexão (Garrido, 2004), viabilizando a identificação de necessidades de formação e investimento por parte do supervisionado.

A documentação dos cuidados de enfermagem envolve uma responsabilidade ética e profissional por parte do enfermeiro e reveste-se de uma importância fulcral, na medida em que pode, no caso de se revelar escassa ou inadequada, comprometer os cuidados de enfermagem ao cliente, a instituição de saúde e o próprio profissional (Setz & Innocenzo, 2009).

Contudo, apesar da quantidade de dados documentados nos Sistemas de Informação de Enfermagem ter aumentado, *“o potencial máximo de utilização da informação que pode ser gerada com aqueles dados raramente é alcançado”* (Pereira, 2007, p. 56). O autor referido alude ao Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) como parte integrante do processo de documentação dos cuidados de enfermagem, advertindo que se trata não da documentação em si, mas de um mínimo de dados que devem estar registados no sentido de uma melhor descrição dos cuidados de enfermagem. Tendo em atenção a importância do RMDE, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2007) refere que a sua estrutura deve ser *“alimentada”* a partir da documentação diária de cuidados, correspondendo assim a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que permitem gerar indicadores essenciais à viabilização de cuidados de qualidade em enfermagem (Pereira, 2007).

Entende-se que a SCE, pela importância que detém na promoção qualidade dos cuidados, deve proporcionar especial atenção à análise de documentação dos cuidados de enfermagem, com vista à obtenção de dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a adequação dos cuidados, ajudando na identificação de áreas de investimento em termos do seu potencial formativo, como também, no reconhecimento dos focos e diagnósticos relevantes para a identificação de indicadores que traduzam um melhor desempenho profissional.

VIII. Apoio

Na literatura é evidenciado o stresse causado pela profissão de enfermagem, da qual resultam níveis elevados de ansiedade e até mesmo depressão, sendo por isso destacada a importância atribuída ao papel do enfermeiro supervisor no apoio ao supervisionado no âmbito da gestão das emoções e comportamentos (Circenis & Millere, 2012).

Como já foi referido, uma das necessidades sentidas pelas organizações de saúde foi a de acompanhar e dar suporte aos profissionais, impedindo que o stresse causado pela profissão se instale. A SCE, pelo apoio que fornece aos profissionais e pelos ganhos que proporciona a diversos níveis, constitui uma excelente prática terapêutica (Butterworth et al., 2008). Além disto, os resultados que produz ao nível da satisfação profissional e do *burnout* (Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner & Haataja, 2006; Edwards et al., 2006) parecem estar relacionados com a qualidade do suporte providenciado pelo supervisor (Hyrkäs, 2005) e com o ambiente de escuta e suporte proporcionado aos supervisionados (Edwards et al., 2006). Assim, torna-se preponderante o papel restaurativo desempenhado pela SCE, através da oportunidade que fornece aos supervisionados de refletir sobre os seus dilemas, dificuldades e sucessos, bem como na exploração da forma como reagem e resolvem as situações, promovendo um cuidar holístico, centrado nas reais necessidades dos clientes (Cutcliff et al., 1998).

Entende-se assim que o apoio torna-se num elemento decisivo para a satisfação e desenvolvimento profissional do enfermeiro, permitindo que este tenha uma evolução saudável, minimizando o sofrimento face às complexidades e dilemas profissionais e com índices de confiança e suporte adequados. Neste sentido, alguns sistemas de saúde sugerem características essenciais ao supervisor, do ponto de vista do suporte, como sendo: a acessibilidade; a capacidade de estabelecer uma relação de confiança e apoio; a consciencialização sobre as pressões e exigências do trabalho; a capacidade de escuta; e a capacidade de comunicação de ideias e informações (Currie, 2012).

Desta forma, os supervisionados destacam como características mais apreciadas numa relação supervisiva a empatia e o ser positivo, acrescentando ainda que o supervisor deve promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, sustentar e pesquisar (Hagler, 1991, Cit. por Cottrell, 2002). Estas características foram também evidenciadas no trabalho de Garrido (2004) que mostrou, igualmente, que de entre os aspetos encorajadores/restaurativos, os enfermeiros supervisionados apontam o relacionamento interpessoal e a capacidade de interajuda como os elementos mais

relevantes, considerando estes aspetos relacionais mais importantes numa relação supervisiva do que as competências técnicas e organizacionais.

Constata-se, então, que o apoio se revela uma estratégia preponderante para o desenvolvimento do supervisionado, que se estabelece, nomeadamente, através da relação com o supervisor e através do suporte dos pares, cuja finalidade deve ser a diminuição do desgaste provocado pelo exercício da enfermagem e, como consequência, o bem-estar dos enfermeiros.

IX. Análise crítico-reflexiva das práticas

Com vista à promoção e prestação de cuidados de saúde de qualidade, os enfermeiros necessitam cada vez mais de pensar criticamente e refletir sobre as suas ações para que, desta forma, possam estar devidamente preparados e capazes de se adaptarem às constantes mudanças que surgem nos contextos de saúde. Nesta área, são relevantes os trabalhos desenvolvidos por Donald Schön, que considera essencial o desenvolvimento de uma prática reflexiva durante o período de formação profissional, definindo três elementos básicos: conhecimento na ação, reflexão na ação e reflexão sobre a ação (Schön, 1983, Cit. por Rua, 2011). Estas três componentes constituem um método ativo, guiado por etapas, em que a reflexão sobre cada uma prepara o campo para a próxima (Schön, 2000).

O conhecimento na ação é considerado como o conjunto de conhecimentos que o supervisionado possui, e que necessita de mobilizar de forma espontânea, para dar resposta a uma determinada situação (Alarcão, 1996).

A reflexão na ação refere-se ao conhecimento existente durante a realização da ação, e pressupõe que o supervisionado seja capaz de pensar e analisar as práticas de forma a estruturar as suas intervenções de acordo com a evolução da situação, facto que acontece de forma sistemática na prática clínica de enfermagem (Schön, 1983, Cit. por Rua, 2011). Relativamente a este mecanismo, Gomes e Casagrande (2002, p.702) afirmam que:

“(...) pensamos de maneira crítica sobre o pensamento que nos levou a essa situação-surpresa e, durante o processo, podemos reestruturar estratégias de ação (...), sem o rigor, a sistematização e o distanciamento requeridos pela análise racional, mas com a riqueza da captação viva e imediata das múltiplas variáveis e com a grandeza da improvisação e criação (...).”

A reflexão sobre a ação acontece posteriormente à realização desta última, permitindo ao supervisionado olhar para a ação com o distanciamento necessário para a

reconstruir e compreender. Esta aproximação e distanciamento, denominado por Sá-Chaves (2011) de efeito *zoom*, é efetuada sem a tensão inerente à realização da ação, tornando-se por isso numa reflexão mais profunda e rica (Schön, 1983, Cit. por Rua, 2011).

Partindo desta conceção, cabe ao supervisor parte da responsabilidade pela formação dos profissionais de enfermagem, entendendo que o seu papel se baseia no diálogo reflexivo com o enfermeiro, fazendo com que este seja capaz de pensar criticamente de forma a tomar as decisões mais acertadas e assim poder prestar cuidados de qualidade aos clientes. Desta forma, no âmbito da SCE, parece essencial o desenvolvimento por parte do supervisor, de atividades que potenciem o desenvolvimento de habilidades crítico-reflexivas, promotoras de um cuidar mais consistente, baseadas na melhor evidência científica.

O pensamento crítico-reflexivo é entendido como a chave para a resolução de problemas, na medida em que os enfermeiros são constantemente confrontados com situações complexas que exigem novos conhecimentos e competências para uma tomada de decisão consciente e informada (Alfaro-Lefevre, 1996). Enders, Brito e Monteiro (2004) são da mesma opinião quando referem que as competências crítico analíticas devem constituir um marco importante na disciplina de Enfermagem, cujo principal objetivo passa por formar profissionais competentes, críticos e com uma participação ativa na sociedade. Atendendo à necessidade que os enfermeiros têm hoje em dia de dominar e mobilizar uma quantidade significativa de conhecimentos e procedimentos, o desenvolvimento sustentado de competências crítico-reflexivas torna-se preponderante para que, desta forma, possam tomar decisões clínicas mais acertadas (Rogal & Young, 2008).

Para o desenvolvimento destas competências, alguns autores como Potts (1994), Vieira e Vieira (2005), Hoffman (2008), e Rua (2011), consideram o questionamento como uma atividade preponderante que deve ser utilizada durante o processo de formação, na medida em que as questões colocadas possibilitam melhorar as competências e a capacidade de tomada de decisão, permitindo a procura das respostas de forma autónoma (Hoffman, 2008). Este questionamento pode ser bilateral, permitindo por um lado incentivar o supervisionado a desenvolver um raciocínio crítico, e por outro, estimulá-lo a questionar sempre que sinta necessidade, promovendo, desta forma, o espírito de confiança e interajuda (Rua, 2011). Potts (1994) enaltece ainda a importância do tempo disponibilizado aos supervisionados para responder às questões, explicando que o pensamento crítico raramente envolve juízos precipitados, pelo que, colocar questões e dar tempo suficiente para refletir sobre as mesmas, ajuda o supervisionado a consciencializar-

se de que necessita desse tempo para refletir e que nem sempre a resposta mais rápida é a mais correta. No que diz respeito ao tipo de questões, o autor considera que as perguntas abertas oferecem a possibilidade de pensar e responder de forma criativa, sem medo de errar, apelando à autonomia, análise e capacidade crítica.

É uma preocupação dos sistemas de saúde a promoção de práticas reflexivas no âmbito dos programas de SCE, bem como a discussão dos benefícios deste aspeto durante o treino dos supervisores (Sealy 2006; *Department of Health, Social Services and Public Safety*, 2004), devendo ser disponibilizada aos supervisionados a oportunidade de refletirem e avaliarem de forma constante as suas ações, pois só desta forma se consegue a formação de profissionais cada vez mais flexíveis e bem preparados.

X. Análise de casos

A análise de casos é uma estratégia através da qual se pretende uma reflexão que permita a desconstrução e construção do conhecimento, através da análise, discussão e partilha de diferentes pontos de vista em relação a uma situação específica, cabendo ao supervisor o papel de fornecer informações importantes, coadjuvar e orientar na planificação do caso, promovendo uma visão reflexiva sobre a realidade (Vieira & Vieira, 2005).

A análise de casos pode também ser entendida como a partilha e discussão de casos reais e problemáticos que advêm da prática clínica, através da qual se pretende o desenvolvimento de conhecimento teórico essencial ao desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, na medida em que os problemas clínicos apresentam um grau de complexidade e envolvência sociocultural, que exigem uma análise profunda e detalhada (Simões, 2004).

Por outro lado, a análise dos incidentes críticos decorrentes da prática, muitas vezes designados por episódios significativos (Sá-Chaves, 2011), deve ser efetuada de forma regular, para que esta componente seja um hábito promotor do saber contextualizado (Whitehead & Mason Cit. por Cordeiro, 2008). É consensual que a reflexão, discussão e partilha de experiências, promove o desenvolvimento de competências e habilidades, e, como consequência, dos próprios processos de SCE (Paton & Binding, 2009), devendo salientar-se, que este tipo de atividades pode modificar comportamentos, fomentando a aprendizagem pela experiência. Partindo desta premissa, *“(...) os novos conhecimentos ganham significados e os conhecimentos preexistentes ficam mais ricos, mais elaborados, mais estáveis cognitivamente e mais capazes de prover ancoragem cognitiva para outros*

conhecimentos” (Valadares & Moreira, 2009, p. 116). Estamos então perante um processo que se designa por aprendizagem significativa, que é entendido como um mecanismo em que o supervisor, partindo daquilo que o supervisionado já sabe, coopera, negocia e colabora no sentido de permitir a edificação de novos conhecimentos (Valadares & Moreira, 2009).

A análise de casos deve ser uma estratégia promotora da reflexão sobre os cuidados prestados, podendo incorporar situações clínicas relevantes e/ou incidentes críticos mais significativos. Esta estratégia envolve um trabalho, individual ou em grupo, preponderante para o desenvolvimento dos supervisionados, uma vez que os momentos de reflexão e análise proporcionados parecem ser determinantes para os preparar de forma adequada, provendo-os também de conhecimentos teóricos essenciais à qualidade e segurança dos cuidados.

XI. Sessões de supervisão

As *guidelines* de orientação internacionais fornecem indicações específicas em relação ao funcionamento das sessões de supervisão, com o intuito de informar e orientar o supervisor e o supervisionado para um melhor funcionamento das mesmas. As responsabilidades, normas e indicações presentes nestas *guidelines*, pretendem ser fatores facilitadores, que, de uma forma estrutural e sistemática, potenciam a reflexão junto dos enfermeiros.

Durante as sessões de supervisão os supervisionados são encorajados a utilizarem os processos de reflexão na prática e a discussão, enquanto ferramentas essenciais para a concretização do julgamento clínico (Sealy, 2006), sendo este fundamento essencial para uma correta avaliação e intervenção do enfermeiro no contexto da prática. Tendo em conta as mudanças no sistema de prestação de cuidados e as exigências ao nível da prática, torna-se importante que os enfermeiros sejam capazes de julgar e pensar de forma crítica com o objetivo de processarem as informações recolhidas do meio e tomarem decisões (Lima & Cassiani, 2000). Deste modo, Brunt (2005) indica que o pensamento crítico deve ser uma ferramenta a considerar no nível da formação dos enfermeiros, destacando que se trata de uma arte e uma questão de habilidade que exige paciência, consciencialização, conhecimento e exercício, passível de ser aprendido e desenvolvido.

As sessões de supervisão, individuais ou em grupo, devem por isso ser agendadas e preparadas com antecedência pelo supervisor, em conjunto com o supervisionado, devendo ser viabilizado espaço para a discussão de temas relacionados com a componente

clínica, como também com a parte pessoal, visto que este elemento comporta grande influência na prestação de cuidados (White et al., 1998).

Por outro lado, os autores mencionados concordam que deve ser estipulado um horário de início e de termo das sessões, e, apesar de a literatura não ser consensual em relação à duração e periodicidade das sessões, esta componente parece ter uma influência determinante para o êxito das mesmas e da própria SC. Alguns trabalhos de investigação nesta área concluíram que os *scores* mais elevados de avaliação da SCE foram obtidos quando as sessões foram realizadas fora do contexto de trabalho, com a duração máxima de 60 minutos e uma regularidade de pelo menos uma vez por mês, alertando que os benefícios da SC diminuem significativamente se estes períodos de duração e frequência das sessões não forem atingidos (Edwards et al., 2005). Numa revisão bibliográfica efetuada por Wright (2012), os *scores* mais elevados foram obtidos quando as sessões foram efetuadas igualmente fora do contexto clínico, quinzenalmente e com a duração de 45 minutos. Apesar dos diferentes pontos de vista, as sessões de supervisão podem concretizar um excelente momento, onde deve ser dada oportunidade ao supervisionado para refletir e partilhar com o supervisor sugestões e/ou opiniões que considere relevantes para o seu percurso formativo. As vantagens apresentadas fazem com que a maior parte dos enfermeiros as considere produtivas, contudo, alguns profissionais classificam-nas como inconsequentes e inoportunas (Wright, 2012), possivelmente devido à escassez de recursos humanos e à excessiva carga de trabalho (Gilmore, 2001, Cit. por Edwards et al., 2005).

As sessões de supervisão aparecem como uma parte estruturante e fundamental em qualquer programa de SCE, pelo que deve ser disponibilizado mais tempo e recursos para os supervisores e supervisionados se dedicarem a esta estratégia e, efetivamente, beneficiarem das suas vantagens.

Considera-se que esta estratégia pode ser conduzida de forma individualizada (um para um) ou em grupos, dependendo dos objetivos estabelecidos pelo supervisor, bem como dos recursos humanos e materiais que este tem à sua disposição.

De um modo geral, quando realizadas de forma individualizada, as sessões de supervisão apresentam ganhos ao nível do desenvolvimento de competências e das necessidades de aprendizagem do supervisionado, oferecendo-lhes a possibilidade de discutir, num ambiente privado, as suas dificuldades, medos e sentimentos que decorrem das situações vividas na prática (McKeown, 2001). Contudo, apesar das vantagens e importância que parece deter nos processos de SCE, a literatura é unanime em considerar

que esta vertente apresenta custos mais elevados a longo prazo, quando comparada com a realização das sessões em pequenos grupos (McKeown, 2001; White & Winstanley, 2006).

As sessões de supervisão quando efetivadas em grupo, constituído por cerca de seis elementos (White & Winstanley, 2006; Winstanley & White, 2011), além de promoverem a interação entre os indivíduos e ao mesmo tempo facilitarem a aprendizagem de cada elemento (Potts, 1994), permitem a reflexão em grupo, a troca de experiências e aproximação entre os intervenientes, a discussão de casos/incidentes e o desenvolvimento de competências de comunicação (McKeown, 2001). A supervisão em grupo torna-se assim essencial para o desenvolvimento profissional e pessoal dos supervisionados (Holmlund, Lindgren & Athlin, 2010), proporcionando condições essenciais para se assegurarem cuidados de qualidade (Arvidsson, Löfgren & Fridlund, 2001). Apesar de alguns autores referirem que as sessões de um para um são as mais utilizadas (Edwards et al., 2005), e revelarem-se como o método mais efetivo (Butterworth et al., 1997), o suporte e os conselhos experimentados pelos supervisionados ao longo das sessões de supervisão em grupo, são consideradas algumas das vantagens deste método (Winstanley, 2000).

XII. Auto supervisão

A auto supervisão é uma estratégia de auto-observação e introspeção, *“sobre si, sobre os contextos, sobre as finalidades, sobre as práticas, sobre os outros, privilegiando a análise de situações concretas e de experiências pessoais”* (Caetano & Silva, 2009, p. 54) que pretende:

- Desenvolver técnicas de auto-observação, como forma de compreender e interpretar as práticas;
- Facilitar o desenvolvimento da identidade profissional;
- Potenciar mecanismos de avaliação e reflexão crítica sobre o processo de formação.

(Lezón, 2009)

A auto supervisão é definida como um método através do qual se pretende o desenvolvimento da capacidade de introspeção metacognitiva e dos mecanismos de auto-análise e auto reflexão (Simões, 2004), essenciais ao desenvolvimento de uma crescente autonomia por parte do supervisionado em relação ao seu processo de formação.

Os processos de supervisão caminham no sentido da autonomização do supervisionado, através da indagação dos contextos e do próprio processo de

desenvolvimento profissional e pessoal, visando uma crescente aproximação e consolidação dos princípios e finalidades de auto/hétero avaliação (Moreira, 2004).

A auto supervisão é considerada como uma atividade essencial para o supervisionado tomar conhecimento sobre si próprio e refletir sobre as suas intervenções, podendo esta análise ser um fator promotor do desenvolvimento das suas práticas (Lezón, 2009), permitindo ao supervisionado avaliar as suas ações e, a partir destas, identificar as suas potencialidades, as suas dificuldades, e encontrar novos modos de atuação, minimizando a ocorrência de erros. Nesta estratégia, o supervisor é responsável por informar e treinar com o supervisionado estas competências, dotando-o de conhecimentos para poder executar esta estratégia de forma autónoma.

Face à produção do discurso, verifica-se que são várias as estratégias referidas na literatura que podem informar as práticas supervisivas. No entanto, cabe ao supervisor selecionar aquelas que considera mais pertinentes e adequadas, face às situações de supervisão e às particularidades e necessidades do supervisionado, atendendo necessariamente às características da ecologia envolvente.

2. RELEVÂNCIA DOS INDICADORES PARA A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A Relevância é considerada uma medida intuitiva do processo de comunicação que pode variar de acordo com diversos fatores, pelo que, não pode ser estudada de forma isolada (Figueiredo, 1977). A mesma autora acrescenta que a relevância traduz-se numa relação comparativa de ordem qualitativa, devendo ser considerada em função do tempo, pelo que, por essa razão, poderá vir a sofrer alterações.

Por outro lado, atendendo à necessidade de existirem nos contextos atuais de saúde, modelos formais de reflexão e experimentação que se constituam como veículos de desenvolvimento e formação contínua dos enfermeiros, pondo em prática estratégias que potenciem a reflexão, a responsabilização e o suporte profissional, torna-se pertinente sublinhar a importância da definição de indicadores para a qualidade do exercício profissional.

2.1. Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros

A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é considerada como um dos fatores que contribui para a qualidade em saúde, pelo que as questões relativas ao processamento, documentação e armazenamento da informação resultantes dos cuidados de enfermagem e a sua correta gestão, assumem-se de maior importância na concretização de uma melhoria gradual dos cuidados prestados ao cliente (Pereira, 2007). Torna-se essencial compreender o papel dos enfermeiros, atendendo ao forte impacto que adquirem na assistência ao cliente e ao facto de considerar-se que, por fazerem parte de uma equipa multidisciplinar, *“(...) nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser*

negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (...)” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 6).

A melhoria da qualidade em saúde tem vindo a desenvolver-se, quer através da utilização de processos formais quer ainda, com recurso a “processos informais” que *“ocorrem quando colegas observam o trabalho de outros e ajustam os seus comportamentos às normas profissionais prevalentes. Por esta razão, a qualidade dos cuidados é fortemente influenciada por qualquer actividade que faça com que o trabalho de um seja visível para os outros”* (Donabedian, 2003, p. xxix).

A qualidade em saúde é entendida como um processo que envolve a prestação de cuidados, através dos quais se pretende o bem-estar do cliente, tendo sempre em consideração a relação custo/benefício do resultado final dos cuidados (Donabedian, 2003). Neste âmbito, são identificados por Donabedian (2003), um conjunto de indicadores considerados essenciais para a definição da qualidade, tais como: eficácia, efetividade, eficiência e adequação (Donabedian, 2003).

A eficácia diz respeito aos “*standards de qualidade*”, ou seja, às referências ao nível da qualidade com as quais os resultados obtidos devem ser comparados, promovendo assim melhorias no estado de saúde.

A efetividade refere-se ao resultado final da comparação entre os resultados obtidos e aqueles que os *standards* apontam, com base na evidência empírica.

Por sua vez, a eficiência centra-se na racionalização dos recursos, nomeadamente financeiros, em que se deseja desenvolver a qualidade ao menor custo, tomando-se como referência o custo/benefício.

