



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

Jacinta  
Carvalho

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA NO CONTEXTO DE UMA UCI NEUROCRÍTICOS

**Supervisão Clínica em Enfermagem:  
uma análise exploratória no contexto de uma  
UCI Neurocríticos**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Jacinta Marta Vasconcelos Carvalho

Porto | 2012



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem**

**Supervisão Clínica em Enfermagem:  
Uma abordagem exploratória no contexto  
de uma UCI Neurocríticos**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Dissertação de Mestrado orientada  
pelo Prof. Doutor Wilson Abreu  
e coorientada pela  
Prof.(a) Sandra Cruz

Jacinta Marta Vasconcelos Carvalho

Porto | 2012



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos aqueles que permaneceram comigo ao longo desta jornada e que me apoiaram incondicionalmente...

À minha família pelo exemplo, educação e amor incondicional.



## **AGRADECIMENTO**

Ao Professor Doutor Wilson Abreu e Mestre Sandra Cruz pelo privilégio que me concederam na orientação do caminho a seguir. Obrigada pela disponibilidade, pelas palavras de alento nos momentos de fraqueza, pela simpatia e rigor científico.

Ao Centro Hospitalar de São João E.P.E., pela oportunidade concedida.

Aos colegas da UCIN que colaboraram comigo na realização das entrevistas e a todos os que me apoiaram neste processo.

A toda a minha família pela compreensão, incentivo e apoio em todos os momentos.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**UCI** – Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos

**SCE** – Supervisão Clínica em Enfermagem

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**NHS**- National Health Service

**NIH** – National Institutes of Health

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**SGS ICS** – Serviços Internacionais de Certificação



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE 1. QUALIDADE, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO CLÍNICA</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Qualidade em Saúde e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem</b> .....	<b>7</b>
1.1. <i>Qualidade em Saúde</i> .....	7
1.2. <i>Dimensões da Qualidade: Estrutura, Processos e Resultados</i> .....	9
1.3. <i>Padrões de Qualidade de Cuidados</i> .....	15
<b>2. Supervisão Clínica em Enfermagem</b> .....	<b>19</b>
2.1. <i>Conceitos e Evolução da Supervisão Clínica em Enfermagem</i> .....	19
2.2. <i>O Modelo de SCE de Proctor</i> .....	27
2.3. <i>Funções da SCE</i> .....	29
<b>3. Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos</b> .....	<b>33</b>
3.1. <i>Natureza das Práticas de Enfermagem</i> .....	33
3.2. <i>Organização da Unidade de Cuidados Intensivos e dos Cuidados</i> .....	36
3.3. <i>Recurso à Supervisão Clínica: Evidências da Investigação</i> .....	40
<b>PARTE 2. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>45</b>
<b>1. Metodologia</b> .....	<b>47</b>
1.1. <i>Questão de Partida</i> .....	47
1.2. <i>Finalidade e Objetivos do Estudo</i> .....	48
1.3. <i>Questões Orientadoras</i> .....	49
1.4. <i>Técnica de Recolha e de Tratamento de Dados</i> .....	50
1.5. <i>Participantes</i> .....	51
1.6. <i>Procedimentos Éticos</i> .....	52
<b>2. Representações sobre SUPERVISÃO</b> .....	<b>55</b>
2.1. <i>Conceitos Emergentes sobre SCE</i> .....	58
2.2. <i>Supervisão e Qualidade dos Cuidados</i> .....	64
<b>3. Supervisão, trabalho e QUALIDADE de CUIDADOS</b> .....	<b>69</b>
3.1. <i>Estrutura e Processo de Supervisão</i> .....	69
3.2. <i>O Supervisor: Escolha e Formação</i> .....	78
<b>4. Subsídios para a Implementação Local de uma Estrutura de Supervisão</b> .....	<b>91</b>
4.1. <i>Princípios e Orientações</i> .....	91
4.2. <i>Contributos para a Definição de uma Estrutura Local</i> .....	93
4.3. <i>Articulação com a Estrutura Hospitalar</i> .....	100
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>111</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>117</b>



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: CONCEITO DE SCE .....	58
QUADRO 2: GANHOS NA QUALIDADE DOS CUIDADOS .....	64
QUADRO 3: VALORIZAÇÃO DAS FUNÇÕES DE SCE .....	69
QUADRO 4: ESTRATÉGIAS IDENTIFICADAS DE SCE .....	73
QUADRO 5: CARACTERÍSTICAS DO SUPERVISOR .....	79
QUADRO 6: REALIZAÇÃO DAS SESSÕES DE SCE.....	85
QUADRO 7: CARACTERÍSTICAS DAS SESSÕES DE SCE.....	87



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: FORMAÇÃO EM SCE .....	55
FIGURA 2: IDADE DOS PARTICIPANTES .....	55
FIGURA 3: SEXO DOS PARTICIPANTES .....	56
FIGURA 4: HABILITAÇÕES DOS PARTICIPANTES .....	56
FIGURA 5: EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL/EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM UCI.....	57
FIGURA 6: RELAÇÃO ENTRE ESTRUTURA HOSPITALAR E SCE .....	102



## RESUMO

A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem vindo a assumir um papel cada vez mais importante enquanto processo de promoção da qualidade e de desenvolvimento pessoal e profissional em contexto de trabalho. Associada aos processos de gestão da qualidade das instituições de saúde, o debate sobre a emergência da supervisão clínica integrada nas políticas organizacionais é importante para o seu desenvolvimento. O ponto de partida deste estudo baseia-se no reconhecimento da supervisão clínica como um processo formal e estruturado de suporte profissional, uma área ainda com desenvolvimento incipiente em Portugal.

A investigação e reflexão efetuadas partem da questão: *“Em que medida, na perspetiva dos enfermeiros, a Supervisão Clínica em Enfermagem pode suscitar ganhos para a qualidade e segurança das práticas clínicas dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN)?”*. Neste sentido, estabeleceram-se como objetivos do estudo: analisar a opinião dos enfermeiros sobre as representações de SCE no contexto da UCIN; identificar as funções da SCE que os enfermeiros da UCIN valorizam para a melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos doentes; identificar estratégias que potencializam ganhos para a prática clínica dos enfermeiros da UCIN e que sejam passíveis de incorporar uma estrutura local de SCE; indicar estratégias para a implementação de uma estrutura local de SCE.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa. Os participantes do estudo foram dez enfermeiros do serviço de UCIN, com experiência profissional em cuidados intensivos superior a 5 anos. A colheita de dados foi feita através de uma entrevista semiestruturada, após a qual se procedeu à análise de conteúdo dos dados recolhidos.

Da análise de conteúdo conclui-se que os entrevistados associam a SCE não só à dimensão da qualidade e segurança dos cuidados, concretizada através da prática reflexiva e da sistematização dos cuidados, mas também ao facto de corresponder a um processo formal que tem vindo a sofrer alterações relativamente à sua perceção concetual. Através do discurso dos entrevistados pode identificar-se alguma ambiguidade na distinção entre SCE e supervisão de estudantes. Salienta-se a relação entre a SCE e os ganhos na prática

clínica e na qualidade dos cuidados, através da melhoria de conhecimentos e competências, da sistematização dos cuidados, da redução do erro, do suporte, reflexão e *feedback*.

Das funções da SCE reconhecidas, a função formativa foi considerada a mais importante no momento atual da UCIN. As estratégias de SCE e as características do supervisor identificadas possibilitam uma maior perceção dos conhecimentos dos entrevistados nesta área específica. As referências à estrutura e organização das sessões e às características destas, permite a identificação de como se deve estruturar a SCE. Desta forma, após a identificação dos dados fornecidos pelos entrevistados relativamente à organização, estrutura e benefícios que poderão advir da aplicação prática da SCE, considera-se que a estrutura local de SCE proposta neste estudo poderá concorrer para a melhoria dos cuidados e segurança na prática dos enfermeiros da UCIN.

**Palavras-Chave:** Supervisão Clínica; Enfermagem; Supervisão Clínica em Enfermagem; UCI Neurocríticos.

## ABSTRACT

### **Clinical Supervision in Nursing: an exploratory analysis in the context of a Neurocritical ICU**

Clinical Supervision in Nursing (CSN) has assumed an increasingly important role as the process of promoting the quality and professional development in the workplace. Associated to processes of health quality management, the debate on the emergence of integrated clinical supervision in organizational policies is important for their development. The starting point of this study is based on the recognition of clinical supervision as a formal and structured professional support, an emerging area of development in Portugal.

The research and the reflection derive from the question: "*To what extent, in the perspective of nurses, the Nursing Clinical Supervision may be beneficial for the quality and safety of nurses' clinical practice in the neurocritical intensive care unit (NICU)?*". In this regard, one has established as study objectives: to analyze nurses' opinion on the representation of CSN in the context of NICU; identify the functions of the CSN that the NICU nurses consider important to the improvement of care and the increase of patient safety; identify strategies that maximize gains for clinical practice of nurses in NICU and that are capable of incorporating a local structure of CSN; identify strategies for implementing a local structure of CSN.

This is in essence a qualitative study. Participants were ten NICU nurses, with more than 5 years of professional experience in intensive care. Data collection was made through a semi-structured interview, and after which one has made a content analysis of the data collected.

Content analysis concludes that respondents associate CSN not only to the improvement of the quality and care safety, achieved through reflective practice and systematization of care, but also to the fact that it matches a formal process that has been suffering changes regarding its conceptual perception. Through the discourse of respondents one can identify some ambiguity in the distinction between CSN and supervision of students. We emphasize the relationship between CSN and gains in clinical

practice and in the quality of care by improving knowledge and skills, the systematization of care, reduction of error, support, reflection and feedback.

Among the recognized functions of CSN, the formative function was considered the most important at the present moment of NICU. The CSN strategies and the identified characteristics of the supervisor enable a greater perception of respondents' knowledge in this specific area. The references to the structure and the organization of sessions and their characteristics allow identification of how to structure the CSN. Thus, after the identification of the data provided by respondents regarding the organization, structure and benefits that may arise from practical application of CSN, it is considered that the local structure of CSN proposed in this study may contribute to improving patient care and safety in the practice of the NICU nurses.

**Key-Words:** Clinical Supervision, Nursing; Clinical Supervision in Nursing; Neurocritical ICU.

## INTRODUÇÃO

A supervisão clínica não é um processo recente. As suas origens remontam aos inícios do séc. XX (Hyrkäs, 2002). No entanto, no contexto da enfermagem, apenas em meados desse século é que se começou a integrar este processo na prática dos cuidados, iniciando-se nessa altura uma investigação mais sistematizada acerca deste assunto.

À medida que se foram desenvolvendo os processos de reflexão sobre SCE apareceram diferentes conceções de supervisão relacionadas com diversos olhares sobre o processo superviso, por vezes divergentes entre si. Diferentes experiências, conceitos e modelos foram desenvolvidos como forma de diminuir a possível confusão epistemológica entre a SCE e outros processos supervisivos, como orientação de estudantes, *clinical governance*, *leadership* ou formação em serviço.

Vários são os autores que apontam para a importância da SCE enquanto processo através do qual resultam subsídios para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, assim como para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Hyrkäs, 2012; Abreu, 2007).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) na sequência de diversas pesquisas efetuadas no País, reconheceu a importância da Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) como processo que pode trazer ganhos para as práticas de enfermagem. Esta organização define mesmo o Modelo de Desenvolvimento Profissional tendo por base os conhecimentos existentes sobre SCE.

Segundo Abreu (2007: 177) a SCE é um processo *“dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização (...)”* que contribui para o aumento da qualidade dos cuidados, da segurança do utente e da satisfação profissional.

Por sua vez, na visão da OE a SCE é entendida 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: 5).

A SCE remete para práticas profissionais de qualidade, fornecendo apoio e suporte aos profissionais de enfermagem, no sentido de proporcionar cuidados progressivamente

mais seguros. Ao permitir que os profissionais reflitam de forma partilhada sobre as suas práticas e problemas do seu exercício profissional, a SCE pode resultar em aumento de competências dos profissionais e em cuidados de maior qualidade. A investigação demonstra também que se pode associar a SCE ao aumento da satisfação profissional e à diminuição da ansiedade e stresse (Abreu, 2007; Proctor, 2006 e Brunero e Stein-Parbury, 2008).

No âmbito do Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem, realizou-se esta investigação que se intitula: *“Supervisão Clínica em Enfermagem: uma abordagem exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos”*.

O aumento do número de profissionais de enfermagem da UCIN e, conseqüentemente, o crescimento da equipa de enfermagem em cerca de 50%, foram as condições fundamentais para a identificação, por parte do investigador, da necessidade de realização deste estudo na área da SCE.

Como pergunta de partida formulou-se o seguinte enunciado: *“Em que medida, na perspetiva dos enfermeiros, a Supervisão Clínica em Enfermagem pode suscitar ganhos para a qualidade e segurança das práticas clínicas dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos (UCIN)?”*.

Definiram-se, para este estudo, os seguintes objetivos: Analisar a opinião dos enfermeiros sobre as representações de SCE no contexto da UCIN; Identificar as funções da SCE que os enfermeiros da UCIN valorizam para a melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos doentes; Identificar as estratégias que potencializam ganhos para a prática clínica dos enfermeiros da UCIN e que sejam passíveis de incorporar uma estrutura local de SCE; Indicar estratégias para a implementação de uma estrutura local de supervisão clínica em enfermagem.

A realização desta investigação pretende propor uma estrutura local de supervisão a implementar, através da clarificação do conceito de SCE no contexto da UCI Neurocríticos.

O estudo recorre a uma perspetiva qualitativa. Os dados foram colhidos pelo investigador, recorrendo a uma entrevista semiestruturada na Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos. Os participantes do estudo foram os enfermeiros em serviço na UCIN, em número de dez.

Na primeira parte foi concretizado um aprofundamento teórico sobre o tema da dissertação. Nesta parte, em primeiro foi abordado o tema da qualidade, enfermagem e supervisão clínica, referindo-se conteúdos relacionados com a qualidade em saúde, as suas dimensões e os padrões de qualidade dos cuidados. Em segundo lugar foi aprofundado o tema da supervisão clínica em enfermagem, os conceitos e as funções associadas,

centrando-se no modelo proposto por Proctor. Em terceiro lugar foi abordada a natureza e a organização das práticas clínicas em UCI, e elaborado um paralelismo entre a SCE e a qualidade dos cuidados na UCIN.

Na segunda parte encontra-se a referenciação da necessidade do estudo e das questões orientadoras, dos objetivos e finalidade do estudo, da metodologia utilizada, dos participantes, técnicas de recolha e tratamento de dados e os procedimentos éticos.

Na terceira parte apresenta-se a análise de conteúdo efetuada, através da qual foi possível dissecar o discurso dos entrevistados e identificar o sentido das suas opiniões nas áreas questionadas. O conceito de SCE, os ganhos em matéria de qualidade de cuidados que poderão resultar da aplicação desta, a valorização das funções de SCE por parte dos entrevistados, as estratégias identificadas por estes, as características do supervisor clínico, a realização das sessões e as suas características relativamente à periodicidade, duração e número de elementos foram os domínios identificados através da análise das entrevistas.

Na quarta parte, após a análise crítica dos dados recolhidos pelo investigador, foram fornecidos subsídios para a implementação local de uma estrutura de supervisão clínica, que se pretende que valorize os princípios subjacentes implementação de uma estrutura de SCE, ao mesmo tempo que respeite a articulação desta estrutura com a organização hospitalar.



## **PARTE 1. QUALIDADE, ENFERMAGEM E SUPERVISÃO CLÍNICA**



## **1. Qualidade em Saúde e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**

O termo “qualidade” foi sofrendo alterações ao longo dos tempos, resultando de transformações associadas às noções que emergem constantemente da vivência em sociedade. A qualidade é, no momento atual, um atributo indispensável nas mais diversas práticas, sobretudo na área da saúde.

Neste âmbito, devem diferenciar-se determinadas características específicas que diferenciam o termo “qualidade” relativamente a outros setores. Nesta área, o termo qualidade é essencialmente orientado para a identificação das necessidades dos clientes e para a sua satisfação e não apenas para a sua procura. A qualidade relaciona-se com outros atributos dos cuidados de saúde (Biscaia e Pisco, 2001).

A qualidade dos cuidados de enfermagem pode ser avaliada através de padrões de qualidade propostos quer pelas instituições de saúde, quer pela OE, quer pelos próprios profissionais que desempenham funções num determinado serviço, não desvalorizando a importância associada ao indivíduo a quem são prestados os cuidados de enfermagem.

### *1.1. Qualidade em Saúde*

O termo qualidade assumiu, nos dias de hoje, uma importância singular em várias áreas, nomeadamente na área da saúde. Ao longo da sua evolução, o conceito geral de qualidade tem vindo a influenciar o próprio conceito de qualidade em saúde e, conseqüentemente, o conceito de qualidade de cuidados de enfermagem.

Numa perspetiva histórica, a noção do conceito de qualidade existe já há muitos anos, tendo sofrido alterações, ao longo do desenvolvimento científico e da própria sociedade. De facto, já desde a II Guerra Mundial que se fala em qualidade a nível industrial e foi a partir daqui que proliferou para outras áreas, nomeadamente a da saúde. Segundo Pereira (2009), foi a partir da década de oitenta que se começou a assistir a uma nova conceção de qualidade, orientando-se, cada vez mais, para a satisfação das reais

necessidades dos indivíduos, numa tentativa de antecipar-se às suas próprias necessidades, tentando exceder as suas expectativas.

Ainda de acordo com Pereira (2009), existem definições que acentuam a vertente complexa e abstrata da qualidade em saúde, tornando difícil ou mesmo impossível qualquer tentativa de operacionalizar o conceito. No entanto, na mesma referência, contrapõe a posição anterior, referindo que, qualquer profissional da área da saúde, que seja por si só competente e experiente, sabe reconhecer o que são cuidados de qualidade.

As políticas atuais de saúde têm por base a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais desta área, quer ao nível das atividades desenvolvidas, quer ao nível dos resultados obtidos pelas suas práticas, quer dos recursos utilizados para a consecução destas. De notar que existirão sempre fortes pressões e motivações (económicas, sociais, políticas ou profissionais) para que a qualidade seja uma realidade. Em Portugal, a implementação de mecanismos de qualidade está consignada por lei,

A qualidade é considerada, então, um atributo, uma dimensão incontornável da saúde e da prestação de cuidados que pretende satisfazer e diminuir as necessidades dos indivíduos, de uma forma proactiva. Para que possa ser uma realidade, é necessário que reúna como atributos a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade (Biscaia, 2000) que se definirão posteriormente.

Refere Hesbeen (2001) que a qualidade de cuidados numa situação semelhante, num determinado local, pode ser apreciada de forma muito diferente conforme se trate de um doente ou de um profissional de saúde a fazê-lo. Portanto, é difícil expor um conceito de qualidade tão abrangente quanto necessário para os cuidados de saúde, sendo que, inclusive, a sua própria medição é delicada.

Pode verificar-se a real complexidade de definição do termo qualidade de cuidados no pensamento de Hughes (2008) ao referir que a qualidade dos cuidados resulta do ótimo equilíbrio entre as possibilidades percebidas e o quadro de normas e valores dos indivíduos, sendo construída a partir da interação entre os indivíduos que se regem segundo essas normas e valores e as possibilidades que estes identificam.

Uma prática de cuidados de qualidade, segundo Hesbeen (2001), é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa está a viver e que tem como perspetiva final alcançar ou melhorar a sua saúde. Tem por base a preocupação e o respeito pelos clientes, procede da utilização coerente e complementar dos recursos disponíveis na sociedade, tendo por base as condições políticas, económicas e organizacionais existentes. Apesar de toda a subjetividade adjacente a este conceito, há orientações, meios e limites pertinentes e bem identificados (Hesbeen, 2001).

A OMS, na tentativa de facilitar a identificação de cuidados de saúde de qualidade, identificou o elevado grau de excelência profissional, a eficiência na utilização de recursos, a diminuição dos riscos para os doentes, a satisfação dos mesmos e os resultados obtidos como componentes para a qualidade dos cuidados (Biscaia, 2000).

No mesmo âmbito, também o Conselho Internacional de Enfermeiras (2007) e o Conselho de Enfermagem (2001) assumem a necessidade de definição de estratégias de controlo de qualidade em vários campos do desempenho profissional dos enfermeiros. Pode então referir-se que um dos desafios colocados atualmente à disciplina da enfermagem se insere no contexto dos padrões de qualidade dos cuidados, cujo principal objetivo se irá traduzir na definição, tanto quanto possível, desses mesmos padrões de qualidade.

A implementação do termo qualidade na saúde pretende, acima de tudo, aumentar a eficácia e melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, assim como melhorar a assistência aos indivíduos alvo dos cuidados (Carneiro, 2010). Neste sentido, é de máxima importância que os enfermeiros definam corretamente as estratégias de cuidados a utilizar, tendo por base o tempo e o espaço em que se encontram inseridos.

Pode dizer-se que a qualidade em saúde pretende satisfazer as necessidades em matéria de saúde, disponibilizando o melhor para cada indivíduo. A qualidade não passa apenas pelos esforços dos profissionais de saúde, uma vez que as próprias instituições devem garantir as infraestruturas, os equipamentos e os recursos humanos para que esta possa ser mais facilmente observada.

### *1.2. Dimensões da Qualidade: Estrutura, Processos e Resultados*

Devido à necessidade crescente de assegurar a qualidade dos cuidados prestados na área da saúde foram desenvolvidos programas de melhoria contínua da qualidade a serem implementados pelas instituições de saúde.

Na atualidade são múltiplas as definições de qualidade em saúde existindo mesmo posições contraditórias quanto à sua possibilidade de definição e operacionalização. Isto acontece devido à forma abstrata e complexa que a qualidade em saúde adquire, estando dependente da perceção de qualidade de cada indivíduo (Pereira, 2009; Donabedian, 2005). No entanto, Donabedian (2003) ressalva a importância da definição conceptual do

conceito de qualidade em saúde. Este autor afirma que a qualidade pode ser concebida como o produto de dois fatores. Um fator é a ciência e a tecnologia dos cuidados de saúde e o outro é a forma como é aplicada a ciência e a tecnologia nas práticas atuais de saúde. Segundo esta visão, o termo qualidade em saúde deve ser definido com precisão, pois é desta definição precisa que depende a sua monitorização e avaliação. Donabedian (2003) tenta sistematizar, tanto quanto possível, o conhecimento sobre qualidade ao propor a normalização de conceitos e nomenclaturas.

Os indicadores associados ao trabalho desenvolvido por Donabedian na área da qualidade em saúde dividem-se em três: estrutura, processo e resultados (Donabedian, 2003). Estes indicadores não são atributos da qualidade, são apenas o tipo de informação que se pretende obter, com base na qual se pode depreender se existe qualidade ou não. Segundo este autor não se podem tirar conclusões sobre a qualidade a menos que haja uma relação pré-determinada entre as três abordagens, de modo que a estrutura influencia o processo e por sua vez o resultado sofre influências do processo (Donabedian, 2003).

A estrutura refere-se aos aspetos relativos aos recursos físicos e materiais disponibilizados para a prestação dos cuidados, aos recursos humanos e financeiros existentes e às características organizacionais passíveis de demonstrar a organização e distribuição do trabalho. A avaliação da estrutura parte do pressuposto que com as condições mínimas ideais para o funcionamento dos serviços de saúde se obtêm mais facilmente resultados favoráveis; no entanto, é importante perceber que mesmo uma boa estrutura não garante por si só bons cuidados (Donabedian, 2003; Pereira, 2009).

Por sua vez, o processo é definido como a condição segundo a qual os cuidados são prestados. Abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e clientes. Incluem-se aqui aspetos relativos às atividades de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados médicos e cirúrgicos, assim como a educação dos clientes. Neste indicador é enfatizada a importância da qualidade das práticas e não apenas a sua execução mecânica (Donabedian, 2003; Pereira, 2009).

Os resultados traduzem as modificações resultantes dos cuidados prestados, nomeadamente a cura, os défices, a adaptação ao meio, a morbilidade e mortalidade, o estado funcional e a qualidade de vida. De certa forma refere-se ao produto final dos cuidados incluindo a mudança no estado de saúde e a recuperação da mesma tanto quanto possível, o aumento no conhecimento e comportamento dos clientes e a sua satisfação com os cuidados prestados (Donabedian, 2003; Pereira, 2009). A componente resultados, segundo Pereira (2009) é a menos utilizada, podendo relacionar-se com a dificuldade em

definir os *standards* e critérios de referência, assim como com a obtenção da informação necessária para a operacionalização de indicadores de resultado.

De acordo com Donabedian (2003) a qualidade em saúde é caracterizada por atributos como a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade.

Tem-se vindo a verificar uma necessidade crescente de adequação e atualização dos cuidados praticados pelos profissionais de saúde às necessidades da população. No entanto, para que esta meta seja alcançada, considera-se necessária uma reestruturação nas organizações de saúde. Esta reorganização passa pela racionalização dos custos e reestruturação dos recursos disponíveis para os cuidados de saúde, assim como pela criação de estruturas que promovam a qualidade dos cuidados.

Neste contexto, é fundamental que as instituições se esforcem por criar condições que favoreçam o desenvolvimento dos profissionais. Simultaneamente, também é da competência das instituições e dos profissionais a manutenção do exercício profissional autónomo e diferenciado, tendo presente que, sempre que se dá primazia às tarefas e ações a executar, a rotina de trabalho que advém desta situação, em nada contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, uma vez que a rigidez de comportamentos que resulta destas rotinas apenas vai contribuir para a desadequação de tratamento dos indivíduos em situações particulares.

Os objetivos gerais das instituições passam pela prestação de cuidados de saúde de qualidade, acessíveis e em tempo oportuno, de forma a garantir continuamente a segurança de quem necessita dos seus cuidados, numa orientação clara e constante para a melhoria contínua quer dos cuidados de saúde, quer dos serviços de gestão e apoio. No fundo, pretende-se dotar as organizações de saúde de modelos de gestão responsáveis, competentes, efetivos, participados e motivados, com vista ao desenvolvimento organizacional (Centro Hospitalar do Porto; 2007).

Outra área que influencia a qualidade está relacionada com o próprio prestador de cuidados, nomeadamente os enfermeiros. Na verdade, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros sofre influência das competências profissionais, das habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a ação de cada enfermeiro, que por sua vez, tem influência direta na qualidade em saúde (Conselho de Enfermagem, 2001).

Se, por um lado, é importante salientar a relevância da inclusão dos profissionais para a melhoria da qualidade, na medida em que a qualidade não pode ser imposta, pois depende dos diferentes profissionais, dos seus vínculos e categorias, da sua motivação e

conhecimentos e, acima de tudo, da sua capacidade de mudança, por outro lado, é necessário perceber que os sistemas de crenças e normas de cada profissão interferem no seu desempenho, sendo importante a gestão da cultura organizacional como elemento unificador e integrador das várias subculturas organizacionais.

Os profissionais de saúde, ao terem todo um *corpus* de conhecimentos e competências numa área tão específica como a saúde, têm um lugar privilegiado na melhoria da qualidade dos cuidados. São os responsáveis por integrarem os conhecimentos na área, e ao mesmo tempo, serem capazes de, tendo em conta a pessoa que necessita dos cuidados e a sua situação de vida, prestar os cuidados mais corretos e adequados à situação em que esta se encontra.

Neste sentido, é necessário valorizar, não só a técnica em si, mas também a vertente relacional. Nas instituições de saúde, é necessária uma maior abertura e centralização no indivíduo ou grupo: os objetivos são definidos com base na realidade prática, os recursos são otimizados, o ambiente, onde o processo decorre, passa a comportar melhorias contínuas, as interações e as dimensões coletivas passam a ser valorizadas (Abreu, 2007).

Torna-se ainda importante referir que a qualidade dos cuidados em saúde não pode ser atingida apenas pelo exercício profissional dos enfermeiros, assim como este não pode ser excluído, para se conseguir atingir a mesma. É necessário, portanto, por parte dos profissionais de saúde, um compromisso ético e deontológico perante a prestação de cuidados de qualidade (Conselho de Enfermagem, 2001).

Como terceira área da qualidade, não se pode deixar de referir o cliente dos cuidados de saúde (Conselho de Enfermagem, 2001).

Segundo Pereira (2009), a conceção de qualidade em saúde acrescenta atualmente a noção de continuidade, envolvendo ao mesmo tempo os prestadores de cuidados e os indivíduos, clientes dos cuidados. Neste contexto, cada um contribui para o progresso permanente da qualidade, na medida em que os clientes de cuidados exigem mais e melhor saúde, mas têm, ao mesmo tempo, um compromisso com eles mesmos, na manutenção do melhor nível de saúde possível.

A necessidade de se implementarem sistemas de qualidade foi assumida à escala global por vários organismos, nomeadamente pela OMS. Este organismo emanou a declaração “Saúde para todos no ano 2000” em 1977, referindo-a como sendo um conjunto integrado de atividades planeadas, baseadas em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade.

Portugal não tem ficado alheio a este movimento de crescente valorização da qualidade em saúde e muitas instituições desenvolveram e encontram-se a desenvolver processos de acreditação e de certificação de forma a aferir qualidade aos serviços prestados à comunidade, com o objetivo de progredir no aperfeiçoamento dos seus serviços. Criou-se, inclusive, o Instituto de Qualidade da Saúde (extinto em 2006), que tinha como objetivo a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados, tendo por base o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos para atingir a qualidade na saúde. Os processos de acreditação dos hospitais mantiveram-se através de programas como o *King's Fund* e a *Joint Commission International*, e foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde que desenvolveu a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde em 2009 que pretende manter os processos de acreditação dos hospitais (Despacho nº 14223/2009).