Por fim, a adequação está relacionada com a conformidade dos cuidados prestados, de acordo com as necessidades, valores e crenças do cliente, encerrando algumas condições como a acessibilidade, a relação interpessoal, as condições ambientais e as preferências pessoais dos clientes. Através da sua análise compreende-se que a qualidade dos cuidados está intimamente relacionada com as condições ambientais e físicas que possam garantir a privacidade e conforto do cliente.

De acordo com Pereira (2007, p. 85), o conceito de qualidade é *“fazer progressivamente e de forma contínua o melhor que for possível, com as condições existentes e tendo por base uma filosofia de análise do desempenho fundamentada em informação fiável”*. Nesta perspetiva, a qualidade em Enfermagem consiste em assegurar cuidados de qualidade aos clientes, sendo que se torna essencial a definição de padrões que permitam avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e, também, a

implementação e consolidação de programas de qualidade integrados na prática (OE, 2004).

Atendendo a que a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros é influenciada decisivamente pelas competências profissionais, habilidades e conhecimentos que norteiam a ação de cada um, a intervenção coletiva e individual dos enfermeiros torna-se preponderante para a qualidade dos cuidados (Pereira, 2007). Estas competências devem ser aperfeiçoadas no seio da prática clínica, devendo concretizar-se esforços no sentido da implementação de estratégias e modalidades de formação que desenvolvam um saber contextualizado (Sousa, 2011).

Encara-se a SCE como um método que potencia a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pelo que se devem utilizar, no contexto da prática clínica em enfermagem, estratégias centradas no desenvolvimento dos enfermeiros, devendo estas ser suportadas por um conjunto de indicadores que operacionalizem a sua implementação. Desta forma, cada indicador resultará da desconstrução de cada estratégia nas suas componentes e características mais elementares, possibilitando informação sobre o carácter e objetivos do processo de formação profissional, no seio das instituições.

2.2. Indicadores de qualidade dos cuidados

A definição de indicadores, usados pela primeira vez em contexto das práticas de enfermagem, é atribuída a Florence Nigthingale, que elencou um conjunto de aspetos, que a seu ver, tinham repercussão na qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, na saúde das pessoas.

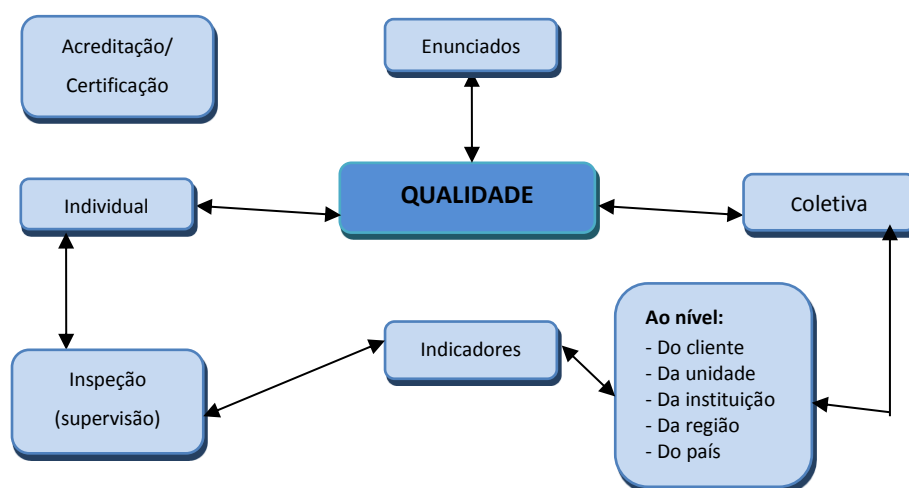
Atualmente, os indicadores são utilizados como linhas orientadoras na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde, revelando, desta forma, uma situação de saúde, e, não se constituindo como componente única nesta problemática, representam uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer estratégia ou programa de qualidade em saúde (Pereira, 2007).

Assiste-se, assim, a uma cada vez maior preocupação dos enfermeiros em construir e validar indicadores passíveis de uma comparação intra e extra institucional, refletindo os diferentes contextos da prática profissional, tendo como finalidade obter ganhos em qualidade (Tronchin, Melleiro & Mota, 2006; Pereira, 2007).

Nesta perspectiva, um indicador deve possuir um alto grau de validade, ou seja, medir aquilo a que se propõe medir, discriminando corretamente um fenómeno de todos os outros e ser capaz, do mesmo modo, de revelar, ao longo do tempo, as mudanças operadas nesse fenómeno (Pereira, 2007). O uso de indicadores no exercício das práticas, vai favorecer a reflexão dos enfermeiros sobre a prestação dos cuidados e a procura de novas formas de fazer, contribuindo, também, para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, fornecer informações válidas sobre a qualidade do exercício dos enfermeiros, e ainda, demonstrar relações entre recursos e resultados (OE, 2004).

Compreende-se que a construção e a validação de indicadores de qualidade em enfermagem permitem a monitorização contínua das atividades dos enfermeiros, mas também a reflexão sobre os diferentes contextos da prática profissional, concorrendo, deste modo, para a obtenção de dados que permitam avaliar a qualidade assistencial (Tronchin; Melleiro & Mota, 2006). Neste âmbito, reveste-se de real importância a existência de modelos formais de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, estando a supervisão subjacente aos mesmos, numa lógica das relações conceituais (figura 1) concorrentes para a acreditação, qualidade e segurança dos cuidados em enfermagem.

FIGURA 1: Relações conceituais na área da qualidade dos cuidados de Enfermagem



Fonte: Adaptado de OE (2004)

Como pode constatar-se, a representação esquemática anterior expõe, numa ótica organizacional, uma abordagem do processo da qualidade, partindo-se da qualidade enunciada para a definição de indicadores de estrutura, de processo e de resultado, relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2004).

Em relação aos indicadores de estrutura, estes reportam-se às componentes físicas e materiais existentes, aos recursos humanos e financeiros disponibilizados para a assistência, bem como às características organizacionais passíveis de demonstrar a estrutura e distribuição do trabalho (Pereira, 2007). Estas condições são consideradas essenciais para o bom funcionamento dos serviços de saúde, facilitando a concretização de resultados favoráveis (Donabedian, 2003).

No que diz respeito aos indicadores de processo, estes integram os aspetos relativos às atividades centradas na prestação de cuidados ao cliente, tais como os diagnósticos, o tratamento médico e cirúrgico e a reabilitação (Pereira, 2007). Estes indicadores enaltecem ainda a qualidade das práticas e não apenas a execução mecânica das mesmas (Donabedian, 2003; Pereira, 2007).

Por fim, os indicadores de resultado dizem respeito ao produto final dos cuidados de enfermagem onde se pode incluir a mudança do estado de saúde, a recuperação do indivíduo tanto quanto possível, bem como os seus conhecimentos, comportamentos e satisfação com os cuidados prestados (Donabedian, 2003; Pereira, 2007).

Considera-se que é através da definição de indicadores que se pode gerar informação sobre a assistência de enfermagem, facto este com enorme potencial político de intervenção no campo da saúde (OE, 2004).

2.3. Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

Na tentativa de aproximação do que se passa na área da saúde em geral e da Enfermagem em particular, para o âmbito da SCE, considera-se de extrema importância que, à luz de Nightingale, se retome o exercício de identificação de um conjunto de aspetos que, tendo em conta a literatura consultada e reflexões que mobilizam conhecimento construído e experiências vivenciadas, se consideram ter repercussão na qualidade da supervisão.

Parece fazer sentido introduzir aqui a temática da operacionalização de conceitos, com o intuito de definir os processos através dos quais se pode transformar um conceito abstrato em fenómenos observáveis e mensuráveis, recorrendo para isso a indicadores que visam uma aproximação em relação aos conceitos (Green & Lewis, 1986, Cit. por Fortin,

2009). Waltz, Strickland e Lenz (1991, Cit. por Fortin, 2009) enumeram um conjunto de passos substanciais para a operacionalização dos conceitos, que seguidamente se explicam, tendo por base as conceções da autora referida anteriormente.

A primeira fase é a elaboração da definição teórica do conceito, que se torna essencial uma vez que permite defini-lo da forma mais explícita, compreensível e apropriada possível, sendo esta definição, na maioria das vezes, bastante ampla, de forma a permitir ser aplicada nas diversas situações da investigação. A definição teórica constitui assim um método essencial para determinar as observações ou os procedimentos que possibilitem medir o conceito.

A determinação das dimensões do conceito é a segunda etapa, a qual consiste na exploração da documentação existente em relação às diversas formas de descrição dos conceitos, sendo por isso necessário um conhecimento aprofundado sobre as suas particularidades.

Partindo da premissa que *“o indicador empírico é a expressão quantificável e mensurável de um conceito abstrato”* (Fortin, 2009, p.340), torna-se necessária a etapa de escolha dos indicadores empíricos no sentido de selecionar características que possam medir o conceito. Estas medidas chamam-se indicadores, e estes podem ser constituídos por uma resposta a uma questão inserida num questionário; numa série de enunciados de uma escala; um *score* total; ou em condições experimentais.

Por fim, a quarta e última etapa, a escolha ou a elaboração de instrumentos de medida, que consiste na definição das operações necessárias para medir um indicador.

Transpondo estes pressupostos para o presente estudo, consideram-se as estratégias de SCE como conceitos, sobre os quais se procurou uma definição e a obtenção do máximo de informação possível, de modo a construir indicadores que possam ser utilizados na avaliação e monitorização dos processos de SC. Através da identificação destes indicadores, torna-se possível construir um instrumento que torne as estratégias de SCE mensuráveis. Além disto, a identificação de indicadores de estratégias de SCE constitui um passo importante para a definição de linhas orientadoras para a promoção da qualidade da supervisão, e, tal como acontece noutros âmbitos, também aqui estes aspetos não se constituem como componente única nesta problemática, representando, no entanto, uma ferramenta essencial para a operacionalização de qualquer política de SCE.

No que concerne à SCE, a identificação de indicadores que contribuam para a operacionalização das estratégias de supervisão pode revelar-se importante para o supervisor orientar e refletir sobre a qualidade da supervisão e sobre o seu próprio processo de formação e desenvolvimento, dando-lhe oportunidade para organizar e

adaptar as suas atividades às características do enfermeiro supervisionado, favorecendo assim uma aprendizagem contextualizada. Esta perspectiva é enaltecida por Cordeiro (2008) quando afirma que a supervisão, enquanto atividade formativa, deve exercer influência oportuna e devidamente contextualizada e adaptada às necessidades de desenvolvimento pedagógico. Partindo desta concepção, alguns autores afirmam que os indivíduos têm tendência a procurar indicadores que permitam verificar e/ou reformular ações, atividades ou estratégias implementadas (Weber, 2003 Cit. por Glahn, Specht & Koper, 2007), devendo, ao mesmo tempo, ser aplicados de acordo com os objetivos do supervisionado, ações, desempenho e contexto onde se inserem (Glahn, Specht & Koper, 2007).

Assim, considera-se que através da definição de indicadores de estratégias de SCE se pode gerar informação relevante sobre a supervisão disponibilizada e sobre o próprio desempenho do supervisor, o que se entende ter um contributo significativo na monitorização, avaliação e promoção da qualidade da SCE.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Partindo do pressuposto de que a investigação científica constitui particular importância na construção do conhecimento, as particularidades inerentes ao desenho do estudo devem estar devidamente clarificadas e planificadas, constituindo a fase metodológica e as decisões que se tomam nesta etapa, elementos preponderantes para o desenrolar deste processo (Fortin, 2009).

Por esta razão, torna-se determinante no enquadramento metodológico a justificação do tema, a finalidade e objetivos do estudo, a escolha do desenho de investigação, a definição da população e da amostra bem como a descrição dos métodos de colheita e análise dos dados.

3.1. Justificação do tema

A SCE, enquanto método de educação e treino, assenta na relação entre dois ou mais enfermeiros, sendo o enfermeiro supervisor, o responsável pela aprendizagem e formação dos seus colegas, nos contextos da prática clínica. Este acompanhamento profissional tem potencial para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados, perspetivando o cliente como o centro de atenção e, ao mesmo tempo, o fator que possibilita o desenvolvimento e o crescente interesse pela formação contínua em enfermagem.

A SC é encarada, como uma ferramenta imprescindível no sentido de assegurar um caminho sólido na senda da qualidade da prática profissional, sendo igualmente essencial para o crescimento pessoal, profissional e humano, através de uma política de reflexão e experimentação (Abreu, 2007). Na mesma linha de pensamento, a OE publicou o Modelo de Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros (OE, 2010), onde são descritos conceitos

como SC, modelos de supervisão/tutoria, funções do supervisor e critérios para a certificação de competências, pretendendo utilizar-se o processo de SC como o motor essencial para a especialização e profissionalização dos enfermeiros e licenciados em Enfermagem. Coloca-se, assim, a necessidade de fazer-se investigação científica nesta área, uma vez que só através dos conhecimentos adquiridos neste processo, pode perspetivar-se um desenvolvimento sustentado da SCE e por consequência da disciplina de Enfermagem. Considera-se pertinente a realização do presente trabalho de investigação, que pretende ser, não só, um complemento de informação e investigação acerca de alguns conceitos centrais da SCE, como também, um documento de reflexão sobre o estado atual da SCE.

A literatura publicada sobre SCE aponta benefícios para a sua utilização, enquanto ferramenta que potencia a construção e desenvolvimento de competências, conhecimentos, atitudes e normas essenciais para a excelência dos cuidados, contudo, os estudos sobre estratégias utilizadas pelos supervisores nos processos de SCE têm sido pouco aprofundados. Constata-se uma crescente investigação, no nosso país em torno das estratégias de SC (Simões & Garrido, 2007; Simões, Alarcão & Costa, 2008; Rua, 2011), mas focalizada, essencialmente, na supervisão de estudantes em ensino clínico, e não na supervisão de enfermeiros.

Parece, portanto, importante investigar e aflorar novas perspetivas e ferramentas de atuação do supervisor clínico, salientando a necessidade de implementar metodologias de supervisão motivadoras e incrementadoras do processo crítico e reflexivo. A concretização das estratégias em indicadores específicos centrados no comportamento, estado ou perceção do supervisor clínico, possibilitar-lhe-á planificar, organizar e avaliar de forma contínua o seu desempenho, dando suporte à sua atuação e ao sucesso das práticas supervisiva.

Não se tendo encontrado estudos sobre a identificação e operacionalização de indicadores de estratégias de SCE, considerou-se ser uma temática relevante para a elaboração deste trabalho de investigação, visto que poder-se-á criar um conjunto de dados que possam servir para avaliar a qualidade das práticas supervisiva, e, por conseguinte para aumentar a consciencialização do supervisor clínico relativamente ao seu papel, ampliando desta forma os seus horizontes e contribuindo, também, para o desenvolvimento e formação dos enfermeiros supervisionados.

3.2. Finalidade e objetivos do estudo

A definição dos objetivos e finalidade do estudo conduz necessariamente à explicação do propósito do mesmo (Fortin, 2009). Definiu-se como finalidade desta investigação, contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

É assumido, no âmbito dos estudos descritivos, que a formulação de hipóteses não é viável uma vez que o investigador não apresenta ainda “*um conjunto de assumpções bem desenvolvidas*” (Ribeiro, 2008, p. 36), pelo que se optou pela elaboração de questões de investigação:

- Quais os indicadores de estratégias de SCE que os enfermeiros dos serviços de saúde consideram mais relevantes?

- Quais os indicadores de estratégias de SCE que os enfermeiros do contexto hospitalar consideram mais relevantes?

- Quais os indicadores de estratégias de SCE que os enfermeiros do contexto de cuidados de saúde primários (CSP) consideram mais relevantes?

- Quais os indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros, quando se compara a relevância atribuída no contexto hospitalar e em CSP?

Seguidamente às questões de investigação surge a formulação dos objetivos da investigação, ou seja, aquilo que o investigador pretende fazer para responder às questões de investigação (Ribeiro, 2008). Os objetivos pretendem “*descrever, explicar ou ainda prever relações ou determinar diferenças entre grupos*” (Fortin, 2009, p. 52-53). Partindo desta afirmação, foi definido para este trabalho de investigação o seguinte objetivo:

- Identificar quais os indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros dos serviços de saúde.

Como objetivos específicos foram definidos os seguintes:

- Identificar quais os indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros que exercem funções com contexto hospitalar;

- Identificar quais os indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros que exercem funções nos CSP;

- Comparar os indicadores de estratégias de SCE que os enfermeiros do contexto hospitalar e os enfermeiros dos CSP consideram mais relevantes.

3.3. Tipo de estudo

O desenho de investigação deve permitir ao investigador elaborar um plano que responda às questões formuladas, minimizando assim o risco de erros (Fortin, 2009). Optou-se por realizar um estudo do tipo descritivo-comparativo de cariz exploratório, uma vez que se pretende a determinação da frequência com que um determinado fenómeno acontece na população e a sua descrição, salientando as diferenças observadas entre dois grupos de participantes (Fortin, 2009), que, no caso do presente estudo, são os enfermeiros dos CSP e do hospital. Acrescenta-se ainda que no caso dos estudos exploratórios, em que o investigador apenas apresenta o que encontrou (Adat, 1989, Cit. por Ribeiro, 2008), qualquer resultado é aceitável e pode ser discutido com credibilidade (Ribeiro, 2008).

De acordo com o tempo, esta investigação é do tipo transversal, atendendo à sua capacidade para medir a frequência com que determinado acontecimento se manifesta numa população num dado momento (Fortin, 2009).

A investigação insere-se no paradigma quantitativo, pela possibilidade que este confere em medir e controlar um determinado fenómeno. É um método orientado para os resultados e sua generalização (Fortin, 2009; Polit & Beck, 2010), cujo principal objetivo é estabelecer factos ou evidenciar relações, pretendendo-se a generalização dos resultados para a população alvo.

Torna-se necessário para tal, a execução de um plano estruturado e bem definido para dar resposta às questões de investigação que passa por: escolher uma amostra representativa da população; definir e aplicar os instrumentos de recolha dos dados aos participantes e tratar os dados, fornecendo desta forma valores numéricos (Fortin, 2009).

3.4. População e amostra

A definição da população e amostra afirma-se como um dado relevante para o processo de investigação, *“(...) sendo o objetivo deste exercício tirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos (...)”* de modo a que a amostra *“(...) represente fielmente a população visada”* (Fortin, 2009, p. 310).

Apesar de, em Portugal, ainda não estarem implementados formalmente programas de SCE, não pode desconsiderar-se a experiência dos enfermeiros portugueses nesta área, no sentido em que contribuem *“para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas”* (OE, 2001, p. 24). Além disto, acresce-se ainda o facto da SC, independentemente do termo utilizado, ser considerada uma realidade nos sistemas de saúde (White et al.; 1998). Considerando que *“(...) as inferências causais acerca dos fenómenos que envolvem comportamentos humanos, são provavelmente mais válidas e representativas quando as pessoas em questão participam na sua construção e avaliação”* (Silva, 2001, p. 57), compreende-se que os enfermeiros da prática clínica, mesmo que não possuam um conhecimento específico sobre o conceito em estudo, são afetados nos seus contextos de trabalho pelas temáticas emergentes desta investigação (Landeta 1999, Cit. por Sousa, 2005), devendo portanto integrar a população do estudo.

Para esta investigação utilizou-se, numa primeira fase, uma amostra do tipo não probabilística por conveniência, uma vez que, para além de ser um método mais barato e fácil, permite o acesso a pessoas que estejam disponíveis de forma mais acessível e conveniente para participar no estudo (Hill & Hill, 2002; Fortin, 2009). Partindo do pressuposto de que, quanto maior é a amostra, menor é o erro de amostragem (Polit & Beck, 2011), e com o objetivo de se obter uma amostra tão vasta quanto possível dentro dos limites dos recursos disponíveis (Hill & Hill, 2002), optou-se igualmente por recorrer a uma variante da amostragem por conveniência, a técnica de amostragem em rede, que pressupõe que se solicite aos participantes que indiquem outras pessoas que possam, atendendo aos critérios de inclusão, participar no estudo (Polit & Beck, 2010). Foram definidos como critérios de inclusão ser enfermeiro e assinar o termo de consentimento informado.

A população alvo do estudo é constituída por todos os enfermeiros que exercem funções em Portugal e a amostra pelos profissionais de enfermagem dos serviços de: Pneumologia, Unidade de Cuidados Intermédios do serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Unidade de Neurocríticos do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ); Medicina E, Cirurgia C e Urologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM); a Unidade de Cuidados na Comunidade da Senhora da Hora, Leça da Palmeira e São Mamede Infesta, a Unidade de Saúde Familiar Caravela, Lagoa, Infesta, Maresia e Progresso (Perafita), a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Senhora da Hora e de São Mamede Infesta, e finalmente o Centro de Diagnóstico Pneumológico também da ULSM. Para além disto, através da amostragem em rede, obtiveram-se dados provenientes de

instituições de saúde da região Norte, Centro e dos Açores. A amostra deste trabalho de investigação ficou confinada a 316 enfermeiros.

3.5. Instrumento de colheita de dados

Com o intuito de produzir consensos acerca dos indicadores das estratégias de SCE, optou-se por construir um instrumento que permitisse aos enfermeiros identificar quais os indicadores que consideram mais relevantes no âmbito das estratégias de SCE.

O instrumento utilizado para a colheita de dados foi o questionário, uma vez que permite atingir um grande número de pessoas (Quivy & Campanhoudt, 2008; Fortin, 2009), viabiliza uma maior facilidade de análise e sistematização dos dados (Sousa & Batista, 2011) e, é uma ferramenta económica e ao mesmo tempo oferece a possibilidade da confidencialidade dos dados, já que a presença do investigador no momento do preenchimento não é obrigatória, permitindo assim menos desvios no que concerne às respostas (Polit & Beck, 2010).

Apesar de na maior parte dos casos os investigadores utilizarem questionários já existentes e testados (Fortin, 2009), o questionário utilizado foi elaborado de raiz, uma vez que não se encontrou, na bibliografia consultada, nenhum instrumento adequado ao estudo. A sua conceção ancorou nos conceitos emergentes da revisão bibliográfica efetuada em relação às 14 estratégias de SCE identificadas na literatura, e consideradas como mais relevantes. Desta revisão emergiram os indicadores que constituíram a base para a construção do questionário.

Para a conceção das questões (indicadores), consideraram-se os critérios de clareza, coerência e neutralidade das mesmas, dando especial atenção ao facto de não se colocarem questões ambíguas nem se juntarem duas questões numa só, facilitando assim a compreensão e objetividade do questionário (Sousa & Batista, 2011)

Na elaboração do questionário foram observados os aspetos referidos por Fortin (2009), nomeadamente, no que diz respeito à determinação da informação a recolher, à construção de um banco de questões, à formulação das questões e por fim à ordenação das mesmas.

Após a construção do questionário, é recomendado que o instrumento seja avaliado por um conjunto de pessoas com experiência e formação na área com o intuito de

realizar a sua validade de conteúdo (Scarparo, 2012), visto que viabiliza reunir diferentes opiniões e pontos de vista que facilitam mais a construção e compreensão do questionário, do que se fosse realizada apenas por uma pessoa (Cassiani & Rodrigues, 1996). O instrumento utilizado, neste trabalho de investigação, foi revisado por um conjunto de 14 peritos na área da SCE e Ciências da Educação, cuja experiência e criatividade foi essencial para se estabelecer o julgamento coletivo acerca do conteúdo do questionário (Scarparo et al., 2012). A validade de conteúdo refere-se à capacidade que o instrumento tem em medir o conceito ou o domínio em estudo (Fortin, 2009), pelo que, o contributo dos peritos torna-se essencial para avaliar a escolha dos enunciados ou das questões, no sentido de proceder-se a uma avaliação de pendor mais teórico (Ribeiro, 2007).

Para a validação do questionário, agendou-se uma reunião de grupo com os peritos selecionados. Após a análise e discussão reconstruiu-se o conteúdo do questionário de acordo com as sugestões dadas, relativamente à organização, clareza e pertinência de alguns indicadores. As alterações propostas incidiram, também, sobre a substituição da denominação da estratégia “formação em serviço” para “formação contínua” e aglutinação das estratégias “questionamento crítico-reflexivo” e “reflexão das práticas” numa única estratégia, denominada “análise crítico-reflexiva das práticas”, e ainda, a modificação dos termos da escolha múltipla “sem relevância” para “nada relevante” e “extremamente relevante” para “totalmente relevante”.

A reunião com os peritos, traduziu-se num excelente momento de análise e reflexão, pela discussão gerada em torno das questões relacionadas com a compreensão e aplicação do questionário, que veio a revelar-se fundamental para a construção do mesmo.

Sequencialmente, fez-se o pré-teste do instrumento, para verificar a sua eficácia e valor numa amostra reduzida da população alvo (Fortin, 2009), tendo sido aplicado no mês de abril de 2012 a nove enfermeiros do contexto hospitalar e dos CSP, com e sem formação em SCE, com o objetivo de identificar lacunas e fragilidades e, assim, proceder-se a correções que permitissem uma melhor compreensão do questionário. Como não foram feitas recomendações ou sugestões relevantes, não se tornou necessário realizar um segundo pré-teste. Salienta-se que, nenhum dos elementos do grupo de peritos ou do pré-teste integrou a amostra do estudo.

I. Versão final do questionário

Após terem sido introduzidas as alterações sugeridas na reunião dos peritos e ter-se realizado o pré-teste, obteve-se a versão final do questionário, designada por

“Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem” QARIESCE (Anexo I). O QARIESCE é constituído por duas partes:

- A primeira parte é composta por 20 questões mistas, ou seja, questões abertas e fechadas, e por questões filtro que permitem dirigir o participante diretamente para as questões que lhes dizem respeito (Fortin, 2009). As questões de um a oito, visam colher os dados necessários para a caracterização da amostra nas vertentes socio demográfica e profissional. A questão nove é para ficar a conhecer se o enfermeiro se sente realizado profissionalmente. As restantes questões são relativas à experiência e opinião dos enfermeiros sobre SCE;
- A segunda parte contempla 63 questões fechadas, que se reportam aos indicadores das 14 estratégias de SC, cujo preenchimento é feito através da utilização de respostas de escolha múltipla em que foram utilizados os seguintes diferenciais semânticos: 1 – nada relevante; 2 – pouco relevante; 3 – relevante; 4 – muito relevante e 5 – totalmente relevante.

II. Variáveis em estudo

No âmbito de qualquer trabalho de investigação, os conceitos apresentados devem traduzir-se em variáveis às quais são atribuídos valores numéricos (Fortin, 2009). De acordo com a mesma autora, as variáveis devem ser definidas não apenas de forma concetual, mas também de forma operacional, com o objetivo de permitir a sua medida.

Apesar de existirem diversas classificações para as variáveis, sendo variável dependente e independente a mais utilizada, Pocinho (2009) salienta que no caso de estudos exploratórios, descritivos e descritivo-correlacionais, uma vez que não existem hipóteses mas questões de investigação, esta classificação deverá evitar-se.

Deste modo, tendo em atenção o quadro concetual e as características deste estudo, optou-se por classificar em variáveis primárias, as variáveis essenciais e com peso na conclusão, e em variáveis complementares, as utilizadas para caracterizar a amostra (Pocinho, 2012).

São, então, definidas como variáveis primárias: os indicadores de estratégias de SCE.

As variáveis complementares que caracterizam a amostra são: sexo; idade; tempo de exercício profissional; categoria profissional; situação jurídica de emprego; instituição onde exerce funções; serviço onde exerce funções; habilitações académicas e profissionais; realização enquanto enfermeiro; experiência enquanto supervisionado; opinião sobre a

experiência enquanto supervisionado; formação em SCE; tipo de formação em SCE; experiência enquanto supervisor clínico; tipo de experiência enquanto supervisor clínico; razão de início das funções de supervisor clínico; papel de supervisor na atualidade; opinião sobre a experiência enquanto supervisor clínico; vontade em exercer funções de supervisor clínico; importância da formação em SCE para o exercício do papel de supervisor clínico; e por fim, importância da SCE para o desenvolvimento profissional.

No sentido de operacionalizar as variáveis, são explanados em anexo os procedimentos necessários para medir as variáveis primárias (Anexo II) e as variáveis complementares (Anexo III).

3.6. Processo de recolha de dados

Existem vários métodos de aplicação dos instrumentos que variam de acordo com a finalidade, objetivos, amostra e os recursos disponíveis, que possibilitam uma aplicação face a face, pelo telefone ou autoadministração. A utilização da técnica de autoadministração permite a utilização de questionários mais longos e complexos, não inviabilizando a dispersão geográfica dos respondentes (Fortin, 2009). Atendendo a estes aspetos, escolheu-se para a aplicação do questionário a técnica de autoadministração.

Após parecer favorável da comissão de ética para a saúde e do conselho de administração do CHSJ (Anexo IV) e da ULSM (Anexo V), o QARIESCE foi aplicado aos enfermeiros dos serviços selecionados, entre junho e setembro de 2012. Após reunião com os enfermeiros responsáveis dos serviços acordou-se que estes ficariam com os questionários, em número correspondente ao número de enfermeiros do serviço, e que fariam a distribuição aos enfermeiros da sua equipa, pelo que não houve qualquer contacto com os potenciais inquiridos. Foi, também, fornecida a folha de informação ao participante (Anexo VI) com as diretrizes necessárias para o preenchimento do instrumento e o impresso com o consentimento informado (Anexo VII) para serem entregues aos participantes. Em concordância com os enfermeiros responsáveis de cada serviço, foi fixada uma data para a recolha dos questionários. Foi comunicado aos enfermeiros responsáveis a disponibilidade do investigador se deslocar ao serviço para esclarecer qualquer dúvida que ocorresse durante o processo.

Foram distribuídos 392 questionários, 238 no contexto hospitalar e 154 nos CSP, e recolhidos 245 questionários, dos quais foram eliminados seis por terem respostas omissas nos indicadores de estratégias de SCE, ficando-se assim com um total de 239 questionários totalmente preenchidos, ou seja, 62,5% da totalidade dos questionários entregues.

Paralelamente, o questionário foi enviado através de uma plataforma eletrónica para os contactos de *e-mail* disponíveis, convidando estes enfermeiros a reencaminharem o *e-mail* para outros colegas. O questionário foi elaborado na ferramenta Google Docs, e foi acessado de forma direta através do *link*: <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dHA4RmNCWkNjBxBS0jVGPoSDBvcFE6MQ> disponibilizado no *e-mail* encaminhado aos enfermeiros (Anexo VIII). Através da utilização desta ferramenta foi possível obter 79 questionários, sendo eliminados dois (2,5%) por não terem a segunda parte totalmente preenchida.

3.7. Tratamento dos dados

A análise descritiva dos dados afigura-se como essencial para o investigador resumir um conjunto de dados obtidos com a ajuda de testes estatísticos, permitindo desta forma descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (Fortin, 2009), pelo que toda a informação gerada a partir do questionário foi tratada e analisada com recurso ao SPSS versão 20.0.

Os dados obtidos foram tratados principalmente através da estatística descritiva, uma vez que possibilita “(...) *descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis*” (Fortin, 2009, p. 227), tendo-se efetuado a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (média, mediana e moda) e as medidas de dispersão (desvio padrão e amplitude) de forma a organizar e sistematizar a informação recolhida.

Recorreu-se, ainda, à estatística inferencial, pois permite “*destacar as características de uma população baseando-se nos dados de uma amostra*” (Fortin, 2009, p. 440). De acordo com a natureza das variáveis, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, com o intuito de comparar os dois grupos independentes, enfermeiros do contexto hospitalar e enfermeiros dos CSP. Para a avaliação da associação entre duas ou mais variáveis nominais utilizou-se o teste de independência de qui-quadrado,

considerando-se o seguinte requisito de utilização: não mais do que 20% das células tenham frequências esperadas menores do que cinco. Nos casos em que não foi possível obedecer a estes pressupostos, os cruzamentos serviram para analisar e realçar o possível interesse (Pereira, 2011) da associação. Na utilização destes testes foi estabelecido um nível de significância de 0,05 ou seja, o nível mínimo aceitável para a pesquisa científica (Polit & Beck, 2011)

Para efeitos de estatística descritiva foram codificadas as variáveis instituição onde exerce funções, em duas categorias (hospital e CSP); serviço onde exerce funções, em sete categorias (cirurgia, medicina, neurocirurgia, pediatria, oncologia, CS e outros); e tipo de formação em supervisão em três categorias (unidade curricular, curso de curta duração e pós-graduação).

Tratando-se de um estudo que pretende avaliar consensos, torna-se essencial definir os níveis de consenso. Sendo certo que não há uma regra pré-determinada para o fazer (Scarparo, 2012), verifica-se que o nível de consenso considerado noutras investigações varia entre 50 e 80% (Sousa, 2005; Pereira, 2007; Castro & Rezende, 2009). Os indicadores devem ser incluídos ou excluídos dependendo de terem ou não os valores de consenso aceitáveis, e, em caso de não consenso, recomenda-se a reformulação do indicador.

No presente estudo considerou-se que havia consenso quando em cada uma das questões estivessem presentes, em simultâneo, as seguintes condições: Mediana maior ou igual a quatro e frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco, maior ou igual a 75% (tabela 1).

TABELA 1: Níveis de consenso definidos

Consenso	Definição
Consenso (critério de inclusão)	Mediana – igual ou superior a 4 Mais de 75% dos participantes encontra-se entre os scores 4 e 5.
Consenso (critério de exclusão)	Mediana – igual ou inferior a 2 Mais de 75% dos participantes encontra-se entre os scores 1 e 2.
Sem consenso	Todas as outras respostas

Fonte: adaptado de Goossen (2000)

Para o estudo das propriedades psicométricas do QARIESCE foi utilizado o Alfa de Cronbach para medir a consistência interna do instrumento.

3.8. Questões éticas

As preocupações éticas na investigação científica começaram a tornar-se relevantes através da necessidade de respeitar os direitos e princípios éticos nomeadamente no que concerne à confidencialidade e ao princípio da beneficência (Fortin, 2009). Partindo da perspectiva de que todo o trabalho de investigação com seres humanos requer, da parte do investigador, um conjunto de preocupações éticas, surgiu a necessidade de definir um conjunto de regras morais de experimentação com seres humanos (Polit & Beck, 2011). Os códigos de ética surgem neste contexto com o intuito de regular a intervenção do investigador junto destes.

Durante a execução deste estudo, não se previu qualquer dano físico ou psicológico para os participantes e não foram esquecidos alguns dos princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, que se concretizaram da seguinte forma:

- Respeito pelo consentimento livre e esclarecido – todos os participantes tiveram acesso à informação no que concerne à contextualização do estudo e da problemática, salientando-se, ainda, o carácter voluntário da participação no estudo, na folha de informação ao participante (Anexo VI);
- Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais – este princípio envolve o direito à privacidade e intimidade de cada um, pelo que, o indivíduo é livre de escolher a informação de cariz pessoal, que pretende ou não tornar pública. Na folha de informação ao participante, facultada a cada um dos participantes, com o propósito de assegurar a confidencialidade dos dados e o anonimato, explica-se a forma como proceder nesse sentido. Assim, os participantes foram alertados para destacarem a folha do consentimento informado das folhas do questionário; para colocarem em envelopes separados, o questionário respondido e o consentimento informado (o investigador tinha entregue dois envelopes, a cada enfermeiro responsável de serviço para este efeito). Foi, ainda, salientado que o anonimato seria assegurado, em qualquer publicação que venha a efetivar-se;
- Respeito pela justiça e pela equidade – este parâmetro remete para a importância e direito que os participantes têm em ser tratados de forma justa e equitativa, antes, durante e após a investigação. Desta forma, toda a informação

correspondente à natureza, finalidade e duração da investigação, bem como em relação aos métodos a utilizar, foi fornecida aos inquiridos. O investigador disponibilizou-se para esclarecer qualquer dúvida de forma presencial ou através do contacto telefónico ou do *e-mail* disponibilizados na folha de informação ao participante;

- O equilíbrio entre as vantagens e os inconvenientes – neste estudo foi feito um esforço pela preservação do bem-estar dos participantes e pelo respeito do princípio da não maleficência, impedindo o desconforto e prejuízo que possa advir da investigação em curso.

Os aspetos mencionados anteriormente foram também considerados para os enfermeiros integrantes da amostragem em rede, havendo unicamente diferença em relação ao consentimento informado, uma vez que os participantes poderiam escolher não responder ao questionário, pelo que, segundo Ribeiro (1999), se pode dispensar o consentimento informado se a investigação for anónima.

Com o intuito de avaliar e preservar estas questões, as comissões de ética desempenham um papel fulcral, assegurando que toda a investigação que envolve sujeitos humanos, quer sejam clientes, profissionais de saúde ou outros indivíduos, se desenrole de acordo com os princípios éticos. No presente trabalho, o percurso metodológicos foi alvo de apreciação por parte da comissão de ética para a saúde do CHSJ (Anexo IV) e da ULSM (Anexo V), que analisaram o processo e deram parecer favorável à execução do mesmo nas respetivas instituições.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise descritiva e inferencial dos dados obtidos através da aplicação do questionário. A apresentação dos dados é acompanhada de quadros, tabelas e de gráficos que pretendem ilustrar os resultados.

A análise dos dados recolhidos consiste em examinar o conjunto de resultados e extrair o essencial da informação (Fortin, 2009). É nesta fase do processo de investigação que se procede à interpretação dos resultados obtidos, confrontando-os com os de outros trabalhos de investigação (Fortin, 2009; Scarparo et al. 2012). Além disto, torna-se essencial, fruto da interpretação dos resultados, uma avaliação das consequências e das recomendações, sendo certo que todo este processo deve ser dirigido para a finalidade e objetivos pré-definidos.

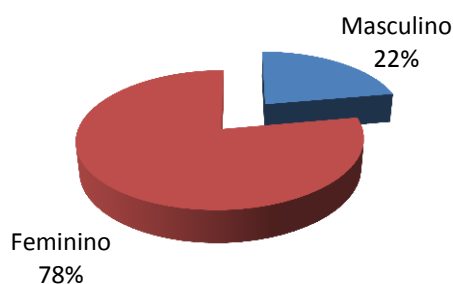
4.1. Caracterização da amostra

Neste subcapítulo, é apresentada e discutida a caracterização da amostra no que concerne à componente social, demográfica e profissional, bem como no que respeita à experiência e opinião dos enfermeiros em relação à SCE.

Os enfermeiros participantes são na sua maioria do sexo feminino (78%; n=246), comparativamente com os enfermeiros do sexo masculino (22%; n= 70) (gráfico 1).

Os resultados referentes a esta investigação refletem a realidade portuguesa ao nível da distribuição dos enfermeiros por género, uma vez que os dados estatísticos da OE relativos ao ano de 2011 revelam uma percentagem de 81,3% de enfermeiros do sexo feminino (OE, 2012), e são consistentes com os de outros estudos na área da SC como o de Hyrkäs, Appelqvist-Schmidlechner e Haataja (2006), em que a maioria dos participantes (83%) era do sexo feminino.

GRÁFICO 1: Distribuição dos participantes por sexo



A idade dos participantes varia entre os 23 e os 57 anos, sendo a média de idades, de 33,33 anos, com um desvio padrão (DP) de 6,72 anos (quadro 1).

No que concerne ao tempo de experiência profissional (quadro 1), a amplitude varia entre 1 ano e 37 anos de experiência (M=10,44 anos; DP=6,59 anos).

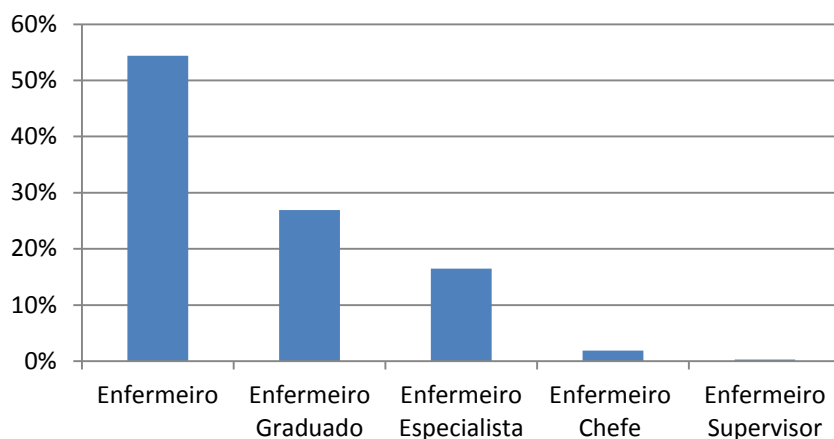
Considerando os dados obtidos em relação à média de idades dos enfermeiros que participaram no estudo, pode-se considerar que é bastante próxima dos dados dos enfermeiros que participaram noutras investigações na área da SC (Santos et al. 2006; Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011), em que a média de idades foi de 32,6 e 39,7 anos respetivamente. Também no que concerne ao tempo de exercício profissional, verificou-se uma situação idêntica já que se obteve uma média de 10,44 anos, que é consonante com os valores (M=13,7) do estudo de Koivu, Saarinen e Hyrkäs (2011).

QUADRO 1: Caracterização dos participantes quanto à idade e tempo de exercício profissional

Categoria	n	Máximo	Mínimo	Média	DP
Idade	316	57	23	33,33	6,72
Tempo de exercício profissional	316	37	1	10,44	6,59

Relativamente à categoria profissional dos participantes (gráfico 2), constata-se que 54,4% (n=172) dos participantes são enfermeiros; 26,9% (n=85) são enfermeiros graduados; 16,5% (n=52) são enfermeiros especialistas; 1,9% (n=6) ocupam o cargo de enfermeiro-chefe; e finalmente 0,3% (n=1) dos participantes são enfermeiros supervisores. Estes resultados corroboram os divulgados pela OE (2012) que revelam que a maioria dos enfermeiros que exerce funções em Portugal é generalista (82%), sendo que existem também 18% de enfermeiros especialistas.

GRÁFICO 2: Categoria profissional dos participantes



Quanto à situação jurídica de emprego (quadro 2), 29,4% dos enfermeiros (n=93) têm contrato de trabalho em funções públicas, a maioria (62,3%; n=197) possui um contrato individual de trabalho (CIT), 7,9% dos enfermeiros (n=25) têm contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo e 0,3% (n=1) encontram-se numa situação de desemprego.

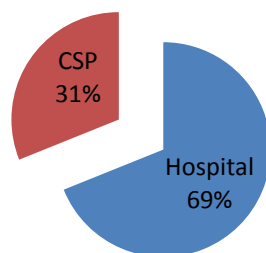
QUADRO 2: Situação jurídica de emprego dos participantes

Situação jurídica de emprego	n	%
Contrato de trabalho em funções públicas	93	29,4
CIT	197	62,3
Resolutivo	25	7,9
Desemprego	1	0,3

Quanto ao contexto onde exercem funções (gráfico 3), a amostra é constituída maioritariamente (69%; n=217) por enfermeiros que trabalham no contexto hospitalar e por 31% (n=98) nos CSP. O participante que se encontra na situação de desemprego não foi considerado nesta análise (n=315).

Este resultado está de acordo com os dados estatísticos da OE (2012), relativos ao ano de 2011, que revelam que a maioria dos enfermeiros (53,3%) exerce funções em contexto hospitalar e 12,7% em CSP, sendo próximo, em termos relativos, dos valores referentes à amostra desta investigação. A distribuição da amostra por diferentes contextos é importante pois os investigadores na área da SCE têm-se preocupado em desenvolver os seus trabalhos em diversos contextos e especialidades da Enfermagem, nomeadamente ao nível hospitalar (Marrow et al. 2002; Hyrkäs, 2002; Edwards et al. 2005), e em CSP (Marrow et al. 2002; Barribal, White & Munch, 2004; Thompson & Winter, 2004; Edwards et al. 2005).

GRÁFICO 3: Contexto onde os participantes exercem funções



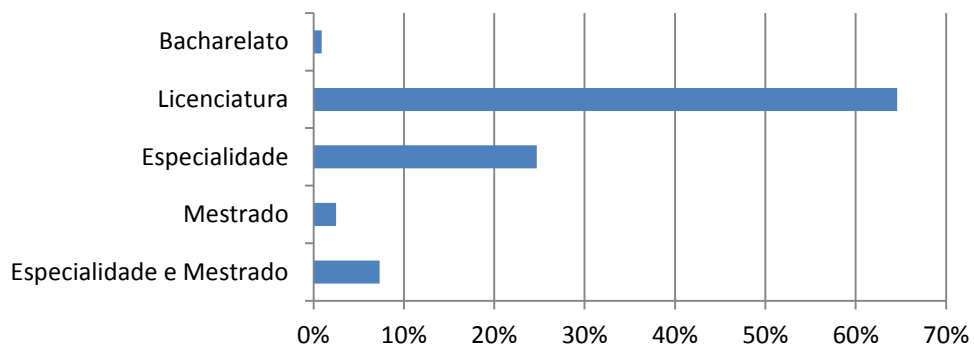
Em relação aos serviços onde os participantes exercem funções (tabela 2), para além dos 31% (n=98) dos CS, existem ainda 32,3% que trabalham na urgência, 17,1% (n=54) em cirurgia e 10,8% (n=34) em medicina. Considera-se pertinente a inclusão de enfermeiros que exercem funções em diferentes serviços e unidades de saúde, uma vez que se tem verificado que a perceção do processo supervisivo varia em função do contexto onde é implementado (Koivu, Saarinen & Hyrkäs, 2011).