Através da acreditação, as instituições de saúde obtêm o reconhecimento internacional, demonstrando o seu compromisso com a prestação de serviços de qualidade a indivíduos beneficiários dos cuidados, aos profissionais e a organizações externas. Por sua vez, a certificação corresponde ao reconhecimento internacional reservado às instituições ou partes delas, que demonstram a sua conformidade com todos os critérios pré-estabelecidos (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, 2009).

Para que a qualidade nas organizações, e por consequência, a qualidade nos seus produtos fosse alcançada mais facilmente, foi elaborada a norma europeia ISO (International Standards Organization Norms) 9000, pelo ISO Technical Committee 176, em 1987, que se relaciona com a gestão e a garantia da qualidade das organizações (APCER, 2007).

Segundo a norma ISO (nesta caso, a 9001), são necessários determinados requisitos para que se consiga atingir a qualidade nos serviços prestados:

*“A ISO 9001 é uma norma consensual, contendo requisitos flexíveis e de aplicação universal, focalizada na eficácia do sistema de gestão da qualidade da organização em determinar e identificar, satisfazer (ou mesmo exceder) requisitos, necessidades, expectativas e exigências dos clientes e de outras partes interessadas, através da aplicação, em toda a organização, de princípios comprovados de controlo de gestão e melhoria contínua” (SGS ICS, 2003:14).*

As normas ISO, *standards* internacionais para a implementação de um sistema de gestão da qualidade numa organização, baseiam-se em determinados princípios gerais, cujo objetivo é, essencialmente, melhorar o desempenho organizacional.

A implementação de um sistema de gestão da qualidade, proposto pela norma ISO 9001, a ser utilizado nas organizações de saúde, pode ser considerado um desafio. Primeiro, pela dificuldade inerente à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados pelos profissionais desta área, pois é difícil a implementação de programas de qualidade que consigam avaliar a especificidade do produto resultante dos cuidados de saúde, e o inerente grau de satisfação dos clientes. Em segundo, pela diferença entre as categorias dos profissionais que desempenham funções nas organizações de saúde.

De salientar que é da responsabilidade das organizações colocar em ação todos os requisitos dos quais resultem a aplicação e verificação da norma ISO 9001 (SGS ICS, 2003).

A norma ISO 9001 coloca o enfoque na satisfação dos clientes, na gestão e medição dos processos, na melhoria contínua e num maior envolvimento por parte da gestão, permitindo aos clientes a perceção de que as organizações estão comprometidas com a qualidade dos cuidados e atendimento a prestar (APCER, 2012).

Bastos e Saraiva (s.d.), no estudo efetuado num hospital português durante a implementação da norma ISO 9001, identificaram características da organização facilitadoras da implementação deste sistema. Em primeiro lugar, chamam a atenção para a importância de incluir os enfermeiros na elaboração dos objetivos associados a esta implementação pois, segundo estes autores, esta classe profissional valoriza a participação nas escolhas da instituição. Em segundo, o facto de incluírem ainda as opiniões dos clientes de cuidados, permite uma melhoria no atendimento, pois identificam mais facilmente as necessidades destes.

Como fatores inibidores, os autores identificaram a falta de formação contínua e, por conseguinte, a dificuldade em atualizar os conhecimentos. Foi também referido o tempo de integração como fator inibidor, na medida em que muitas das vezes é dado pouco tempo aos profissionais para a sua completa integração nos serviços, comprometendo a sua prática com qualidade.

As práticas de supervisão constituem ferramentas centrais no acompanhamento de pares na medida em que o acompanhamento se constitui como requisito para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento de competências com base na reflexão sistemática sobre os saberes e sobre as práticas (Abreu, 2002). No entanto, é necessário fixar critérios e padrões de avaliação, que incorporem, ao mesmo tempo, a componente técnica, científica e relacional e a capacidade de humanização dos cuidados e a quantidade e custo dos mesmos.

### 1.3. Padrões de Qualidade de Cuidados

Desde os anos oitenta e noventa do século XX, que se têm estabelecido programas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009; Biscaia, 2000).

A OE emanou o documento *“Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”* no qual se desafia a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem, ao mesmo tempo que propõe a necessidade de refletir acerca do exercício profissional dos enfermeiros (Conselho de Enfermagem, 2001).

A OE no enquadramento conceptual referente ao documento supracitado expõe a necessidade de se interligarem vários enunciados, nomeadamente a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem. São padrões de qualidade definidos pela OE a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem, 2001).

Todo o exercício profissional dos enfermeiros está baseado na relação interpessoal com a pessoa alvo dos cuidados. É necessário ter em atenção que o enfermeiro possui também quadros de valores e de crenças que dependem do local onde se desenvolve, e que vão influenciar a vivência das situações por que passa ao longo do seu exercício profissional. Deve ter-se em conta que o enfermeiro se distingue pela formação e experiência que possui, o que lhe permitirá a compreensão e o respeito verdadeiro pela multiculturalidade e pela singularidade de cada pessoa que necessita dos seus cuidados.

*“(…) os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes” (Conselho de Enfermagem, 2001; 10).*

Segundo a OE *“(…) a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local”* (Conselho de Enfermagem, 2001; 4). Assim, é importante que os próprios enfermeiros no seu local de trabalho definam os seus padrões de qualidade, na medida em que os resultados a alcançar vão depender da filosofia de trabalho e de todos os protocolos intrínsecos a cada uma das instituições de saúde.

Sobre este assunto é importante realçar o compromisso da Ordem dos Enfermeiros e o que deve advir das próprias instituições de saúde. De acordo com a alteração proposta ao estatuto da OE da Lei 111/2009, é da competência dos Conselhos de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados e da competência das Comissões de Especialidade e dos Conselhos de Enfermagem Regionais garantir a sua aplicabilidade, consolidação e aplicação na prática (Lei nº 111, 2009). Cabe então às instituições de saúde desenvolver esforços para adaptar os recursos e disponibilizar as estruturas que permitam conceber um exercício profissional de qualidade (Conselho de Enfermagem, 2001).

A qualidade nos cuidados está intimamente ligada à reflexão na e sobre a prática, com vista a definir os objetivos da prática e dos cuidados de enfermagem e ainda delinear estratégias, com a finalidade de alterar cuidados que não se adequem e dos quais não resulte benefício para os indivíduos e suas famílias.

É então fundamental no exercício da enfermagem, respeitar as capacidades pessoais e valorizar o papel que cada pessoa desempenha na sociedade e na área da saúde e, através de uma parceria entre ambos, ajudá-la a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde, ao longo do seu ciclo vital, gerindo os recursos de saúde existentes na comunidade.

O Conselho de Enfermagem (2001) enuncia algumas categorias, através das quais os enfermeiros devem estabelecer os seus padrões de cuidados: a satisfação do indivíduo, mantida através do respeito pelas suas capacidades, crenças e valores e o estabelecimento de parcerias e relações empáticas, envolvendo os seus conviventes significativos, mantendo, ao máximo, o seu ambiente natural.

A promoção da saúde é conseguida, por um lado, através de uma identificação correta da situação de saúde e dos recursos do indivíduo, assim como a promoção do potencial de saúde ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Por outro lado, a prevenção de complicações, a promoção do bem-estar e do autocuidado são atingidos através da identificação rápida dos problemas potenciais e da identificação e prescrição correta das intervenções e necessidades em cuidados de enfermagem. A manutenção e planeamento do processo de enfermagem resulta também na mais rápida readaptação funcional do indivíduo.

Por último, é importante que o enfermeiro desenvolva uma atitude mais esclarecida na organização dos cuidados de enfermagem, na qual pode ser inserida a existência de um quadro de referências para o exercício profissional, a existência de um sistema de registos que abarque as necessidades de cuidados e os resultados pretendidos, ao mesmo tempo que pretende atingir a satisfação dos enfermeiros na sua prática profissional.

De notar ainda que o exercício da enfermagem se inscreve num contexto de “*atuação multiprofissional*” (Conselho de Enfermagem, 2001; 9). Quer isto dizer que podemos falar de dois tipos de intervenções de enfermagem: as interdependentes, iniciadas por outro profissional de saúde, das quais o enfermeiro apenas assume a responsabilidade pela sua implementação; e as autónomas, que resultam da tomada de decisão do enfermeiro, sendo o único responsável por identificar as necessidades de cuidados de enfermagem do indivíduo ou grupo e prescrever as intervenções necessárias à sua resolução (Conselho de Enfermagem, 2001).



## **2. Supervisão Clínica em Enfermagem**

A Supervisão Clínica tem vindo a afirmar-se como processo promotor do desenvolvimento dos profissionais, na medida em que se considera que através deste processo se estimula a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional permanentes, incluído neste a capacidade de gestão emocional. Para além disto, considera-se que pode conferir suporte para a qualidade dos cuidados, pela estimulação da prática reflexiva, do desenvolvimento de capacidades e conhecimentos, permitindo a autoavaliação. Pode referir-se que o principal propósito da Supervisão Clínica é a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem.

### *2.1. Conceitos e Evolução da Supervisão Clínica em Enfermagem*

As primeiras práticas reconhecidas em supervisão remetem-nos para o mundo árabe e surgem, segundo Abreu (2003), no período em que a medicina islâmica se desenvolvia. Nesta altura, o processo de supervisão estava diretamente associado à avaliação dos hospitais e à certificação dos profissionais de saúde.

O termo supervisão é frequentemente acompanhado da associação à ideia de inspeção. Inicialmente relacionada com poder e relacionamento socioprofissional hierarquizado, sem qualquer relação com o respeito e as capacidades formativas dos supervisores (Abreu, 2007), o conceito de supervisão foi sendo alterado ao longo dos tempos através de processos de reflexão. Proctor (2006), autora de um modelo de supervisão afirma, no entanto, que a palavra supervisor mantém, no mundo atual, a associação à gestão.

Com o desenvolvimento dos estudos nesta área, rapidamente se pode constatar que supervisão não corresponde a um simples ato de coordenar ou inspecionar, relacionando-se com o desenvolvimento e crescimento dos profissionais, nomeadamente de enfermagem, através de uma perspetiva facilitadora de orientação e aconselhamento.

Em termos nacionais, Alarcão e Tavares foram dos primeiros autores a estudar a área da supervisão no âmbito da formação de professores, corria a década de oitenta do século XX. A supervisão era entendida como um processo que se desenvolvia durante a formação de professores, tendo por base dois intervenientes: um professor experiente e um estudante ou professor menos experiente que era acompanhado e ajudado pelo primeiro (Abreu, 2007). A partir daqui o conceito foi sendo cada vez mais usado fora da área pedagógica, tendo alargado o seu leque para várias áreas, nomeadamente a saúde. Nesta área, a utilização do termo supervisão é complexa pois pode reportar-se à supervisão dos cuidados, de pares, de gestão ou de estudantes em formação, entre outros (Abreu, 2007).

Relativamente à área da enfermagem, vários foram os autores que, ao longo do tempo, contribuíram para a clarificação do fenómeno da SCE. Apesar do conhecimento sobre a supervisão clínica ter progredido rapidamente nos últimos anos, persistem divergências entre os profissionais de enfermagem sobre a sua natureza, não existindo uma definição universalmente aceite sobre o tema (Garrido, Simões e Pires, 2008). Convém no entanto referir que no Reino Unido o National Health Service faz uma distinção clara entre conceitos. Por um lado, diferencia SCE de mentorship e preceptorship. Por outro, estabelece as diferenças entre SCE e governação e lideranças clínicas.

Nos anos trinta, foram várias as escolas norte-americanas que desenvolveram o conceito da supervisão em enfermagem, como forma de promoção da qualidade nas práticas profissionais. No entanto, na Europa, foi apenas no início dos anos 90 que o debate sobre supervisão clínica se aprofundou, mais concretamente no sistema de saúde britânico, após o conhecimento do caso Allit (Abreu, 2007).

Em Portugal, já nos anos setenta se falava de algo semelhante à supervisão na saúde, apesar de assumir outras designações. Nesta altura eram requeridos cuidados de saúde seguros e com qualidade, tendo em vista a melhoria contínua das práticas que tinham por base processos de acompanhamento de competências clínicas e de formação dos enfermeiros (Abreu, 2007), ao qual se foram associando alterações políticas, organizacionais, hospitalares, e na área da saúde. Acreditava-se que a supervisão clínica proporcionaria a estabilidade, apoio e orientação necessários para que os profissionais se ajustassem às mudanças organizacionais geradas pelos processos de promoção e acreditação da qualidade.

Com as transformações e inovações no âmbito da saúde (lembra-se, por exemplo, o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais), os princípios da supervisão clínica anteriormente referidos tornaram-se imprescindíveis para a garantia da qualidade dos cuidados, na medida em que se acredita haver redução dos erros e das debilidades no

processo de assistência aos clientes. Os processos de acreditação das organizações e a investigação resultante desta aplicação demonstram ganhos para a qualidade dos cuidados prestados após a implementação da SCE. A implementação da supervisão nos contextos de trabalho hospitalares pode relacionar-se com o benefício da segurança dos implicados, podendo resultar na sua legitimação perante a sociedade.

Considerando o sucesso que a SCE pode ter para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados parece-nos relevante que a mesma possua um enquadramento institucional formal e não abdique da participação sistemática dos enfermeiros nesta moldura.

Tendo em conta a variedade de funções e conceitos associados à SCE, considera-se agora importante explicar alguns conceitos de SCE.

Segundo Abreu (2007) citando Maia e Abreu, a supervisão clínica é entendida como um processo dinâmico e formal, funcionando como um alicerce no acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, na procura de obter a qualidade dos cuidados, a segurança dos clientes e a satisfação profissional. O autor ressalta ainda a importância da SCE na área da reflexão, orientação e monitorização dos intervenientes.

O *Royal College of Nursing* (2011), por sua vez, define supervisão clínica como uma forma de supervisores e supervisados refletirem na sua prática clínica. Segundo este organismo, a supervisão tem como principal objetivo identificar soluções para os problemas, melhorar as práticas e aumentar a compreensão sobre questões relacionadas com a prática.

Para o *National Health Service* (NHS, 2000), a supervisão clínica é

*“um processo formal de suporte e aprendizagem profissional, que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pelo seu exercício e prestar cuidados que confirmam segurança e proteção aos seus clientes, em situações clínicas complexas”.*

O desenvolvimento das competências clínicas e o aprofundamento dos conhecimentos, com base na reflexão da prática, associam-se à melhoria da qualidade dos cuidados (Abreu, 2002). Em 2010, a OE emana o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2010:5), definindo que supervisão clínica é

*“(...) 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”.*

A supervisão clínica estende-se a várias áreas da enfermagem, sendo uma resposta às necessidades que resultam dos processos formativos. No entanto, a sua implementação

associou-se inicialmente mais à área da saúde mental (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011). Já Macedo (2009) refere que a SCE se centra em áreas importantes para a profissão de enfermagem nomeadamente a segurança das práticas clínicas, o desenvolvimento de competências e habilidades e o suporte emocional dos profissionais.

Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) referem que existem evidências que demonstram que a SCE fornece apoio e redução do stresse aos profissionais de saúde, identificando-se ainda como um meio de promoção da responsabilidade profissional e desenvolvimento de conhecimentos e competências. Também foi identificada a melhoria na capacidade de comunicação dos profissionais que participaram em sessões de SCE. No entanto, chamam a atenção para a impossibilidade de generalizar as conclusões a todas as áreas da enfermagem, na medida em que não se conhecem as verdadeiras condições de realização dos estudos analisados.

Macedo (2009; 124), após a verificação de várias perspetivas na área da supervisão, refere que

*“(...) 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”.*

É ainda importante perceber que o conceito de SCE se diferencia de outros processos, nomeadamente *“(...) preceptorship, mentorship, supervisão da prática qualificada, revisão e manutenção de padrões profissionais (...)”* (Abreu, 2007:18) quer por diferentes participantes, quer pelas diferentes áreas de aplicabilidade desses processos.

Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) no estudo efetuado advertem que é frequente associar-se a necessidade de supervisão clínica a profissionais pouco experientes. Na sua pesquisa estes autores verificaram que tanto profissionais inexperientes, como profissionais bem experientes beneficiaram da prática regular da SCE. Estes autores concluíram que, por um lado, enfermeiros pouco experientes entendem a SCE como um desafio e uma oportunidade para desenvolver a sua prática e, por outro lado, profissionais mais experientes também consideram positiva a sua participação nas sessões de SCE, por permitir-lhes atingir altas *performances* na prática profissional e na gestão de conflitos de papéis. Considera-se agora importante referir que segundo os dados recolhidos por Cheater e Hale (2001) os enfermeiros experientes consideram que a SCE é irrelevante para as necessidades por eles identificadas. Por sua vez Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) consideram

que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao reforçarem a sua resiliência e reduzirem a sua vulnerabilidade face ao local de trabalho.

Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007) referem que a SCE aumenta a consciência do profissional sobre si e sobre o meio enquanto profissional e pessoa, incluindo um conhecimento mais profundo da sua forma de pensar, das decisões que toma e do seu desempenho. Isto é mais evidente, segundo estes autores, quando os enfermeiros têm necessidade de lidar com situações difíceis, como por exemplo, perdas, morte ou sofrimento e sentimentos como a culpa. Um melhor balanço entre a vida pessoal e o trabalho é também referido, associado a um aumento da perceção de melhorias no reconhecimento pessoal, no tornarem-se mais proactivos na sua saúde, na melhoria das relações externas com família e amigos e com as chefias, assim como no aumento da sua motivação e na capacidade de resposta. Ao mesmo tempo, identificam estudos que demonstram que a melhoria do stresse e *burnout* não é evidente em enfermeiros que experienciam sessões de SCE (Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007).

Na área da SCE é fundamental, por outro lado, valorizar-se o papel que a relação supervisiva (relação entre supervisor e supervisionado) apresenta enquanto suporte da aprendizagem, desenvolvimento da prática e promoção da qualidade dos cuidados. Não obstante, esta relação deve alicerçar-se num processo de colaboração formal e estruturado que ajude os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimentos e valores durante todo o seu percurso profissional.

Proctor (cit. por Abreu, 2007) refere que supervisão diz respeito a uma relação de trabalho entre supervisor e supervisionado, na qual este pode refletir sobre si mesmo e sobre o seu trabalho e da qual recebe o *feedback* e a orientação que necessita.

A reflexão é então fundamental no processo supervisivo porque permite o crescimento profissional dos enfermeiros através da discussão dos cuidados e do *feedback* da prática. Por isto, pode ser considerada como o processo cognitivo primário da SCE, sendo entendida como a capacidade dos profissionais pensarem acerca das suas experiências de forma a compreendê-las e/ou identificar áreas que necessitem de melhorias (Brunero e Stein-Parbury, 2008).

É relevante referir que apesar do elevado valor da prática reflexiva para a consecução do objetivo da supervisão clínica, é necessário empenhamento pessoal e organizacional para que o mesmo possa ser atingido, quer por parte do supervisor, quer por parte do supervisionado, assim como a existência de uma estrutura, de um espaço e tempo direcionados especificamente para o seu alcance (Proctor, 1986).

Apesar das referidas características da SCE, existem barreiras organizacionais e pessoais que dificultam a sua aplicação. Em termos organizacionais, os conflitos profissionais e políticos, a falta de compreensão e os constrangimentos de tempo e de recursos são fatores importantes para a difícil tarefa de implementação da SCE. Em termos pessoais, a identificação dos enfermeiros relativamente à SCE, as suas emoções, como o medo da mudança ou a falta de confiança, os conhecimentos, as competências ou a compreensão do tema complicam também a utilização da SCE na prática (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011). Segundo Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) a maior barreira para a aplicação da SCE baseia-se na falta de compreensão da natureza e objetivos desta por parte dos enfermeiros.

Além dos aspetos referenciados, ressalva-se a importância do enfermeiro gestor do serviço como agente facilitador da SCE, pois pode proporcionar o tempo e o ambiente necessários para que se possam desenvolver as sessões de SCE. Desta forma, considera-se que as organizações de saúde deveriam incluir a SCE na identificação das necessidades dos enfermeiros, aspeto que pode ser fundamentado através do estudo realizado por Hyrkäs [et al] em 2001 (Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007) onde se identifica uma melhoria na racionalização dos custos e nos cuidados aos doentes como resultado da aplicação direta da SCE numa instituição de saúde. Segundo estes autores, através da SCE existe um aumento nos conhecimentos dos enfermeiros com melhoria dos cuidados prestados, havendo um aumento da satisfação dos clientes e redução das reclamações quanto aos cuidados. Estes autores verificaram também uma redução do stresse associado a uma redução dos dias de internamento, provavelmente devido a uma melhor qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

Barriball, White e Munch (2004) efetuaram um estudo no âmbito dos cuidados de saúde primários cujo objetivo foi identificar a opinião e as experiências dos enfermeiros do sudoeste de Inglaterra sobre SCE. Os resultados demonstraram que existe melhoria da prática clínica e do desenvolvimento profissional e de conhecimentos dos profissionais após a aplicação da mesma. Referem no entanto que não foi identificado consenso quanto à estrutura e formato de desenvolvimento da SCE. Por sua vez, Cheater e Hale (2001) identificaram benefícios para a prática de enfermagem através da implementação de uma estrutura local de SCE. Os benefícios identificados passam pelo desenvolvimento profissional, aprendizagem pessoal e a existência de oportunidades de partilha com os pares de assuntos relacionados com as práticas. Segundo estes autores, um terço dos enfermeiros referiu melhorias na prática dos cuidados como resultado da implementação da SCE.

Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) referem que a SCE permite que os profissionais desenvolvam os seus *insights* profissionais, em oposição à utilização de estratégias como o cinismo.

Não se podem em todo o caso desvalorizar os estudos que demonstram que a supervisão clínica não acarreta benefícios evidentes para os enfermeiros, nomeadamente os apresentados por Coombes (Watson e Sloan, 2002). Resultados semelhantes foram também obtidos por Cheater e Hale (2001) quando identificam dados que demonstram que não existiram alterações nas práticas após a aplicação da SCE. No seu estudo existem referências à inexistência de alteração das práticas de enfermeiros que participaram numa estrutura de SCE, apesar da maioria dos participantes considerar que houveram alterações ao nível do exercício profissional. Por outro lado, Winstanley e White (2006) demonstram que em organizações onde não foi implementada a supervisão clínica ou onde a mesma foi retirada, foram identificados efeitos negativos sobre a carga de trabalho e as funções de enfermagem. Uma parte relevante dos estudos que colocam reticência á utilidade da SCE radicam no fato desta assumir formas sobreponíveis à liderança e governação clínicas.

Considera-se agora pertinente fazer referência às características do supervisor clínico e às competências deste.

A OE (2010) nomeia como competências do supervisor clínico a motivação, o interesse e a disponibilidade em ajudar no processo de desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado, constituindo-se como suporte e apoio para o mesmo. Podem ser identificadas competências na prática clínica que se relacionam com o facto do supervisor ser um perito na área da prática, assim como na área da tomada de decisão, na comunicação e na identificação e resolução de problemas, mantendo-se flexível na gestão das situações. O supervisor deve aceitar o outro na sua individualidade e diferença, estabelecendo relações empáticas com os supervisionados. Por competência na supervisão pressupõe-se a utilização das estratégias e instrumentos de acordo com as situações que se vivenciam. O supervisor deve promover a mudança positiva, valorizando o esforço e o trabalho do supervisionado, dando *feedback* e garantindo a sua autonomização gradual e segura. Deve ainda fomentar a segurança, a confiança, a motivação e o bem-estar no supervisionado. Este organismo realça ainda a importância do supervisor se encontrar em aprendizagem contínua, estimulando o seu desenvolvimento profissional e, no papel de supervisor, reconhecer os seus limites e potencial (OE, 2010).

Abreu (2002) através da pesquisa efetuada propõe que o supervisor clínico desempenhe a função de supervisionado em alguns momentos do processo supervisory, ao

mesmo tempo que possui formação específica na área da SCE. Chama também a atenção para a necessidade deste possuir capacidades formativas, preconizando que a função de supervisor deverá ser atribuída ao enfermeiro sobre o qual recai a escolha dos supervisados.

A função do supervisor pode considerar-se fundamental na SCE na medida em que, segundo Proctor (2006), este deve assumir a responsabilidade de estabelecer claramente os critérios de boas práticas pretendidos, devendo compará-los e ajustá-los às perspetivas dos supervisados, podendo ainda ser requerida do supervisor a confrontação com a prática onde executará as suas funções supervisivas. Pode depreender-se que esta responsabilidade pode facilmente resultar em inquietação e preocupação para o supervisor (Proctor, 2006).

Para além do que foi referido anteriormente, Proctor (2006) realça a importância do supervisor conseguir colmatar as falhas na prática com vista ao atingimento dos objetivos propostos para a SCE, mais do que estabelecer todo o tipo de estratégias de aplicação. No entanto, estas são consideradas fundamentais para o atingimento dos objetivos da supervisão. Relativamente à pesquisa bibliográfica efetuada, poucas estratégias de supervisão clínica foram identificadas, excluindo as que são intrínsecas ao conceito de supervisão em si como por exemplo, a reflexão e o suporte. Desta forma, considera-se importante referir as estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico, fazendo uma transposição para a supervisão clínica de acordo com a sua relevância ou importância na relação entre supervisão e prática clínica.

Vários autores, nomeadamente Vieira e Moreira (2011), Simões, Alarcão e Costa (2008), Simões e Garrido (2007) identificam várias estratégias de supervisão, fundamentais para o processo supervisivo. São identificadas a autosupervisão, o diálogo reflexivo, a análise documental, a observação, a reflexão crítica, os portfólios reflexivos, os estudos de caso, a demonstração, as simulações de situações reais ou os debates e discussões. Facilmente se pode então falar em estratégias como as sessões de supervisão, o *feedback*, a observação de registos de enfermagem e das práticas dos enfermeiros, a análise crítico-reflexiva, a demonstração, a análise de casos, a formação contínua e certificada, os cenários de supervisão, a autosupervisão, os relatórios reflexivos, os reforços positivos ou o suporte.

## 2.2. O Modelo de SCE de Proctor

Para que seja possível o desenvolvimento da enfermagem e mais concretamente a promoção e desenvolvimento da supervisão clínica nesta área do conhecimento, é importante definir modelos que se possam constituir como orientações específicas e estruturadas, com vista a atingir os objetivos propostos. Neste momento é necessário ter em conta que a multiplicidade das áreas clínicas e a sua diversidade interferem na escolha do modelo a utilizar. Por ter sido identificada esta necessidade, nos últimos anos surgiram vários modelos de supervisão clínica na área da enfermagem, que emergiram de experiências situadas de supervisão de pares.

Segundo Garrido (2004), um modelo de SCE deve desempenhar três funções. Em primeiro lugar, proporcionar apoio ao enfermeiro na sua prática clínica. Em segundo, promover o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Em terceiro, promover cuidados de enfermagem de qualidade. Watson e Sloan (2002) referem que o objetivo de identificar modelos não é fazer com que os mesmos sejam demasiado prescritivos. O seu papel é identificar funções centrais, filosofias e princípios e servir de orientação para as práticas. No entanto, chamam a atenção para a necessidade de clarificar as suas funções e objetivos, sob pena de tornarem a execução do modelo difícil e desintegrada da realidade da enfermagem.

Considera-se então que, para que se possa implementar um modelo de SCE, este deve estar assente em estruturas e procedimentos bem definidos e, entre supervisor e supervisionado, deve estabelecer-se uma relação aberta, de confiança e apoio. Para além destes preceitos, torna-se necessário que os modelos de SCE estimulem uma prática reflexiva, que promova o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado e que resulte em cuidados seguros e de qualidade.

O modelo de Proctor (1986) denominado de *Supervision Alliance Model* (Proctor, 2006; 25) é, provavelmente, o mais citado na literatura de enfermagem, tendo já sido aplicado em vários contextos da prática clínica. Foi proposto por Brigid Proctor em 1986, juntamente com os seus colaboradores, ao identificarem o significado que, de forma corrente, se atribuía ao termo supervisão (Proctor, 1986).

Este modelo baseia-se em dois grandes objetivos. Em primeiro, capacitar profissional de enfermagem para, através da supervisão, se desenvolver como profissional na área em que desempenha funções. Em segundo, permitir que o próprio profissional assegure que está a executar funções de uma forma responsável (Proctor, 1986).

O *Supervision Alliance Model* engloba três figuras centrais que são o cliente recetor dos cuidados, o supervisionado, considerado como o canal através do qual o serviço é prestado, sendo a face pública do serviço, e o supervisor, responsável por criar um clima favorecedor e uma relação supervisiva que facilite a reflexão da prática, identificando limites claros de liberdade e responsabilidade (Proctor, 2006). Nesta aliança de trabalho entre supervisor e supervisionado permite-se a reflexão sobre o próprio e sobre a ação no contexto de trabalho, fornecendo-se *feedback* e orientação adequados. É ainda proposta uma relação direta entre o supervisor, o supervisionado e o sistema de gestão, tendo em atenção o contexto supervisivo em que a supervisão se insere (Proctor, 2006). Podem incluir-se ainda outros profissionais de saúde e os gestores na medida em que são estes profissionais que administram o serviço (Garrido, 2004).

O *Supervision Alliance Model* indica três funções. A formativa, a normativa e a restaurativa, que podem ser usadas simultaneamente ou não.

Vários estudos foram efetuados através da aplicação deste modelo, no entanto, são referidas por alguns autores, algumas condições que poderão condicionar a sua aplicação, nomeadamente o facto do modelo de Proctor não apresentar alternativas teóricas para a sua aplicação. No entanto, considera-se que esta omissão pode ser colmatada através do seu emprego na prática (Watson e Sloan, 2002).