TABELA 2: Serviço onde os participantes exercem funções

Serviço	n	%
Medicina	34	10,8
Urgência	102	32,3
Cirurgia	54	17,1
Oncologia	2	0,6
Pediatria	15	15
CS	98	31
Outros	10	3,2
Não respondeu	1	0,3
Total	315	100

Em relação às habilitações académicas (gráfico 4) a maioria dos enfermeiros está habilitada com o curso de licenciatura (64,9%; n=204); 0,9% (n=3) têm o bacharelato; 24,7% (n=78) possuem especialidade; 2,5% (n=8) mestrado; e 7,3% (n=23) especialidade e mestrado.

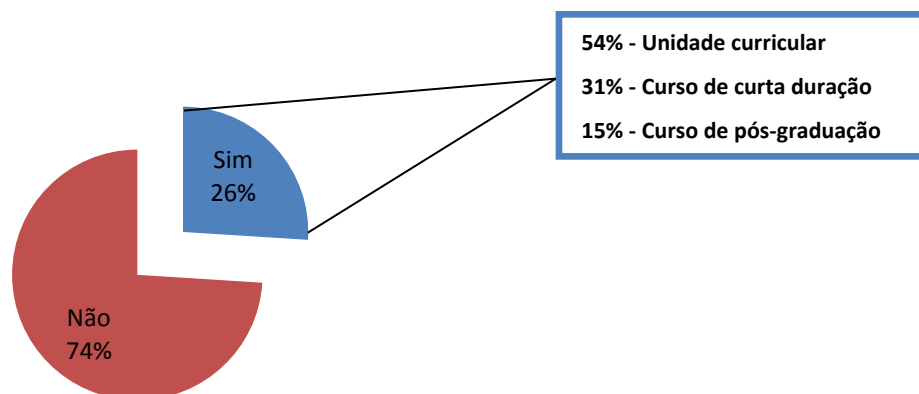
GRÁFICO 4: Habilitações académicas dos participantes



A maioria dos enfermeiros (74%; n=234) referiu não ter formação em SCE (gráfico 5). Dos 82 enfermeiros com formação em SCE, 54% (n=43) referem que tiveram uma unidade curricular sobre esta temática durante o percurso académico, 31% (n=25) frequentaram um curso de curta duração e apenas 15% (n=12) estão habilitados com um curso de pós-graduação.

A formação em SCE torna-se relevante uma vez que um supervisor necessita de treino específico e do apoio adequado no sentido de poder desempenhar da forma mais eficaz possível o seu papel. Silva, Pires e Vilela (2011) afirmam que apesar de em Portugal existir formação pós-graduada em SCE, não existem ainda diretrizes tão específicas para orientação do supervisor no desempenho das suas funções como noutros países (Reino Unido, Austrália e Canadá).

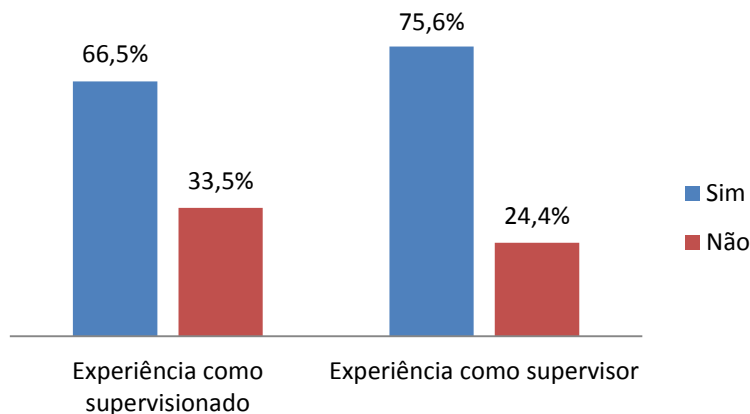
GRÁFICO 5: Formação dos participantes em SCE



A maioria dos participantes (66,5%; n=210) referiu que já foi supervisionado (gráfico 6).

Relativamente ao desempenho de funções de supervisor clínico (gráfico 6), 75,6% (n= 239) dos enfermeiros referiram que já tiveram essa experiência.

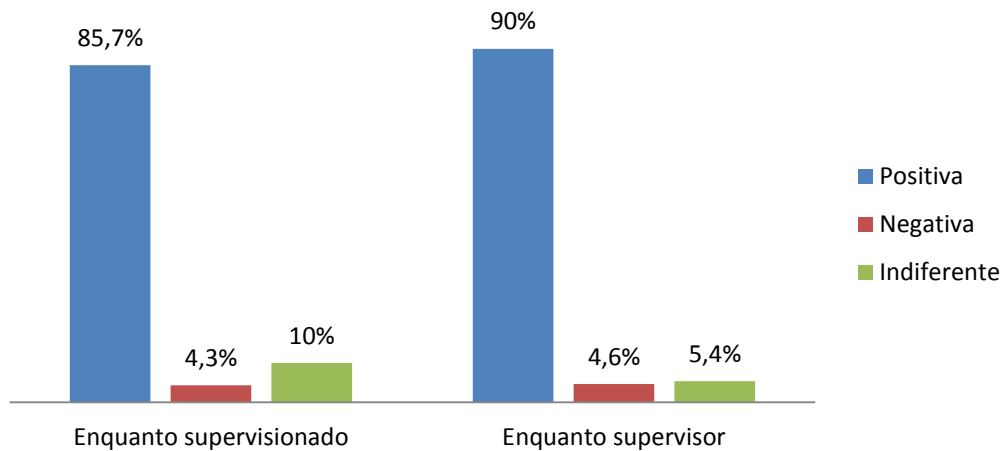
GRÁFICO 6: Experiência dos participantes enquanto supervisionado e supervisor clínico



A opinião dos participantes no que concerne à sua experiência enquanto supervisionados (gráfico 7) mostrou-se na maioria dos casos positiva (85,70%; n=180). Para 4,3% (n=9) dos enfermeiros a experiência foi negativa e para 10% (n=21) indiferente. Parece preocupante que 4,3% (n=9) avaliem a experiência como negativa e 10% (n=21) como indiferente, atendendo às vantagens da SCE ao nível do desenvolvimento da identidade do profissional, das competências e da responsabilidade ética (Severinsson, 2001).

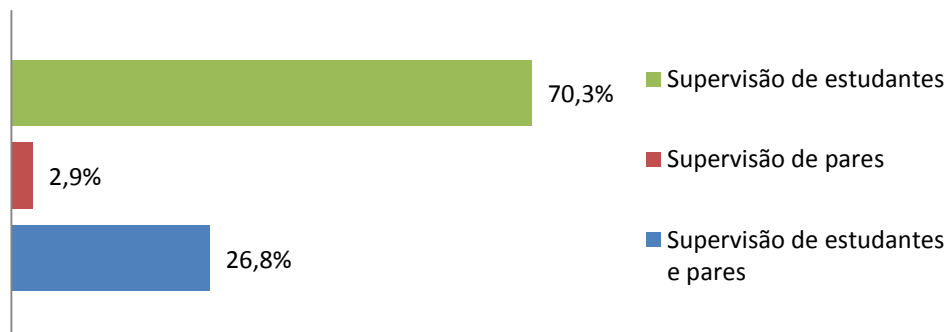
Quanto à opinião em relação à experiência enquanto supervisor clínico (gráfico 7), 90% (n=215) dos respondentes com experiência como supervisor clínico consideraram-na positiva, enquanto 4,6% (n=11) a avaliam como negativa e 5,4% (n=13) como indiferente. Estes dados estão de acordo com os de outros investigadores (Hyrkäs & Shoemaker, 2007), que evidenciam que os supervisores ficam satisfeitos com o papel desempenhado, em especial se houver vantagens para eles. Esta perspetiva é também salientada por Silva, Pires e Vilela (2011) que referem que os benefícios da SCE para os supervisores tendem a aumentar.

GRÁFICO 7: Opinião dos participantes em relação à sua experiência enquanto supervisor clínico e supervisionado



Dos 239 enfermeiros com experiência como supervisores clínicos, 70,3% (n=168) mencionaram que essa se circunscreveu à supervisão de estudantes, 2,9% (n=7) à supervisão de pares e 26,8% (n=64) à supervisão de estudantes e de pares (gráfico 8). A justificação para estes dados poderá estar no facto de, embora o termo supervisão possa ser aplicado à supervisão dos cuidados, de pares, de estudantes, entre outros (Abreu, 2007), na realidade portuguesa, os enfermeiros têm tido um papel preponderante na formação dos estudantes de enfermagem (Rua, 2011; Silva, Pires & Vilela, 2011). Por outro lado, no âmbito da SCE, tem sido feito um esforço por desenvolver mais conhecimentos e investigação nesta área, na tentativa de implementação de um modelo de SCE (Cruz, Carvalho & Sousa, 2012).

GRÁFICO 8: Âmbito da supervisão



A razão apontada pelos enfermeiros para o início de funções como supervisor clínico (tabela 3) deveu-se em 49,1% (n=155) dos casos, ao facto do superior hierárquico o

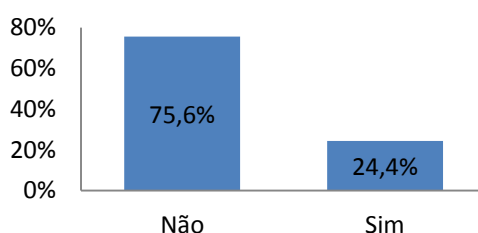
ter nomeado, existindo ainda 0,6% (n=2) que referem outros motivos para o início de funções, como o convite por parte de uma escola, ou ainda, durante o período de estágio no curso de Pós-Graduação.

TABELA 3: Razões para o início de funções de supervisor clínico

	n	%
Voluntariou-se	21	6,6
Superior nomeou-o	155	49,1
Colegas sugeriram-no	10	3,2
Tem formação em SCE	4	1,3
Voluntariou-se e o superior nomeou-o	11	3,5
Voluntariou-se, o superior nomeou-o e os colegas sugeriram-no	6	1,9
Voluntariou-se, o superior nomeou-o e tem formação em SCE	5	1,6
Voluntariou-se e os colegas sugeriram-no	2	0,6
Voluntariou-se e tem formação em SCE	2	0,6
Superior nomeou-o e os colegas sugeriram-no	12	3,8
Superior nomeou-o, os colegas sugeriram-no e tem formação em SCE	3	0,9
Superior nomeou-o e tem formação em SCE	5	1,6
Os colegas sugeriram-no e tem formação em SCE	1	0,3
Outro	2	0,6
Não aplicável	77	24,4
Total	316	100

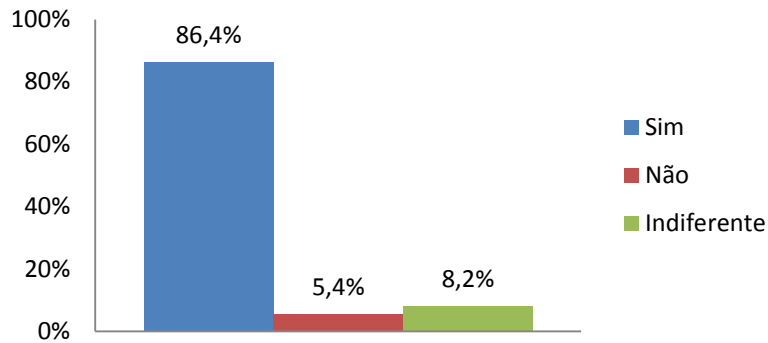
No que concerne ao desempenho atual da função de supervisor clínico (gráfico 9), a maioria (75,6%; n=239) não desempenha essa função.

GRÁFICO 9: Desempenho da função de supervisor clínico na atualidade



A importância da formação em SCE para o exercício das funções de supervisor clínico (gráfico 10) foi consentida por 86,4% (n= 273) dos participantes, sendo que 5,4% (n=17) dos enfermeiros consideraram não ser importante a formação em SCE para o desempenho dessas funções. Estes resultados corroboram o que é afirmado por diversos autores sobre a relevância da formação em SCE para o desempenho das funções de supervisor (Abreu, 2002; Williams & Irvine, 2009; Silva, Pires & Vilela, 2011).

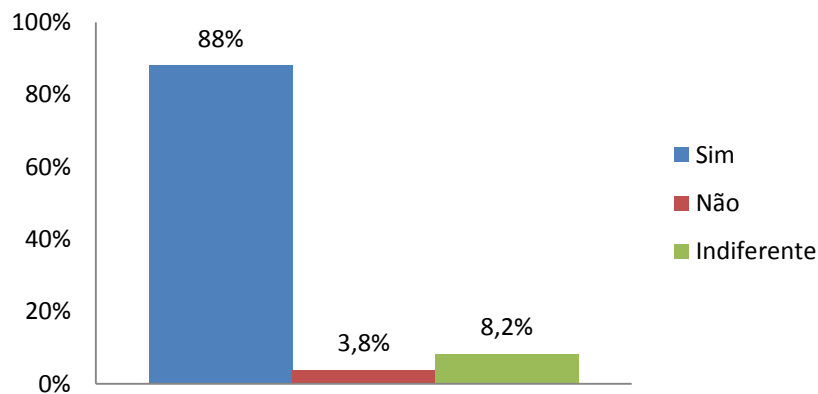
GRÁFICO 10: Importância da formação em SCE para o exercício das funções de supervisor clínico



A maioria dos enfermeiros (88%; n=278) considerou a SCE como importante para o desenvolvimento profissional, enquanto 3,8% (n=12) não foi da mesma opinião, não considerando a SCE como importante para o desenvolvimento profissional, e 8,2% (n=26) referiu que é indiferente (gráfico 11).

Estes dados corroboram a opinião de vários autores, que consideram a SC como um processo baseado na reflexão e no suporte das práticas, que possibilita o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (DoH, 2000; Garrido, 2004; Sealy, 2006; Macedo, 2012).

GRÁFICO 11: Importância da SCE para o desenvolvimento profissional



Analisando a opinião dos enfermeiros sobre a importância da SCE para o exercício do papel de supervisor clínico em função do ter formação em SCE (quadro 3), verifica-se que a maioria dos enfermeiros independentemente de ter ou não formação em SCE a considera importante para o exercício do papel de supervisor clínico. Contudo, nenhum enfermeiro com formação em SCE refere que ela não é importante para o exercício da função de supervisor clínico, enquanto 7,3% (n=17) dos enfermeiros que não têm formação

em SCE consideram que esta não é importante para o exercício do papel de supervisor clínico. Da mesma forma, a percentagem de enfermeiros que considera que é indiferente a importância da formação em SCE para exercer funções de supervisor clínico é superior no grupo de enfermeiros que não tem formação em SCE (10,3%; n=24 vs 2,4%; n=2 respetivamente). Através destes resultados, pode-se concluir que parece existir uma tendência para os enfermeiros com formação em SCE, a considerarem em como relevante para o exercício do papel de supervisor clínico.

QUADRO 3: Relação entre a formação em SCE e a sua importância para o exercício das funções de supervisor clínico

		Importância da formação em SCE para exercer funções de supervisor clínico			Total
		Sim	Indiferente	Não	
Formação em SCE	Sim	80 97,6%	2 2,4%	0 0%	82 100%
	Não	193 82,5%	24 10,3%	17 7,3%	234 100%
Total		273	26	17	316

Concluiu-se que a maioria dos participantes independentemente de ter ou não formação em SCE a considera importante para o desenvolvimento profissional (quadro 4). Dos 38 enfermeiros (12,0%) que participaram no estudo e que consideram indiferente ou não importante a SCE para o desenvolvimento profissional, apenas 3 enfermeiros (0,95%) têm formação em SCE. Os resultados ilustram a importância que os enfermeiros com formação em SCE atribuem a este processo para o desenvolvimento da prática profissional, o que é consistente com o referido por Santos e colaboradores (2006), que afirmam que a formação em SCE providencia aos enfermeiros o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva, da autoeficácia, da criatividade e da responsabilidade, elementos essenciais à prática profissional.

QUADRO 4: Relação entre a formação em SCE e a sua importância para o desenvolvimento profissional

		Importância da SCE para o desenvolvimento profissional			Total
		Sim	Indiferente	Não	
Formação em SCE	Sim	79 96,3%	2 2,4%	1 1,2%	82 100%
	Não	199 85%	24 10,3%	11 4,7%	234 100%
Total		278	26	12	316

Analisando a vontade dos enfermeiros em desempenharem funções de supervisor clínico em função da sua opinião relativamente à experiência enquanto supervisionado (quadro 5), verificou-se que a maioria dos enfermeiros que avalia a sua experiência enquanto supervisionado como positiva, gostaria de desempenhar funções de supervisor clínico, enquanto no grupo de enfermeiros que considera a sua experiência enquanto supervisor clínico como negativa ou indiferente a situação é inversa.

Na pesquisa bibliográfica efetuada não se encontrou nenhum estudo que comprovasse esta associação, contudo, pensa-se que este acontecimento está relacionado com o facto de, a vivência de uma experiência saudável e positiva enquanto supervisionado poder transmitir os valores e a motivação necessária para o exercício do papel de supervisor clínico.

QUADRO 5: Relação entre a opinião relativamente à experiência enquanto supervisionado e o gostar, ou não, de vir a exercer funções de supervisor clínico

		Gostaria de vir a exercer funções de supervisor clínico		Total
		Sim	Não	
Opinião relativamente à experiência enquanto supervisionado	Negativa	4 44,4%	5 55,6%	9 100%
	Indiferente	6 28,6%	15 71,4%	21 100%
	Positiva	140 77,8%	40 22,2%	180 100%
Total		150	60	210

Relacionando a vontade em vir a desempenhar funções de supervisor clínico, e o ter, ou não, formação em SCE (quadro 6), pode-se verificar que há uma diferença

estatisticamente significativa ($\chi^2=15,55$; $p=0,000$) em relação à vontade em desempenhar funções de supervisor clínico quando se comparam os enfermeiros com e sem formação em SCE. Concluiu-se que são os enfermeiros que têm formação em SCE os que mais gostariam de vir a desempenhar funções de supervisor clínico. Dos 97 enfermeiros que não gostariam de desempenhar funções de supervisor clínico 88,7% (n=86) não têm formação em SCE.

Estes resultados deixam transparecer que, para além das vantagens já mencionadas, a formação em SCE pode ter uma relação positiva na motivação e disponibilidade dos enfermeiros em exercer o papel de supervisores.

QUADRO 6: Relação entre a formação em SCE e o gostar, ou não, de vir a exercer funções de supervisor clínico

		Gostaria de exercer funções de supervisor clínico		Total	χ^2
		Sim	Não		
Formação em SCE	Sim	71 86,6%	11 13,4%	82 100%	15,55 $p=0,000$
	Não	148 63,2%	86 36,8%	234 100%	
Total		219	97	316	

4.2. Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem relevantes nos serviços de saúde

Neste subcapítulo apresentam-se os dados relativos à relevância que os enfermeiros atribuem aos indicadores de estratégias de SCE. De salientar que foi computada uma nova variável do tipo quantitativa através do cálculo da média, ignorando os nulos, do grupo de indicadores passíveis de serem associados a cada estratégia sob o ponto de vista teórico. Para se estabelecer um *ranking* de relevância dos indicadores de estratégias de SCE recorreu-se à média do grupo de indicadores, obtida em cada estratégia de SCE. Relativamente aos indicadores, estes foram analisados de forma individual, tendo em consideração os critérios de consenso explanados ($Me \geq 4$ e F acumulada nos scores 4 e $5 \geq 75\%$).

As médias mais elevadas obtidas nos grupos de indicadores referentes a cada estratégia de SCE (quadro 7) dizem respeito à estratégia de “observação” (M= 4,358), seguindo-se a “demonstração” (M=4,344), a «análise de casos com o supervisionado»

(M=4,247), o “*feedback*” (M=4,237) e o “apoio” (M=4,234). Os indicadores de estratégias de SCE com menor relevância são os da estratégia de “supervisão à distância” (M=3,503), da “análise de casos em grupo” (M=4,138), da “auto supervisão” (M=4,139) e da “sessões de supervisão individuais” (M=4,149). Os dados obtidos apoiam a ideia de que os enfermeiros parecem atribuir maior relevância a estratégias centradas na observação, na ação e no suporte profissional.

Face aos resultados encontrados (quadro 7), conclui-se que, em média, todos os grupos de indicadores foram considerados relevantes na medida em que a média apresentada, agrupada de acordo com os *scores* obtidos nos indicadores de cada estratégia de SCE, é superior a três. Este facto vem comprovar a importância da utilização de estratégias na SCE, nomeadamente para o atingimento dos objetivos da supervisão (Proctor, 2006).

Evidencia-se também que as sessões de supervisão em grupo aparecem com uma média superior às individuais. A este respeito, a literatura refere que as sessões de supervisão individuais são o método mais efetivo (Butterworth et al., 1997), contudo acarretam a longo prazo mais custos do que as sessões de supervisão em grupo (McKeown, 2001; White & Winstanley, 2006).

Um outro aspeto a considerar é que os indicadores da estratégia de SCE “supervisão à distância” aparecem como os menos relevantes, pelo que, se torna necessária mais formação nesta área e divulgação das vantagens da utilização deste tipo de estratégia, uma vez que, atendendo à evolução tecnológica que se tem verificado nas últimas décadas, a apropriação destas metodologias pode aproximar os agentes envolvidos no processo formativo (Prado & Rosa, 2008).