Proctor (2006), após avaliação e verificação da aplicação do modelo desenvolvido, refere como preocupação a possibilidade de conotação errada das sessões de SCE, na medida em que facilmente se podem associar a uma simples pausa do trabalho diário, em vez de serem encaradas como facilitadoras do desenvolvimento pessoal e profissional do supervisionado.

Watson e Sloan (2002) citando Butterworth (1999) defendem que através da aplicação prática do modelo de Proctor se verificou uma pequena alteração na satisfação profissional dos enfermeiros, assim como uma pequena redução da exaustão emocional.

### 2.3. Funções da SCE

Ao longo deste trabalho as funções abordadas serão as propostas por Proctor (1986) no *Supervision Alliance Model*.

Proctor (1986) refere que quer supervisor, quer supervisionado, assumem responsabilidades pelo desenvolvimento profissional do enfermeiro (vertente formativa). Ambos têm responsabilidades na monitorização e avaliação das práticas, em determinados períodos de tempo específicos (vertente normativa). Para além disto, quer supervisor, quer supervisionado, partilham da responsabilidade de assegurar suporte adequados (função restaurativa). As funções poderão ser agrupadas segundo as suas funcionalidades e áreas.

É importante referir que se deve incluir nas funções da supervisão clínica a necessidade de estabelecimento de uma cultura de aprendizagem, cujo objetivo passará por aumentar os conhecimentos acerca da área de desenvolvimento profissional dos enfermeiros. Segundo Macedo (2009), o desenvolvimento da prática pode facilmente levar à autoavaliação dos profissionais e ao crescimento das suas capacidades reflexivas, com consequente melhoria na qualidade dos cuidados.

A função formativa ou educacional engloba o desenvolvimento de competências e toda a gama de experiências que o indivíduo vivencia, incluindo a integração pessoal (Proctor, 1986). Diz respeito ao desenvolvimento de competências e habilidades no supervisionado, com base na reflexão da sua prática e o desenvolvimento de uma prática de enfermagem baseada em evidência (Winstanley e White, 2003). Pode então dizer-se que está relacionada com o desenvolvimento profissional e de competências de comunicação, ou, como referem Brunero e Stein-Parbury (2008; 93), é a “*área de desenvolvimento de conhecimentos e competências*” da qual resulta um aumento de conhecimentos, assim como aumento na noção de *self-awareness* e inovação. Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007), verificaram que esta função é descrita como uma parte importante no desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros, pois está relacionada com o desenvolvimento dos conhecimentos ao longo dos tempos. Realçam a vertente que se relaciona com o aumento dos conhecimentos pessoais e teóricos, facilitando a partilha e a verbalização dos mesmos. É ainda referenciada uma melhor associação da teoria à prática.

Por outras palavras pode dizer-se que melhora a prática pelo incremento da compreensão e do suporte emocional (Bradshaw, Butterworth e Mairs, 2007).

A função normativa, diretiva ou administrativa, engloba os padrões de direitos dos indivíduos, a ética profissional, as práticas e ainda a gestão dos casos vivenciados (Proctor, 1986). Segundo Macedo (2009), é através da gestão e controlo que os “*profissionais de enfermagem podem explorar, sustentar e desenvolver as práticas e o crescimento pessoal*”. Esta vertente privilegia o desenvolvimento de normas e protocolos que, apesar de fundamentais para o desenvolvimento e funcionamento dos serviços de saúde, não podem sobrepor-se à reflexão e à prática dos cuidados (Macedo, 2009).

A função normativa, relaciona-se diretamente com o controlo de qualidade em todos os contextos de trabalho, promove a execução e o cumprimento de protocolos e procedimentos, desenvolve *standards* e contribui para a auditoria clínica (Winstanley e White, 2003). A função normativa relaciona-se diretamente com a responsabilidade profissional, a resolução de problemas, a identificação de soluções, a melhoria da qualidade de cuidados, a prática reflexiva, o aumento da satisfação profissional e a melhoria das relações enfermeiro-doente (Winstanley e White, 2003). Segundo Brunero e Stein-Parbury (2008), a componente normativa pretende desenvolver estratégias que permitam gerir a responsabilidade profissional.

Por último, a função restaurativa ou de suporte, relaciona-se com a auto-monitorização e avaliação dos supervisionados, e, também, com a redução do stresse na prática clínica e gestão emocional (Proctor, 1986). Segundo Winstanley e White (2003) esta função permite perceber e gerir o stresse emocional inerente à prática de enfermagem. Reporta-se ao dar suporte, ao aumentar a segurança e a satisfação na prática, diminuir a ansiedade, reduzir o *burnout* e aumentar a confiança. Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que através desta vertente, o supervisionado desenvolve a sua noção de capacidade de controlo dos seus próprios pensamentos e sentimentos, ajudando a reduzir os níveis de ansiedade e conflito, permitindo melhorar as relações interpessoais assim como o *coping*.

Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007) referem que a maior vantagem da SCE se relaciona com a vertente restaurativa e de suporte. Estes autores citam o crescimento e desenvolvimento da personalidade, o aumento da confiança e a diminuição do isolamento profissional resultantes de sessões de SCE como fator explicativo desta afirmação.

Por sua vez, Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) referem que a importância desta função se relaciona com o facto de que durante as sessões de SCE, as questões da área da saúde não correspondem às questões centrais, sendo que as questões relacionadas com o sentimento de *burnout* ou exaustão profissional eram frequentes. Ao mesmo tempo

denotaram que a eficácia profissional reduzida, assim como atitudes cínicas em relação ao trabalho estão relacionadas com a dificuldade de aceitação da SCE, encontrando-se associadas à diminuição da satisfação profissional e a um aumento do *burnout* (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011).

Ainda no que se refere à vertente restaurativa da SCE, é importante referir a mudança de atitude e cultura preconizadas, na medida em que o trabalho emocional não é usualmente reconhecido na prática da enfermagem, e torna o stresse moral uma matéria privada (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011). No entanto, realce-se que a supervisão não se confunde com terapia.

Pode referir-se então que em supervisão clínica quer os supervisados, quer os supervisores, têm responsabilidade pelo desenvolvimento do profissional. Tal responsabilidade é englobada na vertente formativa da supervisão clínica. Por sua vez, existe também a responsabilidade pelo acompanhamento contínuo do profissional que pode resultar aumento da responsabilidade do mesmo (função normativa). Ambos têm ainda a função de revigorar e apoiar o profissional ao longo do seu desenvolvimento (vertente restaurativa) (Watson e Sloan, 2002). Pode concluir-se que ao proporcionar o suporte de pares e a redução do stresse (função restaurativa), ao promover a responsabilidade profissional (função normativa) e ao desenvolver conhecimentos e capacidades (função formativa), a supervisão clínica dá subsídios para a melhoria das práticas e aumento da segurança das mesmas (Brunero e Stein-Parbury, 2008).



### **3. Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos**

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), serviços de prestação de cuidados personalizados a doentes em estado crítico, onde são prestados cuidados muito complexos, implicam reflexão nas práticas e capacidades técnicas muito desenvolvidas. Os enfermeiros de cuidados intensivos estão frequentemente sujeitos a elevado stresse, consequência do próprio serviço onde executam funções, mas também das patologias e estado crítico dos doentes a quem prestam cuidados.

#### *3.1. Natureza das Práticas de Enfermagem*

O cuidado a utentes em estado crítico alocados a um espaço físico específico existe desde há muito tempo. Desde Florence Nightingale, no século XIX, que se iniciou a estratificação dos utentes de acordo com a complexidade dos cuidados de saúde necessários.

Historicamente, as UCI's desenvolveram-se pela constatação das melhorias nos doentes com patologia mais grave, quando estes se encontravam agrupados num ambiente único, onde a sua observação e o cuidado às suas funções vitais era ininterrupto.

Nos últimos 60 anos assistiu-se a um grande desenvolvimento da medicina intensiva, devido, por um lado, ao crescimento multidisciplinar e, por outro, à introdução e consequente evolução da dimensão tecnológica, o que resultou num incremento acentuado das condições de prevenção, diagnóstico e tratamento de doentes com condições fisiopatológicas que ameaçam a vida ou que apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis.

A medicina intensiva é um campo multidisciplinar e multiprofissional, englobando médicos e enfermeiros, entre outros, cujo principal objetivo é prestar assistência aos doentes que sofreram ou estão em risco de sofrer uma falha aguda de um ou de múltiplos órgãos devido a doença ou lesão. Estas alterações implicam necessariamente, por parte dos

profissionais de saúde, observação rigorosa e controlada e serviços capazes de fornecer cuidados eficazes e de qualidade, como as unidades de cuidados intensivos (NIH, 1983).

Segundo NIH (1983), as UCI's foram desenvolvidas para dar resposta a um conjunto específico de cuidados de saúde, tais como monitorização hemodinâmica, cuidados a doentes em pós-operatório, manutenção das vias respiratórias e ventilação mecânica em doentes com patologia neurológica reversível. No entanto, o aumento dos recursos físicos e de profissionais de saúde e o desenvolvimento em termos técnicos permitiu uma expansão dos critérios de admissão dos doentes em UCI.

O Ministério da Saúde no documento "Direcção de serviços de planeamento de cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento" (Portugal, 2003), descreve a medicina intensiva como uma área multidisciplinar, cujo principal objetivo se baseia em suportar e ajudar a recuperar as funções vitais de forma a tratar a doença e desta forma proporcionar qualidade de vida futura.

Segundo este mesmo organismo, as unidades de cuidados intensivos definem-se em função de três critérios fundamentais: a prática decorrente de um contínuo de ações e procedimentos de *"monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento"* (Portugal, 2003, 7) no período de 24h por dia; a avaliação dos doentes admitidos, considerando a taxa de sobrevivência e a capacidade de recuperação que permitem definir os recursos necessários para cada serviço em si; a investigação que abarca a monitorização contínua dos doentes aumentando a compreensão da doença, acumulando mais experiência e aumentando os conhecimentos nessas áreas.

As unidades de cuidados intensivos podem então ser definidas como *"locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais"* (Portugal, 2003; 7).

Em UCI, são frequentes as complicações associadas a grandes intervenções (NIH, 1983). Esta realidade remete para três vetores essenciais das UCI: a sua estrutura organizacional, a qualidade dos recursos humanos e os recursos materiais disponíveis.

Relativamente ao primeiro vetor, é importante que exista uma estrutura organizacional que promova o bom funcionamento das UCI's (NIH, 1983).

No que concerne à qualidade dos recursos humanos, devido à sua grande especificidade, os profissionais de saúde que desempenham funções em UCI devem possuir determinadas características, como, por exemplo, capacidade de decisão, capacidade de manusear equipamentos, capacidade para realizar procedimentos variados. Devem

igualmente apresentar capacidades administrativas e competências pessoais para trabalhar nesta área específica.

No que diz respeito aos profissionais de enfermagem, o *Royal College of Nursing* (2003) refere que é necessário ter consciência de que cada doente, cada enfermeiro e cada cuidado é diferente, logo, prestar cuidados de qualidade a doentes em estado crítico implica muito mais do que prestar cuidados *standard*. Depende da experiência e capacidades do enfermeiro, da complexidade da situação do doente e dos recursos existentes no serviço para cuidar esse doente.

Os enfermeiros são ainda responsáveis por identificar, planear e avaliar os cuidados ao doente. De acordo com o *Royal College of Nursing* (2003), o facto de ser um enfermeiro com experiência em cuidados intensivos a cuidar do doente, reduz o risco de complicações para o doente. A capacidade de observação que desenvolveu com a experiência assim como a capacidade de avaliação holística podem permitir a identificação, de forma mais precoce, de qualquer alteração no estado do mesmo, permitindo, assim, uma resposta mais rápida à situação em questão.

A redução precoce da sedação e analgesia, o desmame ventilatório rápido, a reabilitação física e o apoio psicológico, nos quais o enfermeiro tem grande influência são fatores que tornam os cuidados intensivos serviços com capacidade de acompanhamento próximo da situação do doente.

Para além de toda a instabilidade vivida durante um turno, muitas vezes devido à situação instável em que se encontram os doentes, os enfermeiros são ainda responsáveis pela formação em serviço, por trabalhar diariamente com materiais e cuidados que estão em constante mudança, por realizar a integração de outros enfermeiros, acompanhar estudantes e por participar no desenvolvimento e pesquisa em enfermagem. Tendo em conta esta situação, o *Royal College of Nursing* (2003) alerta para a necessidade dos cuidados não se tornarem unicamente administrativos ou técnicos. No entanto, devido à dinâmica atual das instituições, os enfermeiros podem sentir alguma pressão, acabando por dar prioridade às solicitações e procedimentos técnicos em detrimento dos cuidados ao doente.

### *3.2. Organização da Unidade de Cuidados Intensivos e dos Cuidados*

As UCI's podem ser polivalentes, quando são admitidos doentes com todos os tipos de patologia que ameace a sua vida, ou UCI's que recebem especificamente doentes com um determinado tipo de patologia, como por exemplo, cardíaca ou neurocirúrgica.

A UCI Neurocríticos (UCIN) é um serviço recente relativamente à sua denominação. Este serviço resultou da evolução de outros serviços, e foi nestes últimos anos que ganhou a verdadeira conotação de UCI, recebendo por isso doentes críticos com necessidade de cuidados especializados. Neste serviço são admitidos doentes com patologia médica ou cirúrgica, de acordo com as necessidades dos mesmos. São ainda admitidos doentes com entradas programadas, isto é, doentes em pós-operatório de lesões ocupantes de espaço a nível cerebral ou da coluna, ou então, doentes oriundos da sala de emergência, do serviço de urgência ou de outros serviços, por agravamento do estado geral ou alteração do estado neurológico.

Como referido anteriormente, os doentes que são admitidos na UCIN diferenciam-se das restantes UCI's pelas patologias que apresentam, sendo admitidos preferencialmente neste serviço doentes com patologia do foro neurocirúrgico a necessitar de tratamento em UCI. No entanto, é impossível a UCIN admitir e tratar todos os doentes deste foro, na medida em que o número de camas é limitado, as taxas de ocupação do serviço são elevadas e, além disso, prolongadas.

O serviço da UCIN é constituído por 10 unidades, sendo que destas 10, 3 são quartos para isolamento.

A organização dos cuidados na UCIN é estabelecida pelo tipo de doentes e a sua patologia e gravidade.

Relativamente aos profissionais de enfermagem, estes são distribuídos por equipas. Os elementos designados como chefe e subchefe de equipa, os dois primeiros, desempenham funções acrescidas de gestão e organização, nos turnos em que a enfermeira chefe e a enfermeira responsável não estão presentes. A estes enfermeiros é atribuído apenas um doente, devido às restantes funções que necessita conciliar com a prestação de cuidados.

Os restantes elementos, à exceção de um, prestam cuidados a dois doentes. Por norma o doente que é atribuído a apenas um enfermeiro corresponde ao que apresenta

uma situação clínica mais instável ou o qual se prevê vir a necessitar de um maior grau de cuidados de enfermagem.

Na UCIN podem identificar-se dois grupos de diagnósticos médicos. Um relativo aos doentes submetidos a cirurgias programadas para remoção de tumores cerebrais, quistos, empiemas, entre outros. Neste grupo podem também incluir-se os doentes que efetuam remoções de malformações arteriovenosas ou tratamentos de aneurismas não rotos. No outro grupo encontram-se todos os doentes cuja admissão no serviço decorre de uma situação de alteração brusca da sua situação de saúde. Assim, podem referir-se doentes com politrauma e traumatismo cranioencefálico, rutura de aneurismas ou malformações arteriovenosas. São também internados neste serviço doentes com hemorragias cerebrais, com hematomas subdurais, hemorragias subaracnóideas ou hemorragias intracerebrais, por exemplo. Por vezes são também admitidos na UCIN doentes que não têm qualquer patologia do sistema neurológico, mas que, por falta de vagas noutras UCI e por necessidade de tratamento em UCI, aí são tratados (B-ICU Care, 2012).

Pode concluir-se daqui que as idades dos doentes admitidos neste serviço são muito variáveis, sendo que frequentemente são admitidos doentes em idades jovens.

Quase todo o tipo de patologia neurocirúrgica cursa com tempos elevados de internamento e, por isso, com outras alterações decorrentes do tempo e local de internamento. Os doentes com este tipo de patologia encontram-se, na maior parte dos casos, em estados muito instáveis, acontecendo frequentemente um agravamento do estado nos primeiros dias de internamento, o que dificulta ainda mais o seu tratamento.

Em termos de doentes com patologia cerebral, as principais funções dos profissionais de saúde são evitar as lesões secundárias decorrentes do processo inflamatório que se segue às lesões primariamente ocorridas, mantendo as funções vitais o mais estáveis possível para o tipo de patologia identificado.

Como facilmente se depreende, doentes com patologias cerebrais são doentes muito instáveis, que a qualquer momento podem agravar o seu estado, e que necessitam, por isso, da maior e melhor vigilância possíveis.

Podemos então afirmar que em UCI são admitidos doentes que necessitam de cuidados especializados e de vigilância constante, de forma a reestabelecerem a sua saúde, necessitando que os enfermeiros desenvolvam competências para gerir os recursos materiais e físicos disponíveis.

Uma das grandes particularidades de cuidar de doentes em estado crítico relaciona-se com o estado dos doentes, isto é, a maioria dos doentes encontra-se sob sedação e

analgesia e, desta forma, incapacitados de comunicar com a equipa de saúde. Acresce ainda o facto de que, em UCIN, grande parte dos doentes terem patologia neurológica e, mesmo quando a sedação ou analgesia é suspensa, a possibilidade de existência de sequelas graves que condicionam a compreensão e comunicação com o exterior é elevada. No entanto, como refere Ascensão (2010), direccionar a prática única e simplesmente para a parte técnica, descurando a vertente do cuidar, seria um erro, na medida em que todos os doentes comunicam, através de sinais visíveis, a profissionais de saúde treinados e atentos.

Apesar dos diferentes cuidados e diversos níveis de complexidade de cuidados em UCI, é necessário ter em atenção que cada enfermeiro tem diferentes pontos de vista, experiência e formação. Uns podem ter pouca experiência nos cuidados, outros poderão ter alguma experiência, mas sentirem-se pouco à vontade para cuidar em situações mais complicadas, enquanto outros poderão estar completamente à vontade para desempenhar as suas funções nas diferentes situações (Balsanelli, Cunha e Whitaker, 2009).

Todos os doentes, enfermeiros e cuidados diferem entre si. Desta forma, prestar cuidados corretos a doentes críticos, em UCI, não se resume a manter ratios enfermeiro/doente. É necessário ter em atenção as competências dos enfermeiros, a complexidade da situação do doente e os cuidados possíveis numa determinada situação. Podemos verificar que os cuidados em UCI, além de tecnicamente elaborados, necessitam que os enfermeiros desenvolvam mentalmente estratégias de resposta às possíveis situações com que se deparam. Desta forma, não se torna difícil compreender que o cuidar em UCI requer muito do enfermeiro, quer a nível físico, pelo desgaste constante, em termos da existência de turnos rotativos ou manifestação de situações inesperadas, quer a nível mental, pelo facto dos doentes se encontrarem em estado crítico ou do seu estado se encontrar em constante oscilação, quer a nível emocional, pelo contacto com situações de doença grave, sequelas ou mesmo situações de morte eminente, com a família do doente e, por vezes, até na similitude com determinados aspetos da sua vida pessoal.

Balsanelli, Cunha e Whitaker (2009) referem que em UCI os ambientes são dinâmicos e interativos e os enfermeiros são sujeitos a elevados níveis de carga de trabalho. Neste sentido, as decisões, em termos de cuidados de enfermagem, necessitam ser assertivas e rápidas. Toda a instabilidade vivenciada aquando do tratamento de um doente em UCI exige do enfermeiro a necessidade de resposta e de cuidados imediatos.

Devido à prática assente em cuidados urgentes, é fundamental que os enfermeiros desempenhem a sua função inseridos em equipas de trabalho nas quais se possa sentir apoiado, quer em termos de resposta às situações para as quais se sente menos à vontade, quer em termos de suporte de conhecimentos. Balsanelli, Cunha e Whitaker (2009)

chamam também à atenção para a necessidade de se estabelecer o trabalho em equipa. Isto também se verifica na UCIN na medida em que os enfermeiros se encontram divididos em equipas com o mesmo *roulement*, o que implica que trabalhem como equipa e em conjunto.

No sentido de tornarem os cuidados mais estruturados, os enfermeiros da UCIN desenvolveram rotinas de trabalho, isto é, um conjunto de cuidados que se prestam de determinada forma a todos os doentes, em determinado momento específico. Estas rotinas, muito frequentes em cuidados de saúde, são, por um lado, benéficas, pois facilitam a organização dos cuidados, no entanto, por outro, dificultam a introdução de novos e diferentes cuidados, ao mesmo tempo que podem levar à realização de cuidados de forma leviana, sem reflexão acerca dos mesmos.

Para além de todas as rotinas estabelecidas na UCIN existe ainda um conjunto de normas, protocolos e procedimentos que visam suportar e regular a prática profissional dos enfermeiros. No Centro Hospitalar de São João, a implementação de alguns instrumentos de qualidade, nomeadamente pela Unidade de Qualidade e Segurança dos Doentes, visa aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados.

A Unidade de Qualidade e Segurança dos Doentes, em conjunto com a Comissão de Controlo de Infeção e o Serviço de Saúde Ocupacional, formam o Centro de Epidemiologia deste centro hospitalar.

Estas unidades têm como principal objetivo identificar e reduzir riscos nos cuidados, aumentar a segurança e qualidade dos mesmos, visando o cumprimento da norma ISO 9001 de modo a alcançarem a certificação do hospital em vários níveis. Devido à extensão e número de elementos que compõem o centro hospitalar, o centro de epidemiologia estabeleceu diferentes datas de início de procedimentos relativos à certificação para cada uma das funções e serviços anteriormente referidos.

Quanto à estrutura da qualidade, esta unidade pretende iniciar a verificação, avaliação, notificação e correção de práticas dos profissionais que poderão resultar em quedas e úlceras de pressão. Poderão eventualmente integrar ainda a avaliação do risco.

Em cada serviço é ou irá ser definido um enfermeiro responsável pela implementação dos protocolos associados às quedas e outro enfermeiro responsável pela implementação dos protocolos das úlceras de pressão. Serão estes enfermeiros que terão a responsabilidade de verificar as práticas que colocam o doente e o serviço em risco, notificar a sua ocorrência e propor a sua alteração ou substituição de materiais, se for este o caso. Este procedimento permite à unidade de qualidade e segurança dos doentes

identificar a razão subjacente à ocorrência destes acontecimentos e adotar os procedimentos adequados para os evitar. Nesse sentido, em cada serviço existirá um enfermeiro responsável por cada uma das vertentes anteriormente referida, relacionando-se este diretamente com o serviço da qualidade.

### *3.3. Recurso à Supervisão Clínica: Evidências da Investigação*

O sucesso na implementação da SCE está dependente do desenvolvimento de uma cultura de serviço na qual os profissionais são valorizados, e onde esta valorização é demonstrada em termos de tempo para o desenvolvimento pessoal e profissional, de forma a apoiar a prática clínica dos mesmos (The Chartered Society of Physiotherapy, 2003).

Como referido anteriormente, várias são as definições propostas para o conceito de SCE. De forma geral, podemos referir que a mesma inclui aspetos como a reflexão na prática, o apoio e o suporte entre profissionais, os quais possibilitam o desenvolvimento de conhecimentos e de competências, promovendo, assim, práticas de qualidade, a satisfação do profissional, e o estabelecimento de normas e procedimentos de melhoria das práticas clínicas. Para Abreu (2007; 177), a SCE é um processo *“dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização (...)”* que contribui para o aumento da qualidade dos cuidados, da segurança do cliente e da satisfação profissional.

É comumente referido também que através da implementação da SCE se verifica uma melhoria do atendimento ao cliente, a promoção da eficácia clínica e da prática baseada em evidência. À implementação da SCE surgem também associados o desenvolvimento dos conhecimentos e competências profissionais, do pensamento analítico e das capacidades reflexivas, servindo assim de suporte para o desenvolvimento profissional, melhorando a moral e a autoconfiança do profissional (The Chartered Society of Physiotherapy, 2003).

Em termos da prática clínica em UCI, Cross [et al] (2012), no estudo realizado na área da UCI, chamam a atenção para a necessidade de fornecer aos enfermeiros que iniciam a prática profissional um bom suporte, principalmente na fase de transição para a prática. Tendo em conta a fase atual dos enfermeiros da UCIN, e sabendo que cerca de 50% destes elementos iniciou apenas há cerca de dois, dois anos e meio a sua prática profissional neste serviço, considera-se importante a vertente de suporte da SCE. Através desta vertente os

profissionais sentir-se-ão apoiados e controlarão mais facilmente os seus níveis de stresse e ansiedade. Os mesmos autores referem que em enfermagem são comuns sentimentos de isolamento, despersonalização e *burnout*. Além destes, podem ainda identificar-se sentimentos de vulnerabilidade e desespero (Lindahl e Norberg, 2002). Hyrkäs (2002) salienta que através da supervisão clínica os profissionais identificam precocemente os efeitos da pressão e dificuldades, reconhecendo melhores formas de lidar com estas situações.

Indubitável é o stresse associado à prestação de cuidados em UCI, quer devido à gravidade das situações vivenciadas e tratadas, quer devido ao vasto leque de conhecimentos e competências necessários para dar resposta a estas situações. Segundo vários estudos, através da aplicação efetiva da SCE no contexto de UCI, verifica-se uma redução do stresse e do *burnout* e uma melhoria da satisfação dos enfermeiros (Cross [et al], 2012).

Hyrkäs (2002) defende também o papel da SCE no desenvolvimento profissional do enfermeiro, na medida em que possibilita o desenvolvimento de sentimentos de autorrespeito, autoestima, autoconfiança e independência, a conjugação dos quais resulta num aumento do *empowerment*, elemento necessário para facilitar a integração e o desenvolvimento dos novos profissionais em UCI.

Cross [et al] (2012), identificaram também que através da SCE os supervisionados reconhecem situações de conflito ou momentos em que os limites ultrapassam a sua capacidade de resposta. Em UCI são frequentes os momentos em que os profissionais se vêm confrontados com situações para as quais não encontram resposta, sentindo necessidade de suporte, o qual lhes possibilite a identificação de soluções para o problema em causa. Cross [et al] (2012) no estudo realizado verificaram que o supervisor clínico ajuda os supervisionados a identificar os problemas e a reconhecer formas de resolução dos mesmos.

Outra vertente importante da SCE concretiza-se na melhoria da qualidade dos cuidados, com aumento da segurança dos mesmos. Em UCI, tendo em conta toda a panóplia de instrumentos, técnicas, procedimentos e materiais que se encontram em desenvolvimento frequente, não resultará em estranheza o facto dos enfermeiros se poderem sentir embrenhados na parte mais técnica dos cuidados, desvalorizando a parte humana.

Esta vertente da SCE evolui juntamente com a vertente do desenvolvimento de competências e conhecimentos, que está frequentemente associada ao desenvolvimento

pessoal e profissional do enfermeiro e à evolução na comunicação em equipa de saúde e com os indivíduos beneficiários dos cuidados de enfermagem.

Lindahl e Norberg (2002) referem que um dos objetivos da SCE é desenvolver o profissionalismo na área dos cuidados de saúde, nomeadamente nas UCI's, e, desta forma, aumentar a qualidade dos cuidados. O papel da SCE passa por encorajar a reflexão sob uma tripla perspetiva que englobe as componentes ética, emocional e cognitiva. Como consequência esta prática possibilita o desenvolvimento da autoconsciência dos supervisionados, em particular no que diz respeito à construção de uma meta-reflexão agregadora e integradora das anteriores. A SCE irá, assim, facilitar o desenvolvimento do sentimento da moral, assim como um maior compromisso no seu desempenho, que resulta numa melhoria da qualidade do serviço (Hyrkäs, 2002). Através da SCE é possível o desenvolvimento de competências, capacidades, perícia e conhecimentos. A satisfação profissional é, desta forma, o resultado da aprendizagem e desenvolvimento conseguidos (Hyrkäs, 2002).

Cross [et al] (2012) incluem na definição de SCE a existência da relação empática como forma de aumentar a confiança, as competências e conhecimentos da prática clínica, e ainda, o estabelecimento de uma prática reflexiva. Simultaneamente valorizam o papel do *feedback* e a sua interação com a reflexão sobre situações vivenciadas nos cuidados de enfermagem prestados. Considera-se então fundamental que os enfermeiros, ao longo da sua prática clínica, reflitam nos cuidados e, ao mesmo tempo que lhes é fornecido *feedback*, alterem e adequem as suas intervenções à situação em questão.

Na sua pesquisa bibliográfica, Lindahl e Norberg (2002) afirmaram igualmente que a participação em ressuscitações de doentes, morte ou doação de órgãos se torna um fardo para os enfermeiros da UCI, sendo que através da SCE se permite que os enfermeiros se mantenham sensíveis, aumentem a sua autoconsciência e a comunicação interpessoal. Verificaram também que a proximidade com os doentes e os seus familiares traz consequências negativas para os enfermeiros que desempenham funções em UCI, sendo que é através da SCE que se consegue fornecer apoio e suporte, reduzindo-se dessa forma a probabilidade destes se sentirem sobrecarregados com as situações dos doentes, permitindo-lhes lidar mais facilmente com as emoções provocadas pelo ato de cuidar.