QUADRO 7 – *Ranking* da relevância atribuída pelos enfermeiros dos serviços de saúde às estratégias de SCE

ESTRATÉGIA	n	M	Mo	DP
Observação	316	4,358	5	0,66
Demonstração	316	4,344	5	0,66
Análise de casos com o supervisionado	316	4,247	4	0,64
Feedback	316	4,237	5	0,58
Apoio	316	4,234	5	0,57
Análise crítico-reflexiva das práticas	316	4,229	4	0,57
Relatório reflexivo	316	4,199	4	0,63
Sessões de supervisão em grupo	316	4,185	4	0,65
Análise de documentação de cuidados de enfermagem	316	4,178	4	0,61
Formação contínua	316	4,162	4	0,61
Sessões de supervisão individuais	316	4,149	5	0,62
Auto supervisão	316	4,139	4	0,65
Análise de casos em grupo	316	4,138	4	0,66
Supervisão à distância	316	3,503	3,33	0,81

Na estratégia “*feedback*”, de acordo com os critérios de consenso (tabela 4), verifica-se que o indicador com um nível de consenso mais elevado é “o supervisor fornece *feedback* num ambiente privado” uma vez que reúne uma frequência acumulada no *score* quatro e cinco de 89,9% e uma mediana igual a cinco. “O supervisor fornece *feedback* negativo” é o indicador que tem um consenso mais baixo (78,8%; Me=4) e o indicador “o supervisor fornece *feedback* positivo” não obteve consenso (57,3%; Me=4). Obteve-se consenso em cinco dos seis indicadores definidos para o “*feedback*”, o que comprova a relevância desta estratégia. O *feedback* tem sido referenciado como uma das ferramentas essenciais em qualquer processo formativo (Simões, 2004; Zeferino, Domingues & Amaral, 2007; Clynes & Raftery, 2008; Jarzebowski, Palermo & Berg, 2012), pelo que a preparação dos supervisores deve incidir sobre os métodos de “dar *feedback*” (Myall et al., 2008; Moseley & Davies, 2008). O facto de “o supervisor fornece *feedback* positivo” não ter obtido consenso, pode ser um ponto de reflexão uma vez que a análise da literatura refere benefícios em fornecer um *feedback* positivo de forma contínua, no sentido de motivar os supervisionados (Jarzebowski, Palermo & Berg, 2012). Pensa-se que os enfermeiros podem não estar tão despertos para os potenciais benefícios do *feedback* positivo, podendo, por esta razão, constituir uma área para se investir no processo de formação dos enfermeiros supervisores.

TABELA 4: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “*feedback*”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor fornece <i>feedback</i> num ambiente privado	89,9	5
O supervisor fornece <i>feedback</i> sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais	89,6	4,5
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma contínua e atempada	88,9	5
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma clara e objetiva	88,3	5
O supervisor fornece <i>feedback</i> negativo	78,8	4
O supervisor fornece <i>feedback</i> positivo	57,3	4

Relativamente à estratégia de SCE “*demonstração*”, todos os indicadores obtiveram consenso (tabela 5). A análise dos dados evidencia que o indicador com um consenso mais elevado é “o supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)” (89,5%; Me=5) e o menos consensual “o supervisor demonstra um determinado procedimento” (79,8%; Me=4). Estes dados refletem a importância dos indicadores da estratégia de SCE “*demonstração*” e suportam o referido por Simões (2004) que refere que se trata de uma estratégia assente na exemplificação de um determinado procedimento e na colaboração do supervisor com o supervisionado, na tentativa de explicar os passos para se atingir um determinado fim.

TABELA 5: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “*demonstração*”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)	89,5	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)	88,3	5
O supervisor demonstra um determinado procedimento	79,8	4

No que concerne à relevância dos indicadores da estratégia de SCE “*observação*” (tabela 6), o consenso mais elevado foi obtido no indicador “o supervisor observa o supervisionado na realização das práticas” (91,4%; Me=5). O indicador “o supervisor regista os dados observados” é o que reúne menos consenso entre os enfermeiros (83,2%; Me=4). De acordo com os critérios de inclusão definidos, todos os indicadores têm critérios de inclusão, sendo por esta razão uma estratégia com indicadores relevantes para as práticas supervisivas. Esta perspetiva é corroborada por Abreu (2007, p. 189) quando enaltece a “*observação, reflexão, debate e recomposição teórico-conceitual, como alternativa a modelos meramente transmissivos*”.

TABELA 6: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “observação”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas	91,4	5
O supervisor observa as atitudes do supervisionado	87,6	5
O supervisor regista os dados observados	83,2	4

Relativamente à estratégia de SCE “relatório reflexivo” (tabela 7), o indicador com maior nível de consenso foi “o supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo” (85,1%; Me=4).

TABELA 7: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “relatório reflexivo”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo	85,1	4
O supervisor analisa o relatório reflexivo com o supervisionado	79,5	4

No âmbito dos indicadores relativos à estratégia de SCE “formação contínua” (tabela 8), gerou-se um consenso em torno de cinco indicadores que se ordenam, de um modo decrescente, da seguinte forma: “o supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão” (85,4%; Me=4); “o supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão” (84,9%; Me=4); “o supervisor incentiva uma prática baseada na evidência” (84,2%; Me=4); “o supervisor identifica necessidades ao nível de formação do supervisionado” (81,7%; Me=4) e “o supervisor incentiva a pesquisa” (78,2%; Me=4). O indicador “o supervisor indica fontes de pesquisa” não obteve consenso entre os participantes (67,4%; Me=4). Pensa-se que poderá estar relacionado com o facto de o supervisor, ao incentivar a pesquisa e uma prática baseada na evidência, já estar a orientar o supervisionado em relação às fontes de pesquisa. Simões (2004) indica que o supervisor deve estar apto a identificar as necessidades do supervisionado, e ao mesmo tempo, ter a capacidade de motivar e estimular o supervisionado. Igualmente, parece relevante para os enfermeiros que o supervisor identifique e ajude o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão. Esta perspetiva parece indicar o potencial formativo do contexto da prática clínica, devendo os enfermeiros possuir a capacidade crítico-reflexiva para se questionarem constantemente sobre situações com que se vão deparando.

TABELA 8: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “formação contínua”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	85,4	4
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	84,9	4
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência	84,2	4
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado	81,7	4
O supervisor incentiva a pesquisa	78,2	4
O supervisor indica fontes de pesquisa	67,4	4

Na estratégia “supervisão à distância” (tabela 9), destaca-se o indicador “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado” com uma frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco de 71,2% e uma mediana igual a quatro, seguindo-se o indicador “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado” (52,6%; Me=4) e, por fim, o indicador “o supervisor está disponível via *skype*® para contacto com o supervisionado no horário acordado” (32,6%; Me=3), concluindo-se que nenhum dos indicadores obteve níveis de consenso de acordo com os critérios definidos. Estes resultados evidenciam que estes indicadores não são considerados relevantes para os enfermeiros, o que não é consonante com a literatura uma vez que a estratégia de supervisão à distância parece trazer uma nova visão aos processos supervisivos, complementando as estratégias presenciais e aproximando os agentes envolvidos quando as distâncias físicas assim o exigem (Marrow et al., 2002; Robson & Whelan, 2006).

Pensa-se que estes resultados podem ser explicados em virtude da pouca exploração destes recursos, nomeadamente no nosso país, ao nível das práticas supervisivas. A utilização do *skype*®, pode trazer benefícios para os enfermeiros uma vez que a utilização de estratégias que potenciem o contacto visual podem ser benéficas para os intervenientes (Bolle, Johnsen & Gilbert, 2011). Os resultados obtidos no indicador “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado”, pode ser reflexo da designação de telefone ter sido entendida pelos enfermeiros apenas como telefone fixo e não como telefone móvel, podendo ser um fator condicionante da percepção dos enfermeiros relativamente à potencialidade da utilização deste meio de comunicação.

TABELA 9: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “supervisão à distância”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor responde aos <i>e-mails</i> do supervisionado no tempo acordado	71,2	4
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	52,6	4
O supervisor está disponível via <i>skype</i> ® para contacto com o supervisionado no horário acordado	32,6	3

Na tabela 10, apresentam-se os dados relativos aos consensos atribuídos aos indicadores da estratégia de SCE “análise de documentação dos cuidados de enfermagem”. Através da sua análise verifica-se que todos os indicadores obtiveram consenso: “o supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação” foi o que obteve maior nível de consenso (83,9%; Me=4) e “o supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados” o menor (81,4%; Me=4). Depreende-se que os enfermeiros valorizam estes indicadores, o que é consonante com o que a literatura refere uma vez que a documentação dos cuidados de enfermagem constitui um contributo para a melhoria da prática clínica (Martins et al., 2008), sendo ao mesmo tempo um meio que propicia a reflexão sobre a prática (Garrido, 2004).

TABELA 10: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “análise de documentação dos cuidados de enfermagem”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação	83,9	4
O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados	82,9	4
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso	82,6	4
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados	81,4	4

Em relação à estratégia de SCE “apoio” (tabela 11), a análise dos dados mostra que os três indicadores com maior nível de consenso são: “o supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado” (89,9%; Me=4); “o supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades” (89,2%; Me=5) e “o supervisor promove o suporte entre pares” (88,9%; Me=4). O indicador menos consensual é “o supervisor coloca-se no papel do supervisionado” (75,3%; Me=4). A evidência científica tem vindo a demonstrar que a SCE

tem uma função muito relevante no que concerne ao apoio disponibilizado ao supervisionado, principalmente no que respeita à gestão das emoções. Neste sentido, é fundamental que a SCE se baseie numa política de apoio e acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde. Pires (2004, p. 55) refere que “a Supervisão Clínica envolve o supervisor que transmite o seu conhecimento, experiência, e valores ao supervisionado e, simultaneamente, dá-lhe apoio profissional, atendendo às suas necessidades emocionais”.

TABELA 11: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “apoio”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	89,9	4
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades	89,2	5
O supervisor promove o suporte entre os pares	88,9	4
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções	84,8	4
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas	81,0	4
O supervisor propõe desafios	79,1	4
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado	75,3	4

Pela análise da tabela 12, relativa aos consensos dos indicadores da estratégia de SCE “análise crítico-reflexiva das práticas”, verifica-se que todos os oito indicadores desta estratégia obtiveram consenso. O indicador com um nível de consenso mais elevado é “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação” (89,5%; Me=4), seguido de “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções” (89,3%; Me=4). O indicador “o supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si” foi o que obteve um nível de consenso mais baixo nesta estratégia (79,2%; Me=4). Face aos níveis de consenso obtidos nos indicadores desta estratégia, pensa-se poder concluir que os enfermeiros a consideram uma estratégia relevante, e, tal como afirma Macedo (2012, p. 90)

“(…) a supervisão proporciona aos enfermeiros, a aquisição de competências ao nível da reflexão para, na e sobre a ação, ajudando-os na tomada de decisão, face aos dilemas da prática, assegurando o desenvolvimento pessoal e profissional, o desenvolvimento da própria organização e, em primeira instância, a qualidade dos cuidados oferecidos às pessoas”.

TABELA 12: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “análise crítico-reflexiva das práticas”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação	89,5	4
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções	89,3	4
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções	88,7	4
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática	87,7	4
O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática	84,5	4
O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados	84,5	4
O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir	81,9	4
O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si	79,2	4

Os consensos relativos aos indicadores da estratégia de SCE “análise de casos com o supervisionado” (tabela 13) podem ser organizados, segundo uma ordem decrescente de consenso, da seguinte forma: “o supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado” (88,3%; Me=4); “o supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado” (88%; Me=4) e “o supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado” (79,1%; Me=4). Todos os indicadores obtiveram consenso entre os enfermeiros, o que expressa a relevância desta estratégia para a SCE. A literatura refere que a aprendizagem pela experiência e a estimulação da capacidade do supervisionado extrapolar as suas experiências para situações similares, constitui um foco importante no processo de formação (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004), o que também é corroborado por Valadares e Moreira (2009).

TABELA 13: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “análise de casos com o supervisionado”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado	88,3	4
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado	88,0	4
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado	79,1	4

Quanto aos indicadores da estratégia de SCE “análise de casos em grupo” (tabela 14) o que obteve um nível de consenso mais elevado foi “o supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados” (85,1%; Me=4). Os indicadores “o supervisor analisa

incidentes críticos com os supervisionados” (83,8%; Me=4); e “o supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados” (82,3%; Me=4) também obtiveram consenso. Contudo, o indicador “o supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados” (74,4%; Me=4) não apresenta consenso entre os enfermeiros. Os resultados mostram que os enfermeiros, na “análise de casos em grupo”, não consideram relevante ter em atenção as experiências anteriores dos supervisionados. Pensa-se que esta opinião pode ser explicada considerando que, nos momentos de discussão com os supervisionados, podem emergir as experiências anteriores de situações similares que os supervisionados tenham vivenciado.

TABELA 14: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “análise de casos em grupo”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados	85,1	4
O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados	83,8	4
O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados	82,3	4
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados	74,4	4

Quando questionados sobre os indicadores da estratégia “sessões de supervisão individuais” (tabela 15) verificou-se que todos os indicadores à exceção de “o supervisor negocia as estratégias de supervisão” (68,5%; Me=4) obtiveram consenso, sendo o indicador “o supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões” o que mais enfermeiros consideraram como muito ou totalmente relevante (88,6%; Me=4). O indicador “o supervisor negocia as estratégias de supervisão” não foi considerado relevante, de acordo com os critérios definidos, o que não é consistente com o que a bibliografia menciona, uma vez que em SC, o ato de negociar é valorizado enquanto atividade de colaboração entre supervisor e supervisionado, que possibilita aos dois intervenientes chegar a um consenso entre a proposta de cada um (Simões & Garrido, 2007), sendo igualmente importante que no decurso das práticas supervisivas, a negociação das estratégias seja considerada (Pires, 2004).

TABELA 15: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “sessões de supervisão individuais”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões	88,6	4
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões	87,0	4
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado	85,2	4
O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado	77,5	4
O supervisor negocia as estratégias de supervisão	68,3	4

Como se pode verificar pela análise da tabela 16 concluiu-se que todos os indicadores da estratégia “sessões de supervisão em grupo” apresentam critérios de inclusão, sendo “o supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões” (86,7%; Me=4), “o supervisor promove a reflexão entre supervisionados” (85,7%; Me=4) e “o supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões” (84,8; Me=4) os três indicadores que obtiveram maior nível de consenso. Estes resultados comprovam a importância das sessões de supervisão em grupo no âmbito das práticas supervisivas enquanto estratégia promotora da reflexão e discussão sobre o processo de desenvolvimento dos supervisionados, sendo uma estratégia relevante no âmbito da SCE (Winstanley & White, 2003; Sealy, 2006).

TABELA 16: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “sessões de supervisão em grupo”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões	86,7	4
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados	85,7	4
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões	84,8	4
O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados	84,5	4
O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados	77,9	4

Todos os indicadores referentes à estratégia de SCE “auto supervisão” (tabela 17) obtiveram uma frequência acumulada no score quatro e cinco igual ou superior a 75% e uma mediana igual ou superior a quatro, apresentado portanto critérios de inclusão. Nesta estratégia, o indicador com um nível de consenso mais elevado foi “o supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades”

(87,6%; Me=4), sendo o indicador “o supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação” o que obteve um nível mais baixo de consenso (76,6%; Me=4). Os resultados demonstram a relevância que os enfermeiros atribuem aos indicadores desta estratégia, nomeadamente no que concerne à sua capacidade de promover os mecanismos de autorreflexão e autoavaliação no supervisionado (Carvalho, Ventura & Barroso, 2004).

TABELA 17: Consensos dos indicadores da estratégia de SCE “auto supervisão”

Indicadores	F acumulada no score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades	87,6	4
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão	79,8	4
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação	79,1	4
O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação	76,6	4

Através da análise dos consensos atribuídos pelos enfermeiros aos indicadores das estratégias de SCE, pode-se apurar que há um nível de consenso elevado nos indicadores direcionados para os processos reflexivos: “o supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)” (89,5%; Me=5); “o supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo” (85,1%; Me=4); “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções” (88,7%; Me=4); “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções” (89,3%; Me=4); “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação” (89,5%; Me=4); “o supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados” (84,5%; Me=4); “o supervisor promove a reflexão entre supervisionados” (85,7%; Me=4); e “o supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso” (82,6%; Me=4).

Estes resultados corroboram os encontrados no estudo de Simões (2004), em que a categoria mais valorizada foi a “Formulação de questões reflexivas”, que, segundo o autor, detêm um papel determinante na promoção da reflexão, com o objetivo de validar as práticas e as teorias. Além das evidências deste estudo, são diversos os trabalhos de investigação que consideram a prática reflexiva como parte integrante da SCE (Abreu 2003; Butterworth et al., 2008; Garrido, Simões & Pires, 2008; Myall et al., 2008; Winstanley &

White, 2011), pelo que, as competências reflexivas devem ser treinadas e desenvolvidas no processo de formação dos supervisores (Lähteenmäki, 2005).

Por outro lado, fazendo uma análise transversal a todos os indicadores verifica-se que alguns deles não obtiveram consenso entre os enfermeiros: “o supervisor fornece *feedback* positivo” (57,3%; Me=4); “o supervisor indica fontes de pesquisa” (67,4%; Me=4); “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado” (71,2%; Me=4); “o supervisor está disponível via *skype*® para contacto com o supervisionado no horário acordado” (32,6; Me=3); “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado” (52,6%; Me=4); “o supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados” (74,4%; Me=4); e por fim “o supervisor negocia as estratégias de supervisão” (68,3%; Me=4).

Atendendo a que os itens do QARIESCE supramencionados são considerados relevantes pela literatura consultada e pelo grupo de peritos, optou-se por realizar o teste estatístico de Mann-Whitney com o intuito de comparar os enfermeiros com e sem formação em SCE no que concerne à relevância atribuída aos indicadores referidos anteriormente (tabela 18). Este exercício teve como objetivo verificar se a relevância atribuída aos indicadores referidos tem relação com a formação em SCE.

Da análise da tabela 18 destaca-se que os indicadores “o supervisor indica fontes de pesquisa” (U=9457,5; p=0,839) e “o supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados” (U=9553,0; p=0,951), não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Estes dois indicadores podem não ser identificados, uma vez que, como já foi referido anteriormente, o seu conteúdo pode estar associado a outros indicadores da mesma estratégia. Pode-se concluir ainda que existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne aos seguintes indicadores: “o supervisor fornece *feedback* positivo” (U=8128,0; p=0,032); “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado” (U=8096,5; p=0,025); “o supervisor está disponível via *skype*® para contacto com o supervisionado no horário acordado” (U=7894,0; p=0,013); “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado” (U=8213,0; p=0,042); e “o supervisor negocia as estratégias de supervisão” (U=7873,0; p=0,010), sendo os enfermeiros com formação em SCE os que atribuem maior relevância a estes indicadores. Se tivermos em consideração que a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros sem formação em SCE (74%; n=234), os dados relativos aos consensos obtidos nos indicadores referidos anteriormente, podem ser explicados em virtude dos enfermeiros sem formação em SCE, não estarem provavelmente tão despertos para a importância destes indicadores no decurso das práticas supervisiva.

TABELA 18: Diferenças na relevância entre os indicadores de estratégias de SCE em função da formação em SCE (Teste de Mann-Whitney)

Indicadores	Com formação em SCE (n=82)	Sem formação em SCE (n=234)	P
	Ordem Média	Ordem Média	
O supervisor fornece feedback positivo	176,38	152,24	0,032^(*)
O supervisor indica fontes de pesquisa	160,16	157,92	0,839
O supervisor responde aos e-mails do supervisionado no tempo acordado	176,76	152,10	0,025^(*)
O supervisor está disponível via skype® para contacto com o supervisionado no horário acordado	179,23	151,24	0,013^(*)
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	175,34	152,60	0,042^(*)
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados	158,00	158,68	0,951
O supervisor negocia as estratégias de supervisão	179,49	151,15	0,010^(*)

(*) $p < 0,05$

Ao efetuar-se uma restrição dos critérios de consenso para uma frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco maior ou igual a 85% e uma mediana maior ou igual a quatro, obtemos 26 indicadores (Anexo IX) relevantes para os enfermeiros dos serviços de saúde. Este exercício permitiu concluir que existe, à exceção das estratégias “supervisão à distância” e “análise de documentação dos cuidados de enfermagem”, pelo menos um indicador em cada estratégia de SCE, que obedece aos critérios definidos. De destacar o “*feedback*” e a “análise crítico-reflexiva das práticas” com quatro indicadores dentro destes critérios, o “apoio” e as “sessões de supervisão individuais” com três indicadores, e a “demonstração”, a “observação” e a “análise de casos com o supervisionado” que apresentam dois dos três indicadores com uma frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco maior ou igual a 85% e uma mediana igual ou superior a quatro. Constata-se pela análise dos indicadores apresentados no anexo IX, que para os enfermeiros participantes os processos de SCE devem ser baseados em métodos de observação, demonstração das práticas e reflexão acerca dos cuidados prestados, sendo ainda o supervisor, responsável por apoiar as dificuldades e fornecer *feedback* adequado ao supervisionado, através de uma relação supervisiva baseada na confiança e no suporte dos pares.

Em síntese pode-se concluir, tal como outros autores, que a SC poderá ser inicialmente aplicada na educação e formação do estudante, continuando a ser desenvolvida no acompanhamento profissional do enfermeiro (Butterworth, 1992, Cit por Macedo, 2012). Nesta perspetiva, Macedo (2012), numa reflexão acerca do processo

supervisivo, salienta que a SC, quando assente em princípios democráticos e mecanismos de reflexão, deve possibilitar o desenvolvimento de competências, de habilidades e de responsabilidades, essenciais à autonomia profissional.

4.3. Indicadores de estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem relevantes no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários

Seguidamente apresentam-se os dados relativos à relevância que os enfermeiros do contexto hospitalar e dos CSP atribuem aos indicadores de estratégias de SCE. A análise foi feita com recurso às medidas de tendência central, considerando-se para o estabelecimento de um *ranking* da relevância dos indicadores a média obtida no grupo de indicadores de cada estratégia. Realizou-se igualmente o teste de Mann-Whitney com o intuito de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas em relação à relevância dos indicadores das estratégias de SCE, em função do contexto de trabalho. De salientar, mais uma vez, que foi computada uma nova variável do tipo quantitativa através do cálculo da média, ignorando os nulos, do grupo de indicadores passíveis de serem associados a cada estratégia sob o ponto de vista teórico.