Relativamente às dificuldades na implementação da SCE, alguns dos principais obstáculos estão relacionados com a gestão do tempo, mais concretamente no que se refere aos turnos rotativos, ou com a imprevisibilidade dos cuidados de enfermagem que o doente irá necessitar em UCI (Cross [et al], 2012). Mas a gestão do tempo, com a existência de turnos desgastantes em termos físicos, é igualmente uma das razões pela qual a SCE se

torna tão importante, pois fornece aos enfermeiros tempo para a reflexão sobre a prática (Cole, citado por Cross [et al], 2012).

Encontram-se também disparidades entre os conhecimentos teóricos e a prática diária dos enfermeiros (Lindahl e Norberg, 2002), sendo importante que se estabeleçam formas de desenvolvimento dos conhecimentos, baseados em evidência e facilmente integrados na prática. A SCE ao permitir o desenvolvimento dos conhecimentos e competências, ao mesmo tempo que se encontra intimamente relacionada com a prática baseada em evidência, facilita a implementação da SCE numa prática de cuidados mais eficazes e eficientes (Hyrkäs, 2002).

Lindahl e Norberg (2002) referem que os avanços tecnológicos forneceram aos enfermeiros possibilidades de desenvolvimento da prática, aumentando as suas responsabilidades e autonomia. No entanto, são cada vez mais frequentes os conflitos entre profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, devido ao estabelecimento de diferentes prioridades quanto às necessidades de cuidados. Neste sentido, ao ser estimulada a aplicação da SCE no serviço da UCIN, vão-se promover cuidados protocolados e normalizados para os profissionais do serviço. Ao mesmo tempo, o incentivo da comunicação e da relação empática através da SCE vai facilitar a moderação de relações entre classes profissionais.



## **PARTE 2. ESTUDO EMPÍRICO**



## 1. Metodologia

A fase metodológica corresponde à operacionalização do estudo de forma a permitir que se estudem e avaliem as diferentes opções do mesmo.

Neste capítulo aborda-se a metodologia utilizada através da qual se concretizam os objetivos deste estudo, se descrevem os participantes, o instrumento utilizado, os procedimentos usados na colheita e análise de dados, fazendo-se a apresentação e discussão dos resultados obtidos.

### 1.1. Questão de Partida

Com as políticas organizacionais e institucionais a serem alteradas, cada vez mais o tempo de integração dos enfermeiros nos serviços diminui. Requer-se então dos profissionais uma capacidade de transmissão de conhecimentos e treino de competências cada vez maior, o que, por um lado, cria maior stresse e cansaço nos elementos que integram os novos enfermeiros, por outro, um maior stresse por parte daqueles que são integrados.

Há cerca de dois anos, o número de vagas da UCIN cresceu de 8 para 16 unidades, tendo, por isso, aumentado o número de elementos de enfermagem para cerca do dobro do que possuía até então. Grande parte dos enfermeiros que incorporaram nessa altura o serviço da UCIN não tinha experiência profissional em cuidados intensivos, sendo necessário um tempo de integração que lhes permitisse desenvolver os conhecimentos e competências necessários à prática em UCI.

Sendo a SCE um tema cada vez mais emergente na área da enfermagem, e tendo em conta o conhecimento sobre SCE que o investigador foi adquirindo ao longo do seu percurso profissional, considerou-se relevante realizar um estudo no local onde desempenha funções como forma de compreender se a SCE poderá ou não facilitar o desenvolvimento de conhecimentos e competências, ao mesmo tempo que poderá reduzir o stresse de todos os elementos da UCIN. A formulação do problema, princípio base para o

início de um estudo, evidencia uma situação que necessita de elucidação num determinado contexto, pretendendo descrever, explicar ou prever relações entre os diversos conceitos (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo formulou-se a seguinte pergunta de partida: *“Em que medida, na perspetiva dos enfermeiros, a Supervisão Clínica em Enfermagem pode suscitar ganhos para a qualidade e segurança das práticas clínicas dos enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos?”*

De acordo com o fenómeno em estudo utilizou-se o paradigma naturalista ou qualitativo, na medida em que o que se pretende com este estudo é a compreensão do fenómeno identificado, a partir da perspetiva dos participantes (Fortin, 2009).

O estudo qualitativo tem como objetivo principal a descrição de um problema desconhecido ou não completamente delineado e a procura da sua definição, explorando um conceito que leve à descrição de uma experiência e à atribuição de um significado a essa mesma experiência.

O paradigma qualitativo baseia-se na crença de múltiplas realidades, na descoberta através de múltiplos modos de compreensão e numa abordagem holística dos seres humanos, procurando entender o fenómeno em estudo a partir dos discursos dos participantes (Fortin, 2009).

Neste caso específico o trabalho realizado centrou-se na metodologia:

- Quanto à abordagem: qualitativa;
- Quanto aos objetivos: exploratória;

A colheita de dados foi efetuada através de uma entrevista semiestruturada (Anexo 1). Relativamente ao contexto cognitivo em que se realiza a pesquisa, convém referir que os conhecimentos que os participantes possuíam sobre a problemática da supervisão não foram ampliados ou aprofundados através de qualquer atividade de formação específica.

## *1.2. Finalidade e Objetivos do Estudo*

O enunciado do objetivo, segundo Fortin (2009) deve indicar de forma clara e concisa o fim a que se deseja chegar com o estudo. A definição dos objetivos de um estudo pretendem sempre identificar a forma como se irá proceder para se atingir a solução procurada. Refere Fortin (2009; 160) que o *“(...) objetivo do estudo é descrever, explicar ou*

*predizer (...)*” um determinado fenómeno. Assim sendo, os objetivos definidos para este estudo foram:

- Analisar a opinião dos enfermeiros sobre as representações de SCE no contexto da UCIN;
- Identificar as funções da SCE que os enfermeiros da UCIN valorizam para a melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos doentes;
- Identificar estratégias que potencializam ganhos para a prática clínica dos enfermeiros da UCIN e que sejam passíveis de incorporar uma estrutura local de SCE;
- Indicar estratégias para a implementação de uma estrutura local de supervisão clínica em enfermagem.

### *1.3. Questões Orientadoras*

Através deste estudo pretende-se compreender em que medida a SCE suscita ganhos para as práticas de enfermagem. Considera-se, por isso relevante avançar com um conjunto de questões que visam objetivar a orientação do estudo. As questões identificadas foram:

- Que representações têm os enfermeiros sobre a SCE?
- Que competências os enfermeiros consideram relevantes desenvolver no supervisor clínico?
- Que estratégias de supervisão clínica os enfermeiros consideram que o supervisor deve promover?
- Como deve ser desenvolvida a articulação entre as práticas supervisivas e as práticas assistenciais?

#### *1.4. Técnica de Recolha e de Tratamento de dados*

As questões incluídas no instrumento foram baseadas em temas identificados na revisão da literatura e na experiência do investigador, em consonância com os objetivos que se pretendiam alcançar.

A entrevista é o principal método de colheita de dados na área da investigação qualitativa (Fortin, 2009). A entrevista semiestruturada é utilizada nos estudos qualitativos quando se pretende compreender o significado de um determinado assunto para os participantes no estudo (Fortin, 2009). Esta atitude exige esforço por parte do entrevistador na medida em que após a realização de cada entrevista e para se preparar para uma nova entrevista necessita de abstrair-se do seu mundo subjetivo, assim como das entrevistas e análises anteriormente feitas (Bardin, 2009).

Como se tratava de uma entrevista semiestruturada, o entrevistador, à medida que colocava as questões previstas, explicava o que pretendia numa determinada questão sempre que necessário. Esta foi organizada sob a forma de blocos temáticos, com o objetivo de facilitar a compreensão e a estruturação da informação.

A recolha dos dados decorreu entre os meses de fevereiro e março de 2012, com a duração de cerca de 30 a 40 minutos por cada entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas em suporte de áudio e posteriormente transcritas na íntegra, incluindo hesitações, silêncios e estímulos do investigador (Bardin, 2009).

Para a realização das entrevistas, o investigador agendou com os entrevistados uma reunião individual, sendo que esta foi em dia e hora conveniente para o entrevistado. O local de realização da entrevista foi a biblioteca da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos do Centro Hospitalar São João E.P.E..

O consentimento informado foi concedido de forma livre e esclarecida por todos os entrevistados, antes do início da entrevista. Neste momento, os enfermeiros foram questionados sobre se mantinham a sua vontade em participar no estudo e se tinham qualquer dúvida relacionada com o estudo que pudesse ser esclarecida. Foi preenchido o consentimento informado por todos os elementos.

A transcrição das entrevistas pelo entrevistador foi concretizada imediatamente após a realização das mesmas. No final de março de 2012, terminada a realização das entrevistas e a sua transcrição, procedeu-se à análise de conteúdo dos dados recolhidos.

De salvaguardar que, de forma a manter a confidencialidade dos entrevistados, foi atribuído um código a cada uma das entrevistas (E1, E2,...).

Após a leitura flutuante das entrevistas, foram extraídos os conteúdos relevantes para o estudo a realizar, os quais foram organizados segundo um processo de categorização, tendo em conta os objetivos estabelecidos. A categorização corresponde a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação seguido de reagrupamento de acordo com os critérios previamente definidos (Bardin, 2009).

O processo de categorização foi efetuado *à posteriori*, como forma de integrar todas as informações recolhidas através das entrevistas, como refere Esteves (2006) ao mencionar que as categorias podem ser identificadas através da leitura da informação recolhida pelo instrumento de recolha de dados.

O critério de categorização pode ser semântico, sintático, léxico ou expressivo. Classificar os elementos em categorias impõe o que cada um deles tem em comum com os outros. A parte comum existente entre eles é que vai permitir o seu agrupamento (Bardin, 2009). Bardin (2009) refere que as categorias identificadas devem ser exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes.

Posteriormente, e após a realização de uma leitura em profundidade e sucessiva, as unidades de registo foram sendo agrupadas em indicadores e foram estabelecidas as categorias finais. Para se proceder à categorização dos dados recolhidos foram criados quadros de domínios, categorias e unidades de registo.

As unidades de registo dizem respeito a segmentos de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial. Estas unidades de registo podem ser divididas por tema ou palavras (Bardin, 2009).

### 1.5. Participantes

Para a realização desta investigação, o investigador optou por selecionar 10 elementos de entre os profissionais de enfermagem da UCI Neurocríticos do Centro Hospitalar São João E.P.E.. Os participantes foram escolhidos de forma intencional e de

acordo com critérios de inclusão pré-estabelecidos, nomeadamente enfermeiros que executam funções na UCIN há mais de 5 anos, ou há mais de 2 anos se tiverem sido transferidos de outra UCI deste hospital e tiverem experiência em UCI superior a 5 anos; elementos que têm conhecimentos sobre supervisão clínica. A formação em SCE pode ter sido adquirida academicamente através da realização de mestrados, pós-graduações ou outros; ou ter sido adquirida de forma não académica como resultado de autoformação e interesse próprios, através da presença em congressos.

### *1.6. Procedimentos Éticos*

A investigação em saúde, porque envolve seres humanos, envolve questões éticas desde o início até ao final da mesma. O tema escolhido, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a forma de recolha dos dados assim como a sua interpretação são exemplos de elementos que condicionam questões éticas (Fortin, 2009).

O respeito sobre os direitos dos participantes é essencial no cumprimento das normas éticas, assim como do princípio da beneficência. Fortin (2009) chama a atenção para a necessidade crescente de inclusão de procedimentos éticos na investigação qualitativa ao referir que é necessário ter especial atenção a questões no âmbito da confidencialidade e à não invasão da vida privada dos participantes.

Durante toda a realização deste trabalho foram mantidos todos os procedimentos éticos relativos à confidencialidade dos participantes. Nenhum enfermeiro foi forçado a responder ou penalizado por não querer participar no estudo, mantendo-se sempre o respeito pela autonomia e liberdade dos participantes.

Respeitando todas as considerações éticas para a realização deste trabalho foi obtida autorização do Presidente da Unidade de Gestão Autónoma da Urgência e Medicina Intensiva, assim como da Enfermeira Chefe dos Cuidados Intensivos Neurocríticos. Em anexo (Anexo 3) apresenta-se o pedido de autorização favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar São João E.P.E. para a realização deste estudo.

Foi também fornecido aos participantes um documento que continha um consentimento e algumas informações sobre o estudo, como objetivos, finalidade, entre outros, para que desta forma pudessem garantir o seu consentimento informado. Também no início da entrevista o investigador se encontrava disponível para explicar questões relacionadas com o estudo e responder a qualquer dúvida dos entrevistados.

Fortin (2009) acrescenta que princípios como o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais e o respeito pela justiça e equidade são elementos valorizados em estudos de investigação. Estes princípios acrescentam valor ao respeito pela manutenção da dignidade humana.

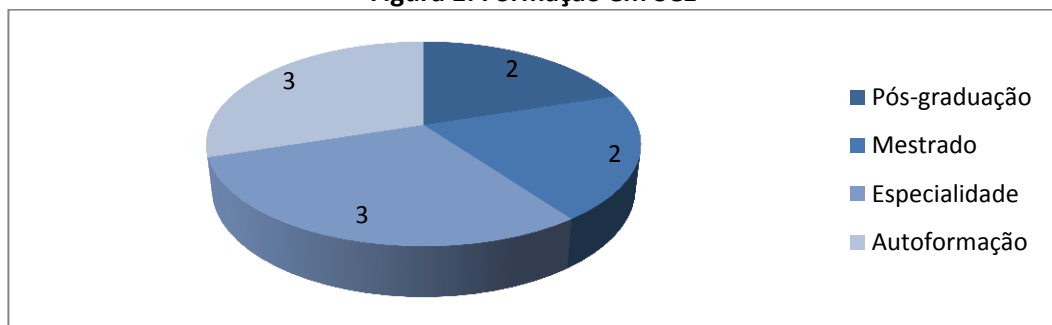
Todos os enfermeiros participantes deram voluntariamente o seu consentimento informado (Anexo 4) acerca desta investigação e todas as questões colocadas foram respondidas de forma que não houvessem dúvidas acerca do estudo a ser realizado. Foi assegurada a confidencialidade das informações recolhidas de cada participante.



## 2. Representações sobre supervisão

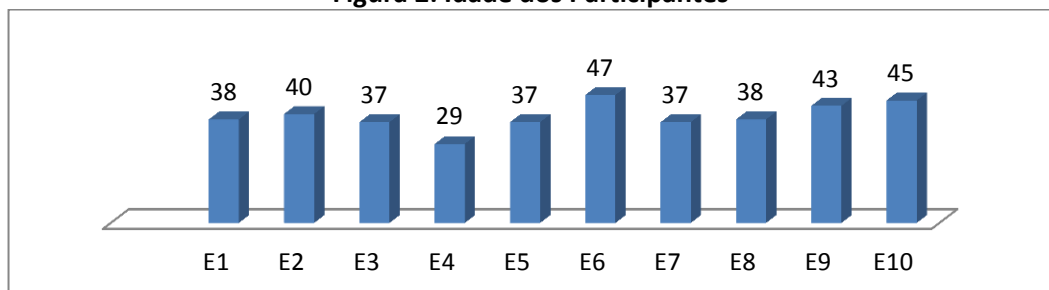
Este capítulo inicia-se com a análise dos dados relativos à caracterização dos entrevistados. Relativamente à formação em SCE apresentada na figura 1 verifica-se que sete enfermeiros adquiriram a sua formação em SCE através de estudos pós-graduados. Destes, apenas dois frequentaram cursos diretamente relacionados com supervisão clínica, sendo que os restantes adquiriram estes conhecimentos pela presença em disciplinas relacionadas com a área da supervisão clínica, mas em planos de estudo de outras áreas de formação. Apenas três enfermeiros adquiriram formação em supervisão clínica através de autoformação e interesse pessoal na área.

Figura 1: Formação em SCE



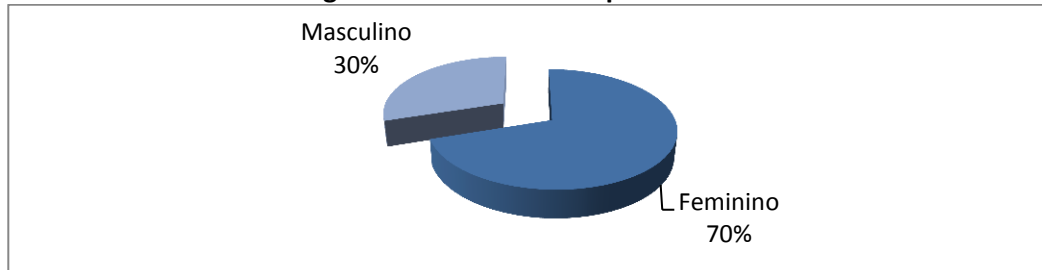
Através dos dados recolhidos, que se encontram apresentados na figura 2, pode verificar-se que a idade dos participantes varia entre 29 e 47 anos.

Figura 2: Idade dos Participantes



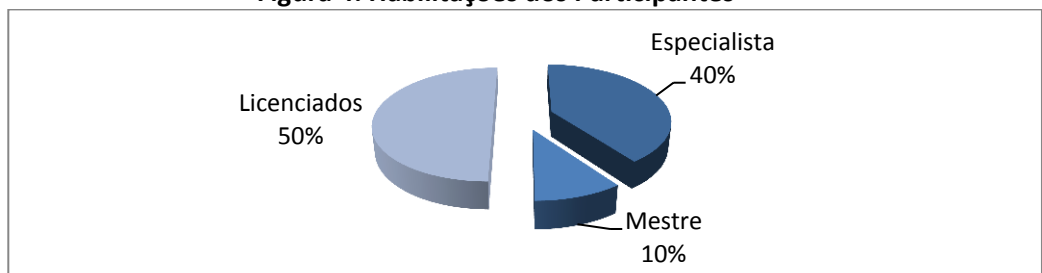
De acordo com a figura 3, sete entrevistados são do sexo feminino e três dos entrevistados são do sexo masculino.

**Figura 3: Sexo dos Participantes**



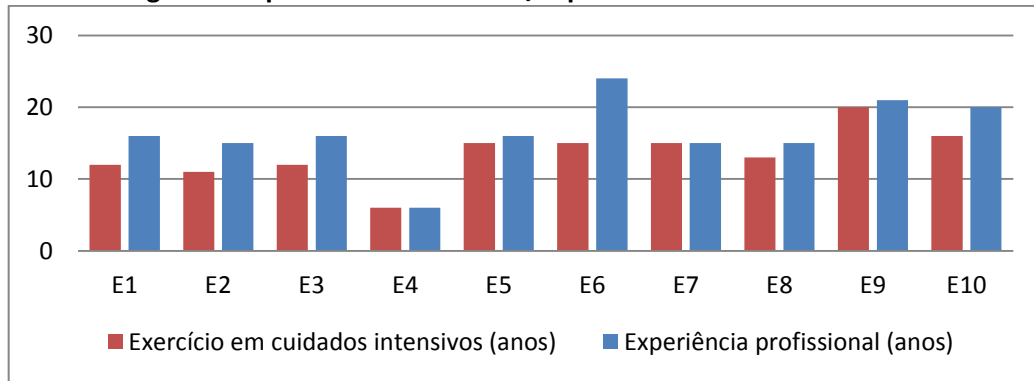
Quanto ao grau acadêmico, quatro enfermeiros são especialistas, um enfermeiro é mestre e cinco são licenciados (Figura 4).

**Figura 4: Habilitações dos Participantes**



A experiência profissional varia entre os 6 e os 24 anos, e a experiência profissional em cuidados intensivos alterna entre 6 e 20 anos, verificando-se apenas uma pequena discrepância entre os dois itens em análise. O único caso em que existe uma maior discrepância entre os itens anteriores corresponde ao entrevistado E6 (Figura 5).

**Figura 5: Experiência Profissional/Experiência Profissional em UCI**



Após a caracterização dos participantes irão apresentar-se os dados relativos à análise das informações recolhidas relativamente à área da SCE.

O desenvolvimento do saber na área da saúde em geral e da enfermagem em particular tem sido acompanhado de um conjunto de regras, normas e condições tendo em vista a qualidade de cuidados e os ganhos em saúde. Com as constantes inovações e progressões no campo da saúde, os princípios da supervisão clínica foram tomando corpo e tornaram-se cada vez mais importantes e imprescindíveis nesta área, sendo considerados fatores imprescindíveis para uma garantia efetiva da qualidade. É ao longo do processo superviso que se identificam erros e debilidades no processo de assistência, com o objetivo de os ultrapassar, garantindo que as boas práticas se mantenham ou instituem. Os dados recolhidos foram agrupados em domínios, categorias e subcategorias de acordo com a categorização executada.

No caso específico do estudo efetuado, todos os domínios, à exceção de um, resultaram exclusivamente da categorização semântica da informação obtida. “Valorização das Funções de SCE” foi resultado da combinação entre categorização semântica e frequencial. Neste caso específico pretendeu-se demonstrar a frequência das unidades de registo para a categoria definida. A restante informação resultou do processo de categorização semântica da informação recolhida: “Conceito de SCE”, “Ganhos em matéria de qualidade nos cuidados”, “Estratégias identificadas de SCE”, “Características do Supervisor Clínico”, “Realização das sessões de SCE” e “Características das sessões de SCE”.

Todos os domínios, categorias e unidades de registo serão identificados e demonstrados no capítulo de apresentação, análise e discussão dos dados. No anexo 2 apresentam-se os domínios, categorias e subcategorias identificados.

### 2.1. Conceitos emergentes sobre SCE

A SCE é um assunto recente na área da enfermagem. A visão atual dos enfermeiros sobre SCE resultou de muito investimento e pesquisa nesta área. Apesar de tudo isto, mantêm-se visões diferentes acerca do que é a SCE.

No quadro 1 expõe-se as categorias correspondentes ao domínio “Conceito de SCE”. Ao longo da explanação serão apenas abordados alguns exemplos das unidades de registo de cada categoria.

**Quadro 1: Conceito de SCE**

Domínio	Categorias
<b>Conceito de SCE</b>	Mudança na perceção
	Definição da Supervisão de Estudantes
	Processo formal
	Sistematização das intervenções
	Prática reflexiva
	Qualidade de cuidados

A análise do quadro referente ao domínio “Conceito de SCE” revela que as informações recolhidas através das entrevistas podem ser divididas em seis categorias.

Dos dados emergentes pode concluir-se que os enfermeiros entrevistados referenciam a ocorrência de uma mudança na perceção pessoal do conceito de SCE, e valorizam o facto da SCE corresponder a um processo formal, estando associada à sistematização das intervenções de enfermagem, à prática reflexiva e à qualidade dos cuidados para a definição da mesma.

Relativamente à categoria “Mudança na perceção” no conceito de SCE, pode referir-se o seguinte excerto:

E9 - *“Na minha opinião inicial a SCE era... verificação dos cuidados que eram prestados... mas depois, de facto, com a nova aquisição de conhecimentos percebi que era uma coisa mais abrangente do que achava (...).”*

Atualmente mantém-se alguma ambiguidade na definição do conceito de SCE devido à possibilidade de integração da SCE nas mais variadas áreas da enfermagem. Hyrkäs (2002) refere que o conceito de SCE é ambíguo, e o facto de existirem definições algo contraditórias entre si torna a compreensão do conceito de SCE difícil, quer por parte de leigos, quer por parte de profissionais com conhecimentos sobre SCE. O mesmo é verificado no estudo validado por Cheater e Hale (2001) ao referirem que se mantêm concepções erróneas acerca do conceito de SCE por parte dos enfermeiros que entrevistaram. Segundo Barribal, While e Munch (2004) é frequente a confusão entre SCE e outros temas, como por exemplo, *Clinical Governance*.

Cross, Moore e Ockerby (2010) referem ainda que a palavra “supervisão” pode relacionar-se com atividades como a vigilância e a observação, e propõem a utilização de outras palavras que não esta, para a descrição destes fenómenos. Winstanley e White (2003) referem que a palavra “supervisão” pode ser associada a desconfiança.

No que concerne à categoria “Distinção de Supervisão de Estudantes” verifica-se, através das expressões seguintes, que alguns entrevistados mantêm a confusão entre SCE e supervisão de estudantes.

E1 - *“(...) um processo em que uma pessoa experiente ou com formação orienta um aluno, ou um colega no seu desenvolvimento humano, no desenvolvimento educacional, profissional (...).”*

Pode dizer-se que o conceito de supervisão corresponde a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas, orientadas por um profissional qualificado (Simões e Garrido, 2007). Referem estes autores que este conceito de supervisão pode ser utilizado no âmbito da formação graduada, da formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros. Cheater e Hale (2001) identificam que é também comum a confusão entre os termos SCE e supervisão de estudantes.

Através das várias definições de SCE, verifica-se que a SCE corresponde a um método de suporte de pares e de desenvolvimento profissional, que decorre da reflexão da/na prática e a partilha de conhecimentos e experiências. Apesar das competências e formação do supervisor clínico e de estudantes serem semelhantes, o alvo da supervisão é diferente e

por isso as estratégias e os objetivos da supervisão são necessariamente diferentes. Abreu (2007), Koivu, Hyrkäs e Saarinen (2011) e Brunero e Stein-Parbury (2008) são alguns dos autores que fazem também a distinção entre o que é a supervisão clínica e a supervisão de alunos, ao estabelecerem uma relação entre a definição de SCE, os profissionais de enfermagem e a melhoria das competências profissionais. Através desta explanação pode verificar-se que SCE se refere, em primeiro lugar a profissionais de enfermagem, e em segundo, à melhoria das competências profissionais desses enfermeiros através de uma atitude reflexiva sobre a prática profissional.

Ao longo do discurso dos inquiridos, foi identificada a categoria: “Processo formal”. Na perceção dos entrevistados, a SCE corresponde a uma processo formal, conduzido por um supervisor com experiência e conhecimentos na área, apresentando objetivos bem delimitados como o aumento dos conhecimentos e competências, estabelecendo uma prática reflexiva, e aumentando a qualidade e a segurança dos cuidados. A OE (2010) deixa clara a importância da SCE se basear em processos formais quando estabelece a definição do modelo de desenvolvimento profissional. Referem dois dos inquiridos que a SCE é:

E9 - “(...) processo formal que tenha como base o acompanhamento dos profissionais na sua prática profissional (...)”.

E2 - “(...) processo dinâmico, interativo, formal (...) contínuo (...)”.

Hyrkäs (2002) refere que a existência de um processo formal de SCE proporciona ao supervisionado sentimentos de segurança, ao mesmo tempo que fornece ao supervisor a possibilidade deste proporcionar desafios e *feedback* ao supervisionado. É também através da existência da formalização do processo que o supervisor constrói uma experiência positiva com o supervisionado no decorrer da SCE. Consegue perceber-se que os entrevistados valorizam o facto da SCE se encontrar assente num processo que é contínuo, dependente de regras e procedimentos, seguindo normas para a sua consecução.

A categoria “Sistematização das intervenções” é entendida pelos entrevistados como a normalização das intervenções de enfermagem, a criação de procedimentos da prática, a responsabilização dos profissionais relativamente às intervenções executadas e a potencialização da tomada de decisão. É ainda associada à necessidade de implementação de procedimentos e protocolos como forma de uniformizar o desempenho profissional. São expressão disto, as seguintes referências:

E3 - *“(...) “normatizar” os cuidados, isto é, através de normas no serviço, permitir que todos os elementos trabalhem da mesma forma (...).”*

E8 - *“(...) a implementação de novos procedimentos, com vista à melhoria dos cuidados (...).”*

Tal como referem Brunero e Stein-Parbury (2008) no estudo realizado, a implementação de normas e protocolos nos serviços vai permitir uma abordagem mais coerente ao cliente dos cuidados pelo facto de se seguirem normas e padrões implementados. O Conselho de Enfermagem (2001; 4) refere que *“(...) a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local”*. Desta forma, é importante que os próprios enfermeiros, no seu local de trabalho, definam os seus padrões de qualidade, na medida em que os resultados a alcançar vão depender da filosofia de trabalho e de todos os protocolos intrínsecos a cada uma das instituições de saúde. A SCE, ao possibilitar o desenvolvimento de protocolos e normas, pode ter efeitos benéficos na sistematização das intervenções. Neste caso, os entrevistados consideram que a sistematização das intervenções corresponde a um dos parâmetros definidores da SCE.

A categoria “Prática reflexiva” é relacionada com o interesse desta prática na prestação diária dos cuidados de enfermagem, como forma de desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática profissional. Através da SCE, os enfermeiros estabelecem uma reflexão da e sobre a prática como forma de identificar as suas necessidades de desenvolvimento em termos profissionais, com o objetivo de melhorar a prática clínica e os cuidados prestados (Brunero e Stein-Parbury, 2008). Os enfermeiros entrevistados consideram de extrema relevância a reflexão constante da prática, o que pode resultar em aumento da confiança e melhoria no seu desempenho profissional. Esta realidade pode ser percebida na resposta dos inquiridos que se apresentam de seguida:

E1 - *“(...) fazendo uma atitude de monitorização da prática, através de procedimentos de reflexão da prática, para se perceber o que se está a fazer, como se faz.”*

E5 - *“(...) é uma prática reflexiva que permite fazer uma orientação e apoio no contexto da prática clínica (...).”*

Os entrevistados consideram que a prática reflexiva é importante na conceptualização da SCE, pois pode permitir a redução dos erros e facilitar a orientação do profissional nos cuidados, sendo a melhoria das práticas um dos resultados possivelmente observados. Da mesma opinião é Proctor (2006) quando refere que é da competência do supervisor o estabelecimento de uma relação supervisiva que facilite a prática reflexiva.