Como se pode constatar pela análise do quadro 8, o grupo de indicadores da estratégia de SCE “observação” (M=4,353), “demonstração” (M=4,353) e “análise de casos com o supervisionado” (M=4,261), apresentam-se nos três primeiros lugares, o que revela a importância destes indicadores para os enfermeiros do contexto hospitalar. Os indicadores referentes à estratégia de SCE “análise crítico-reflexiva das práticas” assumem uma grande preponderância ao nível do hospital (M=4,229), pelo que se pode concluir que os enfermeiros atribuem relevância à reflexão e discussão das práticas.

De salientar que os enfermeiros do contexto hospitalar atribuem maior relevância aos indicadores da estratégia “sessões de supervisão em grupo” em detrimento dos indicadores da estratégia “sessões de supervisão individuais”. Já na análise de casos, os enfermeiros do contexto hospitalar atribuem maior relevância aos indicadores da estratégia quando esta é implementada de forma individual.

Nos últimos lugares, mantêm-se o grupo de indicadores da “supervisão à distância” (M=3,422), da estratégia “sessões de supervisão individuais” (M=4,128) e da “auto-

supervisão” (M=4,135). Os indicadores da “análise de casos em grupo”, embora estejam entre os cinco últimos lugares, apresentam uma relevância acrescida no contexto hospitalar em relação ao *ranking* obtido na análise geral dos enfermeiros de todos os serviços de saúde, possivelmente por existir, no hospital, uma diversidade de situações complexas que exigem uma análise em grupo.

QUADRO 8: *Ranking* da relevância atribuída pelos enfermeiros do contexto hospitalar às estratégias de SCE

ESTRATÉGIAS	n	M	Mo	DP
Observação	217	4,353	5	0,62
Demonstração	217	4,353	5	0,64
Análise de casos com o supervisionado	217	4,261	4	0,62
Análise crítico-reflexiva das práticas	217	4,229	4	0,55
Apoio	217	4,223	4	0,55
Feedback	217	4,217	5	0,56
Sessões de supervisão em grupo	217	4,181	4	0,65
Relatório reflexivo	217	4,177	4	0,67
Formação contínua	217	4,162	4	0,57
Análise de casos em grupo	217	4,154	4	0,62
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	217	4,151	4	0,64
Auto supervisão	217	4,135	4	0,64
Sessões de supervisão individuais	217	4,128	4	0,61
Supervisão à distância	217	3,422	3,33	0,80

No *ranking* da relevância atribuída pelos enfermeiros dos CSP (quadro 9) conclui-se que nos dois primeiros lugares mantêm-se a “observação” (M=4,398) e a “demonstração” (M=4,320). O “relatório reflexivo” (M=4,270) e a “análise de documentação dos cuidados de enfermagem” (M=4,250) assumem nos CSP uma relevância considerável, comparativamente com o contexto hospitalar. Uma possível explicação para este facto pode ser a não existência de momentos formais, como as passagens de turno, para a discussão de assuntos importantes para a prática, podendo as estratégias de SCE relatório reflexivo e análise de documentação de cuidados de enfermagem colmatar esta lacuna ao nível dos CSP.

Como indicadores menos relevantes, os enfermeiros dos CSP consideram os que dizem respeito às estratégias de “supervisão à distância” (M=3,667), “análise de casos em grupo” (M=4,120) e “auto supervisão” (M=4,151).

Salienta-se que a maioria dos grupos de indicadores das estratégias de SCE obteve, nos CSP, uma média superior em relação ao contexto hospitalar, com exceção dos

indicadores da “demonstração”, “análise de casos com o supervisionado” e “análise de casos em grupo” que apresentam uma média superior em contexto hospitalar.

QUADRO 9: *Ranking* da relevância atribuída pelos enfermeiros dos CSP aos indicadores de estratégias de SCE

ESTRATÉGIAS	N	M	Mo	DP
Observação	98	4,398	5	0,70
Demonstração	98	4,320	5	0,70
<i>Feedback</i>	98	4,291	5	0,64
Relatório reflexivo	98	4,270	5	0,77
Apoio	98	4,251	5	0,61
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	98	4,250	5	0,67
Análise crítico-reflexiva das práticas	98	4,237	5	0,62
Análise de casos com o supervisionado	98	4,221	5	0,71
Sessões de supervisão em grupo	98	4,198	4	0,65
Sessões de supervisão individuais	98	4,196	5	0,65
Formação contínua	98	4,170	5	0,69
Auto supervisão	98	4,151	4	0,69
Análise de casos em grupo	98	4,120	4	0,71
Supervisão à distância	98	3,667	4	0,79

Para verificar se existe associação entre a relevância das estratégias de SCE em função do contexto de trabalho, realizou-se o teste de Mann-Whitney (tabela 19), tendo-se concluído que apenas existem diferenças estatisticamente significativas ($U=8841,5$; $p=0,016$) na estratégia de SCE “supervisão à distância”. Como se pode verificar através da análise da referida tabela, obteve-se uma média superior nos CSP, pelo que se conclui que os enfermeiros que exercem funções neste contexto atribuem uma maior relevância aos indicadores da estratégia “supervisão à distância”, relativamente aos do contexto hospitalar.

TABELA 19: Diferenças na relevância entre as estratégias de SCE em função do contexto de trabalho (Teste de Mann-Whitney)

ESTRATÉGIA	CSP (n=98)	Hospital (n=217)	p
	Ordem Média	Ordem Média	
Feedback	168,67	153,18	0,159
Demonstração	157,03	158,44	0,895
Observação	166,76	154,04	0,235
Relatório reflexivo	169,45	152,83	0,119
Formação contínua	161,10	156,60	0,683
Supervisão à distância	176,28	149,74	0,016^(*)
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	167,87	153,54	0,188
Apoio	161,23	156,54	0,670
Análise crítico-reflexiva das práticas	159,95	157,12	0,797
Análise de casos com o supervisionado	156,36	158,74	0,826
Análise de casos em grupo	156,68	158,59	0,861
Sessões de supervisão individuais	165,95	154,41	0,293
Sessões de supervisão em grupo	162,56	155,94	0,545
Auto-supervisão	159,04	157,53	0,890

(^{*} p<0,05)

Com o propósito de se apurar se existiam diferenças na relevância dos indicadores da estratégia “supervisão à distância” em função do contexto de trabalho dos enfermeiros, realizou-se o teste de Mann-Whitney (tabela 20). Face aos resultados obtidos concluiu-se que existem diferenças estatisticamente significativas no que concerne aos indicadores “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado” (U=9207,0; p=0,042) e “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado” (U=8966,5; p=0,020). Constata-se que para ambos os indicadores, a ordem média é superior nos CSP pelo que se concluiu que os enfermeiros que exercem funções neste contexto atribuem maior relevância a estes indicadores do que os enfermeiros que trabalham no contexto hospitalar.

Estes resultados corroboram os obtidos por Marrow e colaboradores (2002) que concluíram que os enfermeiros do contexto de CSP recorrem com mais frequência às estratégias de supervisão à distância, do que os do contexto hospitalar, salientando que a utilização do *skype*® é mais frequente nos enfermeiros que trabalham em meio rural e a preferida quando comparada com o telefone ou o *e-mail*. Os resultados desta investigação são, também, consonantes com os de Robson e Whelan (2006) que concluíram que o uso do telefone torna-se mais relevante para os supervisionados que trabalham em zonas mais isoladas com uma localização diferente do seu local principal de trabalho.

A utilização deste meio de comunicação pode ser vantajosa no contexto dos CSP em Portugal, uma vez que muitos Centros de Saúde estão localizados em zonas rurais com pouca acessibilidade ficando algumas das extensões distantes da sede principal. Além disto, acresce-se o facto de, tanto os enfermeiros do hospital, como dos CSP, nas situações em que têm a necessidade de se deslocarem para domicílios ou realizarem atividades na comunidade, poderem utilizar o telefone como forma de comunicar com os colegas, podendo esta atividade trazer benefícios ao nível da confiança e do suporte.

TABELA 20: Diferenças na relevância dos indicadores da estratégia de SCE “supervisão à distância” em função do contexto de trabalho (Teste de Mann-Whitney)

Indicador	CSP (n=98)	Hospital (n=217)	P
	Ordem Média	Ordem Média	
O supervisor responde aos e-mails do supervisionado no tempo acordado	172,55	151,43	0,042^(*)
O supervisor está disponível via <i>skype</i> ® para contacto com o supervisionado no horário acordado	169,30	152,92	0,125
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	175,01	150,32	0,020^(*)

(^{*} $p < 0,05$)

4.4. Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação da Relevância dos Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem

Todos os testes devem respeitar critérios métricos, devendo distinguir-se as propriedades inerentes ao teste e as inerentes a cada um dos itens que compõe o teste (Ribeiro, 2008). Segundo o mesmo autor existem dois grandes tipos de propriedades psicométricas, a validade e a fidelidade, com características e métodos de avaliação bastante distintos. A validade refere-se à capacidade do teste medir aquilo a que se propõe, existindo três formas para a determinar: a validade de conteúdo, a validade de construto e a validade de critério (Ribeiro, 2008). No presente estudo, apenas se recorreu à validade de conteúdo, ou seja, à avaliação da representatividade dos enunciados do instrumento.

A fidelidade é um aspeto que complementa a validade e aumenta a robustez do instrumento, e diz respeito à precisão do resultado obtido com a aplicação do mesmo

(Fortin, 1999). A fidelidade (precisão) dos instrumentos, é essencial neste tipo de estudo, e refere-se “(...) à capacidade do instrumento medir de uma vez para outra um mesmo objeto de uma forma constante (noção de reprodutibilidade de medidas)” (Fortin, 2009, p. 348-49).

A fidelidade pode ser determinada de três formas distintas: fidelidade ou consistência temporal; fidelidade inter-observadores; e, consistência interna (Hill & Hill, 2002; Fortin, 2009). No QARIESCE a fidelidade foi estimada apenas através da determinação da consistência interna, uma vez que a recolha de dados foi efetuada numa única abordagem ou “corte transversal” (Fortin, 2009). A consistência interna refere-se ao grau de concordância entre todos os enunciados (itens) que constituem o instrumento, considerando-se que “quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é a consistência interna do instrumento” (Fortin, 2009, p. 350). A técnica utilizada para avaliar a consistência interna do instrumento foi o cálculo do coeficiente alfa (α) de Cronbach, tendo como referência os valores entre 0,00 e 1,00, correspondendo um valor mais elevado a uma maior consistência interna (Fortin, 2009). Ribeiro (2008) acrescenta que para um instrumento ter uma boa consistência interna, deve apresentar um alfa superior a 0,80, considerando no entanto aceitáveis os valores acima de 0,60.

No QARIESCE foram avaliados os coeficientes alfa de Cronbach das estratégias de SCE, e posteriormente de cada um dos indicadores, procedendo-se em cada um dos casos à comparação com o coeficiente alfa de Cronbach total do questionário.

Na tabela 21, apresentam-se os valores do alfa de Cronbach relativos ao questionário tendo em consideração cada estratégia. Verifica-se que o QARIESCE apresenta uma boa consistência interna atendendo ao valor do alfa de Cronbach de 0,942 (Pestana & Gageiro, 2008; Fortin, 2009). A remoção de qualquer item não produz alterações significativas no valor global da consistência interna do questionário, quando consideram como variáveis de análise as 14 estratégias de SCE.

TABELA 21: Medidas de consistência interna do QARIESCE (agrupado por estratégia)

ESTRATÉGIA	M	r	α
<i>Feedback</i>	54,07	0,666	0,940
Demonstração	53,96	0,604	0,941
Observação	53,95	0,715	0,938
Relatório reflexivo	54,12	0,614	0,941
Formação contínua	54,14	0,765	0,937
Supervisão à distância	54,80	0,426	0,948
Análise de documentação dos cuidados de enfermagem	54,13	0,800	0,936
Apoio	54,07	0,771	0,937
Análise-crítico reflexiva das práticas	54,08	0,860	0,935
Análise de casos com o supervisionado	54,06	0,786	0,936
Análise de casos em grupo	54,17	0,763	0,937
Sessões de supervisão individuais	54,16	0,842	0,935
Sessões de supervisão em grupo	54,12	0,805	0,936
Auto supervisão	54,17	0,703	0,939
Alfa de Cronbach Total		0,942	

M – Média; r – correlação item-total; α – alfa de Cronbach com exclusão do item

Entende-se adequado explorar a fidelidade do instrumento tendo em consideração as 64 variáveis originais (indicadores). Da avaliação da consistência interna por indicador (Anexo X), concluiu-se que não eram notórias alterações na consistência interna do questionário se fosse removido algum item.

Os resultados obtidos neste estudo constituem uma boa base científica científica para a orientação dos supervisores clínicos, no que concerne à tomada de decisão relativamente aos indicadores das estratégias de SCE a adotar à escala dos diferentes contextos da prática clínica.

CONCLUSÃO

A SCE reveste-se de grande importância no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, constituindo-se como uma ferramenta promotora de competências essenciais à tomada de decisão. Entende-se que, numa primeira instância, a qualidade da supervisão dos estudantes no decurso da formação inicial é determinante para a formação de profissionais competentes, no entanto, considera-se também que não se deve descurar o papel que a SCE pode ter ao nível do desenvolvimento da capacidade reflexiva, do suporte pessoal e emocional do enfermeiro, e ainda, da qualificação organizacional. Para isso, tornam-se necessárias metodologias que proporcionem o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva dos supervisionados, como forma de prevenir a acomodação às rotinas do dia-a-dia, e também, para capacitá-los na identificação do seu potencial de desenvolvimento, na procura de informação e conhecimento, no questionamento das suas práticas e no investimento da sua formação.

A investigação produzida, em Portugal, no domínio da SCE tem vindo a desenvolver-se, mas, no que concerne às estratégias de SCE utilizadas e à identificação de indicadores tem sido, ainda, pouco aprofundada. Neste sentido, considerou-se como importante a possibilidade de alargar o conhecimento nesta área, pelo que se optou, ao realizar este trabalho de investigação, por fazer a identificação de indicadores que viabilizassem tornar as estratégias de SCE mensuráveis, possibilitando desta forma, que o supervisor possa avaliar e reestruturar, de forma contínua, o processo de supervisão refletindo-se em práticas supervisivas mais apropriadas.

Como instrumento para a colheita de dados foi utilizado um questionário, construído pelo investigador, que integrou indicadores em que os enfermeiros teriam que optar por uma das cinco respostas de escolha múltipla (nada relevante, pouco relevante, relevante, muito relevante e totalmente relevante) no sentido de se encontrarem consensos em relação aos indicadores elencados. Para tal, foi definido como consenso, para

cada indicador, obter uma mediana maior ou igual a quatro e uma frequência acumulada nos *scores* quatro e cinco, maior ou igual a 75%.

A análise dos dados obtidos mostrou que, apesar da maior parte dos enfermeiros já ter tido experiência enquanto supervisor e supervisionado, existem ainda, poucos enfermeiros com formação específica em SCE, apontando, também, para a importância atribuída à formação em SCE, enquanto processo que facilita a consciencialização dos enfermeiros relativamente às especificidades do papel de supervisor, e à sua influência no desenvolvimento profissional. Verificou-se, ainda, que os enfermeiros que possuem formação em SCE são aqueles que mais gostariam de desempenhar funções de supervisor clínico e que os enfermeiros consideram a reflexão como uma dimensão considerável nas dinâmicas supervisivas, o que constituiu por si só, um dado relevante no sentido da aplicação de modelos formais de SCE. Estes dados evidenciam a importância da prática reflexiva no contexto da SCE, o que de facto já vem sendo salientado por outros autores (Abreu 2003; Butterworth et al., 2008; Garrido, Simões & Pires, 2008; Myall et al., 2008; Winstanley & White, 2011), revelando-se como uma componente essencial para a tomada de decisão dos enfermeiros.

Dos resultados encontrados, salienta-se que houve consenso em 56 dos 63 indicadores definidos, sendo considerados como os mais relevantes pelos enfermeiros os indicadores das estratégias “observação”, “demonstração” e “análise de casos com o supervisionado”. A importância atribuída, pelos enfermeiros, aos indicadores das estratégias anteriormente referidas, demonstra a preocupação que estes têm, enquanto supervisores, em obterem dados pela “observação” dos enfermeiros supervisionados no sentido de colmatar possíveis défices no desempenho profissional, utilizando a “demonstração” como veículo para tal e, complementando com a “análise de casos com o supervisionado” a mudança de comportamentos.

Dos sete indicadores que não alcançaram consenso apenas dois, “o supervisor indica fontes de pesquisa” e “o supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados”, não foram identificados como relevantes para as práticas supervisivas, uma vez que o seu conteúdo poderia estar associado a outros indicadores da mesma estratégia tais como: “o supervisor incentiva a pesquisa” e “o supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados”. No entanto, cinco indicadores “o supervisor fornece feedback positivo”, “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado”, “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado”, “o supervisor está disponível via *skype*® para contacto com o supervisor no horário acordado” e “o supervisor negocia as

estratégias de supervisão” foram identificados como importantes e, por conseguinte, integrados no conjunto de indicadores das estratégias de SCE relevantes para as práticas supervisivas, uma vez que há evidência científica que aponta benefícios da utilização do feedback positivo (Jarzebowski, Palermo & Berg, 2012), da supervisão à distância (Marrow et al., 2002; Robson & Whelan, 2006) e da negociação de estratégia (Simões, 2004; Pires, 2004), e igualmente, porque foram tidos como relevantes pelo grupo de peritos. Outra das razões que esteve na base desta decisão, prendeu-se com o facto dos enfermeiros com formação em SCE, atribuírem maior relevância aos indicadores acima mencionados, quando comparados com os enfermeiros sem formação em SCE.

Verificou-se, igualmente, haver diferenças estatisticamente significativas na relevância atribuída aos indicadores da estratégia de “supervisão à distância” pelos enfermeiros do contexto hospitalar e dos CSP, sendo os dos CSP os que atribuem maior relevância aos indicadores “o supervisor responde aos *e-mails* do supervisionado no tempo acordado” e “o supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado”. Poder-se-á referir que os dados encontrados se mostraram previsíveis, tendo em consideração o contexto e a organização do trabalho dos enfermeiros dos CSP, visto que grande parte da sua atividade é realizada de forma individual, como é o caso das visitas domiciliárias e das consultas de enfermagem.

Pensa-se que os indicadores identificados nesta investigação podem ser utilizados futuramente na elaboração de instrumentos ou guias de orientação para a SCE, assim como para a definição de políticas de supervisão que incrementem a qualidade e segurança dos cuidados prestados uma vez que os níveis de consenso obtidos foram elevados.

Considera-se, ainda, importante que os indicadores identificados neste trabalho possam servir de suporte para futuras investigações, uma vez que este estudo foi realizado com enfermeiros de Centros de Saúde de zonas urbanas do litoral, tornando-se igualmente importante a realização de investigação em Centros de Saúde de regiões rurais e do interior, em que as suas unidades estão fisicamente mais isoladas e a acessibilidade torna-se muitas das vezes difícil, no sentido de apurar a relevância atribuída pelos enfermeiros aos indicadores de estratégias de SCE.

Apesar das dificuldades sentidas, este trabalho foi desenvolvido com o maior empenho, permitindo uma aprendizagem no âmbito da aplicação da investigação em Enfermagem. Os objetivos definidos foram atingidos, ou seja, fez-se a identificação dos indicadores de estratégias de SCE mais relevantes para os enfermeiros. Não pode deixar de referir-se as diferentes limitações encontradas, que se prenderam com a diversidade de

conceitos em torno da SC o que concorreu para a dificuldade em definir e delimitar a estrutura conceptual, e com a pouca literatura existente no âmbito das estratégias de SCE.

A sensibilização dos enfermeiros e dos enfermeiros gestores na área da saúde para a implementação da SCE é imprescindível, sendo, o aprofundamento da investigação nesta área, um contributo para tal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. – Supervisão Clínica em Enfermagem, desenvolvimento profissional e excelência dos cuidados. In: UNIESEP (Núcleo de investigação de Supervisão, formação e informação). *Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências – Livro de comunicações e resumos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Junho de 2011. ISBN: 978-989-96103-4-7.

ABREU, W. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2007.

ABREU, W. – **Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2003.

ABREU, W. – Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*. Vol. 45 (2002) p. 53-57.

ALARCÃO, I. – Formação e Supervisão de Professores: uma nova abrangência. Conferências Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Universidade de Lisboa. 2007. In: *Sísifo/Revista de ciências da educação*. Nº 8 (2009) p. 119 – 128.

ALARCÃO, I. - **Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão**. Porto: Porto Editora, 1996.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª edição, Coimbra: Almedina, 2003.

ALFARO-LEFEVRE, R. - **Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes médicas, 1996.

ARVIDSSON, B.; LÖFGREN, H.; FRIDLUND, B. – Psychiatric nurses and how a group supervision programme in nursing care influences their professional competence: a 4-year follow-up study. Journal of Nursing Management. Vol. 9 (2001) p. 161-171.

BARRIBALL, L.; WHITE, A.; MUNCH, U. – An adult of clinical supervision in primary care. British Journal of Community. Vol. 9, nº 9 (2004), p. 389-397.

BOLLE, S.; JOHNSEN, E.; GILBERT, M. - Video calls for dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation can improve the confidence of lay rescuers – surveys after simulated cardiac arrest. Journal of Telemedicine and Telecare. Vol. 17 (2011) p. 88–92.

BORGES, C. - Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias? Universidade de Aveiro, 2010. Dissertação de Mestrado.

BRUNERO, S.; STEIN-PARBURY, J. – The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. Australian Journal of Advanced Nursing. Vol. 25, nº 3 (2008) p. 86 – 94.

BRUNT, B.; Critical thinking in nursing: an integrated review. The journal of continuing education in nursing. Vol. 36, nº 2 (2005), p. 60-67.

BUTTERWORTH, T. [et al.] – **Clinical supervision and mentorship. I tis good to talk: an evaluation study in England and Scotland.** The school of nursing studies, University of Manchester: Manchester, 1997.

BUTTERWORTH, T. [et al.] – Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001-2007. Nurse Education Today. Vol. 28 (2008) p. 264-272.

CAETANO, A.; SILVA, M. – Ètica profissional e formação de Professores. Sísifo/Revista de ciências da educação. nº 8 (2009) p. 49-60.

CAHILL, H. - A qualitative analysis of student nurses’ experiences of mentorship. Journal of Advanced Nursing. Vol. 24, nº 4 (1996) p. 791–799.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION - The health indicators project: the next 5 years. Report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators. Ontário, 2005.