Segundo os entrevistados, através da prática reflexiva atingir-se a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Alarcão e Tavares (2003) a prática reflexiva dos profissionais resulta numa construção ativa do conhecimento resultante das práticas, que permite a perceção de como e porque se presta um determinado cuidado. Ao permitir a reflexão na ação, sobre a ação e para a ação, os profissionais encontram-se mais atentos às necessidades de cuidados, estimulando a sistematização dos cuidados de enfermagem. Winstanley e White (2003) referem que a prática reflexiva e a melhoria das práticas pode ocorrer através da discussão e partilha de informação que é, por sua vez, possibilitada pela SCE.

Analisando-se a categoria “Qualidade dos cuidados”, verifica-se a referência à melhoria da qualidade dos cuidados através da utilização de estratégias de supervisão, nomeadamente a reflexão e a observação. Dois dos inquiridos referem:

E3 - *“(...) é um processo (...) de condutas de trabalho que tem em vista a melhoria dos cuidados (...)”*

E10 - *“(...) refere-se ao acompanhamento dos profissionais e das competências dos profissionais (...) acompanhamento da qualidade dos cuidados.”*

No que se refere à descrição da perceção sobre o conceito de SCE, os entrevistados evidenciam, de forma unânime, a importância da SCE para o atingimento ou manutenção da qualidade dos cuidados de enfermagem. Os entrevistados consideram que a qualidade dos cuidados pode ser alcançada através do desenvolvimento de conhecimentos e competências nos profissionais, estimulados pelos supervisores clínicos com conhecimentos na área da SCE e na área de UCIN. Hyrkäs (2002), Abreu (2007), Proctor (2006) e a Ordem dos Enfermeiros (2010) referem que o desenvolvimento dos conhecimentos e competências no contexto da SCE depende em muito da própria formação e experiência dos supervisores. Winstanley e White (2003) referem que a SCE pode resultar em melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao promover a liderança clínica.

Segundo Hyrkäs (2002), os resultados da SCE são verificados através do desenvolvimento, melhoria e reforço dos cuidados prestados. Chama-se a atenção para a importância da melhoria da interação, relação e comunicação entre profissionais, para a qualidade dos cuidados. O impacto na eficiência e efetividade dos serviços de saúde é também fator concorrente para a melhoria da qualidade dos cuidados, assim como o são os fatores ligados ao suporte e ao apoio. Hyrkäs (2002) refere que a perceção da melhoria da qualidade dos cuidados na visão dos clientes está inerente ao aumento da proteção e

segurança nos cuidados. A SCE relaciona-se diretamente com a garantia, monitorização e manutenção da qualidade (Hyrkäs, 2002).

Winstanley e White (2003) referem que a SCE pode ter como benefícios o aumento do sentimento de apoio e bem-estar, o aumento dos conhecimentos e melhoria da resolução de problemas clínicos; o aumento da confiança, a redução do sentimento de tensão emocional e do *burnout*; a redução do absentismo e o aumento da satisfação dos profissionais, assim como o aumento da prática reflexiva e da autoconsciência.

Realizada a análise deste domínio pode verificar-se que:

- Os entrevistados referem que têm vindo a verificar uma alteração na forma de entender a SCE.
- Alguns entrevistados têm alguma dificuldade na distinção entre SCE e supervisão de estudantes.
- Os entrevistados consideram que a SCE é um processo formal, assente em normas de atuação estabelecidas que vão favorecer a aplicação prática da SCE, por tornar o processo tanto mais uniforme e semelhante quanto possível, concorrendo para o atingimento dos objetivos da SCE.
- A sistematização das intervenções de enfermagem é percecionada pelos entrevistados como uma forma de normalizar as intervenções e estimular a equipa de enfermagem a realizar cuidados mais semelhantes favorecendo a tomada de decisão. Os entrevistados consideram que, mais do que um resultado, a sistematização das intervenções é um parâmetro definatório da SCE.
- Os entrevistados associam à definição de SCE uma prática reflexiva e de questionamento permanente que vai permitir a orientação, o acompanhamento e a análise da prática profissional.
- Os entrevistados referem que a qualidade dos cuidados é dimensão na definição da SCE. Relacionam este facto com o desenvolvimento dos conhecimentos e competências a nível profissional, assim como com a estimulação da reflexão na prática.

## 2.2. Supervisão e Qualidade dos Cuidados

Após a leitura aprofundada das entrevistas foi identificado o domínio “Ganhos na Qualidade dos Cuidados” (Quadro 2). Foram identificadas seis categorias de acordo com os dados relatados. As categorias aqui identificadas foram “Melhoria de conhecimentos e competências”, “Redução do erro”, “Suporte”, “Reflexão” e “Feedback”.

**Quadro 2: Ganhos na Qualidade dos Cuidados**

Domínio	Categorias
<b>Ganhos na Qualidade dos Cuidados</b>	Melhoria de conhecimentos e competências
	Redução do erro
	Suporte
	Reflexão
	<i>Feedback</i>

A categoria “Melhoria de conhecimentos e competências” profissionais do enfermeiro associa-se à possibilidade de desenvolvimento das habilidades e competências a nível profissional. Hyrkäs (2002) referencia que através da SCE existe desenvolvimento de competências, habilidades, experiências e conhecimentos.

Os entrevistados consideram que através da SCE se conseguem atingir graus mais elevados de conhecimento e competência profissional, o que pode aumentar a qualidade dos cuidados e os ganhos nas práticas. Os entrevistados referem também que através da SCE pode haver um desenvolvimento mais rápido de competências profissionais. No que se refere a esta questão dois inquiridos salientam:

*E1 - “(...) o profissional ao desenvolver os seus conhecimentos, ao nível da formação contínua, ao nível da promoção de práticas baseadas na evidência científica, tem obrigação de promover uma melhoria dos cuidados, tem obrigação de controlar os conhecimentos (...) que permitam o crescimento a nível pessoal, profissional e uma melhoria das práticas.”*

E2 - *“(...) tentar fazer algumas alterações positivas no comportamento dos profissionais, de forma a ... adquirir essas competências o mais rápido possível, portanto é facilitador de toda uma dinâmica do serviço (...).”*

Abreu (2002) refere que a melhoria da qualidade dos cuidados se encontra associada ao desenvolvimento de competências clínicas e aprofundamento dos conhecimentos, com base na reflexão da prática, como foi também referido pelos entrevistados.

A “Redução do erro” através da SCE é identificada pelos entrevistados como resultado inerente ao processo supervisivo, o qual suscita ganhos nas práticas de enfermagem e em qualidade dos cuidados. Os entrevistados salientam:

E4 - *“(...) que temos que estar presentes, que escutar e que discutir as diferentes formas, a mais correta, a mais adequada naquele momento, de forma a reduzir erros.”*

O erro continua a ser uma problemática na prática de cuidados dos profissionais da área da saúde. Por vezes nunca revelado aos outros profissionais, apresenta diferentes graus de gravidade. Considera-se que através do aumento das competências e dos conhecimentos, a SCE se relaciona com a redução dos erros na prática dos cuidados (Hyrkäs, 2002). Por outro lado Hyrkäs (2002) também refere que, pelo facto de se estabelecerem protocolos e *standards* de atuação nos serviços, se diminui a probabilidade de ocorrência de erros. A satisfação no local de trabalho, a redução do stresse, do *burnout* e da ansiedade também se podem relacionar com cuidados mais seguros e eficazes (Winstanley e White, 2003; Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011; Cross [et al], 2012).

O “Suporte” dos profissionais, ganho fundamental da aplicação da SCE, pode resultar na melhoria da qualidade das práticas de enfermagem por permitir a gestão do stresse, o apoio e a crítica positiva. As opiniões podem ser verificadas através das referências seguintes:

E5 - *“Temos que transmitir segurança e tranquilidade ao outro, não os deixando sozinhos (...) saberem que estamos presentes para o que for preciso, de forma a que comece a ganhar segurança e consiga executar o trabalho cada vez mais sozinho (...).”*

E9 - *“(...) acho que é uma mais valia, pois acho que as pessoas se sentem mais apoiadas e mais motivadas a serem cada vez melhores (...).”*

O suporte ou apoio na prática é considerado pelos entrevistados como forma de atingir um maior ganho na qualidade dos cuidados. Isto pode ocorrer através da redução da

ansiedade, do aumento da motivação e da segurança nas práticas. Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007) referem que a maior vantagem da SCE está relacionada com a vertente do suporte ao permitir o crescimento e desenvolvimento da personalidade e o aumento da confiança. Por sua vez, Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que através da SCE se atingem níveis mais reduzidos de ansiedade e conflito, havendo promoção das relações interpessoais, assim como sentimentos mais positivos em relação ao profissional e ao trabalho.

Através da informação recolhida, verifica-se que os entrevistados consideram que a qualidade dos cuidados e os ganhos nas práticas de enfermagem podem resultar da aplicação da SCE, nomeadamente da estimulação da vertente do suporte. Da mesma opinião é Proctor (2006) quando refere que os profissionais de enfermagem em particular, e da área da saúde em geral, necessitam de suporte para procurarem a virtude e atingirem a sabedoria nas práticas.

A categoria “Reflexão” é muito valorizada pelos entrevistados relativamente à melhoria da qualidade dos cuidados, associando-se a ganhos na prática profissional dos enfermeiros.

Num mundo multicultural e complexo como o atual, a forma de se conseguir evoluir enquanto profissionais é tendo espaço frequente para refletir na prática do dia-a-dia (Proctor, 2006). A reflexão é frequentemente referida na literatura como o processo cognitivo primário da supervisão clínica.

Segundo Cross [et al] (2012) a supervisão clínica é muito importante em serviços onde os enfermeiros se encontram mais atarefados, pelo facto de fornecer tempo para refletir sobre as suas práticas e sobre questões profissionais. Através da reflexão, os enfermeiros verbalizam, descrevem e fazem uma autocrítica acerca dos cuidados prestados (Lindhal e Norberg, 2002), referência que se encontra em concordância com a informação recolhida nas entrevistas.

Nas referências seguintes pode constatar-se a importância da reflexão para os inquiridos:

E3 - *“(...) reflexão dos cuidados e o termos tempo para refletir nos cuidados e fazer mesmo uma autocrítica, com ajuda do supervisor era benéfico (...)”*

E4 - *“(...) Estes momentos [de SCE] irão culminar num aumento da qualidade e segurança dos cuidados, essencialmente através da reflexão (...)”*

E9 - *“(...) promover uma mudança positiva no desenvolvimento da prática de enfermagem, quer em termos de espírito crítico, quer em termos de espírito reflexivo e se os cuidados são pensados, provavelmente serão mais seguros (...)”*

Vieira e Moreira (2011) referem que existem várias dimensões da reflexão associadas à vertente pedagógica, que se podem associar à vertente da supervisão clínica. As dimensões referenciadas por estes autores são a reflexão que se relaciona com preocupações pessoais; a reflexão associada à parte técnica, focalizada nos procedimentos e aprendizagens; a reflexão focalizada nos supervisados como forma de compreensão das suas necessidades; e a reflexão focalizada em questões pedagógicas, éticas, morais, culturais que influenciam o processo supervisiivo.

Abreu (2002) refere que, através da reflexão na prática, se atinge o desenvolvimento de competências clínicas e o aprofundamento de conhecimentos, o que resulta em melhoria da qualidade dos cuidados. A reflexão nas práticas estimula os profissionais a pensarem acerca dos cuidados, estimulando a compreensão e a identificação de áreas que necessitem de melhorias (Brunero e Stein-Parbury, 2008). As opiniões demonstradas pelos entrevistados vão de encontro ao que foi referido anteriormente. A reflexão é considerada extremamente importante para o crescimento profissional dos enfermeiros, permitindo a discussão dos cuidados e o *feedback*.

Na identificação dos “Ganhos na Qualidade dos Cuidados”, os entrevistados referem ainda o “*Feedback*” como forma de os atingir na prática clínica através da seguinte expressão:

*E4 - “E dar feedback (...)”*

Considera-se que o *feedback* se relaciona diretamente com a reflexão, pois é através de uma prática reflexiva que se possibilita o *feedback*. Refere Hyrkäs (2002) que a implementação da reflexão nos cuidados facilita a execução de *feedback* válido. O *feedback* favorece a relação profissional/supervisor/serviço, o que pode resultar em melhoria da comunicação. Possibilita-se assim aos profissionais o poder de clarificarem o seu papel no serviço e aumentarem a sua motivação e satisfação no local de trabalho.

Realizada a análise deste domínio pode verificar-se que:

- Os entrevistados consideram que a qualidade dos cuidados se encontra relacionada com os ganhos nos cuidados de enfermagem prestados na UCIN.
- Como fatores de melhoria da qualidade dos cuidados os entrevistados referem a melhoria de conhecimentos e competências, a sistematização de cuidados, a redução do erro, o suporte, a reflexão e o *feedback*.

- Segundo os entrevistados, a melhoria de conhecimentos e competências a nível profissional é facilitado pela SCE e resulta em melhoria dos cuidados.
- Segundo os entrevistados, os erros são consideradas condições que inviabilizam o atingir da qualidade nos cuidados, podendo ser reduzidos a partir da reflexão na prática.
- A gestão do stresse, o apoio, o reforço positivo e o sentimento de segurança, foram condições identificadas pelos entrevistados que podem advir da aplicação da vertente do suporte da SCE.
- A reflexão é valorizada pelos entrevistados. Pode associar-se à promoção do crescimento profissional, permitindo perceber o que os profissionais fazem na prática e porque o fazem. Não obstante fica também a associação entre a reflexão e a segurança. O espírito crítico foi também considerado forma de reflexão, na medida em que os entrevistados referem que é através do questionamento e da crítica permanente à prática profissional que os enfermeiros se desenvolvem. Segundo os entrevistados a reflexão é extremamente importante para o crescimento profissional, principalmente numa profissão baseada na prática como é a enfermagem.
- O *feedback*, facto frequentemente associado à reflexão, favorece, na visão dos entrevistados a relação profissional/supervisor/serviço, assim como a comunicação.

### 3. Supervisão, trabalho e qualidade de cuidados

A qualidade dos cuidados de enfermagem surge como resultado possível da aplicação da SCE na prática dos enfermeiros e pode traduzir-se em melhoria das práticas e associar-se à segurança dos cuidados.

A implementação da SCE depende de vários fatores, nomeadamente dos profissionais a quem se aplica a SCE, do serviço e da disponibilidade para que a mesma possa acontecer, do supervisor clínico, das estratégias de implementação e das funções que se pretendem atingir.

É no aumento da qualidade e na melhoria da segurança dos cuidados que a SCE encontra a sua fundamentação.

#### 3.1. Estrutura e Processo de Supervisão

O domínio “Valorização das Funções de SCE” foi construído com as categorias “Formativa”, “Normativa” e “Restaurativa” (Quadro 3). No que concerne a este domínio, é importante referir que, para além da categorização semântica foi efetuada uma categorização frequencial, como forma de facilitar a identificação da valorização das funções pelos entrevistados.

No quadro seguinte observam-se as categorias resultantes da colheita da informação.

**Quadro 3: Valorização das Funções de SCE**

Domínio	Categorias
Valorização das Funções de SCE	Formativa
	Normativa
	Restaurativa

Quanto à função formativa ou educacional, os entrevistados identificaram-na como:

E3 - *“(...) o formativo que será durante o trabalho diário (...); “(...) relacionada com o desenvolvimento de conhecimentos e competências nos supervisados, mesmo naqueles profissionais que já estão autónomos (...)”*

E9 - *“(...) desenvolvimento de conhecimentos e competências e desenvolver-nos profissionalmente, quer a nível técnico, para acompanhar a evolução das práticas (...)”*

Através da análise destes excertos verifica-se que os entrevistados inserem várias condições dentro da função formativa, nomeadamente, o desenvolvimento de conhecimentos na área da prática clínica e o desenvolvimento de competências profissionais. A maioria dos entrevistados considera que esta função se realiza durante o período de trabalho, no local onde desempenham funções.

No estudo desenvolvido por Brunero e Stein-Parbury (2008) a vertente formativa da SCE engloba o desenvolvimento de conhecimentos e competências, valorizando o aumento dos conhecimentos, da autoconsciência e da inovação. Através da função formativa da SCE há crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional (Hyrkäs, 2002), condições também referidas pelos entrevistados.

A função formativa foi a mais valorizada pelos entrevistados. Nos discursos analisados foram contabilizadas seis referências ao facto de ser a função mais valorizada. Esta informação difere das referências pesquisadas sobre a matéria, onde se identifica como função mais referenciada a restaurativa, como é referido por Hyrkäs (2002) e Brunero e Stein-Parbury (2008). Alguns entrevistado referem:

E5 - *“Acho que todas as funções se complementam, e não se pode descurar nenhuma delas... neste momento, na UCI, acho que a formativa seria a mais importante, porque a equipa é muito nova e apostava na formativa (...)”*

Quanto à função normativa, considera-se importante referir que todos os entrevistados consideram fundamental o desenvolvimento desta função de SCE para a evolução da ciência e disciplina da Enfermagem. Esta realidade pode ser percebida nas unidades seguintes:

E1 - “(...) função normativa, mais virada para a gestão e a parte administrativa e os protocolos (...)”

E6 - “(...) função normativa, em que está relacionada com a reflexão dos cuidados, com a melhoria dos cuidados e que é muito importante dar continuidade aos cuidados, de uma forma sistemática, para poder normalizar, criar procedimentos, assegurarmo-nos de que as coisas estão a ser desenvolvidas segundo aquela linha e avaliá-las posteriormente (...)”

Pode verificar-se que os entrevistados relacionam a função normativa à gestão dos cuidados. O desenvolvimento de protocolos e procedimentos no serviço como forma de normalizar cuidados de enfermagem e desta forma assegurar ou aumentar a segurança dos cuidados, é valorizada pelos entrevistados. Na identificação da função normativa Brunero e Stein-Parbury (2008) referem que esta vertente da supervisão clínica, por permitir o desenvolvimento de estratégias de melhoria da responsabilidade profissional, relaciona-se com assuntos relativos à área da qualidade. Esta função é associada à melhoria ou manutenção da qualidade das práticas de enfermagem, sendo referida a reflexão e a continuidade dos cuidados como condições que contribuem para a melhoria da qualidade dos mesmos. Hyrkäs (2002) refere que a supervisão clínica está frequentemente associada a uma análise crítica dos cuidados que, apesar de não ser identificada diretamente pelos entrevistados, se considera inerente aos aspetos da gestão dos cuidados e à avaliação das práticas.

A função restaurativa também identificada pelos entrevistados, engloba o alívio do stresse, a redução da ansiedade, o aumento do sentimento de pertença ao serviço e a melhoria da qualidade das relações interpessoais. Esta função foi identificada por todos os entrevistados exceto o entrevistado E10.

E1 - “(...) a função de suporte, que alguns autores chamam de restaurativa, que é uma função mais relacionada com o stresse emocional, stresse esse inerente à classe de enfermagem (...)”

E2 - “(...) nível de competências relacional e emocional (...)”

E3 - “(...) função restaurativa está associada ao dar suporte, ao dar apoio, ao estar presente, ao controlo do stresse e do burnout (...)”

Os entrevistados associam esta função da SCE à existência de competências a nível relacional e comunicacional, que vão possibilitar a redução do stresse e da ansiedade muito inerente à classe de enfermagem, e, nomeadamente, ao desempenho de funções em cuidados intensivos. O dar apoio, o estar presente, o aumentar o sentimento profissional de

pertença resultam em aumento da confiança do enfermeiro, originando um nível de stresse emocional menor, sendo identificados na função restaurativa da SCE. Hyrkäs (2002) refere que a função restaurativa se encontra associada à redução da ansiedade, dos medos, do stresse e do *burnout*. A supervisão clínica permite ainda que se identifiquem os efeitos do *distresse* e das pressões, possibilitando a perceção de como se poderá lidar com estes (Hyrkäs, 2002).

No entanto, como referido anteriormente, e apesar da importância associada a esta função da SCE, os entrevistados consideram que:

*E6 – “(...) aprendi muito com as atividades fora do serviço, para tentar diminuir o stress. Agora se tivesse que priorizar, como esta parte está salvaguardada, da relação em si, eu acho que o supervisor deveria investir mais nas outras áreas, pois esta está a rolar (...)”*

Pela análise das referências anteriores pode depreender-se que, apesar da vertente restaurativa ser a função mais citada na literatura atual, é a menos valorizada por seis dos entrevistados. Isto pode dever-se ao facto de os próprios enfermeiros da UCIN planearem várias atividades extra serviço, como por exemplo jantares e caminhadas e assim considerarem que esta função se encontra assegurada.

Após a análise desta temática pode referir-se o seguinte:

- Os entrevistados identificam três funções da SCE: a formativa, a normativa e a restaurativa.
- Quanto à vertente formativa os entrevistados associam-na ao crescimento profissional por desenvolvimento de conhecimentos e competências no supervisionado, relacionando-a com a evolução das práticas.
- À vertente normativa associam a reflexão nos cuidados e a melhoria dos mesmos como consequência da normatização das práticas, da criação e aplicação de protocolos. Centrada na gestão e na avaliação dos mesmos é considerada pelos entrevistados, fundamental para a evolução da enfermagem.
- A redução do stresse, da ansiedade e *burnout*, o aumento do sentimento de pertença e a melhoria da qualidade das relações interpessoais são referências à função restaurativa da SCE. Segundo os entrevistados encontra-se também associada ao desenvolvimento de competências a nível relacional e emocional.
- A função restaurativa da SCE não apresentou unanimidade na nomeação das funções.

- A função mais valorizada pelos entrevistados foi a formativa em detrimento da função restaurativa que é a mais referenciada na literatura. Segundo os entrevistados, isto decorre do estadio em que se encontra a equipa da UCIN relativamente ao seu desenvolvimento em termos de conhecimentos e competências.

Considerou-se também necessário identificar as estratégias de supervisão que os enfermeiros consideram importantes para a aplicação prática da SCE.

Neste domínio, considerou-se importante fazer a diferenciação entre as várias estratégias de SCE referenciadas pelos entrevistados (Quadro 4). Por um lado, identificam-se as estratégias que os supervisores utilizam quando executam funções de supervisor, e por outro, identificam-se as estratégias que os entrevistados consideram relevantes para a SCE, apesar de não as colocarem em prática ao longo do seu desempenho.

**Quadro 4: Estratégias identificadas de SCE**

Domínio	Categorias	Subcategorias
<b>Estratégias identificadas de SCE</b>	Em uso	Passagem de turno
		Sessões de supervisão
		Cenários de supervisão
		Reforço positivo
		Observação
		Registo de incidentes críticos
		Discussão de assuntos problemáticos
		Acompanhamento
		Autosupervisão
	Referenciadas	Formação em contexto de trabalho
		Motivar
		Análise
		Questionamento
		Participação ativa na formação

Considera-se relevante referenciar que as estratégias de supervisão em ensino clínico encontram-se mais exploradas, em termos de estudos e conhecimento prático, que as estratégias de supervisão de profissionais, isto é, que a supervisão clínica. Por esta razão, adequaram-se as estratégias de supervisão em ensino clínico às estratégias passíveis de serem usadas em contextos de supervisão clínica.

Na categoria “Em uso” foi identificada a seguinte informação: utilizar a “Passagem de turno” como meio de transferência de informação e aumento dos conhecimentos práticos; as “Sessões de supervisão”, quer grupais, quer individuais, para se poder fazer formação ou discutir assuntos da prática clínica; a criação de “Cenários de supervisão” como forma de resolução de problemas, o “Reforço positivo” das práticas; assim como a “Observação” dos cuidados, o “Registo de incidentes críticos”, a “Discussão de assuntos problemáticos” e, por último, o “Acompanhamento” dos profissionais nas práticas e a “Autosupervisão”.

A “Passagem de turno” é uma estratégia muito valorizada pelos enfermeiros da UCIN. Os enfermeiros entrevistados consideram que é importante realizar supervisão durante todo o turno e principalmente nas passagens de turno. Consideram que estes momentos são períodos privilegiados para a discussão de assuntos importantes para a prática, na medida em que estão reunidos vários profissionais. Consideram-no um momento propício para falar sobre os assuntos relacionados com a qualidade das práticas demonstradas nos turnos, facilitando a expressão de opiniões. Através destes momentos, o supervisor clínico pode conhecer melhor os enfermeiros. Um inquirido refere que:

*E8 - “(...) as passagens de turnos que deveriam ter, após o momento de passagem, informações pertinentes sobre determinado assunto (...)”*

A existência de “Sessões de supervisão” com objetivos específicos de discussão de assuntos da prática e das próprias práticas foram identificadas como estratégias de SCE e correspondem a outra categoria identificada. Esta informação pode ser verificada na seguinte expressão:

*E2 - “(...) deveriam haver reuniões quer individualmente, quer em grupo (...); “(...) ser feitas reuniões ... também a título individual se esse for um problema (...)”*

A criação de “Cenários de supervisão” é identificada como forma de alterar comportamentos ou modelar práticas e é identificada através da seguinte unidade de registo:

E2 - *“(...) poderão realizar-se alguns exercícios de treino de determinado tipo de comportamento (...) em casos em que é detetado um comportamento desadequado (...) resolver isso da melhor forma possível (...)”*

Cross, Moore e Ockerby (2010) identificam como estratégias de SCE o tempo fornecido fora do horário de trabalho para refletir sobre a prática e as sessões de SCE pela partilha de experiências, pensamentos e discussão de situações de stresse vivenciadas. Por sua vez, Winstanley e White (2003) identificam como estratégias de SCE a reflexão na prática e as sessões de supervisão grupais. Simões e Garrido (2007) referem que podem ser identificadas como estratégias de supervisão, as reuniões e as simulações de situações reais que vão contribuir para a discussão e partilha de conhecimentos, ao mesmo tempo que se podem associar à modelação de comportamentos.

No seguimento da identificação das subcategorias, podem referenciar-se os dados de Proctor (2006) que aponta como estratégias de SCE a reflexão, o questionamento, a observação e a criação de cenários de supervisão. Já Vieira e Moreira (2011) identificam como estratégias de supervisão o diálogo reflexivo, a análise documental, a observação, a reflexão escrita e o estudo de casos.

A subcategoria “Reforços positivos” associa-se à reflexão na prática pois permite uma abordagem construtiva dos assuntos vivenciados. A referência a esta informação encontra-se nas seguintes expressões:

E6 - *“Mesmo as pausas a que temos direito, para a refeição, para o café são cruciais para o supervisor poder utilizar para dar reforços positivos (...) acho que pela positiva conseguimos atingir muito melhores resultados do que através de reforços negativos (...)”*

E9 - *“É necessário tempo, não sei se fornecido pelo serviço (...) para a abordagem construtiva dos temas, para que se possam resolver os problemas (...)”*

Através da estratégia “Observação”, o supervisor clínico pode ficar a conhecer o desempenho prático do supervisionado pois resulta da observação direta das práticas. Este dado é fornecido através da referência a:

E3 - *“Acho que uma das estratégias mais importantes é a observação (...)”*

Através dos “Registos de incidentes críticos” da prática possibilita-se, segundo os entrevistados, a identificação de situações negativas, das situações positivas, ao mesmo tempo que estimula a reflexão na prática. Os entrevistados referem que:

E6 - *“O registo de situações ... de forma positiva ou negativa, mas principalmente as positivas fossem registadas era uma mais valia (...)”*

A “Discussão de assuntos problemáticos” permite, segundo os entrevistados, ter a perceção da prática, ao mesmo tempo que possibilita a compreensão dos assuntos da mesma. Através desta estratégia podem identificar-se formas de resolução de problemas. A seguinte expressão refere-se à importância da identificação deste facto pelos entrevistados.

E7 - *“(...) discussão de assuntos problemáticos, porque, é certo que se vem para o local de trabalho para trabalhar, mas se apenas tivermos em atenção aspetos muito práticos e não reflexivos a coisa não vai correr bem (...)”*

Quanto à subcategoria “Acompanhamento” durante a prestação de cuidados, os entrevistados consideram que este permite conhecer a forma como os enfermeiros do serviço prestam cuidados e se organizam na prática, como executam determinado procedimento, e através disto podem atingir-se melhores cuidados. Isto verifica-se através da expressão:

E8 - *“Primeiro o acompanhamento do colega durante a prestação e cuidados, quando posicionamos, quando prestamos cuidados de higiene e conforto (...)”*

Pode ainda referir-se a categoria “Autosupervisão”, na medida em que através desta estratégia o enfermeiro compreende a sua prática e reflete acerca dos cuidados que presta e da supervisão que necessita. Neste caso, considerou-se que o entrevistado se referia à autocrítica como forma de se avaliar a ele mesmo e realizar autosupervisão através da seguinte referência:

E3 - *“(...) e fazer mesmo uma autocrítica, com ajuda do supervisor era benéfico (...)”*

Simões e Garrido (2007) referem que as demonstrações, os estudos de caso, a formulação de questões reflexivas, debates, discussões e a autosupervisão são estratégias de supervisão importantes. Vieira e Moreira (2011), para além do que foi referenciado anteriormente, identificam também a autosupervisão como estratégia de SCE.

Relativamente à categoria “Referenciadas” foram identificadas as seguintes subcategorias: “Formação em contexto de trabalho”, o “Motivar” para a qualidade dos

cuidados, “Análise” dos registos de enfermagem, o “Questionamento”, e a “Participação ativa na formação”. Os inquiridos salientam que:

E4 - “(...) *haver formação no serviço (...)*”

E8 - “(...) *tentar aumentar a motivação dos colegas que trabalham (...)*”

E10 - “*Acho que o supervisor clínico poderia ajudar a fazer o registo e a fazer a análise dos mesmos para ajudar a aumentar a qualidade (...)*”

E5 - “*Acho que se deveriam marcar temas ou assuntos para discutir ou para colocar questões (...)*”

E1 - “(...) *tentar que as pessoas estivessem...participassem, que estivessem ativas, que participassem ativamente na formação (...)*”

Simões, Alarcão e Costa (2008) referem estratégias como a formulação de questões reflexivas, análise de casos, a demonstração e a autosupervisão. Para além das estratégias previamente referenciadas, e que corresponderam às opiniões dos entrevistados sobre as estratégias a utilizar na aplicação da SCE, referem-se outras propostas por autores que estudaram a área da supervisão clínica. Então, Simões e Garrido (2007) agruparam as finalidades das estratégias de supervisão segundo os estilos em que se realizam. Estilo não diretivo, colaborativo e diretivo. Quanto ao estilo não diretivo identificaram como finalidades de estratégias de supervisão o prestar atenção, clarificar, encorajar e servir de espelho. Relativamente às finalidades das estratégias de supervisão do estilo colaborativo identificaram-se o dar opinião, o ajudar a dar soluções para os problemas e o negociar. Por último, as finalidades de estilo diretivo correspondem ao orientar, estabelecer critérios e negociar. Por sua vez, Cross, Moore e Ockerby (2010) identificam como estratégias de supervisão clínica o *feedback*, quer positivo, quer construtivo, que permitiu que os supervisados se afirmassem nas suas funções, resultando em melhoria da satisfação profissional. Williams e Irvine (2009) identificam, para além da reflexão e do *feedback*, o esclarecimento de incidentes críticos como estratégia de supervisão.

Realizada a análise desta área temática pode referir-se que:

- Os entrevistados utilizam estratégias de supervisão como a passagem de turno, as sessões de supervisão, os cenários de supervisão, o reforço positivo, a observação, o registo de incidentes críticos, a discussão de assuntos problemáticos, o acompanhamento na prática e a autosupervisão.
- Como estratégias referenciadas pelos entrevistados identificam-se a formação em contexto de trabalho, o motivar, o fazer análise das práticas, o questionamento e a participação ativa na formação.

- A passagem de turno é considerada uma estratégia de supervisão devido ao facto de permitir a partilha de informações e a discussão de casos, facilitando a expressão de opiniões.
- As sessões de supervisão, quer individuais, quer grupais favorecem a partilha de informação e a discussão das práticas. Referem-se a encontros periódicos dirigidos a um determinado objetivo.
- Os cenários de supervisão são referenciados pela possibilidade de poderem permitir a modelação de práticas ou a alteração de comportamentos.
- Os reforços positivos permitem uma abordagem construtiva dos temas e estimulam a reflexão.
- O acompanhamento nas práticas e a observação das mesmas possibilita o conhecimento da forma como cada enfermeiro se organiza e presta cuidados.
- A identificação de incidentes práticos pode ser conseguida através do registo das situações vivenciadas pelos profissionais em situações semelhantes.
- A discussão dos assuntos problemáticos é identificada como forma de resolução de problemas através da possibilidade de compreensão dos assuntos e perceção da prática por parte dos profissionais.
- A autossupervisão, apesar de ser considerada na literatura uma estratégia muito relevante foi vagamente referida no discurso dos entrevistados. Esta estratégia pode associar-se à melhoria da compreensão das práticas e à reflexão dos cuidados prestados.

### *3.2. O Supervisor: Escolha e Formação*

Segundo Alarcão e Tavares (2003) podem ser identificadas várias características fundamentais no supervisor. Estes autores referem que se pretende que o supervisor tenha sensibilidade para se aperceber dos problemas, que tenha capacidade para analisá-los, dissecá-los e conceptualizá-los, hierarquizando as causas que lhes deram origem. Por outro lado, é necessário que o supervisor possua capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz, que permita a expressão e a perceção de sentimentos e opiniões, que apresente competências teóricas e práticas, competências de relacionamento interpessoal, assim como responsabilidade social. Estes autores identificam ainda competências e características que devem estar presentes na relação supervisiva. São eles: prestar atenção,

clarificar, encorajar, servir de espelho e dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar e estabelecer critérios.

Winstanley e White (2003) referem que a escolha do supervisor clínico por parte dos supervisados está associada a uma melhoria da relação supervisiva.

Através das entrevistas realizadas, foi possível a identificação das características que os enfermeiros da UCIN valorizam num supervisor clínico. Os discursos produzidos expressam assim, as particularidades em termos pessoais, profissionais, sociais e comunicacionais que o supervisor deve apresentar. Para uma análise mais rápida das características referenciadas estão identificadas no quadro 5 as características do supervisor que foram referidas pelos entrevistados.

**Quadro 5: Características do Supervisor**

<b>Características do supervisor</b>	
Conhecimentos aprofundados;	Gestor de conflitos;
Não julgue;	Observador;
Bom comunicador;	Organizado;
Líder;	Aceite pela equipa;
Capacidade de escuta;	Parceiros nos cuidados;
Acessível;	Capacidade relacional;
Perito;	Ser um modelo
Autoridade;	Sentido de humor;
Pensamento Crítico;	Motivador;
Assertivo;	Experiente;
Facilitador da aprendizagem;	Conheça o serviço;
Exigente;	Minimize erros;
Autocontrolo;	

Proctor (2006) refere que as características do supervisor correspondem àquilo que os supervisados esperam aprender ou verificar, quando iniciam as sessões de supervisão. Várias foram as características identificadas pelos entrevistados.

A característica “Conhecimentos aprofundados” corresponde, não apenas aos conhecimentos em supervisão clínica, mas também à área onde o supervisor desenvolve funções. Neste caso específico, os entrevistados valorizam o conhecimento em cuidados intensivos de uma forma geral, e ao mesmo tempo, da área de neurocirurgia e neurocríticos em particular. A capacidade de mobilização dos conhecimentos e de adequação ao momento que se encontra a vivenciar é também referido pelos entrevistados e incluído nesta categoria. Para além disto, os entrevistados referem ainda que o supervisor clínico deverá ser um profissional que possua conhecimentos científicos. Esta realidade pode ser percebida nas seguintes respostas dos inquiridos:

E5 – *“(...) uma pessoa que goste de se manter sempre bem informada e com autoformação... e... hum... ter conhecimentos e estar bem integrado no serviço de neurocríticos.”*

E6 – *“(...) ser reconhecido pelos pares como um expert na área de cuidados intensivos e ainda na área dos neurocríticos (...)”*

E9 – *“(...) saber mobilizar os conhecimentos e promover a mobilização dos conhecimentos na pessoa que está a supervisionar (...)”*

E1 – *“(...) que consiga incentivar as pessoas a fazerem formação, a fazerem pesquisa, a perceberem de onde vem essa informação, se a informação é baseada em factos científicos, se é informação pertinente ou que tem pouca evidência.”*

Outra categoria identificada pelos entrevistados refere-se ao facto do supervisor ser um profissional que “Não julgue”. Nesta caso específico pretendem referenciar a importância do supervisor não ser tendencioso no julgamento, como se pode observar na expressão:

E10 – *“(...) deve avaliar a pessoa que se tem à frente, independentemente da pessoa em si, ou seja, não julgar (...)”*

A característica ser um “Bom comunicador” refere-se à capacidade de comunicação do supervisor com a equipa. Dois dos inquiridos referem:

E5 – *“(...) um bom comunicador acho que é importante (...)”.*

E6 – *“(...) facilidade na comunicação (...)”.*

As características ser um “Líder”, ter “Capacidade de escuta”, ser “Acessível”, ser um “Perito” e ter “Autoridade”, são referenciadas pelos entrevistados ao longo do discurso analisado. Neste caso, os entrevistados referem-se ao facto do supervisor ser capaz de escutar os supervisados e transmitir-lhes conhecimentos, estar presente e disponível e ter

autoridade para conseguir negociar as informações relativas à SCE. São exemplos disto as seguintes referências:

*E4 – “Acaba por ter que ser líder, senão, caso contrário não consegue transmitir a sua mensagem, nem se impor quando deverá ter essa posição (...)”*

*E8 – “(...) saber escutar (...)”*

*E4 – “(...) saber ajudar o outro em tudo o que ele precisa e estar disponível (...)”*

*E2 – “(...) elemento perito (...)”*

*E3 – “Acho que deve ser uma pessoa com destaque, com autoridade (...)”*

Ao longo da literatura revista, várias foram as características do supervisor identificadas. Proctor (2006) salienta que a capacidade de comunicação, e de criação de um ambiente de supervisão acolhedor e convidativo, sem julgamentos são favorecedores do processo de SCE. Ao mesmo tempo, a partilha de informação importante e adequada, o estabelecimento do propósito claro da SCE, esclarecendo e compartilhando informações relevantes para o processo; reconhecer e respeitar experiências vivenciadas; ajudar na reflexão e na aprendizagem, e a capacidade de ouvir empaticamente são outras das características do supervisor clínico consideradas como relevantes para que se possa desenvolver o processo supervisivo. Segundo Simões, Alarcão e Costa (2008) os supervisores devem também ser peritos na prática dos cuidados, devem ser capazes de analisar e avaliar as atividades em contextos de trabalho, experientes em orientação clínica e capazes de dar aos supervisados a ajuda necessária para adquirirem a competência profissional necessária.

Na continuação da análise dos discursos analisados, refere-se a característica “Pensamento crítico”. Neste caso os enfermeiros identificam especificamente a capacidade de análise, de orientar, de avaliar e a capacidade reflexiva, como se pode compreender nas seguintes citações:

*E10 – “(...) ter capacidade de análise (...)”*

*E7 – “(...) deve saber orientar (...)”*

*E7 – “(...) grande capacidade (...) avaliar (...)”*

*E9 – “(...) prática reflexiva, relacionado com a forma como pratica e como mostra que tem conhecimentos (...)”*

Foi ainda identificada a característica ser “Assertivo” e ser “Facilitador da aprendizagem” como forma de promover o processo supervisivo. Dois entrevistados referem que o supervisor deverá:

*E2 – “(...) ser assertivo (...)”*

*E2 – “(...) facilitador de toda uma dinâmica do serviço (...) facilitador de uma aprendizagem (...)”*

Ao mesmo tempo identificam-se as características como ser “Exigente”, “Minimize erros”, “Autocontrolo”, ser “Gestor de conflitos” de forma a resolver as situações da prática mais complicadas e o ser “Observador” e “Organizado”. As referências seguintes são exemplo disto:

*E2 – “(...) é uma tarefa bastante exigente, porque tem que estar atento a tudo o que se passa à sua volta (...)”*

*E2 – “(...) perceber porque é que o erro aconteceu, porque é que aconteceu e tentar, conjuntamente com o supervisionado fazer com que isso não volte a acontecer, ou pelo menos, minimizar o erro (...)”*

*E3 – “(...) consiga ouvir dúvidas estúpidas e respirar fundo e dizer... “mais vale que me pergunte” (...)”*

*E5 – “A gestão de conflitos também é importante, e um bom supervisor também deve ter essa capacidade (...)”*

*E7 – “(...) grande capacidade de observação, de análise, com capacidade reflexiva, deve saber orientar, planear, coordenar (...)”*

*E9 – “(...) Ser organizado (...)”*

Richards (2011), no estudo efetuado, identifica como características do supervisor: a capacidade de aconselhamento e questionamento, a sensibilidade, a autoconsciência, a capacidade de avaliação da situação, o não julgar, a gestão do risco, a vontade de conhecer e desafiar, a vontade de saber mais e de procura da informação e a capacidade crítica. Estas características são também identificadas pelos entrevistados como importantes para o processo de caracterização do supervisor clínico.

Ser “Aceite pela equipa”, é considerada outra característica fundamental do supervisor clínico. Segundo os entrevistados, só desta forma é que o supervisor poderá aceder a todos os elementos da equipa de enfermagem e iniciar uma relação supervisiva com estes. Sendo que esta se baseia em confiança e aceitação, se o supervisor não for um profissional aceite pelos colegas não se poderá estabelecer esta relação. No que se refere a esta questão dois inquiridos referem:

*E1 – “(...)Tem que ser uma pessoa bem aceite pela equipa, que consiga estabelecer um diálogo com a equipa, que consiga incentivar as pessoas a fazerem formação, a fazerem pesquisa, a perceberem de onde vem essa informação (...)”*

*E2 – “(...)na minha perspetiva terá que ser um profissional que seja aceite por todos os colegas do serviço (...)”*

A característica “Parceiro nos cuidados” é identificada por referências ao facto do enfermeiro supervisor estar presente na prestação de cuidados, ou que ajuda na prestação dos mesmos. Um entrevistado salienta:

E4 – *“(...) capacidade de prestar atenção... de estar atento ao que o rodeia e saber ajudar o outro em tudo o que ele precisa e estar disponível (...)”*

Ainda neste domínio foram identificadas as categorias “Capacidade relacional”, “Ser um Modelo” e ter “Sentido de humor” como se pode verificar nas expressões seguintes:

E7 – *“(...) grande capacidade relacional (...)”*

E7 – *“Ser um exemplo na forma como trabalha (...)”*

E2 – *“(...) com sentido de humor (...)”*

Neste caso considera-se importante referenciar a informação de Winstanley e White (2003) quando identificaram como características do supervisor a capacidade de promover uma relação supervisa de apoio, que possua conhecimentos e habilidades clínicas, mas também o facto do supervisor ser capaz de avaliar as necessidades de aprendizagem, supervisionar e avaliá-la, e ainda, ser capaz de ajudar os supervisados na aquisição e compreensão dessa informação.

Segue-se a categoria “Motivador” que é, segundo os entrevistados, uma característica importante do supervisor clínico. Esta motivação, em primeiro lugar refere-se ao próprio supervisor, na medida em que o mesmo se deve encontrar motivado para realizar supervisão clínica no serviço, e, por outro lado, deve ter a capacidade de motivar os outros a desenvolverem-se e a tornarem-se melhores profissionais, mais empenhados, mais proactivos. Esta característica é identificada nas seguintes expressões:

E5 – *“(...) Acho que tem que ter motivação para conseguir um bom acompanhamento (...)”*

E6 – *“(...) Tem que ter motivação suficiente para conseguir lidar com estes problemas numa equipa multidisciplinar que aparecem e têm que ser resolvidos no próprio momento (...)”*

E9 – *“(...) Deve ter a capacidade de motivar as pessoas para quererem aprender e saber cada vez mais (...)”*

Por último os entrevistados identificam características como o ser “Experiente”, quer nos cuidados de enfermagem, quer em supervisão clínica e que o mesmo “Conheça o serviço” como se pode identificar nas citações seguintes:

*E5 – “ (...) ter experiência do seu contexto de trabalho (...)”*

*E5 – “(...) conhecer bem o serviço, todos os protocolos e normas e funcionamento do serviço (...)”*

Hyrkäs (2002), para além do referenciado, refere a capacidade motivacional, de reflexão, a experiência de trabalho, e o nível de conhecimentos como características fundamentais no supervisor. Por sua vez, The Chartered Society of Physiotherapy (2003) ressalva também a importância do supervisor estimular a reflexão nos cuidados.

Realizada a análise da área temática pode referir-se que:

- Cada entrevistado referiu várias características do supervisor;
- Nem todas as características têm concordância entre os diferentes enfermeiros entrevistados, nomeadamente a característica “Líder”;
- Os enfermeiros valorizam no supervisor clínico características relacionadas com os conhecimentos, a capacidade de mobilização pessoal dos conhecimentos e de ajudar os restantes elementos a mobilizar os conhecimentos, o ter formação na área da UCIN mas também da SCE e o possuir conhecimentos científicos;
- O pensamento crítico também é valorizado pela sua associação a questões relacionadas com a capacidade de análise, de orientação, reflexiva e avaliativa;
- A motivação pessoal, o ser aceite pela equipa e o ser assertivo são características que foram valorizadas.
- As restantes características nomeadas correspondem a determinadas características pessoais e profissionais que facilitam o processo de supervisão clínica.
- De uma forma geral todas as áreas descritas na literatura foram nomeadas pelos entrevistados.
- Ao longo da descrição das características do supervisor os entrevistados nomearam condições relacionadas com a perceção do conceito pessoal de SCE, nomeadamente o *feedback*, a capacidade reflexiva e o dar suporte.

### 3.3. SCE e organização no contexto de trabalho

De forma a perceber-se a opinião dos enfermeiros acerca do *timing* de realização e forma de organização das sessões de SCE, foi colocada uma questão que permitiu atingir este objetivo. Através da análise das respostas verificou-se que estas se centravam em dois grandes grupos. Um dizia respeito a formas sistemáticas de realizar os momentos de supervisão, como reuniões, formações ou encontros. Os enfermeiros consideram que as sessões podem realizar-se fora do espaço de trabalho, no espaço de trabalho, ou mesmo, fora do espaço da organização. Por outro lado, existem enfermeiros que consideram que os momentos de SCE também podem ser realizados de uma forma não sistemática, isto é, sem seguir determinadas regras de realização, ou sem estarem associadas a momentos, tempos ou assuntos rígidos.

De acordo com o analisado, foi elaborado o quadro 6 onde se explicitam as categorias e subcategorias identificadas.

**Quadro 6: Realização das sessões de SCE**

Domínios	Categorias	Subcategorias
Realização das sessões de SCE	Sistematizadas	No espaço de trabalho
		Fora do espaço de trabalho
		Fora da organização
	Não sistematizadas	

Quanto à categoria “Sistematizadas” e à subcategoria “No espaço de trabalho” foi referida a importância da passagem de turno para a integração do processo de supervisão. Existem também referências ao facto da SCE ser executada no horário de trabalho, isto é, ou durante os turnos, ou em horas fornecidas pelas chefias para a realização de supervisão clínica. Foram identificadas as referências seguintes:

E3 - *“(...) as passagens de turno, que poderiam interagir mais, podiam ser melhor aproveitadas e aproveitar para cada um dar a sua opinião... de uma forma construtiva (...)”*

E7 - *“Idealmente no horário de trabalho (...)”*

A subcategoria “Fora do espaço de trabalho” define o espaço fora do serviço mas dentro da instituição. Dois entrevistados fazem as seguintes afirmações.

E6 - *“(...) haverem também momentos mais teóricos que fossem inclusivamente elucidativos do percurso da UCI e tentar articular com alguma formação específica que seja uma necessidade de formação e tentar ajustar as duas coisas e tentar ter momentos formativos, tipo sala de aula, penso que na sala de reuniões (...)”*

E9 - *“(...) ou então, programar um dia por semana em que os elementos se encontrassem no serviço para discutir aquilo que é necessário desenvolver (...)”*

Relativamente à subcategoria “Fora da organização”, os entrevistados referem que por ser um local neutro privilegiar-se-ia a comunicação e a discussão como se pode verificar nas citações seguintes:

E2 - *“(...) reuniões mensais com os elementos e de preferência fora do hospital, num local calmo, sereno, que toda a gente conhecesse e onde se pudessem reunir para discutir tudo o que tem a ver com a enfermagem e com a supervisão clínica (...)”*

E7 - *“(...) mas também com possibilidade de ser no exterior (...)”*

A categoria “Não sistematizadas” abrange as passagens de turno e a presença de supervisores clínicos nos turnos onde lhes fosse disponibilizado tempo para observarem as práticas clínicas e, no momento, realizassem SCE. É também referida realização de SCE em jantares, caminhadas ou outras atividades extra serviço. Dois inquiridos referem:

E8 - *“(...) também não sei se formalizar o momento, deveria ser bom (...)”*

E9 - *“Eu começaria por convidar os enfermeiros do serviço a um jantar e discutir o assunto de forma informal (...)”; “(...) depois de identificar de facto aquilo que é preciso desenvolver e orientar em termos de desenvolvimento profissional dos elementos do serviço (...)”*

Após a análise anterior considera-se relevante referir os dados identificados por Winstanley e White (2003) no estudo realizado. Estes autores não identificaram quais os melhores locais para a realização das sessões de SCE. Segundo os dados recolhidos, existem benefícios quer fora do local de trabalho, quer no local de trabalho. No então, verificaram que o relacionamento com o supervisor foi melhor quando as sessões foram executadas fora do local de trabalho.

Por outro lado, pretendeu-se também perceber o período de realização das sessões, a duração das mesmas, assim como o número de elementos que deveria abarcar. Construiu-se o quadro 7 com as informações recolhidas.

**Quadro 7: Características das sessões de SCE**

Domínio	Categorias	Subcategorias
<b>Características das Sessões de SCE</b>	Periodicidade	Mensal
		Bimensal
	Duração	Até 1 hora
		Entre 1-2 horas
		Entre 2-3 horas
	Número elementos	Individual
		10 Elementos (1 equipa)

A categoria “Periodicidade” refere-se ao número de vezes que devem ser realizadas as sessões de SCE relativamente a um espaço de tempo. São identificadas as subcategorias “Mensal” e “Bimensal”. Os entrevistados referem que sessões semanais seriam demasiado próximas.

Quanto à subcategoria “Mensal” referem-se os seguintes excertos:

*E3 - “(...) pelo menos uma vez por mês alguém que seja mais experiente nessa área e dê formação aos profissionais (...)”*

*E4 - “(...) não digo que se fizessem reuniões semanais, pois haveriam algumas semanas em que não haveria nada para discutir, mas pelo menos uma vez por mês (...)”*

Quanto à subcategoria “Bimensal”, os entrevistados referem:

*E7 - “(...) reuniões com um período de tempo curto, talvez 15 dias, depois acho que se poderia evoluir (...)”*

A “Duração” das sessões de supervisão refere-se ao período de tempo que as mesmas devem demorar, isto é, o número de horas ou minutos. As referências nesta

categoria são “Até 1 hora”, “Entre 1-2 horas” e “Entre 2-3 horas” como se pode verificar de seguida:

*E7 - “Teria também a duração máxima de 60 min, pois isto começa a desgastar as pessoas, e podem começar a olhar para a reunião como um fator de aborrecimento (...)”*

*E4 - “A duração dos encontros deverá ser entre 1 a 2 horas, pois também depende dos assuntos a serem tratados (...)”*

*E1 - “(...) seriam sempre situações pequenas, uma hora seria pouco, mas duas ou três horas já seria bom (...)”*

A categoria “Número de elementos” refere-se ao número de enfermeiros que devem estar presentes numa sessão de SCE. Havendo referência a sessões individuais, são as sessões grupais que preenchem a opinião dos entrevistados. Refere-se de seguida a opinião de um entrevistado:

*E2 - “(...) poderão ser feitas reuniões periódicas, também a título individual se esse for um problema (...)” ; “Claro que, estamos a falar de uma reunião em grupo e depois, perante as necessidades, após uma avaliação, poderiam haver reuniões mais apertadas se houvesse necessidade de reunir com outros elementos (...)”*

Relativamente à subcategoria “10 elementos/1 equipa” pode referir-se a seguinte afirmação:

*E1 - “(...) grupos de aproximadamente 10 pessoas... mais do que isso também já é muita gente para poderem dar a sua opinião e para poderem estar mais à vontade (...)”*

Após a identificação das categorias anteriores é importante referir os resultados analisados por Cheater e Hale (2001) que demonstram que grande parte dos momentos supervisivos foram realizados fora do horário laboral, mas sem que o tempo utilizado para a supervisão clínica fosse fornecido ou contabilizado como horas de turno. Após esta experiência, os enfermeiros que participaram neste estudo consideram que não é viável a realização de momentos de supervisão sem que o tempo despendido seja contabilizado como tempo de serviço.

Pode também verificar-se na colheita de dados efetuada que os enfermeiros consideram que a existirem sessões de supervisão, estas deveriam ser mensais ou de 2 em 2 semanas. Veeramah (2002) referencia que no estudo efetuado, os enfermeiros consideram que as sessões deveriam ser mensais ou a cada 2 semanas, mas acrescenta que

há referências a sessões semanais ou sessões sem período de tempo estipulado, que se desenvolveriam sempre que necessário. Os entrevistados consideram que sessões semanais seriam exageradas, pois referem que a serem tão frequentes não existiriam temas para suportar estas sessões. Por sua vez, Winstanley e White (2003) identificaram que os supervisados que realizaram sessões de supervisão mensalmente ou bimensalmente obtiveram melhores resultados em termos de SCE, relativamente a outros *timings*.

Quanto à duração, os entrevistados referem aproximadamente 1-2 horas, cada. No entanto identificam-se referências a reuniões de duração até 1 ou entre 2-3 horas. No estudo desenvolvido por Veeramah (2002) existem referências a sessões de supervisão de duração entre meia hora até 2 horas, o que vai de encontro ao referido pelos entrevistados. Cross [et al] (2012) propõem mesmo sessões com a duração de aproximadamente 45-60 minutos, e com período de realização mensal. Whinstanley e White (2003) propõem sessões com período de tempo superior a 60 minutos.

Quanto ao número de pessoas que deveriam integrar as reuniões, os entrevistados referem aproximadamente 10 enfermeiros, o que corresponde ao número de elementos de cada equipa, sendo ainda referida a supervisão individual, que, como se pode verificar através do estudo desenvolvido por Veeramah (2002) é aceite.

Barriball, While e Munch (2004) verificam que não é unívoca a utilização de diferentes formatos e estruturas de supervisão, nomeadamente individual ou em grupo. Cheater e Hale (2001) no estudo realizado referem que os enfermeiros valorizam a discussão da prática, quer a nível individual, quer a nível grupal. Por sua vez Winstanley e White (2003) verificaram que o nível de satisfação com as sessões de SCE era superior e a sua efetividade maior quando realizada em grupo, em detrimento de sessões um-para-um. Segundo estes autores deve-se ao facto dos supervisados poderem discutir os assuntos com os restantes elementos do grupo.

Relativamente ao estabelecimento efetivo das sessões de supervisão pode verificar-se que o tempo de cada sessão deve variar de acordo com a necessidade demonstrada. Salienta-se o facto de as sessões deverem ser continuadas e em intervalos regulares (Proctor, 2006). As sessões de SCE devem ser realizadas com tempo suficiente para implementar a estrutura de SCE no serviço, chegando mesmo a propor-se o fornecimento de tempo no horário, cerca de meio dia por mês, para a realização de supervisão clínica (The Chartered Society of Physiotherapy, 2003). Esta entidade refere também que as sessões devem ser realizadas em períodos fora do horário laboral.

Após a análise das informações anteriores pode referir-se que:

- O *timing*, duração e local de realização da SCE varia de acordo com o entrevistado em questão.
- São propostas sessões sistematizadas, quer no espaço de trabalho, quer fora do espaço de trabalho, mas dentro da organização, quer fora da organização.
- Relativamente às sessões no espaço de trabalho é valorizada a passagem de turno como meio de realização de SCE. A realização de SCE no horário de trabalho, em horas pré-estabelecidas para a realização de SCE também é referida.
- Sessões de SCE fora do local de trabalho, com data e hora pré-agendadas de forma regular é visto como vantajoso pelos enfermeiros da UCIN.
- Ao mesmo tempo é referido que a realização de sessões de SCE num ambiente neutro, que não o hospital traria benefícios para a SCE, pois é considerado, pelos entrevistados, um local neutro.
- São propostas sessões não sistematizadas de SCE, que, segundo os entrevistados coincidirão com momentos de aprendizagem e discussão nas passagens de turno, mas também durante a prática clínica.
- O período de realização das sessões de SCE varia de acordo com os entrevistados. Existem referências a reuniões mensais ou bimensais. Como forma de não conotar as sessões de SCE como negativas ou cansativas, a maior parte dos entrevistados considera que a SCE se deve realizar mensalmente.
- A duração das mesmas varia entre 1 hora até 3 horas. A maioria dos elementos refere que a duração das sessões de SCE não deve ultrapassar os 60 minutos.
- O número de elementos que participam em cada sessão supervisiva corresponde a 10 elementos, de forma que todos os elementos possam participar nas sessões. Sessões individuais também são referidas. O planeamento da SCE depende de vários componentes, nomeadamente do supervisor, do supervisionado e do próprio serviço, dos elementos de gestão e organização serviço.

## **4. Subsídios para a Implementação Local de uma Estrutura de Supervisão**

Como foi proposto no início deste trabalho, tentam identificar-se de seguida algumas estratégias de implementação de uma estrutura local de SCE. O objetivo não é oferecer um documento rígido de implementação de uma estrutura local de supervisão, mas propor formas gerais, princípios e contributos para a sua posterior implementação.

O serviço da UCIN incorporou entre 25 a 30 novos elementos na sua equipa de enfermagem nos últimos dois anos. Num serviço tão específico como este, facilmente se depreende que o tempo necessário para a correta integração e aprendizagem dos novos elementos é elevado. Devido à falta de profissionais de enfermagem e após o aumento do número de unidades, este tempo foi diminuído ao máximo.

Tendo em conta a necessidade de formação, conhecimentos, competências e habilidades necessárias para desempenhar funções numa UCI, considera-se que a SCE converge numa melhoria dos parâmetros anteriormente referidos, razão pela qual se propõe a seguinte estrutura de SCE.

### *4.1. Princípios e orientações*

O sucesso da implementação de estruturas de SCE num determinado serviço de saúde, depende da criação de uma cultura local de supervisão clínica. Esta cultura será frequentemente associada ao desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo como enfermeiro e pessoa.

Podem identificar-se de uma forma geral alguns princípios de desenvolvimento das estruturas de supervisão a aplicar. São estes princípios que irão nortear a criação e a adequação de cada estrutura às características de cada serviço, equipa e enfermeiro. De referir que os modelos de supervisão clínica, deverão ter em conta os aspetos teóricos resultantes das investigações realizadas no âmbito da enfermagem, devendo ser um processo sistemático e multidimensional, englobando aspetos relacionados com a interpessoalidade da pessoa, atendendo às necessidades de cada supervisionado e dos

supervisores clínicos. Deve favorecer a reflexão, promovendo a orientação, a interação e o suporte, valorizando a pessoa, que é o centro de todos os sistemas.