CARVALHO, F.; VENTURA, T.; BARROSO, R. – Perfil de competências do orientador de formação. Revista Portuguesa Clínica Geral. Vol. 20 (2004) p. 147-152.

CASSIANI, S.; RODRIGUES, L. – A técnica de Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégia de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. Acta Paul. Enf. Vol. 9 (1996), nº 3 p. 76-83.

CASTRO, A.; REZENDE, M. – A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. Rev Min Enferm. Vol. 13, nº 3 (2009) p. 429-434.

CHARLESTON, R.; HAPPELL, B. – Psychiatric nurses and undergraduate nursing student's perceptions of preceptorship in the mental health setting. The International Journal of Psychiatric Nursing Research. Vol. 10, nº 3 (2005) p. 1166-1171.

CIRCENIS, K; MILLERE, I. - Stress Related Work environment facts: nurses survey results. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health. Vol. 4, nº 6 (2012) p. 1150-1157.

CLYNES, M.; RAFTERY. – Feedback: Na essencial elemento of student learning in clinical practice. Nurse Education in Practice. Vol. 8 (2008) p. 405–411.

COELHO, M. [et al.] – Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. Revista Rene. Vol. 13, nº 3 (2012) p. 704-711.

COLLINS, J. - Education techniques for lifelong learning: principles of adult learning. Radiographics. Vol. 24 (2004) p. 1483-1489.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

CORDEIRO, R. – O papel da supervisão ao nível do ensino clínico. De cotovia a mocho na enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro – Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, 2008. Tese de Mestrado.

COTTRELL, S. - Introduction to Clinical Supervision. [Em linha] (2002) [Consult. 28 Julho 2012]. Disponível na internet: WWW.URL:[<http://www.clinicalsupervision.com/introduction%20to%supervision.htm>

COUTINHO, R.; FRIEDLANDER, M. - Manuseio de material esterilizado: processo ensino-aprendizagem em Laboratório de Enfermagem e em Centro Cirúrgico. Acta Paul Enf. São Paulo. Vol. 17, n. 4 (2004) p. 419-24.

CRUZ, S.; CARVALHO, L; SOUSA, P. – Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. Procedia – Social and Behavioral Sciences. Vol. 69 (2012) p. 864-873.

CRUZ; S. – Translation and Validation of the Manchester Clinical Supervision Scale: effective clinical supervision evaluation. Procedia Social and Behavioral Sciences. Vol.29 (2011) p. 51-56.

CURRIE, I.– Clinical Supervision Policy. Clinical Policy document. Worcestershire Health and Care. 2012, p. 1 -12.

CUTCLIFFE, J. [et al.] – Ethical dilemmas in clinical supervision 2: need for guidelines. British Journal of Nursing. Vol. 7, nº 16 (1998) p. 978 – 982.

DEPARTMENT OF HEALTH – Making a difference: clinical supervision in primary care. [Em linha]. (2000) [Consult. 2 Jul. 2012]. Disponível na internet:<URL:http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4061520.pdf>.

DEPARTMENT OF HEALTH, SOCIAL SERVICES AND PUBLIC SAFETY – Clinical Supervision for mental health nurses in northern Ireland: best practice guidelines. Nursing and Midwifery advisory group. 2004. Belfast.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - Decreto-Lei n. 207/96 de 2 de Novembro. Regime Jurídico da Formação Contínua de Professores. I Série – A. Nº 254 – 2/11/1996. p. 3879-3880.

DIAS, S. – **Educação pelos pares: uma estratégia na promoção da saúde**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2006.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Programa nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. (2012) [Consult. 6 Out. 2012]. Disponível na internet:<URL:http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Saúde_2013-01-17_.pdf>.

DONABEDIAN, A. – Na introduction to quality assurance in health care. New York: Ed. By Bashshur, Oxford University Press, 2003.

EDWARDS, D. [et al.] – Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. Journal of Clinical Nursing. Vol.15 (2006), p. 1007-1015.

EDWARDS, D. [et al.]- Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol. 12 (2005) p. 405-441.

ENDE, J. - Feedback in clinical medical education. *JAMA*. Vol. 250, nº 6 (1983) p. 777-781.

ENDERS; B.; BRITO, S.; MONTEIRO, A. - Análise conceitual e pensamento crítico: uma relação complementar na enfermagem. Revista Gaúcha Enfermagem. Vol. 3, n.º 25 (2004) p. 295-305.

ERAUT, M. - Feedback. Learning in Health and Social Care. Vol. 5, nº 3 (2006) p. 111-118.

ESPINEY, L. - Formação Inicial/Formação Continua de Enfermeiros: Uma experiência de Articulação em Contextos de Trabalho. 1997. In: Canário, R. - Formação em Situações de Trabalho. Porto: Porto Editora, p. 169-188.

ESTRELA, A. - Teoria e prática de observação de classes: Uma estratégia de formação de professores. 4ª edição. Porto: Porto Editora, 1994.

FIGUEIREDO, L. - O conceito de relevância e suas implicações. Ci. Inf. Rio de Janeiro. Vol. 6, nº 2 (1977), p. 75 – 78.

FIGUEIROA-RÊGO, S. - Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: Sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. Pensar enfermagem. Vol. 7 (2003) p. 34 – 47.

FONSECA, M. – **Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente**. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda, 2006.

FORTIN, M. – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusodidacta, 1999.

FORTIN, M. – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009.

GARRIDO, A. – A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. – Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GLAHN, C.; SPECHT, M.; KOPER, R. – Smart Indicatorson Learning Interactions. Netherlands: Open University of the Netherlands, 2007.

GOETZ, J. [et al.] - A Peer-Based Financial Planning & Education Service Program: An Innovative Pedagogic Approach. Journal of College Teaching & Learning. Vol. 8, nº 4 (2011) p. 7- 14.

GOMES, C.; GERMANO, R. - Processo ensino/aprendizagem no laboratório de enfermagem: visão de estudantes. Revista Gaucha Enfermagem. Vol.28, nº 3 (2007) p.401-408.

GOMES, G.; CASAGRANDE, L. – A educação reflexive na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol. 10, nº 5 (2002) p. 696 – 703.

GONÇALVES, J. – Desenvolvimento profissional e carreira docente – fases da carreira, currículo e supervisão. Sísifo/Revista de ciências da educação. Nº 8 (2009) p. 23 – 36.

GOOSSEN, W. - **Towards strategic use of nursing information in the Netherlands**. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag, 2000.

GRAF, N.; STEBNICJI, M. – Using e-mail for clinical supervision in practicum: a qualitative analysis. Journal of Rehabilitation. Vol. 68, nº 3 (2002) p. 41 – 49.

GUERRA, M. – Formação profissional dos enfermeiros: Determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço. Vila real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2008. Tese de Mestrado.

HENDERSON, P.; FERGUSON-SMITH, A.; JOHNSON, M. - Developing essential professional skills: a framework for teaching and learning about feedback. BMC Med Educ. Vol. 5 (2005) p. 1-6.

HILL, M & HILL, A. – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.

HOFFMAN, J. - Teaching strategies to facilitate nursing student’s critical thinking. Rev. Nursing Education. Vol. 6 (2008) p. 225-236.

HOLMLUND, K.; LINDGREN, B; ATHLIN, E. – Group supervision for nursing students during their clinical placements: its content and meaning. Journal of Nursing Management. Vol. 18 (2010) p. 678 – 688.

HYRKÄS, K. - Clinical supervision and quality care: examining the effects of team supervision in multi-professionals teams. Tampere: University of Tampere, 2002. Academic Dissertation.

HYRKÄS, K. - Clinical supervision, burnout and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. Issues in Mental Health Nursing. Vol. 26 (2005) p. 531-556.

HYRKÄS, K. [et al.] – Clinical supervision in nursing in the 1990s: current state of concepts, theory and research. Journal of Nursing Management. Vol 7, nº3 (1999) p. 177-187.

HYRKÄS, K. [et al.] - Nurse managers conceptions of quality management as promoted by peer supervision. Journal of Nursing Management. Vol. 11 (2003) p. 48-58.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; HAATAJA, R. – Efficacy of Clinical Supervision: influence on job satisfaction, burnout and quality of care. Journal compilation. (2006) p. 521-535.

HYRKÄS, K.; APPELQVIST-SCHMIDLECHNER, K.; KIVIMÄKI, K. - First-line managers views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? Journal of Nursing Management. Vol. 13 (2005) p. 209-220.

HYRKÄS, K.; LEHTI, K.; PAUNOMEN-ILMONEN, M. - Cost-benefit analysis of team supervision: the development of an innovative model and its applications as a case study in one Finnish university hospital. Journal of Nursing Management. Vol. 9 (2001) p. 259-268.

HYRKÄS, K.; SHOEMAKER, M. – Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. Journal of Advanced Nursing. Vol. 60, nº 5 (2007) p. 513-524.

JARZEBOWSKI, A.; PALERMO, J.; BERG, R. – When feedback is not enough: the impact of regulatory fit on motivation after positive feedback. International Coaching Psychology Review. Vol. 7, nº 1 (2012) p. 14-32.

JONES, A. - Clinical supervision: what do we know and what do we need to know? A review and commentary. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 577-585.

JONES, A. - Some experiences of professional practice and beneficial changes derived from clinical supervision by community Macmillan nurses. European Journal of Cancer Care. Vol. 10 (2001) p. 21-30.

KERFOOT, K. – Listening to see: The key to virtual leadership. Nursing Economics. Vol. 28, nº 2 (2010) p. 114-118.

KOIVU, A.; SAARINEN, P.; HYRKÄS, K. - Stress relief of practice development: varied reasons for attending clinical supervision. Journal of Nursing Management. Vol. 19, nº 1 (2011) p. 644-654.

LÄHTEENMÄÄKI, M. - Reflectivity in supervised practice: conventional and transformative approaches to physiotherapy. Learn Health Social Care. Vol. 4 nº1 (2005) p. 18-28.

LEZÓN, M. – Auto-observação: melhorar execução? Mais evolução? Mais supervisão. Uma experiência de supervisão. In: Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009.

LIMA, M. A.; CASSIANI, S. H. - Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. Rev. Latino-Am. Vol. 8, nº 1 (2000) p. 23-30.

MACEDO, A. – **Supervisão em enfermagem – construir as interfaces entre a escola e o hospital**. Santo Tirso: De Facto Editores, 2012.

MARROW, C. [et al.] - Clinical supervision using video-conferencing technology: a reflective account. Journal of Nursing Management. Vol. 10 (2002) p. 275-282.

MARTINS, A. [et al.] – Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem. Pensar Enfermagem. Vol. 12 (2008), nº2 p. 52-61.

MCCOLGAN, K.; RICE, C. - Clinical supervision: the development of an online resource for supervisee training. Nursing Standard. Vol. 26, nº 24 (2012) p. 35-39.

McKEOWN, C; THOMPSON, J – Clinical governance: Implementing Clinical Supervision. Nursing Management. Vol. 8, nº 6 (2001) p. 10-13.

MENACHERY, E. [et al.] - Physician characteristics associated with proficiency in feedback skills. J Gen Intern Med. Vol. 21, nº 5 (2006) p. 440-446.

MOREIRA, A. - Pedagogia para a autonomia: resistir e agir estrategicamente. In: actas do Encontro do Grupo de Trabalho-Pedagogia para a Autonomia, Braga, Portugal. CIEd. 2004 p. 133-147.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. - **Conflict and Consensus: a General theory of collective decisions**. Thousaand Oaks, London, New Delhi: Sage Publication, 1994.

MOSELEY, L.; DAVIES, M. – What do mentors find difficult? Journal of Clinical Nursing. Vol. 17, nº 14 (2008) p. 1834-1842.

MYALL, M. [et al.] - Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing. Journal of Clinical Nursing. Vol 17, nº 14 (2008) p. 1834-1842.

NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING AND MIDWIFERY – Clinical supervision – a structured approach to best practice. (2008) p. 1 – 13.

NETTLETON, P.; BRAY, L. – Current mentorship schemes might be doing our students a disservice. Nurse Education in Practice. Vol 8, nº 3 (2008) p. 205-212.

NICKLIN, P. – A practice-centred model of clinical supervision. Nursing Times. Vol. 93, nº 46 (1997) p. 46-52.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Dados estatísticos 2000-2011. [Em linha]. (2012) [Consult. 19 Set. 2012]. Disponível na internet:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DocuDocuments/OEDados%20Estatisticos_2000_2011.pdf >.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de desenvolvimento profissional: processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências. [Em linha]. (2010) [Consult. 28 Jun. 2012]. Disponível na internet:<URL:<http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Reflexões. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.** 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. (2007) p. 1- 16.

RIBEIRO, J. – **Metodologia de investigação em psicologia e saúde.** 2ª ed. Porto: Legis Editora/Livpsic, 2008.

RIBEIRO, J. – **Avaliação em psicologia da saúde: instrumentos publicados em português.** Coimbra: Quarteto, 2007.

RIBEIRO, J. – **Investigação e avaliação em psicologia e saúde.** Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

PATON, B.; BINDING, L. – Keeping the center of nursing alive: a framework for preceptor discernment and accountability. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol. 40, nº 3 (2009) p. 115-120.

PEREIRA, F. – Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento.

PESTANA, M.; GAGEIRO, J. – **Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS**. Lisboa: Sílabo, 2008.

PIRES, R. – Acompanhamento da actividade clínica dos enfermeiros: contributo para a definição de uma política organizacional. Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

POCINHO, M. – **Metodologias de investigação e comunicação do conhecimento científico**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, lda, 2012.

POCINHO, M. – Manual de estatística – Volume I. [Em linha]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [Cons. Abr. 2011] Disponível [www:URL:http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf](http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf).

POLIT, D.; BECK, C. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ªed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTS, B. - Strategies for teaching critical thinking. Practical Assessment, Research & Evaluation. Vol. 4, nº 3 (1994).

PRADO, E.; ROSA, A. – A interatividade na educação à distância: avanços e desafios. EccoS Revista científica. Vol. 10, nº 1 (2008) p. 169-187.

PROCTOR, B. – **Training of the supervision alliance attitude, skills and intention. In Fundamental Themes in Clinical Supervision**. London: Routledge Editions, 2006.

QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, E. - **Educação em Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de investigação em ciências sociais**. 4ª ed. Lisboa: Editora Gradiva, 2005.

ROBSON, M.; WHELAN, L. - Virtue out of necessity? Reflections on a telephone supervision relationship. Counselling and Psychotherapy Research. Vol. 6, nº 3 (2006) p. 202 – 208.

ROGAL, S.; YOUNG, J. - Exploring critical thinking in critical care nursing education: a pilot study. The journal of continuing education in nursing. Vol. 39, n.º 1 (2008) p. 28-33.

ROGAN, E. – Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol 40, nº 12 (2009) p. 565-570.

ROTHGEB, M. - Creating a nursing simulation laboratory: A literature review. Journal of Nursing Education. Vol. 47, nº 11 (2008) p. 489-494.

ROYAL COLLEGE OF NURSING – Clinical supervision in the workplace. Guidance for occupational health nurses: London, 2002.

ROYAL COLLEGE OF NURSING – Transcultural Health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice. 2011.

RUA, M. - **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico**. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2011.

SÁ-CHAVES, I. - **Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão no Mestrado em Supervisão 2001/2002**. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, 2001.

SÁ-CHAVES, I. - **Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais**. 3ª ed. Estudos Temáticos, Universidade de Aveiro, 2011.

SANTOS, M. [et al.] – To evaluate for the improvement of the clinical supervision in nursing. Current Development in Technology-Assisted Education. Vol. 3 (2006) p. 1913-1917.

SCARPARO, A. [et al.] – Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas de enfermagem. Revista Rene. Vol. 13, nº 1 (2012) p. 242-251.

SCHÖN, D. A. - **Educando o profissional reflexivo – um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SEALY, A. – Clinical Supervision Policy & Guidelines for Registered Nurses & clinical Support Staff. City and Hacıney Teaching Primary Care Trust: London, 2006.

SETZ, V.; INNOCENZO, M. - Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta Paul Enferm. Vol. 22, nº 3 (2009) p. 313 - 317.

SEVERINO, M. - **Supervisão em Educação de Infância: supervisores e estilos de supervisão.** Penafiel: Editorial Novembro, 2007.

SEVERINSSON, E. - Confirmation, meaning and self-awareness as core concepts of the nursing supervision model. Nursing Ethics. Vol. 8, nº 1 (2001) p. 36-44

SEVERINSSON, E.; KAMAKER, D. – Clinical nursing supervision in the workplace – effects on moral stress and job satisfaction. Journal of Nursing Management. Vol. 7 (1999) p. 81-90.

SILVA, A. – Sistema de informação de enfermagem: uma teoria explicativa da mudança. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2001. Tese de Doutoramento.

SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. – Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. Vol. 3 (2011) p. 113-122.

SILVA, R.; SÁ-CHAVES, I. - Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso do portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. Interface. Vol. 12, nº 27 (2008) p. 721-734.

SIMÕES, J. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.

SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. – Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Revista Referência. Vol. 2, nº 6 (2008) p. 91-108.

SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem. Texto & Contexto - Enfermagem. 2007. [em linha]. 16(4) Outubro-Dezembro 2007, Florianópolis, pp. 599-608. [consultado em. 17 de Set. 2012]. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000400003&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072007000400003.

SOUSA, P. - Unidades de Cuidados de Referência: Indicadores de qualidade da aprendizagem. In: UNIESEP (Núcleo de investigação de Supervisão, formação e informação. *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências – Livro de comunicações e resumos*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Junho de 2011.

SOUSA, P. – O sistema de partilha de informação em enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2005. Tese de Doutoramento.

SOUSA, M. - A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. Nursing. Ano 15, nº175 (2003) p.28 – 33.

SOUSA, M.; BAPTISTA, C. – **Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios**. Lidel – edições técnicas, 2011.

THOMPSON, S.; WINTER, R. - A telephone led clinical supervision pilot for nurses in different settings. Professional Nurse. Vol. 18, nº 8 (2004) p. 467-470.

TRONCHIN, D.; MELLEIRO, M.; MOTA, N. – Indicadores de qualidade de enfermagem. Uma experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. O mundo da Saúde São Paulo. Vol. 30, nº 2 (2006) p. 300-305.

VALADARES, J.; MOREIRA, M. – **A Teoria da Aprendizagem Significativa: Sua Fundamentação e Implementação**. Coimbra: Almedina, 2009.

VIEIRA, R.; VIEIRA, C. – **Estratégias de Ensino: Aprendizagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

WHITE, E. [et al.] - Clinical supervision: insider reports of a private world. Journal of Advanced Nursing. Vol. 28, nº 1 (1998) p. 185-192.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – Clinical supervision: outsider reports of a research-driven implementation programme in Queensland, Australia. Journal of Nursing Management. Vol. 18 (2010) p. 689 – 696.

WHITE, E.; WINSTANLEY, J. – Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. Journal of Nursing Management. Vol. 14 (2006) p. 628-636.

WILLIAMS, L.; IRVINE, F. – How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. Journal of Nursing Management. Vol. 17 (2009) p. 474 – 483.

WINSTANLEY, J.; - Manchester Clinical Supervision Scale. Nursing Standard. Vol. 14 (2000) p. 31-32.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. - Clinical supervision: models, measures and best practice. Nurse Researcher. Vol. 10, nº 4 (2003) p. 7-38.

WINSTANLEY, J.; WHITE, E. – The MCSS-26: Revision of the Manchester Clinical Supervision Scale using the rasch measurement model. Journal of Nursing Measurement. Vol. 19, nº 3 (2011) p.160-178.

WRIGHT, J. – Clinical supervision: a review of the evidence base. Nursing standard. Vol. 27, nº 3 (2012) p. 44 – 49.