Em primeiro lugar, pode referir-se que a supervisão clínica deverá assentar numa cultura de aprendizagem contínua ao longo de todo o processo supervisivo.

O cliente dos cuidados continua a ser o fator primordial para a prestação dos cuidados de saúde. A razão porque, para que e como são prestados os cuidados, depende em grande parte do cliente. Assim sendo, a supervisão clínica deverá apoiar e reforçar a prática como forma de atingir benefícios para os clientes, prestando desta forma, cuidados de saúde mais adequados e com maior qualidade a cada cliente e situação.

Outro princípio fundamental da supervisão clínica corresponde à necessidade de desenvolvimento de competências e habilidades na área da reflexão como forma de reduzir o hiato entre a teoria e a prática, verificado na prestação dos cuidados. Isto realiza-se na medida em que é através da reflexão que os profissionais poderão adequar cada intervenção à necessidade de cuidados identificada. Sabe-se também que devido à elevada carga de trabalho ou à falta de tempo para a prestação de cuidados, a reflexão nos e sobre os cuidados é reduzida ou colocada em segundo plano.

O envolvimento entre o supervisor e os supervisados, servindo como forma de reflexão e avaliação crítica dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes é outro dos princípios fundamentais para a aplicação de uma estrutura de supervisão clínica. Este princípio ressalva a importância da existência de uma partilha frequente e uma participação conjunta do supervisor e supervisados nas práticas e na reflexão sobre as mesmas.

É necessário distinguir formalmente a supervisão clínica da supervisão de gestão e de avaliação dos cuidados. A supervisão clínica pretende melhorar as práticas, ao analisar efetivamente os cuidados, com o objetivo de tentar aperfeiçoá-los e nunca como forma de penalização do profissional. Neste sentido, os supervisados não devem associar a supervisão clínica à verificação ou inspeção, mas à aprendizagem e ao desenvolvimento.

A supervisão clínica implica ainda planeamento da sua estrutura e sistematização da sua aplicação, dentro de determinados limites previamente acordados entre o supervisor e os supervisados. Ao longo do planeamento é necessário definir explicitamente os elementos que irão participar no processo de supervisão clínica e explicitar as suas funções.

A supervisão clínica constitui-se, aqui, como um vetor fundamental, promovendo, inclusivamente, uma constante monitorização das necessidades dos elementos que participam no processo.

O processo de supervisão assenta na comunicação entre os participantes e o supervisor. Para isso, é necessário que a comunicação seja clara e inequívoca, conduzida numa atmosfera propícia para que a mesma ocorra sem interferências.

Como qualquer processo, a avaliação dos seus resultados e a consecução dos objetivos propostos é primordial para a compreensão da importância do projeto de supervisão clínica e para justificar a sua implementação. Desta forma, um dos princípios para a aplicação dos processos de SCE passa por definir um plano de ação baseado nos resultados que se pretendem atingir. Estes resultados dependerão dos padrões inicialmente propostos, isto é, a estrutura local de supervisão clínica a implementar deverá ser avaliada em relação aos padrões definidos a partir do momento em que é desenvolvida e implementada. A avaliação e a monitorização contínuas do processo de supervisão e dos seus efeitos na prática são fatores fundamentais para o sucesso da estrutura de SCE proposta.

#### *4.2. Contributos para a definição de uma estrutura local*

Nesta fase pretende-se criar uma estrutura local para aplicação da supervisão clínica na UCIN (Anexo 5).

De forma que a SCE seja aceite pelos elementos deste serviço, considera-se que é essencial integrar todos os enfermeiros neste processo. Pretende-se com isto reduzir o sentimento de controlo ou de imposição durante da aplicação desta estrutura mas, acima de tudo, valorizar as opiniões dos enfermeiros, na tentativa de que estes se sintam envolvidos neste modelo. A motivação é também um fator importante nos percursos de mudança, logo, todos os enfermeiros serão envolvidos na estrutura de SCE, na sua implementação e no seu desenvolvimento.

Relativamente ao tempo necessário para a implementação de uma estrutura local de SCE, esta dependeria de vários aspetos, como por exemplo, a vontade dos profissionais em pertencer e em desenvolver uma estrutura local de SCE, a sua implicação neste processo, os conhecimentos dos elementos acerca de SCE, a política organizacional do serviço e da instituição de saúde, entre outros, razão pela qual não pode ser definido desde já. No entanto, tenta estabelecer-se um período médio de 1 ano para a aplicação, desenvolvimento e avaliação deste processo.

É necessário ainda que os enfermeiros da UCIN percebam os períodos de SCE como momentos de aprendizagem, como momentos de crescimento profissional e até pessoal, e não associem estes períodos a perda de tempo ou se sintam pressionados por estarem a realizar supervisão em vez de estarem a prestar cuidados de enfermagem.

Em primeiro lugar considera-se importante recolher a opinião de todos os elementos do serviço acerca da importância e relevância da SCE na sua prática diária. Este processo pode ser realizado através de conversas informais com os enfermeiros, após o fornecimento de materiais de leitura sobre o assunto, ou pela realização de reuniões formais ou mesmo entrevistas pessoais sobre o assunto em questão.

Na estrutura local de SCE que se desenvolve propõe-se que o enfermeiro que aplica e avalia o modelo se denomine como supervisor coordenador. Este enfermeiro deverá ser um profissional com conhecimentos na área da SCE e na área da UCIN. Não corresponderá ao supervisor clínico na medida em que irá fazer a avaliação e formação dos enfermeiros supervisores.

Os enfermeiros que irão realizar as sessões de SCE são enfermeiros escolhidos em conjunto pela equipa de enfermagem e pelo supervisor coordenador, de agora em diante designados como supervisores clínicos. Os supervisores clínicos escolhidos terão formação com o supervisor coordenador (para além da que devem possuir formalmente sobre supervisão) e apenas quando este considerar que se encontram num estadio de desenvolvimento correto e com conhecimentos sobre SCE mobilizáveis e aprofundados é que iniciam as suas funções como supervisores clínicos. A formação dos supervisores clínicos permite que estes se adaptem mais facilmente e, ao mesmo tempo, consigam fazer face aos desafios que se lhes vão impondo. Esta formação associa-se a mudança e evolução, num contínuo de relações de interesses entre as organizações, os profissionais e os clientes dos cuidados.

O número de enfermeiros supervisores clínicos da UCIN será igual ao número de equipas do serviço, ou seja, 5 elementos. Esta escolha baseia-se na premissa de que cada supervisor clínico acompanhará a mesma equipa e por isso os mesmos elementos. Acresce ainda o supervisor coordenador, que fazendo parte de uma equipa, por possuir conhecimentos aprofundados sobre supervisão clínica, não fará diretamente parte dos supervisores ou dos supervisados.

Após a escolha dos supervisores clínicos, será realizado um contrato com os enfermeiros supervisores. Este contrato terá várias funções, em primeiro servirá como forma de implicar os supervisores clínicos nas funções que irão assumir, e ao mesmo tempo, servir de molde para formalizar a SCE.

Neste contrato constarão informações como o nome e a categoria do profissional, as suas funções como supervisor clínico, questões de privacidade e confidencialidade, estrutura de desenvolvimento da SCE, assim como questões relacionadas com respeito e autoconsciência.

Ao longo de todo o processo serão realizadas sessões grupais entre os supervisores e o supervisor coordenador e quando for necessário, reuniões individuais entre o supervisor clínico e o supervisor coordenador.

As reuniões poderão ser semanais, quinzenais ou mensais, sendo que inicialmente serão propostas reuniões semanais, ocorrendo também sempre que se realizem sessões de SCE com os restantes elementos.

Estas reuniões servirão como forma de os supervisores clínicos colocarem dúvidas, de identificarem formas de atuação perante diferentes situações, de dar resposta às questões colocadas e às quais os mesmos não se sentem capazes de responder.

Depois de o supervisor coordenador considerar que os supervisores se encontram com capacidade para dar resposta às necessidades dos colegas e, ao mesmo tempo, se sentem capacitados para executarem as suas funções de forma autónoma, as reuniões passarão a ser apenas mensais. Também neste caso pode ser antecipado o *timing* das mesmas se os intervenientes assim o considerarem. Isto vai de encontro com as informações recolhidas neste estudo que demonstram que, segundo os entrevistados, as sessões de SCE deveriam ocorrer mensalmente ou bimensalmente.

Depois de estabelecida a forma como se irão organizar as sessões com os supervisores, considera-se importante determinar como irá ser realizada a SCE junto do restante grupo.

Será fornecida informação sobre SCE, nomeadamente o que é a SCE, a sua função, os seus objetivos, os resultados científicos verificados até este momento sobre a implementação de processos de supervisão clínica. Ao mesmo tempo que se tentará perceber a importância que os enfermeiros associam à SCE.

Após a escolha dos supervisores e divisão dos mesmos pelas diferentes equipas, iniciar-se-ão sessões formais de SCE. As equipas gerais corresponderão às equipas de enfermagem já existentes no serviço, isto é, os grupos existentes no horário de enfermagem. Também neste assunto são seguidas as informações recolhidas dos entrevistados.

Segundo os dados analisados, também o número de elementos propostos para cada sessão irá de encontro com as opiniões dos supervisados. Propõem-se então sessões de SCE

com cerca de 10 elementos, ou seja, os elementos de uma equipa. Considera-se que desta forma, o supervisor coordenador tem acesso a uma visão geral dos conhecimentos, vontades, motivações e expectativas da parte dos enfermeiros. Em todo o caso, isto não invalida que as reuniões seguintes e as reuniões realizadas ao longo do processo de SCE incluam um menor número de pessoas ou sejam mesmo individuais, de acordo com a necessidade identificada.

Como forma de motivar o conhecimento coletivo, a SCE iniciar-se-á com sessões de SCE grupais nas quais estarão presentes os supervisores clínicos, o supervisor coordenador e os restantes enfermeiros de cada equipa. Ressalva-se novamente que, em caso algum, a SCE irá ser aplicada a enfermeiros não se encontrem recetivos para a mesma.

De acordo com o referido pelos entrevistados, as reuniões terão a duração estimada de 1 a 2 horas, e serão realizadas em dias combinados entre as diferentes equipas. As reuniões coincidirão com entradas no turno da tarde ou saídas de turnos da manhã, de forma que seja apenas necessário que os enfermeiros cheguem ao hospital até 2 horas mais cedo que a hora real de entrada, ou que saiam até 2 horas mais tarde que a sua hora de saída. As reuniões serão realizadas na biblioteca da UCIN. A informação recolhida dos entrevistados aponta para a realização das sessões de SCE quer na instituição, quer fora da mesma. Neste caso, o investigador opta pela realização das sessões na instituição.

Na primeira reunião grupal serão avaliados os conhecimentos gerais sobre SCE dos enfermeiros, realizada uma abordagem significativa do tema e estabelecido um contrato, semelhante ao anteriormente referido, como forma de aumentar o sentimento de pertença e de inclusão por parte de todos os enfermeiros, mas, ao mesmo tempo, como forma de se sentirem responsáveis pela participação na SCE. Será também efetuada a identificação das necessidades prementes em termos de SCE por parte do grupo, de forma a poder-se planear já a segunda reunião e o *timing* da mesma.

Por sua vez, a segunda reunião formal também em grupo, terá como objetivos realizar um acordo entre enfermeiros, supervisores e supervisor coordenador sobre as necessidades de SCE e a sua forma de realização, com o planeamento subsequente das sessões de SCE. Poderão iniciar-se estratégias de supervisão como análises de casos da prática, como forma de consciencializar mais facilmente os enfermeiros sobre as funções da SCE e os seus objetivos, estimulando a discussão e a reflexão em grupo. No final da sessão os supervisores e o supervisor coordenador realizarão uma abordagem construtiva de toda a sessão.

Segue-se a implementação de estratégias de supervisão variadas, de acordo com as necessidades do grupo ou do próprio enfermeiro. Estas estratégias serão planeadas em

conjunto com o supervisor clínico de cada grupo e o supervisor coordenador. Quando se considere necessário os restantes supervisores farão também planeamento em conjunto com o supervisor primariamente implicado.

As estratégias planeadas assentam em estratégias identificadas ao longo da análise das entrevistas efetuadas aos enfermeiros da UCIN. Desta forma considera-se que se realizam as estratégias direcionadas para a população alvo da SCE.

Podem referir-se então estratégias como sessões de supervisão que podem ser formais, quando planeadas e marcadas, como sessões de supervisão informais que resultam de uma necessidade observada no momento. Estas reuniões podem também ser individuais ou grupais. Neste caso tenta promover-se o desenvolvimento pessoal e profissional dos supervisados visando a reflexão, a discussão e a análise das práticas.

O *timing* de realização destas sessões dependerá também da avaliação do supervisor clínico e dos supervisados. O supervisor coordenador estabelece que qualquer alteração que curse com uma necessidade crescente de supervisão é razão para alterar reuniões ou estratégias já planeadas.

A observação dos registos de enfermagem ou análise de documentação dos cuidados de enfermagem é também uma estratégia de supervisão a ter em conta, pois poderá permitir ao supervisor compreender áreas que necessitam de mudança ou, por outro lado, perceber as áreas de cuidados que estão mais “seguras”. Esta estratégia permite, ao mesmo tempo, a perceção da forma como os enfermeiros planeiam e fazem a sua conceção dos cuidados. Neste caso, e sempre que necessário, poderá recorrer-se à demonstração como forma de ajudar a desenvolver as práticas, as competências e os conhecimentos.

A observação ou acompanhamento das práticas refere-se ao acompanhamento do enfermeiro durante a prestação de cuidados num determinado turno. Permite identificar lacunas de conhecimentos ou práticas, e ao mesmo tempo, reconhecer as áreas mais desenvolvidas por parte de um enfermeiro. Permitindo ainda perceber as atitudes e desempenho dos supervisados.

De forma a colmatar qualquer falha existente nos conhecimentos dos enfermeiros, e ao mesmo tempo de implicar cada um dos elementos na evolução do serviço, a formação realizada em serviço é uma estratégia fundamental de articulação com a supervisão clínica. Esta vai permitir aumentar o sentimento de pertença e ao mesmo tempo comprometer os enfermeiros na evolução e progressão dos conhecimentos do serviço em geral, da mesma forma que é essencial para a atualização dos conhecimentos e práticas dos supervisados.

Os cenários de supervisão permitirão a criação de momentos de reflexão, partilha de conhecimentos e opiniões acerca de determinadas situações que se passaram na UCIN.

Acrescem a estas estratégias de supervisão, a análise crítico-reflexiva de situações vivenciadas na prática. Esta estratégia promove a reflexão sobre a prática e a reconstrução de saberes tendo em vista o desenvolvimento da autonomia na tomada de decisão do profissional. Pode agora referir-se a importância das passagens de turno para a análise e debate de situações ou casos. A análise de casos em termos individuais ou em grupo potencia a análise de casos reais, contextualizando o saber. Por sua vez, o *feedback* facilita a compreensão do desempenho do enfermeiro.

Por fim, considera-se que o fornecer reforços positivos e o dar suporte são funções e estratégias de SCE que facilitarão o sentimento de pertença, satisfação profissional e de acompanhamento, diminuirão o stresse e o *burnout*, ao mesmo tempo que permitirão que cada enfermeiro se sinta apoiado na tomada das suas decisões.

A realização de autosupervisão permite a introspeção do profissional ao valorizar a autoanálise e a autorreflexão, aumentando os sentimentos de confiança e segurança nas práticas.

Acrescentam-se agora estratégias de supervisão que, apesar de não identificadas ao longo das entrevistas efetuadas, são consideradas fundamentais para a implementação de uma estrutura de SCE e acompanhamento dos profissionais de enfermagem. São elas a realização de relatórios reflexivos que permitem a consciencialização das práticas, favorecendo a sua análise prática, ao mesmo tempo que possibilitam a real perceção da atuação do enfermeiro, isto é, promove a reflexão e autoavaliação do supervisionado.

Como referido anteriormente, cada uma destas estratégias será utilizada sempre que o supervisor a considere necessária para o correto desenvolvimento e acompanhamento dos enfermeiros.

Como forma de findar a aplicação desta estrutura local de supervisão clínica, considera-se necessária uma avaliação deste processo por parte do supervisor coordenador, dos supervisores clínicos e dos restantes enfermeiros. Esta avaliação pretenderá perceber a opinião geral e pessoal de cada um dos elementos da equipa sobre SCE e o processo instituído, percebendo ao mesmo tempo se o sentimento de pertença, apoio, stresse e a alteração das práticas com benefício na segurança e na qualidade dos cuidados foi conseguido ou não.

A avaliação dos resultados esperados pode ser feita através de entrevistas em *focus group*, entrevistas semiestruturadas individuais e análise de registos de enfermagem, podendo ainda aplicar-se a escala de Manchester (Manchester Clinical Supervision Scale). O

*Focus group*, segundo Wisntanley e White (2003) é adequado para o estudo de atitudes e experiências, possibilitando uma maior interação entre os participantes, ao mesmo tempo que permite a discussão de assuntos mais sensíveis ou confidenciais. Através deste método de avaliação o supervisor coordenador e/ou supervisores, pode ter acesso aos reais sentimentos e percepções dos supervisados e/ou supervisores. Ao longo da estrutura local de SCE proposta considera-se relevante realizar, pelo menos, três entrevistas em *focus group*. Uma a decorrer até à terceira sessão supervisiva, como forma de compreender as posições iniciais dos entrevistados; outra a decorrer sensivelmente a meio do programa, isto é, entre o 6º e o 7º mês de aplicação da estrutura, e outra no final, como forma de perceber as alterações ocorridas nos supervisados/supervisores, servindo como avaliação da estrutura em si.

Relativamente às entrevistas individuais, o supervisor coordenador considera importante programar a realização de duas entrevistas semiestruturadas. A inicial a realizar no primeiro mês de implementação da estrutura, e a final, na última semana de implementação da estrutura. A realização desta entrevista dotará o supervisor coordenador de informações relevantes acerca das opiniões individuais, mas também da sua evolução ou modificação. A realização destas entrevistas pode servir também como forma de avaliação da estrutura proposta.

Relativamente à Escala de Manchester, a sua aplicação pretenderá validar a efetividade da SCE na perspetiva do supervisado/supervisor (Winstanley e White, 2012). Esta escala apenas poderá ser aplicada após o sexto mês do início da estrutura local de SCE, à qual corresponderá a primeira aplicação. De forma que se possam compreender também questões relacionadas com a mudança ou evolução da opinião dos supervisados/supervisores sobre a estrutura ou SCE, a mesma será novamente aplicada a seguir ao final do período de realização de sessões de SCE que integram a estrutura local proposta.

Considera-se também necessário que se analisem cuidados e registos de enfermagem como forma de identificar melhorias nos cuidados e na qualidade dos mesmos. Esta avaliação que ocorrerá no início da estrutura, irá ser aplicada também no final da mesma.

A continuação do processo de SCE na UCIN vai depender da avaliação e opiniões dos enfermeiros que ao integrarem o processo de supervisão clínica ficam a conhecer as suas funções, objetivos e resultados. O facto de estes enfermeiros considerarem que o resultado alcançado em termos de qualidade, segurança, sentimento de stresse e ansiedade,

conhecimentos e competências foi benéfico e resultante da aplicação deste modelo no serviço de UCIN.

Os resultados esperados passarão pelas seguintes premissas: prática clínica mais segura; melhor avaliação das necessidades do cliente; aumento da satisfação do cliente; redução das queixas e incidentes adversos; maior responsabilidade profissional; desenvolvimento profissional e de conhecimentos; aumento da inovação; capacidade reflexiva melhorada; redução do stresse, ansiedade e *burnout*, com profissionais mais implicados no serviço. Promoção de conhecimentos baseado em evidência; e aumento da autoconfiança, com melhoria do trabalho em equipa.

### *4.3. Articulação com a estrutura hospitalar*

Como forma de estabelecer a implementação desta estrutura local de SCE, considera-se importante perceber a forma como se poderá aplicar a mesma na estrutura de gestão existente, na estrutura de qualidade e ao mesmo tempo na estrutura de formação permanente, ou seja, compreender como se poderá efetuar a integração desta estrutura e da SCE na estrutura hospitalar.

A pesquisa efetuada demonstra que existem inúmeros resultados positivos para serviços que implementaram processos de SCE. Refere The Chartered Society of Physiotherapy (2003) que os resultados da SCE dependem do grau em que a mesma é aplicada no serviço. Não obstante fica a posição das instituições de saúde relativamente à aplicação de estruturas de SCE. Constata-se atualmente que a adesão das instituições de saúde a projetos de acreditação da qualidade se constitui como uma realidade inquestionável. Independentemente da entidade responsável pela acreditação ou avaliação da qualidade prevê-se uma melhoria do nível de desempenho dos profissionais e do grau de satisfação dos clientes. Cabe, assim, às instituições de saúde identificar e aplicar processos e estratégias organizacionais, formativas e avaliativas como forma de atingir a máxima qualidade dos cuidados que oferece.

Em todo este processo considera-se a supervisão clínica como instrumento indispensável para atingir a qualidade dos cuidados, pois o desenvolvimento de uma estrutura de SCE e o processo formal de apoio, orientação e aconselhamento, que permite aos profissionais desenvolver conhecimentos, competências e responsabilidades na prática clínica, fomentando uma mudança positiva, contribuirá, certamente, para o incremento da

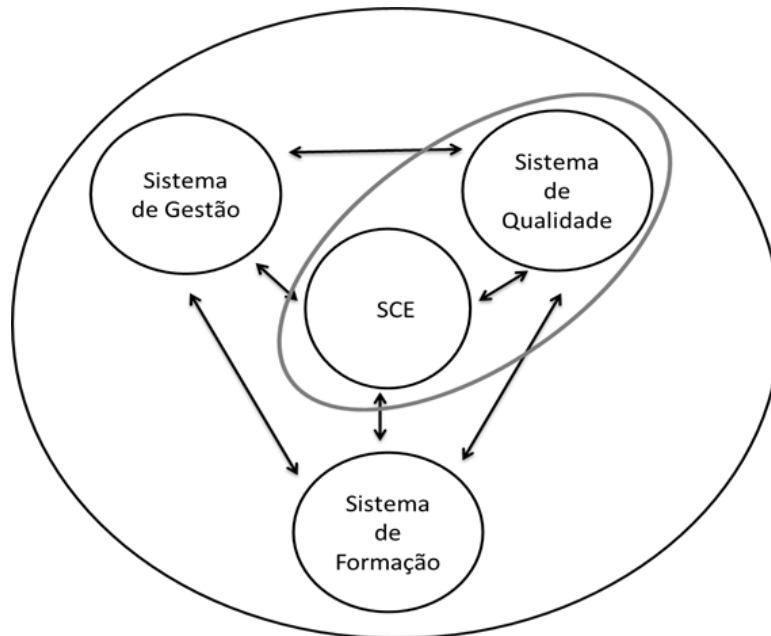
segurança e da qualidade dos cuidados de saúde prestados. Citando Abreu (2007: 209), “(...) a supervisão clínica em enfermagem, vista segundo uma perspectiva ecológica, mobiliza um conjunto de recursos, colocando-os à disposição da organização”.

Segundo a bibliografia consultada pode referir-se que a SCE está associada a uma melhoria da assistência aos clientes, promovendo a eficácia clínica dos profissionais. Tem efeitos a nível do aumento do conhecimento dos profissionais, aumentando a reflexão sobre a prática e a autoconfiança. A moral dos profissionais é também encorajada.

Tendo em conta o aumento da qualidade e segurança dos cuidados, a diminuição do sentimento de stresse e ansiedade e o aumento dos conhecimentos e competências por parte dos profissionais de enfermagem vulgarmente associados à implementação de estruturas de SCE nos serviços hospitalares, facilmente se pode julgar que apesar de poder estar iminente um aumento nos gastos com a SCE a curto prazo, a médio ou longo prazo, o mesmo não se irá verificar, na medida em que cuidados seguros e de qualidade irão resultar, em primeiro lugar, em clientes mais satisfeitos e com recuperação mais rápida dos momentos de doença. Logo, há diminuição dos custos associados ao tratamento das pessoas doentes. Em segundo lugar, o facto de se prestarem cuidados mais seguros, poderá associar-se a menor tempo de internamento e menos gastos com novas cirurgias ou medicação. Em terceiro lugar, o facto de os profissionais se sentirem mais apoiados, de serem valorizados nas suas funções permite que se reduzam eventuais faltas ao trabalho e se aumente a sua satisfação para com as suas funções e com a equipa. Por último, enfermeiros com maiores conhecimentos e melhores competências prestam melhores cuidados de enfermagem, sentindo-se mais confiantes nas suas funções.

Apresenta-se na figura 6, a relação entre a estrutura hospitalar e a estrutura da SCE. No caso deste trabalho, divide-se a estrutura hospitalar em três sistemas principais: o sistema da qualidade no qual se insere a SCE, o sistema de gestão e o sistema de formação.

Figura 6: Relação entre Estrutura Hospitalar e SCE



A SCE encontra-se intimamente relacionada com o sistema da qualidade, na medida em que vários estudos identificam os benefícios da sua aplicação nos cuidados de enfermagem. É num sistema de partilha contínuo que a SCE e o sistema da qualidade interagem na estrutura hospitalar. Por sua vez, e sendo a estrutura hospitalar um sistema dinâmico, também a estrutura da qualidade, e consequentemente a SCE, se interrelacionam com os sistemas da gestão e formação, como forma de aplicação da estrutura da SCE.

De seguida encontram-se nomeadas relações entre a aplicação da SCE, sob a forma da estrutura local de SCE proposta e os diferentes sistemas hospitalares. Quanto à vertente da qualidade considera-se:

- Os elementos que serão identificados como supervisores clínicos desempenharão um papel importante na comunicação entre os sistemas de qualidade e o serviço de UCIN. Propõe-se que cada enfermeiro supervisor seja responsável por uma determinada área da qualidade, como por exemplo as quedas, a infeção ou as úlceras de pressão. Será este elemento o responsável por transmitir a informação entre o sistema e o serviço. Competirá também a estes profissionais a realização e proposta de normas, protocolos;
- O serviço da qualidade deverá integrar os supervisores clínicos na sua estrutura, e serão estes os responsáveis por comunicar os resultados obtidos através da SCE na UCIN à área da qualidade.

- Os resultados das auditorias de qualidade dos processos serão comunicadas aos supervisores clínicos, sendo estes os responsáveis por transmiti-los aos supervisados;
- Os supervisores clínicos serão integrados no planeamento de futuros parâmetros de melhoria da qualidade e os resultados da SCE integrada nessa definição.

Neste caso específico a estrutura local proposta vai possibilitar a comunicação entre a unidade de qualidade do centro hospitalar e a UCIN, permitindo a integração dos supervisores diretamente no serviço de qualidade. Por outro lado, pelo facto de possibilitar uma maior reflexão nos cuidados resulta em melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como dos indicadores de qualidade. Os supervisores poderão realizar também auditorias internas e análise de processos com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Relativamente à estrutura de gestão propõe-se:

- Disponibilizar tempo no planeamento das horas mensais para a aplicação da SCE aos enfermeiros, quer supervisores, quer supervisados; Existência semanal ou no máximo bimensal de períodos de tempo fornecido (cerca de 2 horas por sessão) com o objetivo de participar nas sessões de SCE;
- Disponibilizar tempo para a formação contínua, reflexão, observação dos registos e práticas de enfermagem;
- Disponibilizar tempo para a implementação da SCE ao enfermeiro supervisor, nomeadamente horas sem prática clínica como forma de negociar e colocar em prática as estratégias de supervisão;
- O planeamento junto com os supervisores e supervisados de períodos de tempo no saldo mensal do horário para a implementação dos projetos de SCE. Propõe-se então a existência de horas de saldo para a realização destas intervenções;
- Disponibilização de espaço para a realização das sessões de SCE;

Estas funções, completamente dependentes dos processos de gestão do hospital iriam facilitar e promover a qualidade na saúde cada vez mais requerida. Não obstante fica a noção de que a falta constante de recursos e tempo na área da saúde interfere na implementação da SCE (Koivu, Hyrkäs e Saarinen, 2011). A valorização da SCE ao nível dos gestores e chefes permitiria o planeamento anual ou semestral de tempo livre para a implementação de modelos de SCE.

A estrutura de SCE proposta, ao estabelecer diferentes tipos de estratégias de SCE, permite dar tempo aos supervisores e supervisados, possibilitando um planeamento

mensal de tempo necessário para as estratégias de SCE. Ao planear-se momentos específicos para a SCE, reduz-se também a sobrecarga dos enfermeiros por terem que prestar cuidados aos doentes, ao mesmo tempo que necessitam disponibilizar tempo para a SCE. O facto de ser fornecido tempo para a supervisão permite uma redução do sentimento de *burnout*, reduzindo as ausências ao serviço e as transferências (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008).