ANEXOS

**ANEXO I: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS
INDICADORES DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM
ENFERMAGEM**

(Se respondeu não, passe à questão 12)

11. De uma forma geral, considera a sua experiência enquanto supervisionado

Positiva Negativa Indiferente

12. Tem formação em Supervisão Clínica em Enfermagem

Sim Qual? _____

Não

13. Já teve experiência enquanto supervisor clínico

Sim Não

14. A sua experiência enquanto supervisor clínico foi na (pode assinalar mais do que uma opção)

Supervisão de estudantes

Supervisão de pares

15. Iniciou funções de supervisor clínico porque (pode assinalar mais do que uma opção)

Voluntariou-se

O seu superior hierárquico nomeou-o

Os seus colegas sugeriram-no

Tem formação na área de Supervisão Clínica em Enfermagem

Outra Qual? _____

16. Atualmente é supervisor clínico

Sim Não

17. De uma forma geral, considera a sua experiência enquanto supervisor clínico

Positiva Negativa Indiferente

18. Gostaria de vir a desempenhar funções de supervisor clínico

Sim Não

19. Considera importante ter formação em Supervisão Clínica em Enfermagem para exercer funções de supervisor clínico

Sim Não Indiferente

20. Considera a Supervisão Clínica em Enfermagem importante para o desenvolvimento profissional

Sim Não Indiferente

Parte II - AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DAS ESTRATÉGIAS DE SCE

Atendendo às estratégias de supervisão clínica seguidamente assinaladas a **negrito**, escolha, colocando uma cruz (X) na opção que mais se adequa à sua opinião relativamente à relevância com que os indicadores das estratégias de supervisão mencionados devem ser implementados no âmbito da supervisão clínica em enfermagem. Utilize para isso a seguinte chave:

Nada relevante	Pouco relevante	Relevante	Muito relevante	Totalmente relevante
1	2	3	4	5

Feedback: processo interativo com o objetivo de promover a consciencialização do supervisionado sobre o seu desempenho

O supervisor fornece feedback de forma clara e objetiva	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback de forma contínua e atempada	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback positivo	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback negativo	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais	1	2	3	4	5
O supervisor fornece feedback num ambiente apropriado	1	2	3	4	5

Demonstração: processo através do qual o supervisor, recorrendo a métodos de exemplificação, explica ou ensina ao supervisionado, como executar ou abordar uma determinada situação

O supervisor demonstra um determinado procedimento	1	2	3	4	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)	1	2	3	4	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)	1	2	3	4	5

Observação: processo estruturado de observação das práticas e atitudes do supervisionado

O supervisor observa as atitudes do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas	1	2	3	4	5
O supervisor regista os dados observados	1	2	3	4	5

Relatório reflexivo: estratégia didática de promoção da reflexão e autoavaliação, através de um documento escrito pelo supervisionado, essencial para o seu desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor analisa o relatório reflexivo do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo	1	2	3	4	5

Formação contínua: estratégia formativa essencial para a atualização de conhecimentos e práticas

O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	1	2	3	4	5
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor indica fontes de pesquisa	1	2	3	4	5
O supervisor incentiva a pesquisa	1	2	3	4	5
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência	1	2	3	4	5

Supervisão à distância: estratégia que permite aceder ao supervisor, em tempo real ou acordado, para reflexão das práticas e obtenção de apoio

O supervisor responde aos e-mails do supervisionado no tempo acordado	1	2	3	4	5
O supervisor está disponível via <i>skype</i> para contacto com o supervisionado no horário acordado	1	2	3	4	5
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	1	2	3	4	5

Análise de documentação dos cuidados de enfermagem: estratégia que permite obter dados essenciais para discutir e refletir com o supervisionado sobre a conceção de cuidados

O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso	1	2	3	4	5

Apoio: estratégia que visa ajudar o supervisionado na sua prática clínica, a reduzir o stresse, a prevenir o *burnout* e a aumentar a sua satisfação profissional

O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor promove o suporte entre os pares	1	2	3	4	5
O supervisor propõe desafios	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções	1	2	3	4	5
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas	1	2	3	4	5

Análise crítico-reflexiva das práticas: estratégia que promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes, tendo em vista o desenvolvimento da autonomia no processo de tomada de decisão consciente e informada

O supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação	1	2	3	4	5
O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados	1	2	3	4	5
O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si	1	2	3	4	5
O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática	1	2	3	4	5
O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática	1	2	3	4	5

Análise de casos com o supervisionado: estratégia potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos

O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado	1	2	3	4	5

Análise de casos em grupo: estratégia de grupo potenciadora do saber contextualizado, através da análise refletida de casos reais da prática clínica ou de episódios significativos

O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados	1	2	3	4	5
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados	1	2	3	4	5

Sessões de supervisão individuais: estratégia estruturada e ativa desenvolvida entre o supervisor e o supervisionado, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor negocia as estratégias de supervisão	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões	1	2	3	4	5
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado	1	2	3	4	5
O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado	1	2	3	4	5

Sessões de supervisão em grupo: estratégia estruturada e ativa, desenvolvida em grupo de pares, que visa a reflexão, a discussão e a análise da prática, bem como a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional

O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões	1	2	3	4	5
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados	1	2	3	4	5
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões	1	2	3	4	5
O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados	1	2	3	4	5

Auto supervisão: estratégia de introspeção metacognitiva, de autoanálise e de autorreflexão, que permite ao supervisionado sentir-se mais confiante e seguro das suas práticas

O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades	1	2	3	4	5
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação	1	2	3	4	5
O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação	1	2	3	4	5
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão	1	2	3	4	5

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO II – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS PRIMÁRIAS

Variável	Tipo	Valores
O supervisor fornece feedback de forma clara e objetiva	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor fornece feedback de forma contínua e atempada		
O supervisor fornece feedback positivo		
O supervisor fornece feedback negativo		
O supervisor fornece feedback sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais		
O supervisor fornece feedback num ambiente apropriado		
O supervisor demonstra um determinado procedimento	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)		
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)		
O supervisor observa as atitudes do supervisionado	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas		
O supervisor regista os dados observados		
O supervisor analisa o relatório reflexivo do supervisionado	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo		
O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão		
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado		
O supervisor indica fontes de pesquisa		
O supervisor incentiva a pesquisa		
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência		
O supervisor responde aos e-mails do supervisionado no tempo acordado	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor está disponível via skype para contacto com o supervisionado no horário acordado		
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado		
O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação		
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados		
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso		
O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	Qualitativa, ordinal	1 – Nada relevante 2 – Pouco relevante 3 – Relevante 4 – Muito relevante 5 – Totalmente relevante
O supervisor promove o suporte entre os pares		
O supervisor propõe desafios		
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades		
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções		
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado		
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas		

<p>O supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções</p> <p>O supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções</p> <p>O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação</p> <p>O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados</p> <p>O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si</p> <p>O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir</p> <p>O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática</p> <p>O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>
<p>O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado</p> <p>O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado</p> <p>O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>
<p>O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados</p> <p>O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados</p> <p>O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados</p> <p>O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>
<p>O supervisor negocia as estratégias de supervisão</p> <p>O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões</p> <p>O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões</p> <p>O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado</p> <p>O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>
<p>O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões</p> <p>O supervisor promove a reflexão entre supervisionados</p> <p>O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados</p> <p>O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões</p> <p>O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>
<p>O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades</p> <p>O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação</p> <p>O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação</p> <p>O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão</p>	Qualitativa, ordinal	<p>1 – Nada relevante</p> <p>2 – Pouco relevante</p> <p>3 – Relevante</p> <p>4 – Muito relevante</p> <p>5 – Totalmente relevante</p>

ANEXO III – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS COMPLEMENTARES

Variável	Tipo	Valores
Sexo	Qualitativa, nominal, dicotômica	1 – Masculino 2 – Feminino
Idade	Quantitativa, escalar	Anos completos
Tempo de exercício profissional	Quantitativa, escalar	Anos completos
Categoria profissional	Qualitativa, ordinal	1 – Enfermeiro 2 – Enfermeiro Graduado 3 – Enfermeiro Especialista 4 – Enfermeiro Chefe 5 – Enfermeiro Supervisor 6 – Enfermeiro Diretor
Situação jurídica de emprego	Qualitativa, nominal	1 – Quadro 2 – Contrato individual de trabalho 3 – Resolutivo 4 – Outro
Instituição onde exerce funções	Qualitativa, nominal	Instituições de Saúde dos respondentes num total de 32 valores
Serviço onde exerce funções	Qualitativa, nominal	Serviços de saúde dos respondentes num total de 25 valores
Habilitações académicas e profissionais	Qualitativa, nominal	1 – Bacharelato 2 – Licenciatura 3 – Licenciatura + Mestrado 4 – Licenciatura+Especialidade 5 – Licenciatura + Mestrado + Especialidade
Realização enquanto enfermeiro	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Experiência enquanto supervisionado	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Opinião em relação à experiência enquanto supervisionado	Qualitativa, nominal	1 – Negativa 2 – Indiferente 3 – Positiva
Formação em SCE	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Experiência enquanto supervisor	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Tipo de experiência em supervisão	Qualitativa, nominal	1 – Estudantes 2 – Pares 3 – Estudantes e pares
Razão de início de funções como supervisor	Qualitativa, nominal	1 – Voluntariou-se 2 – O seu superior hierárquico nomeou-o 3 – Os seus colegas sugeriram-no 4 – Tem formação em SCE Todas as combinações encontradas entre os itens anteriores num total de 14 valores
Desempenho de funções de supervisor na atualidade	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Opinião em relação à experiência enquanto supervisor	Qualitativa, nominal	1 – Negativa 2 – Indiferente 3 – Positiva
Vontade em desempenhar funções de supervisor	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Não
Importância da formação em SCE para o desempenho das funções de supervisor	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Indiferente 3 – Não
Importância da SCE para o desenvolvimento profissional	Qualitativa, nominal	1 – Sim 2 – Indiferente 3 – Não

**ANEXO IV: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E
DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CHSJ**



SÃO JOÃO

Para submissão à apreciação pelo Conselho de Administração, junto se remetem os seguintes Projectos de Investigação compareceres finais da CES e da unidade de Investigação:

Projecto	Investigador Principal
Método canguru: Conhecimentos, crenças e práticas dos enfermeiros	Ana Isabel de Magalhães Barbosa
Estimativa da idade à morte em não-adultos com recurso à osteometria dos ossos longos em período pós-natal	Hugo Filipe Violante Cardoso
Desenvolvimento de um monosensor para detecção de risco de doenças cardiovasculares	Paulo Manuel Barreiros de Castro Chaves
Posição e conhecimento dos médicos obstetras sobre a associação entre patologias da cavidade oral e parto pre-termo	Raquel Mesquita Pinto da Rocha
Arquétipos associados à transição situacional dos familiares cuidadores de pessoas dependentes no autocuidado a-elevar, virar-se e transferir-se	Rui Andre de Oliveira Barbosa Leite Coutinho
Arquétipos de pessoas dependentes no autocuidado: auto elevar, virar e transferir-se	Olinda Maria Lopes Dias Vieira Mendes
Formação em cuidados paliativos: Uma necessidade?	Maria Ana Braz Fernandes
Isquemia silenciosa do miocárdio na doença inflamatória intestinal	Tiago Emanuel Sampaio Vieira e Fernando José Magro Dias
Estudo da importância da Biocinética Tiroideia do 99m Tc-Sestambi no diagnóstico diferencial do doente com Tirotoxicose induzida pela Amiodarona	Sofia Alexandra Diogo Chaves e Tiago Emanuel Sampaio Vieira
The endocannabinoid system in pathogenesis of dermal fibrosis	Inês Bastos Correia de Sá
Valor prognóstico de biomarcadores cardíacos nas cardiopatias congénitas	Ana Luísa Vieira de Castro Ramos das Neves
A transição para a alimentação oral, no recém-nascido prematuro	Florbela Maria de Jesus Neto da Silva
Early CPAP versus Surfactant in very low birth weight babies	Pedro Luís Neves Esteves
Derrame pleural na insuficiência cardíaca crónica	Patrícia Tavares+Raquel Duro
A influência dos turnos na vida familiar do enfermeiro	Cátia Sofia Lopes Duarte
Caracterização de uma população de doentes internados no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de São João com o diagnóstico de Pneumonia adquirida na comunidade	Ana Rita Matos Veiga Ferraz
Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crónica	Andreia Sofia Rocha
Doença de Graves e factores de risco cardiovascular	Carla Sofia Couto Brandão
Identification of human molecular variants associated to tuberculosis	Hélder Novais e Basto
Indicadores das estratégias da Supervisão Clínica de Pares	Duarte José Esteves Pinto

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO REUNIÃO DE 13 JUN 2012			
Presidente do Conselho de Administração			
(Prof. Doutora Antónia Ferreira)			
Directora Clínica	Enfermeira Directora	Vogal Executiva	Vogal Executivo
(Dra. Margarida Tavares)	(Enfermeira Eurídice Porcelas)	(Dra. Maria Barros)	(Dr. João Oliveira)

CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Duarte José Esteves Pinto, abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 12 de Abril de 2012

27/04/2012

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Duarte José Esteves Pinto

O Investigador Principal

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

Clarificada as questões expandidas no parecer

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

Prof. Doutor Filipe Almeida
Presidente da Comissão de Ética

emitido na reunião plenária da CES

de

**ANEXO V: AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E
DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ULSM**

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

HOSPITAL PEDRO HISPANO

INFORMAÇÃO

Nº 032/CE/SR

Data: 08-05-2012

Para: Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)

De: Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para recolha de dados

DESPACHO / DELIBERAÇÃO

A.b-re
Ally
15/05/2012
Monte
P

PARECER

A R C A

ULSH 10/05/12 14:32:51

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS

HOSPITAL PEDRO HISPANO

INFORMAÇÃO

Nº 032/CE/SR

Data: 08-05-2012

Para: **Dr. Victor Herdeiro (Presidente do Conselho de Administração)**

De: Comissão de Ética

Assunto:

Pedido de autorização para recolha de dados

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética analisou na sua reunião de 04 de Maio de 2012, o Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação intitulado "Indicadores das estratégias da supervisão clínica na supervisão de pares", proponente o aluno Duarte Pinto do mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da ESEP.

Decidido nada opor à realização deste estudo,

Com os melhores cumprimentos,



Dr. José Alberto Silva

(Presidente da Comissão de Ética da U. L. S. – Matosinhos)

C/c – Dra. Olivia Pestana (Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica)

ANEXO VI: FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA RELEVÂNCIA DOS INDICADORES DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Caro (a) colega:

O meu nome é Duarte José Esteves Pinto, sou enfermeiro no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto e pretendo desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: “Indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem”.

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) consiste num processo de suporte e acompanhamento da prática profissional do enfermeiro que, através de processos de reflexão e análise da prática clínica, promove o desenvolvimento de conhecimentos e competências essenciais à tomada de decisão autónoma, aumentando a proteção do utente e a segurança dos cuidados. Entende-se que as estratégias de supervisão utilizadas neste contexto sejam suportadas por um conjunto de indicadores específicos que operacionalizem a sua implementação. Considera-se, assim, essencial a perceção dos enfermeiros relativamente à relevância dos indicadores das estratégias de SCE.

O estudo tem como objetivo principal identificar os indicadores de Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem mais relevantes.

Para a realização deste trabalho, torna-se essencial a sua participação pelo que, se aceitar participar, solicita-se que preencha o questionário. Após o seu preenchimento, deverá colocar o consentimento informado no envelope previamente identificado e o questionário no envelope com a designação de questionários.

Por favor, não escreva em parte alguma do questionário ou do envelope a sua identificação, para que desta forma seja assegurada a confidencialidade dos dados. Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

Se estiver interessado em receber informação do investigador sobre o estudo, ou dos resultados não hesite em contactar-me através do e-mail (djestevespinto@gmail.com) ou telemóvel (932480905).

Muito obrigado pela sua colaboração,

Duarte Pinto

ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

“INDICADORES DE ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM”

Eu, abaixo assinado, _____, declaro ter compreendido a informação e explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que me foi proposto participar, pelo investigador que assina este documento, tendo-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora.

A informação e explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios do estudo e eventual incómodo que dele possa advir, de acordo com as recomendações da declaração de Helsínquia.

Por isso, consinto participar no estudo respondendo às questões propostas, permitindo o acesso a dados relacionados com o mesmo.

Porto, ____ de _____ de 2012

Assinatura do participante

Assinatura do investigador

ANEXO VIII: E-MAIL ENVIADO AOS PARTICIPANTES

Escola Superior de Enferm x
webmail.esenf.pt/webmail/src/webmail.php
Google Escola Superior de E... Escola Superior de E... Gmail: email do Goo... EBSCOhost - world's... Entrar :: Jornal Record :: YouTube - Broadcas... Google Tradutor

Deseja que o Google Chrome salve a sua senha? Salvar senha Nunca para este site

Pastas
Última Atualização:
Sab, 1:42 pm
(Verificar correio)
- **Entrada (102)**
Drafts
Sent
Trash
Spam

Assunto: Questionário - Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem
De: ep786@esenf.pt
Data: Qua, Junho 6, 2012 12:20 am
Para: autveiga@hotmail.com
Prioridade: Normal
Opções: [Ver cabeçalho completo](#) | [Ver versão para impressão](#) | [Descartar como ficheiro](#) | [Ver detalhes da mensagem](#)

Caro colega,

O meu nome é Duarte José Esteves Pinto, sou enfermeiro no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de S. João, E.P.E., a frequentar o Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto e pretendo desenvolver um trabalho de investigação subordinado ao tema: "Indicadores das Estratégias da Supervisão em Enfermagem".

Assim, venho solicitar que responda ao questionário que segue, devendo, para isso, aceder ao endereço indicado em baixo. Peço-lhe também, caso lhe seja possível, que disponibilize o meu questionário a colegas enfermeiros seus conhecidos, no sentido de eles também o preencherem, reencaminhando este mesmo e-mail.

De salientar que este trabalho foi aprovado pelo Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Se estiver interessado em receber informação do investigador sobre o estudo, ou dos resultados, não hesite em contactar-me através do e-mail (diestevespinto@gmail.com) ou telemóvel (932480905).

Muito obrigado pela sua colaboração,
Duarte Pinto

Questionário:
<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dH4HRmNGwKJbWxBS0J1VGpRSDB5vcFE6MQ>

13:44
26-01-2013

**ANEXO IX: INDICADORES OBTIDOS ATRAVÉS DA RESTRIÇÃO DOS
CRITÉRIOS DE CONSENSO
(F acumulada nos *scores* 4 e 5 \geq 85% e Me \geq 4)**

Indicador	F acumulada nos score 4 e 5 (%)	Me
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas	91,4	5
O supervisor fornece <i>feedback</i> num ambiente privado	89,9	5
O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	89,9	4
O supervisor fornece <i>feedback</i> sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais	89,6	4,5
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)	89,5	5
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação	89,5	4
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções	89,3	4
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades	89,2	5
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma contínua e atempada	88,9	5
O supervisor promove o suporte entre os pares	88,9	4
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções	88,7	4
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões	88,6	4
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma clara e objetiva	88,3	5
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)	88,3	5
O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado	88,3	4
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado	88,0	4
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática	87,7	4
O supervisor observa as atitudes do supervisionado	87,6	5
O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades	87,6	4
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões	87,0	4
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões	86,7	4
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados	85,7	4
O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	85,4	4
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado	85,2	4
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo	85,1	4
O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados	85,1	4

**ANEXO X: AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DO QARIESCE POR
INDICADOR**

ESTRATÉGIA	M	r	α
O supervisor fornece <i>feedback</i> num ambiente privado	258,71	0,557	0,977
O supervisor fornece <i>feedback</i> sobre as competências científicas, técnicas e atitudinais	258,75	0,646	0,977
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma contínua e atempada	258,73	0,599	0,977
O supervisor fornece <i>feedback</i> de forma clara e objetiva	258,68	0,559	0,977
O supervisor fornece <i>feedback</i> negativo	259,01	0,563	0,977
O supervisor fornece <i>feedback</i> positivo	259,47	0,328	0,978
O supervisor complementa a demonstração com explicação questionante (promotora da reflexão)	258,69	0,605	0,977
O supervisor complementa a demonstração com explicação (promotora da compreensão)	258,74	0,531	0,977
O supervisor demonstra um determinado procedimento	258,93	0,510	0,977
O supervisor observa o supervisionado na realização das práticas	258,69	0,671	0,977
O supervisor observa as atitudes do supervisionado	258,74	0,650	0,977
O supervisor regista os dados observados	258,89	0,620	0,977
O supervisor reflete com o supervisionado acerca do conteúdo do relatório reflexivo	258,83	0,561	0,977
O supervisor analisa o relatório reflexivo com o supervisionado	259,03	0,591	0,977
O supervisor identifica necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	258,89	0,585	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades, ao nível da prática, pertinentes para discussão	258,86	0,725	0,977
O supervisor incentiva uma prática baseada na evidência	258,98	0,653	0,977
O supervisor identifica necessidades de formação do supervisionado	258,93	0,606	0,977
O supervisor incentiva a pesquisa	258,98	0,653	0,977
O supervisor indica fontes de pesquisa	259,24	0,521	0,977
O supervisor responde aos <i>e-mails</i> do supervisionado no tempo acordado	259,20	0,542	0,977
O supervisor está disponível para comunicar via telefone com o supervisionado	259,57	0,350	0,978
O supervisor está disponível via <i>skype</i> para contacto com o supervisionado no horário acordado	260,11	0,281	0,978
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar necessidades de formação	258,97	0,692	0,977
O supervisor analisa a consistência e rigor da documentação dos cuidados	258,93	0,715	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a adequação dos padrões de documentação dos cuidados em uso	258,94	0,714	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a identificar, na documentação, os dados necessários à viabilização de indicadores de qualidade dos cuidados	258,97	0,718	0,977
O supervisor estabelece uma relação de confiança com o supervisionado	258,74	0,630	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a superar as suas dificuldades	258,74	0,678	0,977
O supervisor promove o suporte entre os pares	258,86	0,673	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a gerir as emoções	258,91	0,636	0,977
O supervisor apoia o supervisionado em situações ansiogénicas	258,98	0,666	0,977
O supervisor propõe desafios	259,03	0,700	0,977
O supervisor coloca-se no papel do supervisionado	258,01	0,516	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir sobre a ação realizada, permitindo-lhe reconstruir e compreender a sua ação	258,81	0,778	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a refletir na ação de modo a estruturar as suas intervenções	258,84	0,723	0,977

O supervisor ajuda o supervisionado a refletir para a ação de modo a planificar as suas intervenções	258,83	0,751	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a questionar-se sobre situações decorrentes da prática	258,87	0,759	0,977
O supervisor questiona o supervisionado sobre a sua prática	258,91	0,693	0,977
O supervisor reflete com o supervisionado sobre as metodologias de organização dos cuidados	258,95	0,776	0,977
O supervisor respeita o tempo para o supervisionado refletir	259,00	0,670	0,977
O supervisor não dá respostas, ajuda o supervisionado a encontrá-las por si	258,97	0,595	0,977
O supervisor analisa as situações clínicas com o supervisionado	258,80	0,751	0,977
O supervisor analisa incidentes críticos com o supervisionado	258,81	0,721	0,977
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores do supervisionado	259,03	0,592	0,977
O supervisor analisa situações clínicas com os supervisionados	258,91	0,678	0,977
O supervisor analisa incidentes críticos com os supervisionados	258,95	0,673	0,977
O supervisor promove a discussão entre supervisionados em relação às situações/incidentes analisados	258,98	0,688	0,977
O supervisor tem em consideração as experiências anteriores dos supervisionados	259,13	0,622	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para colocar questões	258,84	0,738	0,977
O supervisor ajuda o supervisionado a desenvolver uma atitude crítica, dando-lhe espaço para dar sugestões	258,90	0,725	0,977
O supervisor identifica as necessidades de desenvolvimento do supervisionado	258,90	0,769	0,977
O supervisor planeia a sessão seguinte com o supervisionado	259,06	0,759	0,977
O supervisor negocia as estratégias de supervisão	259,21	0,640	0,977
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para colocarem questões	258,88	0,725	0,977
O supervisor promove a reflexão entre supervisionados	258,91	0,711	0,977
O supervisor ajuda os supervisionados a desenvolverem uma atitude crítica, proporcionando espaço para darem sugestões	258,95	0,731	0,977
O supervisor promove a troca de experiências entre supervisionados	258,92	0,739	0,977
O supervisor planeia a sessão seguinte com os supervisionados	259,07	0,720	0,977
O supervisor promove no supervisionado a capacidade de identificar as suas potencialidades e dificuldades	258,83	0,699	0,977
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autorreflexão	259,02	0,675	0,977
O supervisor informa o supervisionado sobre a utilização de técnicas de autoavaliação	259,03	0,639	0,977
O supervisor treina com o supervisionado a utilização de técnicas de autoavaliação	259,08	0,632	0,977

α – alfa de Cronbach com exclusão do item