Quanto à vertente da formação permanente e a sua relação/integração com a UCIN e a estrutura local proposta, considera-se que esta estrutura desempenharia um papel fundamental no desenvolvimento e crescimento dos conhecimentos e competências dos enfermeiros. Assim propõe-se:

- A estrutura da formação permanente inclui no seu plano de formação os resultados da supervisão clínica realizada de forma a colmatar falhas nos conhecimentos e permitir a reflexão nos cuidados prestados;
- Sessões de supervisão clínica com o objetivo de estimular a reflexão, a discussão e a análise de casos serão planeadas junto com o programa estabelecido pelo departamento de formação; algumas das sessões serão comuns a vários serviços, sendo que seriam acoplados vários serviços com características semelhantes, nomeadamente as UCI's;
- A estrutura de formação integra ainda os resultados da SCE no seu plano de formação, valorizando as questões que apresentam alguns défices; Os supervisores clínicos no final da estrutura de supervisão proposta efetuarão relatórios de forma a identificar os conhecimentos e competências e áreas deficitárias, propondo diretamente ao serviço de educação permanente a sua inclusão no plano de trabalho para aquele semestre;
- O departamento de formação fornece espaço para a implementação desta estrutura;
- Também a formação em serviço deve ser valorizada como forma de aumento de conhecimentos e competências.

Neste caso, o sistema local proposto possibilitará o planeamento das sessões de formação em serviço, permitindo a integração e comunicação entre os enfermeiros da UCIN e ao mesmo tempo com enfermeiros de outras UCI's. Pelo facto de estimular a reflexão nas práticas e o questionamento dos cuidados resulta em aumento da formação quer individual, quer em grupo.

Considera-se fundamental referir que, segundo Bradshaw, Butterworth e Mairs (2007) os benefícios da SCE se mantêm após o término das sessões de SCE. Através da integração destas estruturas no modelo de SCE valorizar-se-á, em primeiro lugar, a SCE e a prática da enfermagem. Em segundo melhorar-se-á a qualidade dos cuidados, por promoção dos conhecimentos e competências, pela normatização dos cuidados e pelo suporte e apoio fornecido.



## **CONCLUSÃO**

Com este estudo pretendeu-se configurar um conjunto de estratégias para a implementação de uma estrutura local de supervisão, através da clarificação do fenómeno da SCE, inserido num serviço específico como o é a UCIN.

No final deste estudo, duas premissas deverão ser consideradas. Uma primeira deriva da incipiente formação dos participantes sobre SCE. Note-se que já é considerável e interessante a informação que demonstram, mas há todo um trabalho de aprofundamento e de sistematização que é necessário prosseguir. Uma segunda é que um sistema local de SCE depende de condicionantes organizacionais, desde a arquitetura do sistema até à sua integração no tempo considerado produtivo (consignar as diversas atividades ligadas à SCE no tempo de serviço). Neste sentido, este trabalho tem sobretudo o valor de uma pesquisa de natureza diagnóstica, aliás ligada ao seu carácter exploratório.

Expõem-se, de seguida, os contributos gerados através desta investigação, através da qual se pretendeu identificar as ideias essenciais sobre SCE no contexto da UCIN, identificando ao mesmo tempo, questões centrais relacionadas com as vivências e conhecimentos dos entrevistados no que se refere à SCE. Neste sentido, a conclusão organizou-se da seguinte forma: a primeira parte compreende uma resenha da metodologia utilizada; a segunda parte compreende uma análise, ainda que sintética dos resultados obtidos tendo em consideração as questões formuladas, onde se apresentam as limitações e dificuldades que surgiram ao longo do processo de pesquisa; por último, a terceira parte que pretende constituir-se como uma contribuição para a definição de uma estrutura local de supervisão das práticas clínicas.

A supervisão clínica tem assumido uma importância crescente ao longo destes últimos anos, na medida em que se constitui como um espaço de estruturação reflexiva das práticas, baseado em objetivos de gestão, com vista à qualidade na assistência em saúde.

No âmbito concreto da enfermagem, existem estudos que demonstram que a supervisão clínica pode contribuir para o desenvolvimento e para a promoção da profissão com base em estratégias de suporte e reflexão, visando o desenvolvimento dos

enfermeiros, como refere, por exemplo o Royal College of Nursing (2011). O suporte de pares, o aumento da confiança, a prática reflexiva e o desenvolvimento profissional, como resultado da aplicação da SCE, são alguns dos fatores definidos por Cheater e Hale (2001) e que fundamentam as informações recolhidas através desta investigação.

A realização deste estudo permitiu, por parte do investigador, um maior aprofundamento e compreensão da área da SCE, ao mesmo tempo que possibilitou e estimulou a evolução da capacidade reflexiva, assim como de consciencialização sobre as problemáticas relacionadas com a supervisão clínica.

A nível do enquadramento teórico o estudo efetuado polarizou-se em três aspetos principais: a qualidade em saúde, de forma particular na enfermagem, as suas dimensões; e os padrões de qualidade; a SCE, modelos e suas funções; organização da UCIN e dos cuidados, as práticas de enfermagem e as evidências na investigação entre UCI e SCE.

Para a realização deste trabalho optou-se por uma abordagem qualitativa, exploratória quanto aos objetivos (Fortin, 2009). Foi aplicada uma entrevista semiestruturada como forma de compreensão das opiniões e conhecimentos dos entrevistados. Após a aplicação das entrevistas realizou-se a análise e interpretação dos resultados.

Quanto à realização do estudo, a pesquisa efetuada decorreu na UCIN do Centro Hospitalar de São João E.P.E. Este serviço cresceu na sua lotação para mais do dobro num curto espaço de tempo. Associado ao aumento do número de doentes, cresceu também o número de profissionais de enfermagem que exerce funções neste serviço. Pretendeu-se conhecer os conhecimentos dos enfermeiros deste serviço sobre SCE e compreender as perceções dos enfermeiros relativamente à relação entre processo supervisivo e práticas de qualidade e seguras.

Dada a natureza do estudo não se pretende fazer qualquer tipo de generalização, reportando-se apenas ao contexto específico da UCIN.

A SCE, na perspetiva dos entrevistados, relaciona-se com a melhoria da qualidade dos cuidados na UCIN. A aplicação da SCE assenta num processo formal que lhe permite associar-se a sentimentos de segurança, relacionando-se ainda com a sistematização das intervenções de enfermagem, com o aumento da segurança dos cuidados e a estimulação e/ou procura de uma prática reflexiva. Segundo os entrevistados, estas condições podem ser observadas na prática clínica através da aplicação da SCE nos cuidados e resultam, como referido, em melhoria da qualidade dos cuidados.

Ressalva-se também a importância que os entrevistados associam entre a melhoria dos conhecimentos e das competências, a sistematização dos cuidados, a redução do erro,

a reflexão e o *feedback* e a aplicação da SCE, que resulta em ganhos na qualidade dos cuidados de enfermagem. Segundo os entrevistados, os ganhos em matéria de qualidade dos cuidados assentam na verificação dos pressupostos anteriores.

Para além do referido anteriormente, a SCE pode ser também identificada segundo as funções que possui. As funções identificadas foram categorizadas de acordo com as funções predefinidas por Proctor (1986). Das três funções propostas, a função formativa foi a que obteve maior valorização por parte dos entrevistados, em detrimento dos recentes estudos que revelam que a função mais referenciada é a restaurativa. Considera-se relevante referir que o mesmo poderá acontecer devido à satisfação interna de suporte e apoio que os profissionais da UCIN desenvolvem. Neste serviço é comum a realização de jantares e caminhadas entre todos os elementos deste serviço, o que, no entender do investigador estimula a relação e o sentimento de bem-estar entre os enfermeiros. Por outro lado, o investigador considera também que a função formativa é valorizada devido à necessidade premente de desenvolver conhecimentos e competências nos novos elementos da UCIN, que foi identificada pelos entrevistados.

Relativamente às estratégias de SCE identificadas, ressalva-se, por um lado, a identificação do momento da passagem de turno como momento para a realização de sessões de SCE, e por outro, a vontade dos profissionais em participarem ativamente na formação e em realizarem formação em contexto de trabalho. O investigador considera que a passagem de turno deverá corresponder a momentos de passagem de informação clínica dos doentes a quem os enfermeiros prestam cuidados, colocando algumas dúvidas acerca da plausibilidade da transformação deste momento em sessões de SCE. Por outro lado, denota-se mais uma vez a aparente importância da formação, ou da vertente formativa da SCE para os profissionais da UCIN, pelas referências observadas sobre a necessidade de promover a formação interna.

O supervisor é considerado peça fundamental para a estruturação e implementação de um projeto de supervisão e as suas características essenciais para o desenvolvimento da SCE (Royal College of Nursing, 2011; Proctor, 2006; Abreu, 2002). Neste domínio podem referir-se várias características do supervisor clínico. Os entrevistados identificaram novamente a área dos conhecimentos, quer na área da SCE, quer na área onde desempenha funções o que pode relacionar-se mais uma vez, com a necessidade de desenvolvimento de conhecimentos previamente referida. No entanto pode também fazer-se um paralelismo entre a função normativa ou função restaurativa e características como minimizar erros, ser gestor de conflitos ou ter capacidade relacional.

Quanto à operacionalização da SCE, é importante referir que os entrevistados consideram relevante realizar as sessões em locais diferentes, nomeadamente dentro e fora do serviço, de forma sistematizada ou não, dependendo do objetivo da sessão em causa.

Quanto à periodicidade, duração e número de participantes de cada sessão, os entrevistados referem várias opções. Considera-se importante ressaltar que o investigador não considera plausível uma duração da sessão superior a 2-3 horas pelo risco de exaustão dos supervisados.

O planeamento da SCE depende de vários componentes, nomeadamente do supervisor, do supervisado e do próprio serviço, dos elementos de gestão e organização serviço.

Apesar das limitações na realização deste trabalho, muita aprendizagem ocorreu no domínio da investigação e mesmo no domínio da qualidade dos cuidados, da supervisão clínica em enfermagem e nos cuidados na UCIN. Fica, no entanto, a certeza de que todo o processo de conhecimento é sempre um ponto de partida para novas interrogações.

A pertinência da supervisão clínica é cada vez mais discutida em enfermagem, sendo cada vez mais um instrumento de reconhecimento e valorização da profissão e dos profissionais de enfermagem. Sendo uma área tão abrangente, consideram-se úteis várias abordagens. No caso específico do Centro Hospitalar São João, E.P.E., seria interessante aplicar-se um efetivo modelo de supervisão clínica num serviço ou em alguns serviços do hospital e posteriormente verificar-se se os resultados obtidos correspondem ou não aos referidos no âmbito teórico da fundamentação da SCE. Deixamos ainda uma ideia que nos parece central e de alguma forma também é veiculada no Reino Unido: para além das determinantes nacionais em matéria de SCE, é necessário que esta se ajuste às particularidades das organizações e seja suficientemente flexível para poder ser interpretada a nível das unidades de cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, Wilson Correia de - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007.
- ABREU, Wilson Correia de - *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Sinais Vitais (2003).
- ABREU, Wilson – *Supervisão clínica em enfermagem: Pensar as práticas, gerir a informação e promover a qualidade*. Coimbra: Sinais Vitais (2002), p. 53-57.
- ALARCÃO, Isabel, TAVARES, José – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª edição. Coimbra: Almedina, 2003.
- APCER – *Guia interpretativo da NP EN ISSO 9001:200 na administração Pública local*. Guia 005 [S. l.], APCER, 2007.
- APCER – ISO 9001:2008 - *Sistemas de Gestão da Qualidade* [Em linha]. 2012. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na Internet:<URL:[http://www.apcer.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96%253Aiso-9001&catid=3&Itemid=10](http://www.apcer.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=96%253Aiso-9001&catid=3&Itemid=10)>.
- B-ICU-CARE - B-Simple [em linha]. *Indicadores de qualidade (01.01.2011-31.12.2011)*: Porto, 2012 [Consult. 28.10.2012].
- BALSANELLI, Alexandre, CUNHA, Isabel, WHITAKER, Iveth – Nurses' Leadership in the ICU: Association with personal and professional profile and workload. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 17 (1) (2009), p. 28-33.
- BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BARRIBALL, Louise, WHITE, Alison, MUNCH, Ulrike – An audit of clinical supervision in primary care. *British Journal of Community*. Vol.9, nº 9 (2004), p. 389-397.
- BASTOS, Carmen, SARAIVA, Margarida – *A qualidade dos cuidados de enfermagem e a norma ISO – Aplicação Empírica no Hospital Cuf Infante Santo*. [Em linha]. Évora: [s.n.], [s.d.]. [Consult. Fev. 2012]. Disponível na internet: <URL: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo\\_carmen\\_MS\\_final.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf)>.

- BISCAIA, José Luís - Qualidade em saúde uma perspetiva conceptual. *Revista qualidade em saúde pública*. [S.l.] Instituto de qualidade em saúde, 2000, p. 6-10.
- BISCAIA, José Luís; PISCO, Luís – Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde pública*. Vol 2 (2001), p. 43-51.
- BRADSHAW T., BUTTERWORTH A. & MAIRS H. (2007) - Does structured clinical supervision during psychosocial intervention education enhance outcome for mental health nurses and the service users they work with? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, Nº14, p. 4–12.
- BRUNERO, Scott, STEIN-PARBURY, Jane – 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.
- CARNEIRO, Silvia – *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de enfermagem nos serviços de pediatria*. Porto: ICBAS, 2010. Dissertação de Mestrado.
- CENTRO HOSPITALAR DO PORTO – *Política da Qualidade* [Em linha]. 2007. [Consult. 30 Mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0H>>.
- CHEATER, Francine M., HALE, Chris – An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 10 (2001), p. 119-131.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) – *Condições favoráveis à prática - Condições de trabalho = Cuidados de qualidade*. Genebra: International Council of Nurses , 2007. ISBN: 92-95040-80-5
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN) – *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses, 2006. ISBN: 9295040449.
- CROSS, Wendy, [et al] – Implementing Clinical Supervision for ICU Outreach Nurses: A case study of their journey. *Australian Critical Care*. (2012).
- CROSS, Wendy, MOORE, Alan, OCKERBY, Sherene – Clinical Supervision of general nurses in a busy medical ward of a teaching hospital. *Contemporary Nurse*. Vol 35, issue 2 (2010), p. 245-253.
- DESPACHO Nº 14223/2009, D.R. II Série. Nº 120 (24.06.2009), p. 24667-24669.
- DONABEDIAN, Avedis – *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, Oxford University Press, 2003. ISBN 978-0-19-515809-0.
- DONABEDIAN, Avedis – Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. Vol. 83, No 4 (2005), pp. 691-729.

- ESTEVES, Lídia Máximo - *Visão Panorâmica da Investigação-acção*. Porto: Porto Editora, 2008. ISBN: 978-972-0-34463-2.
- FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- GARRIDO, António – *A supervisão clínica e a qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2004. Dissertação de Mestrado.
- GARRIDO, António; SIMÕES, João; PIRES, Regina – *Supervisão Clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. ISBN 978-972-789-266-2.
- HESBEEN, Walter – *Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-20-7.
- HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE – *Política da Qualidade* [Em linha]. 2009. [Consult. 30 Mar. 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/politica-da-qualidade\_10>.
- HUGHES, R. - *Patient Safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. HUGHES, R. - *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD: AHRQ Publication No. 08-0043. Agency for Healthcare Research and Quality. (2008.).
- HYRKÄS, Kristiina – *Clinical Supervision and Quality Care*. Finlândia: University of Tampere, 2002. Dissertação de Mestrado. ISBN: 951-44-5350-6.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE (IPQ) – *A norma NP EN ISSO 9001:2000* [Em linha]. 2012. [Consult. 20 Maio 2012]. Disponível na Internet:<URL:http://www.ipq.pt/custompage.aspx?modid=1576&pagid=3352>.
- INSTITUTO PORTUGUÊS DA QUALIDADE (IPQ) – *Norma Portuguesa: Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos (ISSO 9001/2008)*. 3ª Edição. [S.l.]: Instituto Português da Qualidade, 2008. ICS 03.120.10.
- KOIVU, Aija, HYRKÄS, Kristiina, SAARINEN, Pirjo Irmeli – Who attends clinical supervision? The uptake of clinical supervision by hospital nurses. *Journal of Nursing Management*. 19 (2011), p. 69-79.
- LEI Nº 111/ 2009, D.R. I Série. Nº 180 (16-09-09), p. 6528-6550.
- LINDAHL, Berit, NORBERG, Astrid – Clinical group supervision in an intensive care unit: a space for relief, and for sharing emotions and experiences of care. *Journal of Clinical Nursing*. 11 (2002), p. 809-818.
- MACEDO, Ana Paula - *A supervisão de Estágios em Enfermagem e a Articulação Interorganizacional Escola de Enfermagem e Hospital*. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho: Universidade do Minho. 2009. Dissertação de Doutoramento

NATIONAL HEALTH SERVICE – *Supervision for health care assistants*. [S.l.]: Crown Copyright, 2006.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - *Critical Care Medicine. NIH Consensus Statement Online*. [Em linha]. [S.l.], 1983 [Consult. Jan. 2012]. Disponível na internet:<URL <http://consensus.nih.gov/1983/1983CriticalCare035html.htm>>.

NATIONAL COUNCIL FOR THE PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF NURSING AND MIDWIFERY (NCPDNM)– *Clinical supervision: a structured approach to best practice*. Discussion paper 1. Dublin: National Council For The Professional Development Of Nursing And Midwifery, 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – *Caderno temático: modelo de desenvolvimento profissional – fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. [Em linha]. Lisboa: OE, 2010. [Consult. Dez-2011]. Disponível na internet: <URL:<http://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>>.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares - *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: ICBAS, 2009. Dissertação de Mestrado.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Cuidados Intensivos. Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento - *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2003.

PROCTOR, Brigid - *Supervision: a co-operative exercise in accountability*. In *Enabling and ensuring: Supervision in Practice*. Leicester: [s.n.], 1986.

PROCTOR, Brigid – *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention*. In *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge Editions, 2006. p. 25-46.

RICHARDS, Julie – *The risky business of supervision, 2: Gaining skills and knowledge*. *British Journal of Midwifery*. Vol. 19, nº 7 (2011), p. 449.452.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) – *Guidance for nurse staffing in critical care*. London: Royal College of Nursing, 2003. ISSN:001976.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (RCN) – *Transcultural Health care practice: Transcultural clinical supervision in health care practice*. [Em linha]. [S.l.]: Royal College of Nursing, 2012. [Consult. 26 Dez. 2011]. Disponível na internet:<URL[[http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural\\_health/clinicalsupervision](http://www.rcn.org.uk/development/learning/transcultural_health/clinicalsupervision)]>.

SGS ICS– *ISO 9001:2000: Análise efectuada pela SGS ICS Serviços Internacionais de Certificação*. [S.l.]: SGS ICS, 2003.

- SIMÕES, João, GARRIDO; António – Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*. vol. 16, nº 4 (2007), p. 599-608.
- SIMÕES, João Filipe, ALARCÃO, Isabel, COSTA, Nilza – Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes In *Revista Referência*. II série, nº6, jun 2008. P. 91-108.
- THE CHARTERED SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY – *A guide to implementing clinical supervision for qualified and associate members*. London: [s.n.], 2003.
- VEERAMAH, Ven – The benefits of using clinical supervision. *Mental Health Nursing*. Vol. 22, Nº1 (Jan/Feb 2002), p. 18-23.
- VIEIRA, Flávia, MOREIRA, Maria Alfredo – *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação transformadora*. Lisboa: Ministério da Educação – Conselho científico para a avaliação de professores, 2011. ISBN: 978-989-97312-0-2.
- WATSON, Hazel, SLOAN, Graham - Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations. *Nursing Standard*. 17, 4 (2002), p. 41-46.
- WILLIAMS, Lynne, IRVINE, Fiona – How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. 17 (2009), p. 474-483.
- WINSTANLEY, Julie; WHITE, Edward – Clinical supervision: models, measures and best practice. *Nurse Researcher*. Vol. 10, nº 4 (2003), p. 7-38.
- WINSTANLEY, Julie; WHITE, Edward – Cost and resource implications of clinical supervision in nursing: an Australian perspective. *Journal of Nursing Management*. 14 (2006), p. 628-636.



## **ANEXOS**



## **Anexo 1 – Guião da Entrevista**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**I Curso de Mestrado de Supervisão Clínica em Enfermagem**

**SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM:**

Contexto da UCI Neurocríticos

**Guião da Entrevista**

Jacinta Marta Vasconcelos Carvalho, nº 3233

Porto, Novembro de 2011

Para a realização do trabalho em Supervisão Clínica em Enfermagem: uma abordagem exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos, irei realizar a seguinte entrevista semiestruturada. Este trabalho tem como finalidade contribuir para a clarificação do fenómeno da Supervisão Clínica em Enfermagem no contexto de UCI Neurocríticos de modo a propor um sistema local de supervisão a implementar.

Seguirei todos os requisitos éticos inerentes a um trabalho de investigação, pelo que será mantido o anonimato e a confidencialidade dos participantes no estudo.

### **Identificação do Entrevistado**

Data: \_\_\_\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Grau académico: \_\_\_\_\_

Anos de experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos

Anos de exercício profissional em cuidados intensivos: \_\_\_\_\_ anos

Formação em Supervisão Clínica: S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Como adquiriu esses conhecimentos? \_\_\_\_\_

Bloco temático	Objetivos específicos	Tipo de perguntas
<p>Bloco A</p> <p><b>Motivação para a entrevista</b></p>	<p>Legitimar a entrevista</p> <p>Contextualizar a entrevista na investigação</p> <p>Assegurar a confidencialidade das respostas</p> <p>Dar a conhecer os objetivos da entrevista</p> <p>Verbalizar a importância do contributo do enfermeiro da UCIN para o desenvolvimento deste estudo</p>	<p>Quer ainda esclarecer alguma dúvida sobre o trabalho que vou desenvolver?</p>
<p>Bloco B</p> <p><b>Ideias gerais sobre Supervisão Clínica em Enfermagem</b></p>	<p>Analisar a opinião dos enfermeiros sobre a importância da Supervisão Clínica em Enfermagem no contexto da UCI Neurocríticos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O que é para si a Supervisão Clínica em Enfermagem?</li> <li>• Até que ponto considera que a Supervisão Clínica em Enfermagem contribui para melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem?</li> <li>• Alguma vez desempenhou funções de supervisor de alunos ou de pares? Alguma vez integrou enfermeiros no serviço?</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que a integração destes colegas o ajudou a desenvolver o seu conhecimento sobre Supervisão Clínica em Enfermagem?</li> </ul>
<p>Bloco C</p> <p><b>Funções do supervisor e da Supervisão Clínica em Enfermagem</b></p>	<p>Identificar as funções da Supervisão Clínica em Enfermagem que os enfermeiros da UCIN consideram mais importantes para a melhoria dos cuidados prestados e aumento da segurança dos doentes;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual a importância do Supervisor Clínico para o serviço de UCI Neurocríticos?</li> <li>• Que características deve possuir um Supervisor Clínico?</li> <li>• Que funções de supervisão clínica conhece?</li> <li>• Que importância atribui às funções da Supervisão Clínica?</li> </ul>
<p>Bloco D</p> <p><b>Estratégias de Supervisão Clínica em Enfermagem</b></p>	<p>Identificar estratégias que potencializam ganhos para a prática clínica dos enfermeiros da UCIN e que sejam passíveis de incorporar um sistema local de Supervisão Clínica em Enfermagem;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como pode a Supervisão Clínica em Enfermagem suscitar ganhos para a prática clínica dos enfermeiros da UCIN? Através de que estratégias?</li> <li>• Refira as funções de Supervisão Clínica em Enfermagem que considera mais relevantes para si na sua prática na UCIN;</li> <li>• Identifique as que considera menos importantes;</li> </ul>

<p>Bloco E</p> <p><b>Estratégias de implementação</b></p>	<p>Identificar estratégias para a implementação de um sistema local de supervisão clínica em enfermagem;</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Como considera que poderiam ser realizados os momentos de Supervisão Clínica em Enfermagem na UCIN?</li><li>• Que estratégias deveriam ser implementadas para desenvolver a vertente formativa?</li><li>• Que estratégias deveriam ser implementadas para desenvolver a vertente da qualidade?</li><li>• Que estratégias deveriam ser implementadas para desenvolver a vertente de suporte?</li></ul>
---	--	---



## **Anexo 2 – Domínios, Categorías e Subcategorías**



**Quadro 7 – Domínios, Categorias e Subcategorias**

<b>Domínios</b>	<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>
<b>Conceito de SCE</b>	Mudança na perceção	
	Distinção da Supervisão de Estudantes	
	Processo formal	
	Sistematização das intervenções	
	Prática reflexiva	
	Qualidade de cuidados	
<b>Ganhos na Qualidade dos Cuidados</b>	Melhoria de conhecimentos e competências	
	Redução do erro	
	Suporte	
	Reflexão	
	<i>Feedback</i>	
<b>Valorização das Funções de SCE</b>	Formativa	
	Normativa	
	Restaurativa	
<b>Estratégias identificadas de SCE</b>	Em uso	Passagem de turno
		Sessões de supervisão
		Cenários de supervisão
		Reforço positivo
		Observação
		Registo de incidentes críticos
		Discussão de assuntos problemáticos

		Acompanhamento
		Autosupervisão
		Formação em contexto de trabalho
	Referenciadas	Motivar
		Análise
		Questionamento
		Participação ativa na formação
<b>Características do supervisor</b>	Conhecimentos aprofundados	
	Não julgue	
	Bom comunicador	
	Líder	
	Capacidade de escuta	
	Acessível	
	Perito	
	Autoridade	
	Pensamento crítico	
	Assertivo	
	Facilitador da aprendizagem	
	Exigente	
	Minimize erros	
	Autocontrolo	
	Gestor de conflitos	
Observador		
Organizado		

	Aceite pela equipa	
	Parceiro nos cuidados	
	Capacidade relacional	
	Ser um modelo	
	Sentido de humor	
	Motivador	
	Experiente	
	Conheça o serviço	
<b>Realização das sessões de SCE</b>	Sistematizadas	No espaço de trabalho
		Fora do espaço de trabalho
		Fora da organização
	Não sistematizadas	
<b>Características das Sessões de SCE</b>	Periodicidade	Mensal
		Bimensal
	Duração	Até 1 hora
		Entre 1-2 horas
		Entre 2-3 horas
	Número elementos	Individual
		10 elementos (1 equipa)



**Anexo 3 – Autorização da Comissão de Ética para a realização do estudo**





NO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

26/1/2012

Margarida Tavares

23.1.2012  
Tomei conhecimento.  
Nada a opor.  
M

A Direcção Clínica

26/1/2012

Centro Hospitalar São João  
Centro de Investigação  
Prof. Dra. Ana Azevedo  
Coordenadora CIC

### AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO - REUNIÃO DE 10 FEV. 2012		
Presença do Conselho de Administração		
Prof. Doutor António Ferreira		
Directora Clínica	Enfermeira Directora	Administrador Executivo
Dra. Margarida Tavares	Enfermeira Euráscia Torcato	Dr. João Pereira

Exma. Sra.  
Dra. Margarida Tavares  
Directora Clínica do Centro Hospitalar de São João

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

**Projecto de Investigação 257/11:** "Supervisão clínica em enfermagem: uma abordagem exploratória no contexto de uma UCI Neurocríticos"

**Investigadora Principal:** Enf.ª Jacinta Marta Carvalho

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 10 de Janeiro de 2012

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

\_\_\_\_\_  
Dr. Pedro Brito



## **Anexo 4 – Declaração de Consentimento Informado**



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

“SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM: UMA ABORDAGEM EXPLORATÓRIA NO CONTEXTO DE UMA UCI NEUROCRÍTICOS”.

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

A informação e explicação que me foi prestada versaram os objetivos, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador:

\_\_\_\_\_

Contacto do investigador:

[martenf711@gmail.com](mailto:martenf711@gmail.com)

telemóvel: 917918290



## **Anexo 5 – Estrutura local de SCE**



## Estrutura local de SCE

A estrutura local proposta para a implementação da SCE na UCIN pretende ser um contributo para o desenvolvimento da SCE.

O período de realização, entre o início da sua implementação e a sua avaliação será de aproximadamente 1 ano.

### Quanto aos Supervisores

Escolha dos supervisores pela equipa de enfermagem em conjunto com o supervisor coordenador do projeto.
Formação dos supervisores
Estabelecimento de um Contrato de Supervisão e Negociação
Divisão dos supervisores por equipas
Reunião entre supervisor coordenador e supervisores para preparação da 1ª sessão de SCE com os supervisados Sessão supervisiva entre supervisor coordenador e supervisores clínicos
Início da supervisão clínica com os supervisados
Reuniões mensais entre supervisores e supervisor coordenador para preparação de sessões de supervisão.
Sessões de SCE mensais de acordo com a evolução dos supervisores

## Quanto aos supervisados

Informação sobre SCE
Escolha dos supervisores
1ª Sessão de SCE entre supervisor coordenador, supervisores e supervisados (Duração entre 1-2 horas)
2ª Sessão de SCE (Duração entre 1-2 horas)
Sessões de SCE subsequentes. Utilização de estratégias de SCE de acordo com a avaliação efetuada pelo supervisor coordenador e supervisores. <ul style="list-style-type: none"><li>• Sessões de supervisão:<ul style="list-style-type: none"><li>- Formais</li><li>- Informais</li><li>- Grupais</li><li>- Individuais</li></ul></li><li>• <i>Feedback</i></li><li>• Observação dos registos de enfermagem</li><li>• Análise crítico-reflexiva das práticas</li><li>• Demonstração</li><li>• Análise de casos</li><li>• Observação</li><li>• Cenários de supervisão</li><li>• Autosupervisão</li><li>• Relatório reflexivo</li><li>• Reforços positivos</li><li>• Formação em serviço</li><li>• Dar suporte</li></ul>

Avaliação da estrutura local de SCE:

- Focus Group
- Entrevistas individuais
- Observação dos registos de enfermagem
- Aplicação da Escala de Manchester

Programação de nova estrutura de SCE